

ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 109 • 1/2016



**Möten • Post-ACR • Linköping
Cartoon x 2 • SRF 70 år**



ReumaBulletinen

ReumaBulletinen är Svensk Reumatologisk Förenings tidskrift och utkommer med sju nummer per år

| | |
|--------------------------|--|
| Ansvarig utgivare | Ralph Nisell Reumatologiska kliniken Karolinska Universitetssjh 171 76 Stockholm Tel 08-517 760 93 ralph.nisell@karolinska.se |
| Redaktör | Tomas Bremell Reumatologi Sahlgrenska Universitetssjh Gröna Stråket 12 413 45 Göteborg Tel 031-342 33 78 tomas.bremell@vgregion.se |
| Red.medlemmar | Ido Leden ido.leden@telia.com Bengt Lindell bengt@lindell.cc Milad Rizk milad.rizk@ltv.se Ioannis Parodis ioannis.parodis@karolinska.se |
| Produktion | Mediahuset i Göteborg AB Marieholmsgatan 10C 415 02 Göteborg www.mediahuset.se Tel 031-7071930 |
| Annonser | Dan Johansson dan@mediahuset.se Olle Lundblad olle@mediahuset.se |
| Layout | Eva-Lotta Emilsdotter lotta@mediahuset.se |
| Tryck | ÅkessonBerg AB Box 148 361 22 Emmaboda www.akessonberg.se |
| Distribution | Distribueras som posttidning ISSN 2000-2246 (Print) ISSN 2001-8061 (Online) |

Utgivningsplan 2016

| Nummer | Manusstopp | Utgivning |
|-------------------|--------------|-------------|
| Nr 1 RB | 1 februari | 4 mars |
| Nr 2 RB Vetenskap | 15 mars | 15 april |
| Nr 3 RB | 25 april | 27 maj |
| Nr 4 RB | 5 juni | 30 juni |
| Nr 5 RB | 22 september | 25 oktober |
| Nr 6 RB Vetenskap | 10 oktober | 11 november |
| Nr 7 RB | 10 november | 13 december |



Innehåll • 1/2016

| | |
|-----------|---|
| 3 | Redaktörens rad |
| 4 | Brev från ordföranden |
| 5 | Brev från vetenskapliga sekreteraren |
| 6 | Brev från utbildningsansvariga |
| 8 | Mitras ST-krönika |
| 9 | Ioannis krönika |
| 10 | Katerinas Cartoon |

Möten

| | |
|-----------|---|
| 12 | Riksstämman 2015 |
| 16 | Höjdpunkter från ACR 2015 |
| 21 | Verksamhetsutvecklingsdagen 2016 |
| 23 | SRF 70 år |
| 27 | Protokoll Föreningsmöte SRF |
| 28 | Riktlinjedagen 2016 |
| 30 | Registerdagen 2016 |

| | |
|-----------|--|
| 32 | Pottholzt återkomst |
| 33 | RULE - motiverar och utvecklar framtidens ledare och chefer |
| 35 | Fokus på skelett och benskörhet hos patienter |
| 37 | Nytt från SRQ |
| 38 | Historia med Ido - Metotrexat |
| 42 | Månadens reumatologenhet - Linköping |
| 46 | Ur vardagen |
| 48 | ReumaKalendern |

Omslagsbild: Omslagsbilden anknyter till Linköping som är Månadens Reumaenhet i detta nummer. Skulpturen av Folke Filbyter utgör mittpartiet i Folkungabrunnen på Stora Torget i Linköping. Den framställer sägnens stamfader till den medeltida Bjälboätten eller Folkungaätten och skapades 1927 av Carl Milles. Foto: Bengt Lindell

Redaktörens rad

Detta nummer av ReumaBulletinen har rapporter från ett flertal möten. Här redovisas de symposier som reumatologin hade på Riksstämman men även det nya Post-ACR-symposiet som sammanfattar höjdpunkter från ACR 2015 i San Francisco.

Ett nytt (nygammalt?) ämnesområde för reumatologin är gikt vilket jag tror kommer att expandera inom vårt verksamhetsområde. En ökad giktförekomst pga ökad övervikt och metabolt syndrom men också framtagandet av nya diagnostiska metoder (dual energy CT) och nya behandlingsmetoder skapar ett spännande område där reumatologin kan bidra såväl kliniskt som vetenskapligt. Per Lundblad står för referaten här liksom av Utvecklingsdag, Riktlinjedag och Registerdag samt även av jubileumsföreläsningarna SRF 70 år. Per har fått bidra med många manus denna gång. Sammantaget visas att SRF är en ovanligt pigg 70-åring!

Svensk reumatologi är unik också genom den höga förekomsten av cartoonister inom specialiteten. Katerinas Cartoon har vi haft sedan flera år (Aikaterini Chatzidionysiou,

Stockholm) men nu återkommer Pottholtz efter några års bortovaro. Välkommen tillbaka - Pottholtz och Tomas Weitoft (Gävle). Jag vet ingen annan specialitet som har två aktiva cartoonister!

Eva Nordin skriver om RULe-kursen som avslutades i november-15 i Göteborg. Fortsättning planeras under 2017. Eva har även intervjuat Helena Forsblad d 'Elia - nyutträd professor i Umeå.

Månadens reumaenhet är Linköping som

”Fascinerande med ett preparat som väcks upp efter 20 års sömn.”

presenteras och även står för omslaget nämligen Folke Filbyter. Bengt Lindell är den som orkestrerar månadens enhet. Snart har vi täckt in hela reuma-Sverige.

Sofia Ernestam redogör för nyheter från SRQ, Ioannis bidrar med egen krönika men har även ansvar för 'Ur vardagen'. Därutöver finns brev från ordförande, vetenskaplige sekreteraren och utbildningsansvariga.

Mitra Pikwer skriver i sin ST-krönika om livet på scenen och på jobbet. Nästa ReumaBulletin kommer hennes kollega Tor Olofsson att skriva ST-krönikan.

Historia med Ido handlar denna gång om methotrexats historia skriven av Tore Saxne. Fascinerande med ett preparat som väcks upp efter 20 års sömn och visar sig så verkningsfullt som det kanske visade på 50-talet. Vilka möjligheter missar vi idag?

Jag vill också göra er uppmärksamma på annonser avseende två möten i september. SCR i Reykjavik 1-3 september och Reuma-veckan i Umeå 13-16 september. Deadline för abstract är redan nu under våren!

Välkomna till en stunds läsning av ReumaBulletinen nr 1/2016!



Tomas Bremell



Antagna vid styrelsemötet 2015-12-01

Nya ordinarie medlemmar

Antonella Notarnicola, Stockholm
Frida Prag, Örebro

Antagna vid styrelsemötet 2016-01-29

Nya ordinarie medlemmar

Mirjam de Vries, Stockholm
Giorgia Grosso, Stockholm
Louise Hedenstierna, Stockholm
Karin Härnqvist, Uddevalla
Inga-Lill Jaxe, Sunderbyn
Annica Nordin, Stockholm
Gunnar Nylén, Uddevalla
Samuel Sandboge, Göteborg
Uswa Younes, Jönköping
Cecilia Överdahl, Göteborg

Nya associerade medlemmar

Kristina Hörnberg, Umeå
Pia Johansson, Falkenberg
Maud Rütting, Stockholm

Vi jubilerar - SRF 70 år!

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) jubilerar 2016 och vi har, när detta skrivs en gnistrande vacker vinterdag i början av februari, nyligen festligt firat vår fräscha SRF-70-åring.

Många av oss har även varit med och förkovrat oss under givande Utvecklings-, Riktlinje- och Registerdagar som blivit en fin tradition inom svensk reumatologi.

För att kunna blicka framåt måste man först se bakåt. Det är en god sanning och för SRF innebär det att vi efter genomgångna och uppskattade historiska bakåtblickar är beredda att möta framtiden, och därmed klara Reuma-Sveriges kommande utmaningar såsom positiv rekrytering till specialiteten, utvecklande ledarskap, väl fungerande registerhantering och organisation (SRQ), forskning i världsklass och implementering av e-hälsa i det nya IT-samhället. Därutöver kontinuerligt uppdaterad undervisning och fortbildning, optimal läkemedelsbehandling, fortsatt gott (för att inte säga ännu bättre) samarbete med andra professioner, industrin och inte

minst patientföreningen dvs Reumatikerförbundet.

Fas 2

När Reumaveckan går av stapeln i Umeå 13-16 september fortsätter 70-års-frandet med fas 2. En jubileumsbok är under framtagning och kommer att släppas då. Det blir även då mer blickar mot framtiden. Vi kommer nämligen i Umeå att spika SRFs vision. Någon sådan lär inte tidigare ha diskuterats inom föreningen och nu när vi fyller 70 år det alltså dags. Hur ska vi sikta in oss de

”SRF är aktivare och piggare än någonsin och har en orubblig tro på framtiden”

kommande åren? På SRFs Föreningsmöte 26 januari presenterades olika visions-förslag, ett av dem lyder: *Tillsammans skapar vi Världsledande Vetenskap och Vård inom Reumatologin.*

Ska det bidraget vinna eller finns det an-

dra förslag? I så fall vill vi i styrelsen ha input i denna fråga senast den 10 maj, gärna i form av ett e-mail till undertecknad.

Den pigga SRF-70-åringen firas således i år, och uppmärksammas ordentligt och vi SRF-are är stolta. SRF är aktivare och piggare än nånsin, samarbetar gott med sin omgivning och har en orubblig tro på framtiden. Det är således bara att hänga med på det svenska medicinska reumatologiska framtidståget. Stort GRATIS till SRF och till dig och mig och till oss alla som på olika sätt bidrar till och har bidragit till SRFs välbefinnande!



Ralph Nisell

Ordförande SRF

ralph.nisell@karolinska.se



Med stolt historia möter SRF framtiden

Ett nytt år har precis inletts. Ett mycket speciellt sådant för Svensk Reumatologisk Förening eftersom föreningen uppnår den aktningsvärda åldern av 70 framåt vårkanten. Men redan förra veckan efter Utvecklingsdagen den 26/1 tjuvstartades firandet i Stockholm med uppskattade högtidsföreläsningar och en välbesökt middag på Fotografiska museet. Firandet kommer emellertid att fortsätta under året. Beträffande övriga möten kan vi 2016 se fram emot ett år fyllt av vetenskapliga sammankomster. Utöver vår egen Reumavecka i Umeå under mitten av september ryms 2016 bland annat *EULAR* i London 8-11 juni, *Scandinavian Congress of Rheumatology* i Reykjavik 1-3 september och *ACR* i Washington 11-16 november. Således gäller det att redan nu reservera utrymme i kalendern och boka in årets höjdpunkter.

På sedvanligt sett rivstartade Svensk Reumatologisk Förening året med Verksamhetsutvecklings-, Riktlinje- och Registerdagarna i Stockholm under sista veckan i januari. De två första dagarna hölls i Ingenjörsvetenskapsakademiens lokaler på Östermalm och var mycket välbesökta. Under programpunkten "Verksamhetsutveckling inom Reuma" uppmärksammades Sofia Ernestam från SRQ för sitt nydanande arbete med *Ontilederna.nu* och *Patientens egen provhantering* som fick ta emot 2015 års MedTech Patientmakt pris.

Ledarskapsutbildning

Vidare under Utvecklingsdagen gavs utrymme för frågor om ledarskap inom reumatologi och SRFs grepp att starta ett eget ledarskapsprogram, förkortat RULe, som pågått under 2015. Frågan är fortsatt synnerligen aktuell då flera reumatologenheter under de senaste åren förlorat positionen som egen klinik. Ett par av deltagarna från RULe delade med sig av sina erfarenheter av programmet. RULe har varit en del av en strategisk satsning från SRF och måste givetvis utvärderas på sikt. Hur många av deltagarna tar på sig ledarskapsuppdrag inom reumatologi på sikt? Huruvida det blir en uppföljning – RULe 2 – är i skrivande stund oklart.

SRF är inte historielöst!

Tisdagens Utvecklingsdag följdes av ett

kort föreningsmöte utan större överraskningar. Därefter startade SRFs 70-årsfirande med jubileumsföreläsningar som hölls av betydelsefulla reumatologkollegor som alla stått för historiskt viktiga insatser för SRF och svensk reumatologi. Ido Leden, Ingjald Hafström, Solbritt Rantapää Dahlqvist, Frank Wollheim, Tomas Bremell och Lars Klareskog gav varsin exposé över olika tidsepoker av SRFs historia samt blickade

"...högtintressant att få ta del av historien och sammanhanget som Kahlmeter, Lövgren, Edström med flera verkat i."

in i framtiden. Som relativt ung medlem i SRF var det synnerligen intressant att få ta del av historien och sammanhanget som Kahlmeter, Lövgren, Edström, Svartz, Bjelle, Gullberg med flera verkat i. Det blev också uppenbart att det goda samarbetsklimat som vi i dagsläget har inom svensk reumatologi inte alltid förelegat. Jag vill här å styrelsens vägnar passa på att tacka alla föredragshållare för Era historiska tillbakablickar!

Stort intresse för behandlingsriktlinjer

Intresset för förslag på uppdaterade riktlinjer var stort. Mest tid upptog RA-dokumentet som bland annat innehöll ett nytt avsnitt om infliximab biosimilaren CT-P13, och så kallad switch, från infliximab till CT-P13 hos patienter med lågaktiv sjukdom. Viss debatt väcktes också avseende stycket om mätning av immunogenicitet. Detta är ett spännande fält där kunskapen nu växer snabbt. Våra fantastiska register med tillhörande biobanker borde kunna ge goda förutsättningar att prospektivt studera immunogenicitet och den potentiella nyttan av att mäta läkemedelsantikroppar och/eller läkemedelskoncentrationer.

Även spondylartrit-dokumentet gavs en hel del uppmärksamhet. Extra spännande blir det naturligtvis att följa hur läkemedel med nya "mode-of-action", som t.ex. IL17A-hämmaren sekukinumab, och vilken plats de kommer att få i behandlingsarsenalen. Ytterligare åtminstone en IL17A-hämmare (ixekizumab) kommer att nå oss inom närmaste året/åren. Arbetsgrupperna som sammanställt förslag till uppdaterade rikt-

linjer kommer nu att revidera dokumenten innan formellt beslut om uppdatering fattas av SRFs styrelse. Under senare delen av april kommer uppdaterade dokument att finnas på hemsidan.

Reumadagarna blir Reumaveckan i Umeå

Som styrelsen tidigare kommunicerat är Reumadagarna ett minne blått, och blir från och med 2016 istället Reumaveckan. Arbetet med programmet för årets möte har pågått sedan i höstas i organisationskommittén. När det gäller det vetenskapliga programmet är det nu förankrat i den vetenskapliga programkommittén. Umeå har som arrangörs- och universitetsort fått sätta en tydlig prägel på programmet. Ämnen för de tre temasymposier under SRF-programmet är: *Komorbiditeter vid RA, Olika aspekter av spondartrit samt Hur ska vi definiera SLE? Kliniska definitioner vs. framtidens diagnostik och monitorering*. I år är ambitionen att kunna bjuda på en internationell föreläsare per temasymposium.

Årets Nanna Svartz-föreläsare klar

2016 års Nanna Svartz-föreläsare är engelskmannen Christopher Buckley från Institute of Inflammation and Ageing, University of Birmingham. Vid sidan av att Professor Buckley är nytillträdd Editor-in-Chief på *Arthritis Research & Therapy* har han en imponerande merit- och publikationslista. Buckley har bland annat intresserat sig för stroma-cellernas betydelse för att modulera inflammation vid RA. Vi känner oss mycket stolta över att Professor Christopher Buckley accepterat vår invitation om att hålla 2016 års Nanna Svartz-föreläsning som kommer att ligga redan under den första dagen (13 september) under Reumaveckan. Missa inte!



Christopher Sjöwall
Vetenskaplig sekreterare
christopher.sjowall@liu.se

Brev från utbildningsansvariga

SRFs utvecklingsdag på Ingenjörsvetenskapsakademien lockade ett 60-tal åhörare. Fyra deltagare från RULe, Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap, presenterade sig, sina tankar om och upplevelser från programmet under förmiddagen.

Flera av deltagarna hade redan fått uppdrag av ledningskaraktär och alla kunde på sitt sätt berätta om hur viktigt det är att bli uppmärksammas som en potentiell ledare och sedan få personligt stöd att utveckla sina styrkor. Röster ur publiken menade att detta är en viktig satsning för reumatologin på sikt. Om det blir en ny omgång RULe är ännu inte beslutat.

Senare samma dag diskuterades fortbildning. Sedan 2012 finns en plan med ämnen lämpliga som bas för fortbildning publicerat på SRFs hemsida. Flera av dessa har gått som kurser medan några hittills saknats. Alla deltog i livliga smågruppsdiskussioner där slutsatsen blev fortsatt stöd för att SRF skall övervaka/styra så att fortbildningskurser blir av. De tidigare kursämnena och råd för vad man bör beakta vid planering av

fortbildningskurs uppdateras på SRFs hemsida, men kvarstår i huvudsak. Det framkom olika önskemål om längd och placering av fortbildningstillfällen. Sammanfattningsvis tyckte flertalet det fungerar bra med utbildningar från lunch till lunch, så att resa och kurs inte tar mer än två dagar i anspråk totalt.

I samband med årets riktlinjedag passade alla regionala ST-studierektorer på att mötas. Dagordningen var fullmatad. Efter-

”Autoinflammation och kommunikation - spännande för ST-läkare i reumatologi”

som vi (Katarina och Vala) är nya på våra SRF-poster kändes det viktigt och väldigt trevligt att träffa alla ”in real life”. Vi talade om SK-kurser och checklistor till den nya målbeskrivningen som kommer tas fram under våren. Alla studierektorerna var överens om att man under sin ST-tid bör skriva minst 4 ST-skrivningar. Det är viktigt att komma ihåg att man inte kan bli under-

känd på ST-provet. Skrivningen utgör ett underlag och hjälp till fortsatt kunskapsinhämtning, inget annat! Nästa studierektorsmöte sker i anslutning till årets nationella ST-dagar i Göteborg.

Inför kursåret 2017 genomför Socialstyrelsen en offentlig upphandling av SK-kurser. Upphandlingen av Sveriges samtliga SK-kurser annonseras nu med sista datum för anbud 160329. Mer information finns på Socialstyrelsens hemsida: www.socialstyrelsen.se/sk-kurser/upphandling-sk-kurser/upphandlingavsk-kurser2017.

Lovisa Leifsdottir, ST-studierektor i VGR, välkomnar Sveriges blivande reumatologer till Göteborg för nationella ST-dagar. Det startar med lunch torsdagen den 12:e maj på Nya Varvet Studios kl 12 och avslutas med lunch fredagen den 13:e kl 12-13. Temat blir tvådelat: Autoinflammation och kommunikation. Två ämnen med innehåll som kommer vara både spännande och relevant för ST läkare i reumatologi. Observera att kursavgiften (enl SRFs policy) är 500 kr för SRF-medlemmar men 2000 kr om man inte är medlem! Information och anmälan via lovisaleifs@gmail.com.

1-3 september 2016 är det dags för Scandinavian Congress of Rheumatology på Island. SCR är mycket lämpligt som första internationella kongress för ST-läkare och jag hoppas på att se många av mina ST-läkarkolleger i min forna hemstad Reykjavik. Mejla gärna mig (Vala) om du är ST-läkare och skall åka, blir vi flera och intresse finns så ordnar jag gärna någon kvällsaktivitet för oss.



Vala Sigurdardottir
ST-läkare

Reumatologkliniken, Falu lasarett
Yngreläkarrepresentant SRFs styrelse
valgerdur.sigurdardottir@ltdalarna.se

Katarina Almeded
Överläkare Reumatologi
Sahlgrenska Universitetsjukhuset
Utbildningsansvarig SRFs styrelse
katarina.almeded@vgregion.se



Foto: Mats Wållberg

Välkommen

till Reumaveckan i Umeå 2016

Umeå Folkets Hus 13-16 september

För tredje gången arrangerar Svensk Reumatologisk Förening (SRF) sitt största möte i sin nya form - Reumaveckan - i samarbete med övriga professioner och patientföreningar.

Även detta år är mötet förlagt efter sommaren, en tidpunkt som är tänkt att permanentas. Det känns spännande och roligt att mötet åter hålls i Umeå, där vårmötet hållits vid två tidigare tillfällen, senast 2007. Reumaveckan kommer innehålla allt man kan tänka sig i form av ny kunskap, praktisk handläggning, registerarbete, nätverksbyggande och blickar mot framtiden. Vi kommer också att uppmärksamma att SRF fyller 70 år! Vi vill även passa på att hälsa våra samarbetspartners från industrin hjärtligt välkomna – tillsammans utvecklar vi morgondagens vård för de reumatiskt sjuka i Sverige.



Varmt välkomna!

Boel Mörck
Ordförande i programkommittén
Vice ordf SRF

Information och anmälan finns på www.svenskreumatologi.se

Deadline för inlämning av abstracts är den 1 maj

Sök SRFs resestipendier

För att stödja och uppmuntra till deltagande i vetenskapliga konferenser utdelas årligen sex resestipendier á 15 000 kronor. Resestipendierna kan sökas av alla ordinarie medlemmar i Svensk Reumatologisk Förening, sista ansökningsdag är 31:e mars.

Läs mer om hur du ansöker på www.svenskreumatologi.se

15 000 kr

SRF's STYRELSE 2015



Ralph Nisell
Ordförande
Reumatologiska Kliniken
Karolinska Universitets-
sjukhuset
171 76 Stockholm
Tel 08-517 760 93
ralph.nisell@karolinska.se



Boel Mörck
Vice ordförande
Reumatologiska kliniken
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel 031-342 10 00
boel.morck@vregion.se



Gerd-Marie Alenius
Facklig sekreterare
Reumatologiska Kliniken
Västerbotten
Norrlands
Universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 16 76
gerdmarie.alenius@vll.se



Thomas Mandl
Kassör
Reumatologkliniken
Skånes Universitetssjukhus
205 02 Malmö
Tel 040-33 23 63
thomas.mandl@med.lu.se



Christopher Sjöwall
Vetenskaplig sekreterare
Universitetsöverläkare
IKE, avd f Reumatologi
Hälsouniversitetet
581 85 Linköping
Tel: 010-1032416
christopher.sjowall@liu.se



Katarina Almehed
Utbildningsansvarig
Reumatologi/Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
tel 031-342 10 00 vx
katarina.almehed@
vregion.se



Valgerdur Sigurdardottir
**Ledamot, representant för
läkare under utbildning**
Reumatologkliniken
Falun lasarett, 791 82 Falun
Tel 023-49 20 00 vx
valgerdur.sigurdardottir@
ltalarna.se

Mitras ST-krönika

Jag vet inte om det var några av er som såg tv-serien "Boy Machine" som gick på tv 4 i höstas? Jag såg bara de första två avsnitten, men det räckte. Budskapet framkom tydligt tycker jag -det är aldrig försent att byta karriär, att göra det man egentligen älskar att göra, det man mår bäst av. Det blev ett lustigt sammanträffande att mitt gamla rockband, som inte hade spelat eller knappt setts på femton år, fick erbjudande om att återförenas till en stor fest/spelning i Eskilstuna.

Jag och min väninna Anna är bandets dansare (!). Det går inte att förklara varför vi är med i bandet, det måste bara ses/upplevas. Bandet vill helt enkelt inte spela utan oss, de hävdar att vi är lika viktiga medlemmar som resten av gänget. När de frågade om vi kunde tänka oss vara med på återföreningen, kände jag mig lite som den karaktären som spelas av Jonas Karlsson i Boy Machine. En etablerad advokat och familjefar, som först inte alls kan tänka sig ställa upp på återföreningen. Strax därpå upptäckts han av kollegor dansandes och sjungandes på sitt kontor, och får tillslut medge att det är den "alternativa" karriären han vill ägna sig åt. Han säger upp sig från advokatfirman och satsar på musiken.

Det dansades lite i mottagningsrum 2 på reumatologen i Eskilstuna också. Mellan patienterna, bör kanske tilläggas. Jag och Anna bestämde oss till slut, efter ett rep via Skype (Anna bor i Malmö) att ställa upp, och jag kände enorm tillfredsställelse av att dansa igen och göra något kreativt! Vi gjorde succé på spelningen i Eskilstuna.

Jag har, i motsats till Jonas Karlssons karaktär, inga planer på att sluta vara reumatolog. Det verkar som att det går bra att kombinera dessa två "yrken", vilket kanske framförallt beror på att vi, efter 3 uppträdanden, inte fått några fler spelningar. Vi har inte, som Boy Machine, fått förfrågan att ställa upp på melodifestivalen. Och jag behöver nog inte vara orolig för att ha gjort bort mig inför mina patienter, en och annan spondylartrit-patient såg jag i publiken, men jag tror inte de kopplade att det var deras doktor som stod på scenen. Eventuellt kommer vi i framtiden att spela på någon obskyr hårdrocksklubb i Göteborg, för 2 öl och lite mat. Men känslan att återförenas och få stå på scen var magisk och väckte känslor. Vi hade så kul att vi nästan skulle kunna betala för att spela!

En annan anledning till "yrkena" går att kombinera, är den plötsliga vändningen på reumatolog-kliniken i Eskilstuna. Från att tidigare behöva planera om mina randning-



ar för att täcka på mottagningen, till att vi nu har ont om undersökningsrum då vi är så många läkare på mottagning samtidigt. Från att vara oroliga för en hopslagning med hudkliniken, till att känna att vi har fått en kompetent och driven hudläkare till chef, som bidrar med sin kunskap på våra läkarmöten och t.o.m. vill starta en egen forskningsenhet för hud och reuma. Det känns som att 2016 kommer att bli ett ljusare år för reumatologen i Eskilstuna. Kan det vända så snabbt för oss, kan ju vad som helst hända. Kanske blir det melodifestivalen till slut...



Mitra Pikwer
ST-läkare Eskilstuna
mitra.pikwer@med.lu.se

Ioannis krönika

Snart har det gått sjuttio år sedan Svensk Reumatologisk Förening bildades, den 3 april 1946. Trots sina hela fem år efter pensionsåldern är SRF idag piggare än någonsin!

Det firades ståtligt i förskott med jubileumsföreläsningar från veteranreumatologer som bokstavligen skrivit svensk reumatologis historia, och som tog oss igenom den med sina fängslande berättelser. Vi hade äran att lyssna på Ido Leden, Ingiäld Hafström, Solbritt Rantapää Dahlqvist, Frank Wollheim, Tomas Bremell och Lars Klareskog. Föreläsningarna följdes av en båttur över Stockholms ström och över den havsbotten där Vasaskeppet hade vilat i årtal innan det blev Stockholms största turistattraktion. Kvällen avslutades med en festlig middag på Fotografiska museet, där nästan åttio glädjefyllda filurer sjöng för SRF och hyllade dess framgångar. Lara Dani och Jon Lampa skapade än en gång magi med sång och musik under kvällen. Reumabulletinens krönikörer Sara Wedrén och undertecknad fick också jobba lite, och såg till att kvällen flöt på utan alltför allvarliga komplikationer. Vi lyssnade på inspirerande tal från personer som har betydelse och betyder mycket för reumatologin i Sverige.

Kvällens värd, tillika föreningens ordförande, Ralph Nisell utbringade en skål för SRF och hälsade oss välkomna till bords. Därefter fick Heidi Stensmyren, ordförande för Sveriges läkarförbund, stafettpippen,

följd av Tomas Bremell, som vi har att tacka för att reumatologin i Sverige idag är en egen basspecialitet. Reumatikerförbundet representerades av Beryl Svanberg, som påminde om att det kan ske under i vården när patienter och läkare slår samman sina krafter. Vår specialitet i Sverige är onekligen ett bra exempel. Reumatikerförbundets journalist Yvonne Enman talade från hjärtat, som hon brukar, och berörde oss alla. Jörgen Lysholm från Falun berömde reumatologerna för sin breda kompetens och stod för kvällens fortbildning genom att berätta om erfarenheter från den kliniska vardagen. Kvällen fullbordades när Bo Ringertz, som råkar vara exakt arton dagar yngre än SRF, sammanfattade aftonen och tackade för middagen. Det var en mycket lyckad kväll och jag är glad över att ha varit delaktig i arbetet med att arrangera festen. Det är sådant som man kommer att blicka tillbaka till några år senare och berätta om med ett leende på läpparna. Stort grattis, SFR! Hurra, hurra, hurra!

Direkt efter firandet väntade en ny kryssning till Helsingfors och Mejlans sjukhus där Tom Pettersson, som aldrig glömmer att påminna mig om att han troget läser mina krönikor i Reumabulletinen, än en gång omfamnade våra nya T5-studenter och oss lärare med sitt outsinliga engagemang. Tom Pettersson är en förebild som inspirerar en att vara snäll och göra gott. Varje gång man lämnar Mejlans sjukhus efter vårt studiebesök är man full av glädje och positiv energi som räcker till resten av en dag som är



Med professor Tom Pettersson på Mejlans sjukhus.

fullspäckad med aktiviteter, samt till den efterföljande obligatoriska insatsen på Silja Symphonys lutande dansgolv.

Vad det blåste på vägen tillbaka! Att efter några timmars dans i fullständig synk med Östersjöns vågor springa svettigt på ytterdäck tillsammans med kollegor, som visade sig vara lika galna som jag och som, för att inte glömma, kommer att representera spetskompetensen på NKS, var en aha-upplevelse som jag kommer att minnas länge. Man var så lätt, man nästan flög över däckets från ena till andra sidan. Sedan stod vi där i minst tio minuter och tittade på varandra och undrade vad vi precis hade gjort, helt medvetna om att det var lika farligt som härligt. Man blir kanske lite yngre bland läkarungarna, och drömmer bort sig tillfälligt. Välbehövligt och i lagom mängd, en gång per termin.

Idag var det start på ett pedagogiskt ledarskapsprojekt som jag kommer att delta i under 2016. Vi har bildat grupper från olika kurser inom KS/KI och tanken är att vi ska komma fram till nya idéer och tankesätt för den kliniska undervisningen som våra verksamheter kan och vill erbjuda till sina studenter. Från Reumatologi Karolinska har vi bildat en förträfflig interprofessionell grupp, med representation av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Vår vision är en undervisning anpassad till den nya temabaserade miljön som raskt skapas i Solnatrakterna inför



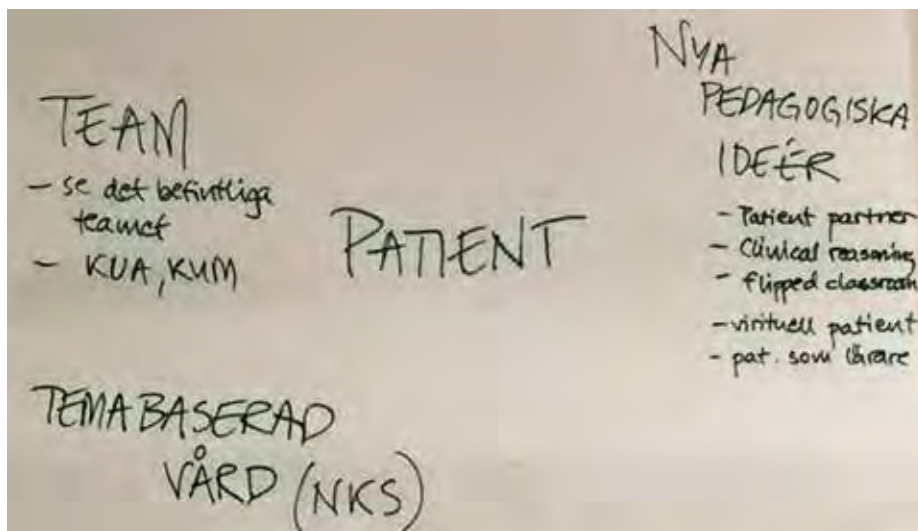
Professor Tom Pettersson föreläser för våra studenter.

NKS, med interaktion mellan alla professioner som tillsammans i team ska ge den framtida patienten den bästa möjliga vården. Patienten har naturligtvis även en viktig lärarroll i vår vision för undervisningen. En fin utmaning för det nya året, tillsammans med mycket trevliga och inspirerande medarbetare. Jag ser fram emot att få lära mig att lära ut. Redan efter denna första eftermiddag kommer jag tillbaka till kliniken där två vetgiriga studenter tåligt har väntat på att sitta med mig hela kvällen i Reumatologens tomma korridor på plan ett och gå igenom journalanteckningar från förmiddagens mottagning, snacka reumatologi och småflörta med tankarna på att de så småningom kanske ska forska hos oss om inflammatoriska systemsjukdomar. Man glömmer då lätt att man har ett hem. Och vilken tur att ingen sitter hemma och väntar på mig. Annars hade det kanske blivit lite gnäll i kväll.

Eftersom det blev sent på jobbet får den här krönikan bli kort. Jag sätter punkt med lite grekisk poesi som jag gav mig på att översätta härom dagen. Denna gång blir temat "behandling", som i terapi. Dikten skrev Nikos Karouzos, en grekisk modernistisk poet.

Nikos Karouzos föddes 1926 i Nafplion och dog i september 1990 i Aten. Som alla modernister är hans dikter inte helt självklara. Översättningen av denna dikt är produkten av en lång, avslappnad, helt förutsättningslös pratstund med Vasso, min vän ända sedan gymnasietiden, som nu undervisar i grekiska på en av Greklands vackraste öar, Zakynthos.

Kort parentes om Zakynthos: om du inte varit där och badat på dess berömda sandstrand "Navagio", som betyder vrak på svenska, rekommenderar jag varmt att du



Från första mötet i det pedagogiska ledarskapsprojektet. Vi har en vision!

lägger till det på din resmålslista.

Nu till dikten! Visst har poeten rätt om att tiden är ospecifik och oengagerad? Den är stolt och svindlande. Och den är oundviklig. Ta dig lite tid och läs "Behandling" och låt oss mötas igen i nästa nummer. Tills dess, glöm inte att le!



Ioannis Parodis

ioannis.parodis@karolinska.se

Behandling

Tiden är ospecifik.

Vi kan inte lokalisera visionerna.

Vi kan inte dela ut blixtar från

himmelens spinneri i portioner.

En skalbagge, den grubblar vi

över anspråkslöst.

Livets längsta timme finns där

som alla andra...

Det har inte gått en vecka sedan

jag stirrade på två mulor på landet,

som torkade döden på sina ryggar.

Tiden är svindlande.

Den är oengagerad liksom

kioskerna i rusningstrafiken.

Nikos Karouzos

KATERINAS CARTOON · Katerina Chatzidionysiou



Riksstämman 2015

Under årets upplaga av Medicinska Riksstämman genomförde SRF två symposier. Nyttan av njurbiopsier och rebiopsier samt gikt var de ämnen som stod på dagordningen.

Det första av dessa symposier hade rubriken *Njurbiopsi vid systemsjukdomar – vad har vi att vinna och vad har vi att förlora?*

Iva Gunnarsson, Reumatologkliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, var moderator och inledde med att hälsa välkommen.

– Vi har två njurmedicinare, två reumatologer och en patolog som ska tala här idag, sa Iva.

Njurbiopsier är viktiga

Enligt beräkningar finns det mer än 2 000 patienter i Sverige med SLE-nefrit. Ofta sker debuten i tidigt sjukdomsförlopp – inom 5 år. En SLE-patient med nefrit har ökad kardiovaskulär sjuklighet och ökad mortalitet, berättade Iva.

– Och det är unga kvinnor vi talar om.

Hon påpekade att EULAR rekommenderar att njurbiopsi bör utföras vid tecken på insjuknande i nefrit.

– Kliniska, serologiska och labfynd kan inte förutsäga biopsifynd. Vi har inga bra biomarkörer, därför är njurbiopsier så viktiga.

Iva beskrev hur en ultraljudsledd njurbiopsi går till. Fynd bör graderas enligt ISN/RPS klassifikation – det finns fem klasser – och fynd bör styra valet av terapi.

Det finns dock ingen specifik terapi för SLE-nefrit idag.

– Vi kan sätta in blodtrycksbehandling, antikoagulantia och lipidsänkande läkemedel, summerade hon.

Rebiopsi bör göras för att säkerställa behandlingseffekten

Mårten Segelmark, Linköpings universitet, talade om njurbiopsi vid ANCA-associerad vaskulit.

– ANCA-associerad vaskulit kan drabba alla blodkärl i kroppen, men har en förkärlek för de små kärlen. Njurarna är fulla av sådana, konstaterade han.

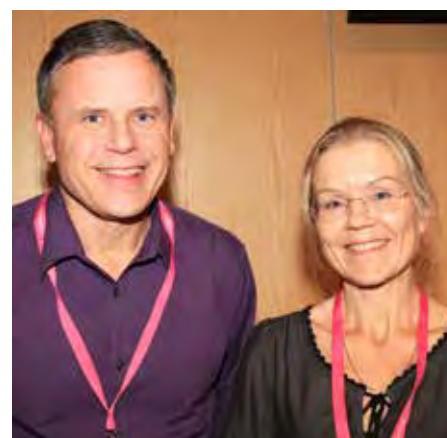
Njurbiopsin görs för att ställa diagnosen vaskulit – det är det huvudsakliga skälet – men även för prognos, samt för att bedöma effekt av behandling. Mårten presenterade också de tre undergrupper som finns: Mikroskopisk polyangit (MPA), granulomatös med polyangit (GPA) och eosinofil granulomatös med polyangit (EGPA).



Fr.v. Mats Dehlin, Ylva Aurell, Lennart Jacobsson, Stefan Bergman och Meliha Kapetanovics.



Iva Gunnarsson



Johan Mölne och Agneta Zickert

matus med polyangit (EGPA).

Han sammanfattade med att njurbiopsi är bra för att säkerställa diagnosen – det är stor chans att få ett positivt fynd.

– Biopsin ger viktig prognostisk information.

”EULAR rekommenderar att njurbiopsi bör utföras vid tecken på insjuknande i nefrit”

Rebiopsi gör man dock inte så ofta, och enligt Mårten borde en sådan göras oftare.

– Detta för att säkerställa behandlingseffekten.

SLE-manifestationer i njuren ses hos de flesta SLE-patienter, men inte i alla, berättade Johan Mölne, Göteborg.

– Vi ser glomerulära förändringar, och

de är basen för vårt klassifikationssystem. Men vi ser dessutom tubulära, interstitiella och vaskulära förändringar.

Patienter med IgA-nefrit har högre risk för komplikationer

I Sverige utförs njur- och njurtransplantatbiopsier på de flesta njurmedicinska centra, berättade Björn Peters, Skaraborgs sjukhus, Skövde. Han talade om riskfaktorer och komplikationer.

– Det saknas aktuella data om hur riskprofilen ser ut i Sverige. Tidigare studier har visat att t.ex. blodtryck, njurfunktion och nålstorlek är riskfaktorer för komplikationer.

Perkutana biopsier har blivit säkrare, men risk för komplikationer kvarstår, tillade han.

Komplikationer efter biopsier är indelade i ”major” and ”minor”. ”Major” medför en intervention, och ”minor” medför restitu-

tion spontant utan någon intervention.

En studie Björn själv genomfört, visade att vid njurbiopsier hade kvinnor större risk för komplikationer, samt för "major" komplikationer, jämfört med män.

– Andel "major" komplikationer var större efter biopsier i höger njure i kvinnor, jämfört med män, i patienter med lägre BMI samt i yngre patienter. Faktorer som nålstorlek, antal stick per biopsi, serum kreatinin, eGFR, antal och specialitet av bioptrörer per center hade inget inflytande på komplikationsfrekvensen, konstaterade Björn.

I sin sammanfattning pekade Björn på att patienter med IgA-nefrit har högre risk att utveckla "major" komplikationer.

– Re-biopsier är också vanligare i patienter med IgA-nefrit, i yngre ålder och med högre grad av interstitiell fibros, avslutade han.



Märten Segelmark och Björn Peters

Biomarkörer är otillräckliga

Som tidigare talare uppmärksammat, är upprepad biopsi (rebiopsi) för att utvärdera behandlingssvar vid SLE nefrit sällan klinisk rutin. Agneta Zickert, Karolinska Institutet, presenterade en studie de gjort om detta.

Frageställningen i studien var om det är värdefullt med rebiopsi efter induktionsbehandling – för att utvärdera behandlingssvar och vägleda fortsatt terapi, samt för långtidsprognos. Man undersökte också prediktorer för behandlingsresultat, både på kort och lång sikt. 67 patienter hade följts under en mediantid på 10 år.

29 % av complete responders, och 61 % av partial responders, hade aktiv nefrit på rebiopsi, berättade Agneta.

– Ett högt kronicitetsindex på rebiopsi predikerade sämre prognos vid långtidsuppföljning.

Resultaten visade alltså att många patienter hade kvarstående aktiv nefrit efter immunosuppressiv behandling. Det fanns en diskrepans mellan kliniska och histopatologiska fynd.

– Biomarkörer för klinisk rutin är otillräckliga, slog Agneta fast.

Upprepad njurbiopsi kan ge värdefull info vid utvärdering av behandlingssvar, och vara till hjälp av fortsatt behandling – både för att byta eller intensifiera behandling, alternativt undvika överbehandling, var studiens konklusion.

Teknik för att framställa särskilda vävnadsegenskaper

Vad kan vi göra för att inte underbehandla

gikt? Frågan utgjorde rubrik för det andra symposiet, och Lennart Jacobsson var moderator.

Mats Dehlin, Sahlgrenska, Göteborg, talade om gikt i Sverige. Han inledde med att beskriva vad som händer i kroppen när purinmetabolismen leder till hyperurikemi.

– Gikt medför ett stort lidande för individen, men även ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom och andra orsaker. För samhället innebär gikt stora kostnader för sjukvård och sjukskrivning, sa Mats.

Behandling finns sedan 50-talet: allopurinol och probenecid. Det har också tillkommit nya preparat de senaste åren.

– En undersökning i Storbritannien visade att ungefär 40 % av giktpatienter stod på urinsyresänkande behandling – vilket är bristfälligt. Men vi i Västra Götalandsregionen är inte bättre! Data visar att endast 41 % av våra patienter med gikt står på allopurinol – dessutom ligger vi väldigt lågt i doser också!

(Läs mer om vad Mats hade att berätta om gikt i reportaget Postkonferens reumatologi i detta nr).

Ylva Aurell, Sahlgrenska, Mölndal, talade om aktuell bilddiagnostik vid gikt - tidiga erfarenheter av Dual Energy CT (DECT).

– DECT innebär att man använder två olika rörspänningar (energier) vid undersökningen. Med särskild mjukvara kan specifika vävnadsegenskaper framställas – t.ex. kalk och urat-kristaller, förklarade hon.

Kalk och urat absorberar energi på två olika sätt.

Stråldosen är cirka 10 gånger så hög som ➤



Under Medicinska Riksstämman anordnade Reumatikerförbundet en paneldebatt där Boel Mörck var moderator. Det handlade om artros, om myterna, sjukdomen och verkligheten. Från vänster: Per Wretenberg, Anne Carlsson, Christina Olsson, Inger Lundkvist, Staffan Olsson och Boel Mörck.

vid konventionell röntgen, men totaldosen är ganska liten, cirka 0,02 mSv. En DECT-maskin kostar som två ”vanliga” CT, cirka 10 miljoner kronor.

– Ett aktuellt riktpolis för en undersökning av båda fötterna är 2 865 kronor, fortsatte Ylva.

Maskiner finns på många stora sjukhus – dvs. på alla universitetssjukhus och många länsjukhus samt eventuellt även länsdelsjukhus.

Hon avslutade med att visa bilder från ett antal patientfall.

– When in doubt – think of gout. When in doubt of gout – think DECT, summerade Ylva.

Sätt inte ut profylaktisk behandling vid akuta attacker

Läkemedelsbehandling vid gikt var rubriken på Meliha Kapetanovics, Lunds Universitet, föredrag.

Med endast ett lätt förhöjt uratvärde, som inte överstiger 360 $\mu\text{mol/L}$, så är det främst icke-farmakologiska åtgärder – livsstil och viktnedgång – som rekommenderas, sa Meliha.

– Uratsänkande läkemedel sätter man in om minst ett av följande kriterier är uppfyllda: Under 40 års ålder, urat högre än 480 $\mu\text{mol/L}$, en attack, skelettpåverkan, flera leder angripna eller komorbiditet. Man ska då se till att urat kommer under 360 $\mu\text{mol/L}$.

Om man kan konstatera tofi eller uratsten, ska också uratsänkande läkemedel användas – men då ska man uppnå urat 300 $\mu\text{mol/L}$.

Vid upprepade attacker rekommenderas XO-hämmare (allopurinol, febuxostat). För

allopurinol ska dosen ökas successivt från 100mg/dygn till mellan 300 och 900 mg/dygn vid normal njurfunktion. Febuxostat 80 eller 120 mg/dygn är mer effektiv för att sänka s-uratinivåer, jämfört med allopurinol 300 mg/dygn – men lika effektivt för att förebygga flares eller tofi.

– Ett annat alternativ är blockad av återresorption i proximala tubuli (probenicid) eller A2-hämmare (losartan/cozaar), fortsatte Meliha.

Hon underströk att profylaktisk behandling inte ska sättas ut under akuta attacker.

– Det är också viktigt att informera patienten om att det finns en ökad risk för giktattacker under initiering av uratsänkande behandling.

Biologiska behandlingsalternativ är anakinra 100 mg subkutant under tre dagar. Det ger ett snabbt svar, och inga biverkningar finns rapporterade. Alternativt kan man ge 150 mg subkutant canakinumab som engångsdos under attack – och det kan upprepas efter 12 veckor.

– För att sammanfatta – gikt ska behandlas som treat-to-target RA med tight control. Kontrollera uratnivåer varannan månad tills dess att målet är nått, summerade Meliha.

När ska primärvården remittera?

Gikt är ett vanligt tillstånd, och förekommer ofta i primärvården så dagens sista talare Stefan Bergman, Sahlgrenska akademien, Gbg.

– Den akuta attacken sker ofta under jourtid. Då är det ofta ont om tid, och läkares diagnos går ofta på sannolikhet, tillade han.

Om gikt som den svullna leden, ansåg Ste-

fan att diagnostiken är ”lätt” i uppenbara fall.

– Förlopp tillsammans med kännedom om patienten är vägledande. Kliniska kriterier kan vara vägledande, men är inte alltid säkra.

När det gäller gikt som högt urat, kan det vara oklart om patienten haft tidigare attacker.

– Det kan vara en artrit behandlad på jourtid utan helt säker diagnos – alternativt anamnestic övergående eller självbehandlad artrit.

Diffus ledvärk och uratstegring kan väcka frågor.

– Uratstegring kan vara ett sjukdomssymptom som ska utredas. Ofta ser vi patienter med metabolt syndrom. Då kanske inte gikten är det primära.

Så vilka patienter med gikt ska primärvården remittera? Stefan räknade upp ett antal kriterier.

– Patienter som behöver diagnostisk eller terapeutisk ledpunkt som man inte klarar i primärvården, som inte tål allopurinol eller vid behandlingssvikt på allopurinol, sa han.

Även de med svår giktsjukdom – t.ex. tofös sjukdom eller med annan samtidig svår sjukdom som komplicerar giktbehandlingen.

– Samt de som har en oklar diagnos – eller där man har misstanke om septisk artrit, det vill vi inte missa, avslutade Stefan.

Efteråt blev det paneldiskussion och när den var avslutad, var även SRFs program på Riksstämman 2015 slut.

Per Lundblad

Instruktionsfilmer till stöd för dig och dina patienter

www.medicininstruktioner.se

Tillgängliga 24 timmar om dygnet, alla dagar i veckan – via dator, mobil och läsplatta



medicin
instruktioner.se

MedicinInstruktioner Sverige AB · 031-779 99 87 · info@medicininstruktioner.se

Höjdpunkter från ACR 2015

Den andra december genomfördes i samarbete med Dagens Medicin i Stockholm en konferens om reumatologi. Det var personer som närvarat vid ACR i San Fransisco som för sina kollegor beskrev och sammanfattade i stora drag vad som avhandlats där.

Moderator Christopher Sjöwall hälsade de drygt 60 deltagarna välkomna.

– I tider av nya LIF-avtal har vi förstätt att vi måste utveckla sätten att sprida ny kunskap i SRF, sa Christopher.

Han tackade därför Dagens Medicin och de sponsorer som gjort dagen möjlig.

Nya definitioner för RA

Först på talarlistan var Carl Turesson, SUS, Malmö och Korosh Hekmat, Karolinska, Huddinge. De berättade om nyheter som presenterats vid ACR, och som handlade om RA. Korosh inledde med att berätta om själva kongressen.

– Det är ett möte som varar under sex dagar, och som samlar 16 800 deltagare från mer än 100 länder.

Korosh beskrev en av de högsta ACR-utmärkelserna – ACR Master – som går till den som *”has made outstanding contributions to the field of rheumatology”*. Han kunde meddela att denna utmärkelse i San Fransisco hade tilldelats Ingrid Lundberg.

– Ingrid är den tredje svensken som fått priset. Frank Wollheim och Lars Klareskog är de två tidigare, sa Carl.

Vid kongressen hade ACR presenterat nya rekommendationer för RA-behandling, och Korosh började med att gå igenom nya definitioner som ACR beslutat:

Tidig RA innebär att det har gått max 6 månader sedan *symtomdebut* – inte efter diagnos. För etablerad RA gäller 6 månader eller mer efter sjukdomsduration, eller att kriterierna ACR 1987 är uppfyllda.

– Lågdos kortison definieras med 10 mg/dag prednisolon eller ekvivalent. Högdos är mer än 10 mg, kan ges upp till 60 mg/dag vid snabb nedtrappning. *Short term* innebär en behandling som varar under tre månader.

Traditionell DMARD inkluderar metotrexat, hydroxyklorokin, sulfasalazin eller leflunomid.

– Men man har tagit bort azatioprin, cyklosporin och guld, påpekade Carl.

Han tillade att ACR inte kallar tofacitinib



för traditionell DMARD, utan istället för en ”oral, syntetisk liten molekyl”.

Switch bättre än byte

Carl jämförde ACRs riktlinjer för behandling med SRFs, och kunde konstatera att de skilde sig ganska mycket åt.

– Man kan fråga sig hur det kan bli så här olika? Det beror nog på hur problemet formuleras från början. I USA samlas experter, läser litteraturen och beslutar vad de kan vara överens om. Då kan allt hända...

”Att hjälpa patienten att minska sin vikt har betydelse för behandlingsutfallet”

För RA-patienter med otillräcklig effekt av TNF-hämmare finns det två principer hur man ska handlägga – antingen *byta* TNF-hämmare, alternativt sätta ett *annat* läkemedel, som inte är anti-TNF – tocilizumab, rituximab eller abatacept. Carl kallade detta val för ”rotation or change”.

En fransk studie som presenterades vid ACR, ROC-studien, hade jämfört dessa principer. Studien var prövarinitierad, finansierad av franska staten och Strasbourgs universitet. Den följde 300 patienter – där 70 % hade terapivikt, och alltså var svårt sjuka – under 52 veckor. Patienterna randomiserades till antingen byte av TNF-häm-

re, eller till en icke-anti-TNF. Läkaren valde då själv mellan tocilizumab, rituximab eller abatacept.

– Studiens slutsatser var att vid RA och otillräcklig effekt av första TNF-hämmaren, innebär ett byte (”switch”) till en biologisk behandling med annan verkningsmekanism en signifikant större förbättring än ett byte (”rotation”) till en annan TNF-hämmare.

Denna skillnad ser inte ut att drivas av något av de tre enskilda preparaten tocilizumab, rituximab eller abatacept, påpekade Carl.

– Låga anti-TNF nivåer, och anti-drog antikroppar förekom hos 11.5 % av patienterna i studien. Dessa patienter hade bättre effekt av ”rotation” till annan TNF-hämmare jämfört med patienter utan anti-drog antikroppar.

Antalet operationer minskade inte för seronegativa patienter

En annan studie som presenterades vid kongressen, och som Carl också berättade om, handlade om patofysiologi vid RA synovit.

– RA kan indelas i olika fenotyper, baserade på histopatologi och genuttryck i synovian. Dessa kan återspeglas av olika biomarkormönster i blodet, förklarade han.

Fenotyperna verkar enligt studien skilja sig åt avseende prognos och respons på olika biologiska läkemedel.

– Det finns pågående och planerade prö-

varinitierade multicenterstudier – där man genomför randomiserade jämförelser av biologiska läkemedel med datainsamling samt ultraljudsledda synovialbiopsier, berättade Carl.

Korosh hade haft en egen poster i San Francisco. Den handlade om minskning av incidens för ortopedisk kirurgi över tid hos Malmö-patienter med seropositiv RA.

– Däremot såg vi inte att antalet operationer minskade i den seronegativa gruppen, fortsatte Korosh.

Han visade även en annan poster från kongressen, där man undersökt relationen mellan BMI och tid till bestående remission vid tidig RA. Man hade funnit att negativa prediktorer för bestående remission var högre BMI, flera komorbiditeter samt användning av kortison de första 3 månaderna. Positiva prediktorer var ett DAS28 under 3,2 inom 6 månader, hög utbildning och användande av metotrexat under de första 3 månaderna.

– Överviktiga och feta hade svårare att



Carl Turesson och Korosh Hekmat



snabbt uppnå bestående remission, jämfört med normalviktiga, konstaterade Korosh.

– Att hjälpa patienten att minska sin vikt – eller inte gå upp i vikt – har betydelse för behandlingsutfallet. Frågan är om vi ska hjälpa patienten med det?

Biosimilarer till adalimumab och etanercept

– Nu till något helt nytt: Baricitinib, en reversibel JAK 1/2 inhibitor, fortsatte Carl.

I ett ”late-breaking” abstract presenterades RA-BEAM studien, där man jämfört baricitinib med adalimumab och placebo. Resultaten var efter 12 och 24 veckor. I båda fallen visade sig baricitinib bättre än adalimumab och placebo.

– Det är ett intressant och lovande läkemedel som inte är registrerat ännu. Men det kan komma snart, och då utgöra ett intressant alternativ till TNF-hämmare, ansåg Carl.

Korosh berättade om ett annat nytt läkemedel – filgotinib, en oral selektiv JAK-1 hämmare. En fas IIb-studie (DARWIN 1) visade att filgotinib var effektiv i kombination med metotrexat vid aktiv RA.

– Man såg redan första veckan en snabb effekt för 200 mg. Alla doser visade förbättring jämfört med placebo, sa Korosh.

Han berättade även om data för en biosimilar till adalimumab – SB5. En fas III-studie har visat att den är lika effektiv, har samma säkerhetsprofil och immunogenicitet som originalsubstansen.

– Men vi har enbart data efter 24 veckor ännu, påminde Korosh.

Data för en annan biosimilar, SB4 för etanercept, var från 52 veckor. SB4 visade sig vara lika effektiv, likvärdig avseende radiologiska förändringar och ha samma säkerhetsprofil. Men immunogeniciteten var

mindre uttalad för SB4, jämfört med originalpreparatet.

– Stämmer detta är det mycket intressant, sa Korosh.

Carl avslutade med att rapportera om den avbrutna studien TRACE-RA. En av de slutsatser man kunnat dra är att atorvastatin gav förväntad minskning av lipider hos patienter med RA, och en estimerad minskning på 34 % av allvarliga kardiovaskulära händelser.

– Denna riskminskning motsvarar den förväntade från litteraturen – utifrån uppmätt LDL-påverkan, konstaterade Carl.

Han summerade med att man inte sett en ökning av adverse events, jämfört med placebo och att det inte visat sig vara några särskilda säkerhetsproblem med atorvastatin hos patienter med RA.

Komplementanalyser kan identifiera riskpatienter

Elisabet Svenungsson och Ioannis Parodis, båda från Karolinska Solna, talade om SLE.

Elisabet beskrev PROMISSE-studien, som är en prospektiv multicenter-studie med målet att identifiera biomarkörer för graviditetskomplikationer vid APS/SLE.

– Hypotesen var att förhöjda nivåer av komplementprodukter förutsäger graviditetskomplikationer vid SLE och antifosfolipidsyndrom (APL), sa Elisabet.

Slutsatserna var att hos SLE och APL+-patienter var förhöjda nivåer av komplementfaktor Bb, och i lägre utsträckning sC5b-9, detekterbara i tidig graviditet (vecka 12-15). Nivåerna var associerade till adverse pregnancy outcome (APO).

– Associationen var starkast hos patienter med APL+, fortsatte Elisabet.

Fynden stödjer att komplementaktivering – speciellt längs den alternativa vägen – bidrar till APO.

– Komplementanalyser kan hjälpa oss att identifiera patienter med risk för APO. Frågan är nu om blockering av komplement kan vara en effektiv behandling som förhindrar APO hos patienter med SLE/APL, summerade hon.

Nya studier på läkemedel för SLE

Anifrolumab är ett nytt läkemedel som blockerar typ I IFN-receptorn.

– IFN-systemet är involverat i patogenesen vid SLE, förklarade Ioannis.

Han presenterade en studie där man jämfört två olika doser (300 mg och 1.000 mg) med placebo. I samtliga tre armar erhöll patienten även standardbehandling. Biverkningsprofilen var likadan i alla grupperna, inklusive placebo-gruppen.

– Vi tycker resultaten är lovande. Det var bättre effekt hos patienter med hög IFN-signatur, vilket var förväntat med tanke på verkningsmekanismen, fortsatte Ioannis.

Han tillade att läkemedlet har en acceptabel säkerhets- och biverkningsprofil, samt att det planeras för en FAS III-studie.

Ioannis talade även om en studie på subkutant administrerad belimumab.

– Vi använder intravenös belimumab i vardagen. På ACR var subkutant administrerad belimumab en nyhet. Studien som presenterades visade att de båda sätten uppvisar jämförbara effekter. Säkerhets- och biverkningsprofilen var acceptabel.

Däremot rapporterade han att epratuzumab (anti-CD22, som visat minskad SLE-aktivitet i fas IIB-studier) nu stoppats.

– Man såg ingen förbättring avseende aktivitet eller steroidanvändning i två fas III-studier.

Ioannis kunde även rapportera om en fas I/II studie på arsenik vid SLE.

– Arsenik används vid leukemi. 11 patienter inkluderades, och fyra månader efter start hade SLEDAI minskat från ett medelvärde av 8 till 3. Kortisonbesparande effekter observerades, men man såg inga effekter på anti-dsDNA eller C3/C4.

En kinesisk studie på lågdos IL-2 som inkluderade 40 patienter visade på en signifikant förbättring av SLEDAI.

– Även här såg man en acceptabel säkerhets- och biverkningsprofil, avslutade Ioannis.

Takrolimus vid lupusnefrit

Elisabet beskrev en studie på interstitiell lungsjukdom vid systemisk skleros.

– Jag tog med den här, eftersom ämnet inte har någon egen rubrik idag, berättade hon.

Studien jämförde behandling med mycophenolate mofetil (MMF) med oral cyklofosamid, och är den första randomiserade studien som jämfört de båda.

– Preparaten hade jämförbar effekt. MMF tolererades bättre, med färre avbrutna behandlingar och mindre biverkningar. Man såg också mindre leukopeni och trombocytopeni i MMF-armen, summerade Elisabet.

Ioannis berättade om en studie från Sydkorea på takrolimus vid lupusnefrit. 27 patienter inkluderades. De fick takrolimus efter induktionsterapi (steroider + CYC eller MMF) och följdes i 39,2 månader.

– Förbättringar som uppnåtts med induktionsbehandlingen kunde upprätthållas. En patient utvecklade end stage renal disease, två patienter fick infektioner, fyra utvecklade håravfall och en patient dog i levercancer, sa Ioannis.

Oxiderat mitokondrie-DNA är starkt inflammatoriskt

Reactive Oxygen Species (ROS) och mitokondrier var i fokus för två presentationer vid ACR, sa Elisabet.

– ROS och mitokondrie-DNA är viktiga i



Elisabet Svenungsson och Ioannis Parodis

patogensen för SLE.

Granulocyter med låg densitet (LDG) är vanliga vid SLE, och de bildar lättare NETosis. Under NETosis exponeras DNA och andra intracellulära strukturer, fortsatte Elisabet att förklara.

– Det finns en ökad förekomst av mitokondriellt ROS i LDGs från SLE-patienter. Genom att blockera mitokondriellt ROS, kunde man inhibera NETosis från LDGs.

Hon beskrev en studie av Christian Lood som undersöker vad som stimulerar ROS-bildningen.

– Frågeställningarna i Christians studie är om immunkomplex från SLE-patienter kan inducera ROS, varifrån kommer ROS som inducerar IC-medierad NETosis – samt bidrar ROS till de pro-inflammatoriska egenskaperna hos NETosis?

Elisabet sammanfattade med att oxiderat mitokondrie-DNA är starkt inflammatoriskt.

– Mitokondrierna är viktiga – de släpper ut DNA och har betydelse för SLE, konstaterade hon.

Stigande incidens för gikt

Spondylartrit och gikt var den tredje och sista programpunkten denna dag. Lennart Jacobsson och Mats Dehlin, båda från Sahlgrenska, Göteborg, delade på den.

– Det var mycket som handlade om gikt i San Francisco. Det var flera sessioner och cirka 80 abstrakt som ägnades åt sjukdomen, sa Mats.

Prevalensen för gikt förefaller ökande, enligt vissa registerstudier. Alla patienter med gikt identifierades i en geografisk kohort i Olmsted, Minnesota (ca 300.000 invånare). Man gjorde en fullständig journalgenomgång, och åren 1989 – 1992 jämfördes med 2009 – 2010.

– Den totala incidensen 89 – 92 var 52 per 100.000. 09 – 10 var den 106 per 100.000, fortsatte Mats.

Han påpekade att det i och för sig är en ganska låg siffra, men att det är de gamla kriterierna man använt sig av.



Lennart Jacobsson



Mats Dehlin

– Den hade varit fördubblad med de nya kriterierna!

Han förklarade att man också kan se att incidensen ökar med stigande ålder – och eftersom befolkningen blir äldre, så ökar därmed incidensen.

– Slutligen hänger incidensen ihop med BMI, som förändrats stort under de två tidsperioderna, sa Mats.

Nutraceuticals – kosten som läkemedel

Det har kommit nya EURO-ACR klassifikationskriterier, och de går att använda som diagnoskriterier. De går ut på att man ska sätta poäng enligt ett schema, och det behövs 8 poäng för att ställa diagnosen gikt. Det finns även minuspoäng.

Mats redogjorde för hur det fungerar, och visade att det finns som webbcalculatör på <http://goutclassificationcalculator.ac.nz>.

Med nutraceuticals avses kosten som läkemedel. Vitamin C har tidigare kopplats till uratsänkande egenskaper, men Mats visade en studie som slagit fast att vitamin C inte har någon effekt vid gikt.

Omega-3 fettsyror har visat sig inhibera NLRP3 – IL1beta in vitro.

– Det som talar emot är att det finns studier som visar att ett ökat fiskintag ökar risken för gikt, sa Mats.

En annan studie har visat att intag av fiskrik på Omega-3 minskar antalet giktsskov, medan Omega-3 kosttillskott *inte* hade någon effekt på giktsskov.

Lesinurad – nytt läkemedel för gikt?

Han avslutade sitt föredrag med att tala om läkemedel för gikt, och började med två studier på febuxostat för patienter med gikt och njursvikt.

– Njurarna är ofta ett problem hos patienter med gikt.

I den första studien behandlades 71 patienter i Frankrike, mean follow up time var 66 veckor, och 65 % nådde urat under 360. I den andra ingick 57 patienter från Sydkorea, varav 21 i dialys, mean follow up time var 15 månader och 1 slutade pga. biverkningar i form av klåda.

– 72 – 90 % av dessa uppnådde urat under 360.

Lesinurad är ett av de nya läkemedlen som är intressant för gikt. Det är en revers transkriptas inhibitor, som i samband med fas I och II-studier vid HIV noterades för hypoureemiska effekter. Lesinurad blockerar OAT1 och URAT1 – som är transportörer av urinsyra – och sålunda ett urokosurika, förklarade Mats.

Han beskrev studien CRYSTAL, en dubbelblind, randomiserad, placebokontrollerad multicenterstudie av tofös gikt. Man testade febuxostat 80 mg mot febuxostat 80 mg + lesinurad 200 mg och i tredje armen febuxostat 400 mg + lesinurad 400 mg. Det var drygt 100 patienter i var och en av dessa armar.

– Det primära utfallet var urat under 300 efter 6 månader. Sekundärt utfall var upplösning av ett tofi, respektive minskad tofusarea vid månad 12.

Armen med lesinurad 400 mg nådde endpoint. Vad beträffar upplöst tofi, hade 21 % av patienterna med enbart febuxostat, 25 % av de med 200 mg av de båda läkemedlen och 31 % av de med 400 mg febuxostat och lesinurad löst upp ett tofi.

– Biverkan bestod av en dosberoende, reversibel njurpåverkan, sa Mats.

Behandla patienterna optimalt

Lesinurad ligger f.n. hos FDA för godkännande som läkemedel mot gikt, men myndigheten hade inte när mötet i Stockholm hölls ännu tagit något beslut.

Ett annat läkemedel som eventuellt kommer i framtiden är arhalofenat – ett urokosurika med effekt på URAT1, och som samtidigt blockerar utsläpp av lokalt producerat IL-1beta.

En studie med patientrapporterad förekomst av flare som presenterades visade att arhalofenat 800 mg ger mindre flare än allopurinol 300 mg, men är mindre effektiv på att sänka urat.

Mats summerade med att konstatera att

man även i USA upplever att det finns en viss apati inför gikt – man behandlar inte dessa patienter optimalt.

– Så det gäller där som här: Bort med denna apati, och behandla dessa patienter med det bästa ni har!

Majoriteten av patienter med inflammatorisk ryggsjukdom utvecklar inte AS

Lennart Jacobsson berättade att till ACR hade det skickats in 3285 godkända abstracts – och att cirka 250 av dessa handlade om spondylartrit.

Han beskrev några av dessa, och började med frågan om vilken som är den optimala remitteringsmodellen för att få ”rätt” patienter med inflammatorisk ryggsjukdom (IBP) till reumatologen?

I en systematic review hade 135 artiklar identifierats, varav 6 uppfyllde urvalskrite-

”Adalimumab var överlägsen jämfört med etanercept när det gällde att reducera eller förebygga anterior uveit”

rier och hade god kvalitet. Remittenterna var huvudsakligen primärvården, sjukgymnaster och ortopedier.

– Grundkriterium var ryggsmärtor under längre tid än 3 månader, med debut före 45 års ålder. Det kombinerades med en mängd olika tilläggs-kriterier: Imaging av SI-leder, HLAB27, inflammatorisk ryggsjukdom (IBP), NSAID-svar etc. berättade Lennart.

Följande slutsatser hade man dragit: Grundkriterium (GK) + ytterligare symptom eller fynd är lika bra som mer komplexa alternativ. Av patienter med GK + IBP, hade 24 % axial spondylartrit.

– GK + positiv imaging av lederna – oavsett metod – resulterade i 50 % spondylartrit. Och av dem som hade GK + HLAB27, så hade 55 % axial spondylartrit, sa Lennart.

En annan studie ställde frågan hur stor del av patienter med inflammatorisk ryggsjukdom som utvecklar AS, och i vilket tempo?

– Man identifierade patienter i Rochester 1985 – 2010. Av 2151 granskade patienter uppfyllde 83 kriterierna för axial spondylartrit. Efter 10 år hade 18 % utvecklat AS. Majoriteten kommer alltså *inte* att utveckla AS, konstaterade Lennart.

Tre studier på uveit

Uveiter är förknippat med AS. Uveiter förklarar 10 – 15 % av all nyttillkommen blindhet i västvärlden per år.

– Det är alltså ett allvarligt problem, underströk Lennart.

Konventionell behandling med steroider

(lokalt eller generellt) leder till biverkningar. Behandling med DMARD är dåligt dokumenterad och svår att utvärdera.

– På årets ACR redovisades flera observationsstudier, samt två stora randomiserade, kontrollerade studier som utvärderade behandling med TNF-inhibitorer.

En av dessa observationsstudier kom från ARTIS. Slutsatsen i den studien var att man kunde se en tydlig reduktion för anterior uveit för patienter behandlade med adalimumab. Ingen sådan effekt kunde observeras för etanercept.

– Adalimumab var överlägsen jämfört med etanercept när det gällde att reducera eller förebygga anterior uveit, sa Lennart.

Han fortsatte med de två randomiserade studierna. Den första var VISUAL-I, som inkluderade patienter med intermediär, posterior eller pan-uveit. Dessa behandlades med steroider (hög dos med snabb nedtrappning) + adalimumab eller placebo.

– Resultatet blev en halvering av recidiv i adalimumab-gruppen. Det var dock fortfarande en betydande del som fick recidiv på adalimumab – men man såg en god effekt på samtliga objektiva och subjektiva utfall.

Den andra studien var SYCAMORE. Det var en prövarinitierad, multicenter, randomiserad studie i Storbritannien. Man undersökte 90 patienter med JIA med aktiv främre uveit trots metotrexat. De randomiserades till adalimumab eller placebo.

– Resultatet blev att studien bröts efter 90 dagar – eftersom effekten av adalimumab var så stor! Man såg god effekt även på sekundära utfall, dock något mer infektioner i adalimumab-gruppen.

”IL17-hämmare är minst lika bra”

Till sist kunde Lennart också berätta att EMA den 23/10 2015 har godkänt den första IL-17-hämmaren på marknaden – sekukinumab – för behandling av PSA och AS.

– Tidigare presenterade studier har visat en god effekt, jämfört den som tidigare setts vid tidigare randomiserade studier med TNF-hämmare vid både PSA och AS.

Han berättade även om SPIRIT P1, en fas-III studie på Ixekizumab (en IL17-hämmare) mot adalimumab mot placebo vid psoriasisartrit. Man såg en minst lika god effekt av Ixekizumab för samtliga utfall.

– IL17-hämmare är minst lika bra. De kommer att bli ett bra tillägg i vår behandlingsarsenal.

Han avslutade med tofacitinib, som han definitivt ansåg vara ett behandlingsalternativ även för AS – om det blir godkänt av EMA för Europa.

Därmed var konferensdagen till ända.

Verksamhetsutvecklingsdagen 2016

SRFs verksamhetsutvecklingsdag ägde rum den 26:e januari i Stockholm.

SRFs ordförande Ralph Nisell hälsade alla välkomna till Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademiens lokaler mitt i centrum. Här har dagen genomförts under många år, men 2016 var andra gången de hölls i januari.

Patienten som aktiv medaktör

Boel Mörck inledde med att tala om verksamhetsutveckling.

– Vi måste titta framåt, och inte bakåt. Jag tycker att den svenska reumatologin är ganska modern – trots att SRF i år fyller 70 år, sa Boel.

Sofia Ernestam är kvalitetsregistrets (SRQ) registerhållare.

– SRQ är ett eget, slutet system som ingen annan kommer in i. Jag tror vi behöver fundera på hur vi ska kunna öppna upp oss, sa Sofia.

Hon uttryckte en vision om ett lärandesystem med patienten som aktiv medaktör. Sofia underströk vikten av en tidig diagnos – vi måste hitta patienten och påbörja behandlingen tidigare.

– Vi vet att det idag är en ökad sjukfrånvaro redan innan diagnosen ställs. Patienterna finns i primärvården, hos fysioterapeuten – eller på nätet.

Ont i lederna är ett verktyg för online screening, en responsiv webbtjänst som ger

kunskap till patienten, som Sofia visade.

– 70 000 personer har redan använt tjänsten. Patienten kan ta med sig sina svar till vården. Vi vet dock inte ännu om det inneburit att behandlingen har satts in tidigare – det får vi se så småningom i kvalitetsregistret, sa hon.

Upp till landstingen

En annan tjänst är Patientens egen provtagning (PEP). Det är en nationell tjänst som gör att invånaren själv bl.a. kan skapa en

”Vi måste hitta patienten och påbörja behandlingen direkt”

fördefinierad provtagningsremiss, beställa prover där provtagning sker på lab eller beställa självtjänster där provtagning sker hemma. Patienten kan också ta del av provsvar och få dem skickade till vårdens journalsystem.

PEP har många fler användningsområden än vid RA – diabetes och hälsokontroller var två av många som Sofia pekade på. Än så länge fungerar det bara på ett lab i Stockholm, men den 25/5 kommer tjänsten att fungera på *alla* lab i Stockholm.

– Landstingen får ta och bygga in det de vill ha av PEP – Stockholm, Uppsala, Värm-

land hör till dem som redan är med, summerade Sofia.

Identifiera patienter med rehabiliteringsbehov

En nyhet på Reumaveckan 2015 var posterutställningen om verksamhetsutveckling.

– Det var ett försök som slog väl ut, sa Boel.

Hon presenterade vinnaren från Tylö-sand – Jörgen Lysholm från Falun. Frågeställningen de hade ställt sig i sin poster var om ett beslutsstöd kunde identifiera patienter med rehabiliteringsbehov?

– Vi har skapat en algoritm inspirerad av riktlinjerna från arbetsgruppen för modern reumatologisk rehabilitering, och sedan gjort en applikation som med hjälp av algoritmen försöker identifiera patienter med RA som har behov av rehabilitering de första åren efter insjuknandet, berättade Jörgen.

Algoritmen har testats retrospektivt på ett stort antal RA-återbesök. Jörgen presenterade de data de kommit fram till. Slutsatsen blev att det *går* att hitta potentiella rehab-kandidater med hjälp av IT-stöd.

– Funktionen borde kunna byggas in i SRQ, summerade han.

Utbildning för blivande ledare

Boel berättade om bakgrunden till Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap (RULE).

– Det fanns mycket utbildning för ledare och chefer, men däremot ett glapp för dem som befinner sig i slutet av sin specialistutbildning och som har ett intresse av att bli ledare, förklarade hon.

Hon tillade att SRF vill att det ska finnas medicinsk kunskap i de rum där beslut fattas i sjukvården.

– Vi gjorde därför en ordentlig kartläggning över vad vi ville åstadkomma, och hur vi skulle nå dit.

RULE blev resultatet. Programprocessen beskrevs i RB 3/15 och, efter att ha berättat om upplägget, kunde Boel nu presentera resultatet av den utvärdering man har genomfört efter att programmet avslutats. Samtliga 18 som genomgått programmet hade svarat, och det visade sig att de tyckte det varit synnerligen bra.

– 16 av de 18 som var med har redan tagit på sig ledarskapsuppgifter – eller kan tänka sig att göra det inom en snar framtid, sa Boel.



Fyra av deltagarna var på plats i Stockholm, och berättade själva om hur de upplevt RULE-programmet. De satte sig därefter i "bikupor" med de övriga åhörarna, för att diskutera vad man bör tänka på om man ska fortsätta med RULE.

Ralph Nisell avslutade med att berätta att RULE-programmet – i Läkarförbundets regi – nu ska presenteras för andra specialiteter.

Patienten vet mer än vården om sin hälsa

– Bättre vård kräver fler innovationer – av teknik, arbetssätt, bemötande och styrning, sa Daniel Forslund som är Innovationslandstingsråd i Stockholms läns landsting (SLL).

Men det finns hinder för spridning och användning av innovation, konstaterade han också. Det handlar om ersättningssystem som cementerar rådande arbetssätt och gammal teknik, upphandling och legala hinder, avsaknad av infrastruktur för implementering och brist på tid för innovation i vardagen, var några som Daniel räknade upp.

– Därför finns det ett nytt mål i SLLs budget för 2015: "SLL ska präglas av en kreativ och innovationsfrämjande kultur, där nytänkande belönas och innovation och ständigt förbättringsarbete ses som en del av kärnuppdraget".

En ny ersättningsmodell införs i SLL från den 1/1 2016, som bl.a. ger mindre fokus på besök, och mer fokus på värdeskapande för patienten, skärper kraven på införande av eHälsotjänster och ger samma ersättningsnivå för videobesök som för fysiska besök, fortsatte Daniel.

– Vi vill skapa en kultur där det är tillåtet att tänka nytt, experimentera och göra fel!

Med all ny teknik vet snart patienten mer än vården om sin hälsa, avslutade Daniel.

– Ett enkelt hälsostöd för friska är ett livsviktigt verktyg för patienter med kronisk sjukdom.

SRF bör fortsätta med en plan för fortbildning

Katarina Almehed talade om fortbildning. Hon inledde med att berätta att det finns en ST-studierektor i varje region, och fortsatte med att presentera namnen på de regionala fortbildningskoordinatorerna.

– De ska hjälpa oss att se till att specialisterna får en bra fortbildning framöver, förklarade hon.

När det gäller ST-läkare, finns det massor av kurser som det är reglerat att man ska gå. Men specialister är olika – de behöver kunna olika saker i sin vardag, även om förstås mycket är gemensamt.

Mats Dehlin är fortbildningskoordinator för VG-regionen, och han berättade om hur han arbetar där.



– Det kommer väldigt få önskemål från specialisterna själva om vad det är de behöver lära sig, konstaterade Mats.

Han beskrev ett antal olika kursupplägg de genomfört i VGR, med program och struktur.

Katarina återkom med ett antal frågor som diskuterades i smågrupper. Svaren diskuterades sedan i storgrupp. Det framkom då att de flesta ville att SRF skall fortsätta med att ha en plan för nationella kurser och fortbildning. Många ansåg också att formatet med en eftermiddag med påföljande förmiddag var bra.

– Fördelen med en övernattningsdag är att man lär känna varandra, var en av åsikterna som framfördes.

– En dag är för lite och tre är för långt, ansåg en annan.

Dagen avslutades med en rapport från post-ACR konferensen (*se separat rapport i detta nr*). Utvärderingen visade till 100



Daniel Forslund



Jörgen Lysholm



Sofia Ernestam

% att man önskade att detta sätt - att sprida kunskap om vad som avhandlas på de stora världskongresserna – skall upprepas nästa år. De som hade talat i Stockholm fick genomgående mycket goda omdömen.

Ett förslag kom att bredda detta möte på så sätt att man också sänder det med videolänk.

– Det är något för SRFs styrelse att fundera på, avslutade Ralph Nisell denna verksamhetsutvecklingsdag.

Per Lundblad

SRF 70 år

Det var den 3:e mars år 1946 som Svensk Reumatologisk Förening konstituerades. Det innebär att SRF i år fyller 70 år. Detta uppmärksammades med särskilda jubileumsföreläsningar och festmiddag i anslutning till Verksamhetsutvecklingsdagen i Stockholm.

Föreläsningarna hölls direkt efter att det ordinarie programmet för dagen var slut.

- Sex kända SRF-profiler kommer att framträda, och först ut av dessa är Ido Leden, sa Ralph Nisell.

SRFs förste ordförande

Ido inledde med att tala om Sveriges förste reumatolog – Gunnar Kahlmeter.

- Han startade studier kring invaliditet och pensionering, och visade att ledgångsreumatism var den ledande orsaken bakom. Då, 1918, var det i stort sett en okänd sjukdom, sa Ido.

Gunnars epidemiologiska studier bekräftades i Europa, och han blev snabbt en expert och var med om att starta en internationell reuma-förening.

- Gunnar insåg värdet av specialister och specialkliniker. Han fick Socialstyrelsens tillstånd att utfärda specialistbevis för reumatologi, vilket han gjorde för första gången år 1931. Det var Gunnar Edström och Ellen Margareta Persson som då fick dessa.

Gunnar Kahlmeter blev vald till SRFs förste ordförande. På grund av sviktande hälsa ställde han dock inte upp för omval 1948, och blev då istället utsedd till hedersmedlem. En omröstning på det mötet ledde till att Nanna Svartz – Sveriges första kvinnliga professor, och som de flesta antog skulle ta över ordförandeskapet – förlorade mot motkandidaten Fredrik Sundelin. Orsaken



Ido Leden

var att hon var motståndare till att reumatologin skulle vara en egen specialitet.

- Nanna lämnade mötet direkt efteråt, och relationerna mellan henne och SRF var dåliga i många år, sa Ido.

”Folk kom från hela världen” för att titta Ingiäld Hafström berättade sedan om svensk reumatologi under åren 1967 – 1997 ur SRFs och Södersjukhusets (SÖS) perspektiv.

Eric Jonsson var chef för medicinavdelning III på SÖS under åren 1950 – 1966, och han planerade den nya fysikaliska terapiavdelningen och reumatikerdispensären där. Eric var även med i styrelsen för SRF från start.

Reumatikerdispensären hade syftet att patienten skulle få kontinuerlig reumatologisk bedömning – med hänsyn till patien-

”Forskningen påverkar sjukvården mer än vilken organisationsförändring som helst.”

tens sociala situation, medicinskt, funktionellt, socialt och för rehabilitering.

- De skulle sätta mål för sina åtgärder och skapa möjlighet till ett teamomhändertagande – med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator, berättade Ingiäld.

Hon visade bilder på den nyinrättade fysikaliska terapiavdelningen och beskrev hur ”folk kom från hela världen” för att titta.

Antalet specialisttjänster ökade

Erik Nettelblad tillträdde sedan som chef för Med III åren 1968 – 1984, och enligt Ingiäld var han en chef som gav sina anställda en möjlighet att växa.

- Han satte ett ramverk för verksamheten utan detaljstyrning, verkade för frihet under ansvar med möjlighet att påverka och arbeta självständigt. Det var ett fantasiskt chefskap!

1978 inrättades en specialisttjänst i reumatologi och en reumatologisektion. 1984 blev denna ekonomiskt självständig och 1992 blev reumatologin en egen klinik.

- Under 1980 – 90 talen tillkom specialiserad reumatologisk verksamhet på alla länsjukhus – och t.o.m. på en del länsdelslasarett. Antalet specialisttjänster i landet ökade från 55 år 1979 till 140 år 1995, summerade Ingrid.

Hon avslutade med att påpeka att SRFs 50-årsjubileum år 1996 firades just på Södersjukhuset.

Foton från olika epoker

Umeå fick en egen reumatologiklinik år 1974, berättade Solbritt Rantapää Dahlqvist. Reumatologi i norra regionen finns idag, förutom i Umeå, även vid Sunderbyn, Sundsvall, Örnsköldsvik samt i Östersund.

- Forskningen inom reumatologin vid Umeå universitet kom igång först 1991. Den har handlat mycket om de kardiovaskulära komorbiditeter som är associerade med RA, fortsatte Solbritt.

Hon sammanfattade med att slå fast att reumatologin idag är en klart utvecklad akademisk specialitet, och att det har skett en stark ökning av antalet specialister i norra regionen.

- Vi har fått andra, mer potenta, mediciner och det är väldigt roligt. Så jag tycker inte att de svårigheter vi står inför idag är större än tidigare.

Frank Wollheim var nästa talare, och han visade fotografier – som han ofta själv hade tagit – från olika epoker. Dessa föreställde bl.a. docent Gunnar Edström då han utnämndes till klinisk lärare i reumatologi, den Nordiska Reumatologikongressen i Ronneby 1972 och EULAR i Stockholm 2002. Frank visade naturligtvis också flera bilder från olika Cutting Edge Rheumatology Lund åren 1999 – 2014.

- De utgjorde en mötesplats mellan den basala forskningen och kliniken, påpekade han.

40 000 namnunderskrifter

Tomas Bremell presenterade sig själv som den som ”enligt Ido är den ordförande som bitit sig fast på posten längst”.



Tomas Bremell

– Jag anser att om man tycker om att sitta länge, ska man göra det! Då blir man ju bra på det man gör, kommenterade han.

Tomas talade om SRF på 2000-talet, och kom därmed in på striden om basspecialitet som ägde rum då. Detaljerna i denna är väl beskrivna i en artikel i RB 7/14.

I korthet gick den ut på att i en utredning år 2002 föreslog utredaren Gudmar Lundquist att man skulle minska antalet basspecialiteter från 64 till 28, och 23 s.k. grenspecialiteter samt 2 tilläggspecialiteter. Reumatologin skulle bli en grenspecialitet till invärtesmedicin, enligt förslaget.

– Det resulterade i en strid som vi med jämna mellanrum har ut kämpat under hela vår historia, sa Tomas.

Förslaget bekämpades på alla tänkbara sätt, och Tomas berättade livfullt och engagerat om hur de arbetade med att påverka olika instanser så att reumatologin skulle finnas kvar som basspecialitet.

– Reumatikerförbundet samlade ihop 40 000 namnunderskrifter, som överlämnades vid presentationen av Socialstyrelsens förslag. Det blev huvudnyhet i Rapport och Aktuellt, mindes han.

Flera remissinstanser var negativa, och därför tillsatte Socialstyrelsen en ny utredning – officiellt för att undersöka effekterna på utbildning och forskning. Tomas citerade vad utredaren Lennart Persson kom fram till:

”Påtagliga forskningsframgångar inom inflammationsforskningen och immunologin har inneburit att reumatologin distanserat sig från den internmedicinska familjen och blivit en självständig specialitet... Någon liknande förändring där klinisk forskning så påtagligt har påverkat en specialitets utveckling fann jag inte inom någon specialitet.”

Beslutet kom den 20/12 2005 – reumatologin blev kvar som basspecialitet.

Att förstå sjukdomen – inte bara inflammationen

Under 2000-talet kännetecknas svensk reumatologi av en verksamhetsutveckling i framkant.

– Ingen ska kunna slå oss på fingrarna, sa Tomas.

Andra karaktäristiska egenskaper är att reumatologin har en aktiv, långsiktig rekrytering, samt att svensk reumatologisk forskning har gott rykte.

– Det finns en integration mellan biologi och klinik på universiteten – vilket är jätteviktigt, framhöll han.

– Jag är av den åsikten att forskningen påverkar sjukvården mer än vilken organisationsförändring som helst, sa Lars Klareskog, som var den sista föreläsaren.

Lars påpekade att åren 1950 – 1980 var vårdtiden för en patient med RA vid Karolinska sjukhuset ofta 4 – 6 veckor med ledvila och utredning av invaliditetsersättning.

– Det är bara en generation bakåt i tiden. Så hur kom vi dit där vi är idag?

Han fortsatte med att beskriva resan som inleddes med upptäckten av monoklonala antikroppar. Det resulterade i Nobelpriset år 1984. Resan fortsatte med upptäckten av TNF och den första användningen av anti-TNF vid sepsis 1987. I London analyserade man samtidigt förekomsten och funktionen hos de nya cytokinerna i den reumatiska leden.

– Det var ett nätverk av forskare som pratade med varandra – och då händer det någonting!

Nästa steg var att förstå sjukdomen – inte bara inflammationen. En viktig förutsättning för det var kartläggandet av det

mänskliga genomet.

– Att förstå DNA-instruktionen för människan och våra olikheter gav helt nya möjligheter att förstå sjukdom och dess ursprung i samverkan mellan arv och miljö.

En helt ny informationsvärld

Då hade vi i Sverige vårt nationella reumatologi-register – en unik resurs för att förstå sjukdomars uppkomst, förlopp och för utveckling av ny terapi och prevention.

– Det var världens bästa för att undersöka sambandet mellan genetik och sjukdom. Det ledde oss fram till vår nuvarande bild av utvecklingen av RA, fortsatte Lars.

Världen är vår forskningsmiljö. För att bidra till framtidens reumatologi måste vi därför vara en del av den internationella forskningsmiljön, konstaterade han.

– Vi måste identifiera var vi kan göra kritiska bidrag, samt identifiera vilka internationella framsteg – inklusive dem i Sverige – som snabbt ska infogas i vår egen forskning och vård!

Idag har vi en helt ny informationsvärld och en gammal sjukvårdsstruktur. Men vi har en helt ny möjlighet att använda forskningsresultat från många patienter, medarbetare i vården och alla andra.

Han visade en bild på ett onlineverktyg som Sofia Ernestam hade beskrivit under förmiddagen på Verksamhetsutvecklingsdagen.

– Vi kan vara nöjda med reumatologins ställning i Sverige idag, för det medför att vi kommer att påverka morgondagen, avslutade Lars, och därmed även denna eftermiddag av jubileumsföreläsningar.

Per Lundblad



F.v: Lars Klareskog, Frank Wollheim, Ido Leden, Ingjæld Hafström, Solbritt Rantapää Dahlqvist och Tomas Bremell.

Protokoll Föreningsmöte SRF Stockholm 2016-01-27

§ 1 Godkännande av kallelse och dagordning

- Dagordningen godkändes.

§ 2 Mötesordförande och protokollskrivare

- Ralph Nisell valdes till mötesordförande. Marcus Rehnberg valdes till protokollskrivare

§ 3 Val av protokolljusterare

- Tomas Bremell och Ingjöld Hafström väljs till att justera protokollet.

§ 4 Godkännande av SRF årsrapport 2015

- Inga synpunkter på innehållet, årsrapporten godkänns.

Förslag från Tomas Bremell om att lägga ut protokollet från Reumabullen på hemsidan, på samma sätt som görs med bemanningsrapporten.

§ 5 SRF 70 år

- Ralph Nisell informerar om firandet som pågår under året: jubileumsföreläsning och festmiddag idag (27 januari), jubileumsboken och aktiviteter under Reumaveckan i september,

§ 6 Reumaveckan i Umeå 2016 (v 37), 13-16 sept

- Ralph Nisell informerar om Reumaveckan, som har bytt namn från Reumadagarna.

§ 7 Ingen Riksstämma i nov/dec 2016

- Ralph Nisell informerar om att SLS inte arrangerar någon riksstämma 2016.

§ 8 SCR congress Island 2016, v 35, 1-3 sept

- Ralph Nisell informerar om SCR på Island.

§ 9 Post ACR möte hölls den 2 dec -15. När post ACR 2016?

- om att det verkar finnas stort stöd för fortsatt post-ACR. Diskussioner om hur och när. Styrelsen diskuterar vidare och återkommer med förslag på tidpunkt.

§ 10 RULe 2015 rapport.

Planering för RULe-2 för 2017

- Boel Mörck berättar om RULe-satsningen, nomineringsförfarande, och planer på en RULe 2 under 2017. Föreningsmötet stöder fortsatt RULe-satsning.

§ 11 Återkoppling/Formulering av textförslag

angående principer för repr i ARTIS

och RR (diskuterades på årsmötet i sept, Gerd-Marie har tittat närmare på detta, rapportering)

-Gerd-Marie Alenius rapporterar om arbetet och tankarna på hur grupperna ska sammansättas och nomineras.

Det preliminära arbetsförslaget är just nu en ordinarie regionrepresentant från varje region som utses på tre år, och som väljas om efter perioden. Därutöver en ledamot utsedd av SRFs styrelse. Grupperna ska även ha en utsedd ordförande.

Lars Klareskog föreslår att det även bör gå att knyta ytterligare personer (som har vilja, tid och kompetens) till grupperna.

SRFs styrelse tar med sig synpunkter och

återkommer med konkret förslag i god tid innan årsmötet i Umeå.

§ 12 Övriga frågor

Ralph Nisell informerar om arbetet med framtagande av en vision för SRF, och om styrelsens arbetsförslag. Alla är välkomna att skicka in förslag, med deadline i mitten av maj.

Styrelsen återkommer till frågan i på årsmötet i Umeå.

§ 13 SRFs Årsmöte 2016 blir onsdag eftermiddag den 14/9

§ 14 Mötet avslutades



Riktlinjedagen 2016

SRFs riktlinjer bygger på evidens och – när sådan saknas – på konsensus. Riktlinjerna uppdateras årligen, och de olika arbetsgrupperna tar under hösten fram ett utkast. Sedan går utkastet till SRFs professorskollegium, enhetschefer och styrelsen på remiss. På Riktlinjedagen presenteras förslagen och diskuteras av de närvarande, och arbetsgruppen omarbetar sedan efter att ha lyssnat och tagit intryck. Därefter beslutas de av SRFs styrelse.

I sitt välkomstanförande till den årliga Riktlinjedagen slog SRFs ordförande Ralph Nisell fast att denna dag utgör ett arbetsmöte.

– Det är inga andra yrkeskategorier inbjudna, dagen är till för specialister i reumatologi som är medlemmar i SRF.

Han förklarade att de förslag som de olika arbetsgrupperna presenterar och diskuterar denna dag kan uppdateras och justeras fram till mars.

– SRFs styrelse klubbar dem sedan i april.

Ralph lämnade sedan ordet till Gerd-Marie Alenius som var moderator för dagen.

Nyheter om RA

Först ut var Carl Turesson som presenterade riktlinjerna för RA, och som även ville diskutera biosimilarer och policydokumentet om dessa.

Nyheter i 2016 års uppdatering är att förändringar i läkemedelsförmånen för TNF-hämmare fr.o.m. 1/1 2016 medför konsekvenser för rekommendationerna.

– Golimumab, original-infliximab och infliximab-biosimilaren Inflectra subventioneras ej inom läkemedelsförmånen vid nyinsättning hos patienter med RA utan tidigare behandling med bDMARD, berättade Carl.

Detta nämns i rekommendationerna, både vid RA med initialt medelhög sjukdomsaktivitet och ofullständig effekt av metotrexat, samt vid RA med hög sjukdomsaktivitet och ogynnsamma prognostiska faktorer.

– Det finns också nya skrivningar om RA med hög sjukdomsaktivitet och indikationer på ogynnsam prognos: TNF-hämmarna adalimumab, certolizumab och etanercept (listade utan prioritering i alfabetisk ordning) har dokumenterad effekt vid detta tillstånd och är registrerade samt ingår i läkemedelsförmånen för motsvarande indikation.

Certolizumab har en ny indikation – för behandling av svår, aktiv och progredieran-

de RA hos vuxna som inte behandlats med metotrexat eller andra DMARD.

– En annan ny indikation gäller tocilizumab intravenöst – för behandling av svår, aktiv och progressiv RA hos vuxna som inte behandlats med metotrexat tidigare, sa Carl.

Ska läkemedelsnivåer och antikroppar mätas?

För kortisonbehandling vid tidig RA har gruppen tagit fram en ny rekommendation för behandlingstidens längd.

– Vårt förslag till SRFs rekommendation är att evidens ger stöd för rekommendationen att lågdos kortisonbehandling – om inte särskilda skäl föreligger som komorbiditet med t.ex. diabetes eller osteoporos – vid tidig RA bör trappas ut tidigast efter ett års behandling. Den optimala behandlingstiden och dosen är alltså inte fastställd, fortsatte Carl.

12 % av RA-patienter utvecklar Anti Drug Antibodies (ADA) och det är ett problem som man måste lära sig hantera. Så ska ADA och läkemedelsnivåer mätas?

– Det kan vara av värde vid klinisk misstanke om sviktande effekt av TNF-blockad. En låg koncentration av läkemedel tillsammans med höga titrar av ADA talar för utveckling av immunogenicitet, och att läkemedlet inte längre har avsedd biologisk effekt.

Rutinanalyser av anti-TNF antikroppar rekommenderas dock ej, då värdet av detta är otillräckligt undersökt.

Förslag till skrivning om biosimilarer

När det gäller biosimilarer och "switching" – dvs. byta från originalläkemedel till en biosimilar till detta läkemedel – så är sammantaget det vetenskapliga underlaget angående byte från originalpreparatet till CT-P13 mycket begränsat och otillräckligt, för att evidens för bibehållen effekt och tolerabilitet vid byte ska anses föreligga.

Carl presenterade därför ett förslag till konsensusbaserad skrivning:

– Med utgångspunkt från aktuell erfarenhet och konsensus kan byte från behandling med original-infliximab till CT-P13 övervägas hos patienter som är i stabil remission eller med stabilt låg sjukdomsaktivitet. De ska vara välinformerade om alla relevanta aspekter på behandlingen. En förutsättning är att en strukturerad uppföljning sker och att beredskap finns för att sätta in annan adekvat behandling om bytet inte faller väl ut.



Tomas Husmark



Anders Bengtsson



Diskussion under kaffepausen.

Förutsättningar för införande av biosimilarer

Christopher Sjöwall presenterade rapporten från SRFs arbetsgrupp för biosimilarer.

– Det är viktigt att påpeka att även om vi nu hamnade vid RA-dokumentet, så gäller

rapporten *alla* biosimilarer, underströk han.

Christopher presenterade SRFs policydokument – och påtalade att det är just ett sådant, och därmed inte att betrakta som riktlinjer.

– SRF ser generellt positivt på utvecklingen av biosimilarer, men anser att följande förutsättningar ska vara uppfyllda för att införandet ska bli patientsäkert, ändamålsenligt och kostnadseffektivt:

- En strukturerad uppföljning av biosimilarer är av yttersta vikt.
- Spårbarhet (batchnummer etc.).
- Ej utbyte på apotek.
- Medicinsk indikation ska väga tyngst.
- Att byta från originalpreparat A till biosimilar av originalpreparat B rekommenderas inte.
- Evidensläget är att betrakta som specifikt för varje enskild biosimilar – inte biosimilarer som grupp.

Nytt läkemedel för AS och PsA

Tomas Husmark presenterade sedan riktlinjerna för behandling med biologiska läkemedel vid spondylartrit.

– Vi har vid inflammatorisk ryggsjukdom försökt att tydligare skilja på AS/nr-ax-SpA och PsA med en tydligare uppdelning av behandlingsalternativ och mer effektmått, berättade Tomas.

Nytt för i år är att det kommit ett nytt preparat – sekukinumab, en human antikropp mot IL 17 A. Tidigare indikation har varit plack psoriasis, och fr.o.m. november 2015 är sekuninumab godkänt för AS med otillräckligt svar på konventionell behandling, samt för PsA med otillräckligt svar på tidigare behandling med DMARD.

Tomas presenterade de studier som ligger bakom godkännandet.

– De visar en likvärdig effekt för både AS och PsA jämfört med TNF-blockad. 1 av 4 som sviktar på anti-TNF svarar bra på sekukinumab – och det tycker jag är bra! Mindre än 1 % utvecklade ADA.

Lennart Jacobsson presenterade en kort repetition av nyheterna i riktlinjerna för år 2015, och därefter årets uppdaterade flödesschema för behandling.

– Vi har lagt till sekukinumab vid axial SpA, och vid PsA valt att nedgradera apremilast till det sista alternativet och lagt in sekukinumab innan.

Förslag för fortsatt arbete med levnadsvanor

Elisabet Lindqvist redogjorde för uppdateringen av MORR 2016.

– De har inga innehållsmässiga förändringar. Det vi har lagt till är EULARs rekommendationer för patientundervisning vid artrit, referensuppdateringar samt om levnadsvanor – ett fortsättningsprojekt via SLS, sa Elisabet.

Den befintliga MORR-texten är kvar: ”In-

om modern reumarehabilitering bör patientundervisning vara en behovsstyrd, kontinuerligt återkommande, insats”.

– Vår skrivning låg i framkant, konstaterade hon.

Det har kommit studier som visar att arbetsterapeutiska insatser har effekt, och Elisabet presenterade dessa. Hon avslutade med gruppens förslag till fortsatt levnadsvanearbete inom reumatologin. De två första av dessa handlade om utbildning.

– Vi förslår en påbyggnadsutbildning om levnadsvanornas specifika betydelse inom reumatologin för alla personalkategorier, samt ett reumaspecifikt ”levnadsvane-körkort”.

De förslog också att en nyckelperson för levnadsvanor på kliniken får ansvar för att ta fram en kompetenslista som ska identifiera resurser inom och utom kliniken.

– Samt en utökad användning av PER (SRQ) för levnadsvane frågor med tyngdpunkt på patientens egen registrering och feedback till patienten.

Tillägg i rekommendationerna vid latent tbc

Eva Baecklund och Meliha Kapetanovic beskrev riktlinjerna för läkemedelssäkerhet.

– Inför 2016 har inte gruppen fått några nya uppdrag av styrelsen, utan reviderat befintliga dokument, berättade Eva.

Marika Kvarnström talade om provtagning och kontroller vid antireumatisk terapi. För 2016 är det inga ändrade rekommendationer i befintliga preparat.

– Vi har fått nya preparat: apremilast och ustekinumab. Referenserna är också uppdaterade, sa Marika.

Ingen av dessa nya preparat behöver några extra startprover – förutom de som idag redan tas för biologiska läkemedel, var gruppens förslag.

Eva fortsatte med ögonkontroller vid klorokinterapi. Målet för rekommendationerna är att detektera tidiga tecken på paracentralt synbortfall före utvecklande av ”bull’s eye”-förändringar.

Hon redogjorde även för ett tillägg i rekommendationerna för behandling av latent tbc: Biologisk behandling kan startas efter ca 1 månads förebyggande behandling mot tbc, *men kan i speciella fall om det av medicinska skäl brådskar med biologisk behandling ges parallellt. Exempelvis tillämpas det vid behov av akut cancerbehandling* (tillägget är kursiverat).

Rituximab har en plats

När det gäller SLE, finns det mycket kvar att göra, ansåg Anders Bengtsson.

– Vi behöver bli bättre på att behandla sjukdomsaktiviteten, påpekade han.

Anders beskrev strukturen för arbetet med riktlinjerna, och presenterade en förteckning över de läkemedel som har SLE

som godkänd indikation.

– Den består dock inte av alla de läkemedel som vi de facto använder, och den är identisk med förra året.

Anti-malariamedlet hydroxyklorokin är det rekommenderade förstahandsvalet vid SLE, om det inte finns skäl att avstå. Man måste följa de aktuella riktlinjerna för ögonkontroller när man sätter in det.

– Och det har kommit ännu mer stöd för användning av hydroxyklorokin under graviditet – det ger minskad sjukdomsaktivitet hos patienten, bättre outcome för graviditeten och skyddar eventuellt mot kongenitalt hjärtblock, fortsatte Anders.

Belimumab har en plats i terapin – vid medelsvår, aktiv SLE, ej nefrit och CNS, kan man sätta in belimumab om patienten inte svarat på konventionell behandling. Man måste dock avvakta 6 – 12 månader innan man kan utvärdera responsen. Anders frågade också deltagarna om de ansåg att rekommendationen om att belimumab endast ska ges vid universitetssjukhus ska tas bort, och fick flera jakande svar.

När det gäller rituximab så har två randomiserade, kontrollerade studier visat negativa resultat.

– Dock har registerdata och okontrollerade studier visat positiva resultat – och det finns även en stor erfarenhet. Så rituximab har definitivt en plats, konstaterade Anders.

Preparatet kan vara ett behandlingsalternativ vid svår och refraktär SLE – där de största erfarenheterna idag finns vid behandling av nefrit. Det kan även övervägas vid svåra hematologiska- och CNS-manifestationer, men har idag ingen plats vid mild till moderat sjukdomsbild, summerade han.

Behov av nya rekommendationer för prevention av CVD

Elisabet Svenungsson gav information från Kardiovaskulärarbetsgruppen.

– Vi har inte uppdaterat dokumentet i år, men vi tror att de kommer att ske nästa år, eftersom det har kommit nya studier, sa Elisabet.

Solveig Wällberg-Jonsson var dagens sista talare. Hon redogjorde för behovet av nya rekommendationer för primärprevention för kardiovaskulär sjukdom vid reumatisk sjukdom.

– Anledningen är att Läkemedelsverket har kommit med nya rekommendationer. Dessutom kom Socialstyrelsen med nya rekommendationer förra året och EULAR har kommit med nya – hittills opublicerade – rekommendationer, förklarade Solveig.

Hon presenterade sedan EULARs rekommendationer, och därefter var årets Riktlinjedag slut.

Per Lundblad

Registerdagen 2016

Det var Johan Askling och Sofia Ernestam som hälsade välkommen till SRFs årliga Registerdag som genomfördes den 28/1 i Stockholm.

Sofia (som är SRQs registerhållare) sa att det var roligt att så många hade kommit för att närvara.

– Vi siktar på en interaktiv dag, där vi lägger fokus på det underifrån drivna arbetet med registret, fortsatte hon.

Wilken patient får vilken medicin?

Dagens första talare var Thomas Frisell.

Thomas konstaterade att tack vare länkning mellan SRQ och nationella register har vi fantastiska möjligheter att övervaka vilka patientpopulationer som får olika behandlingar, och hur det går sedan.

– Patientgrupperna skiljer sig mellan grupper (TNF-hämmare mot övriga) och mellan första, jämfört med senare biologiskt läkemedel, sa han.

Patienter som inte startar behandling med TNF-hämmare är äldre, har längre sjukdomsduration och högre sjukdomsaktivitet. Han använde ordet "channeling" som begrepp för vilken patient som får vilken medicin.

– Tydligast channeling är det med avseende på tidigare sjuklighet, och för val av första biologiska läkemedel. De som startar annan behandling än med TNF-hämmare som första biologiska läkemedel är en betydligt sjukare grupp.

Ny modul för SSc

Biobanking sker integrerat i registret. Thomas Bergman berättade att vid slutet av år 2015 var totalt 2 227 patienter provtagna. 719 av dessa var prov var tagna år 2015.

– För närvarande är det 15 kliniker som samarbetar med biobanken, sa han.

Ansökan och förfrågningar angående uttag av prov ställs till biobanksgruppen eller direkt till registerrådet. Det är registerrådet som beslutar om tilldelning av prov.

Annika Nordin presenterade ett förslag från Swedish Scleroderma Study Group (SSSG) om att införa en modul för SSc i SRQ. Där ska bl.a. ingå 5 nya VAS-skalar i Patientens Egen Registrering (PER).

– Vi kommer också att lägga in en skin-score, en flik om hjärtutredning och lungundersökningar, förklarade Annika.

Maryam Dastmalchi informerade om SweMyoNet myositregister, och önskade från SRQs ledning en snabbare hantering av ändringar i SweMyoNet.

– Vi vill lägga till en fråga om många gånger patienten har ramlat de 3 sista månaderna. Vi vill också lägga till en diagnos – antisynthetassyndrom – och lägga till SF3, samt myositis activity profile i PER, sa Maryam.

Alla biverkningar rapporteras inte till LMV

Jan Hillert är registerhållare för Svenskt Neurologiskt Register, och förklarade hur de från början haft reumatologregistret som förebild.

– Det började som ett MS-register, sedan har det kommit till fler diagnoser, sa Jan.

Han visade hur beslutsstödet i MS-registret ser ut.

– Det främsta säljargumentet är att en blick ger all relevant information vid mötet med patienten.

Nils Feltelius talade om biverkningsrapportering.

sam översikt för alla SpA-diagnoser.

– Det är väldigt lite man som läkare behöver fylla i, mycket sker via PER, fortsatte han.

Tomas påpekade att data visar många tomma BASDAI-värden.



Thomas Frisell

"En blick ger all relevant information vid mötet med patienten"

– Biverkningsrapporter är en viktig signal i säkerhetsarbetet – men det finns många andra viktiga faktorer i detta arbete – t.ex. registerdata, påpekade han.

Han visade data från ARTIS om antalet utsättningar vid biobehandling med biverkning som angiven orsak, och andelen som rapporterats vidare till Läkemedelsverket. Under 2013 var antalet utsättningar 874 (med biverkningsorsak) och av dessa var 207 inrapporterade till LMV. Motsvarande siffror för 2015 var 678 utsättningar, varav 164 var inrapporterade.

– En glädjande utveckling är att vi år 2015 har sett en klar förbättring i andelen batchnummer i biverkningsrapporter, jämfört med 2014.

Han avslutade med att presentera en artikel ur SRQs årsrapport, där man redan i rubriken fastslog att ARTIS bidrar till ökad läkemedelssäkerhet.

Unika möjligheter att utvärdera

Diagnosen L40.5 (psoriasis med ledsjukdom) är nu borttagen från psoriasisartrit, och ersatt med M07.2 (spondylit vid psoriasis), berättade Tomas Husmark.

Det är små förändringar utförda i besöksmodulen för PsA, och man har en gemensam



Maryam Dastmalchi



Jan Hillert



Nils Feltelius



Beryl Svanberg



Tomas Husmark och Lennart Jacobsson



Daniela Di Giuseppe



Christopher Sjöwall, Elisabet Svenungsson

– Här finns mycket att göra, ansåg han. Lennart Jacobsson hade tagit på sig forskarens glasögon när han funderade över frågan varför man ska registrera bättre i SRQ. Svaret han då kom fram till var att registreringen ger oss unika möjligheter att utvärdera hur såväl sjukdom som behandling påverkar sjukdomen på både kort och lång sikt.

– Ska man ge DMARD samtidigt som TNF-hämmare vid AS? Det råder ingen konsensus om det, men tittar man i registret verkar det som att man ska göra det.

Andra slutsatser från SRQ som Lennart dragit var att adalimumab minskar risken för uveit jämfört med etanercept, och att depression och/eller ångest – men inte andra komorbiditeter – minskar chansen för patienten att stå kvar på TNF-hämmare.

Vill samla samtycken

Dan Lind förklarade begreppen 3R och 4D, vilka har med vårdinformatik att göra.

– 3R är framtidens vårdinformationsmiljö. Man arbetar nu med 10 patientscenarier för att bygga upp piloter som ska definiera hur systemet ska fungera, sa Dan.

Han tillade att det kommer att innebära att ett antal existerande system måste pensioneras.

4D betyder 4 diagnosgrupper (artriter, diabetes typ 2, hjärtsvikt och bröstcancer) och man undersöker hur dagens system styr dessa grupper. Ett informatikprojekt är kopplat till 4D, och det är vad Dan arbetar med. PER och Ont i lederna är två projekt som nu införs på bred front.

– Ett pågående projekt är eSamtyckesprojektet. Det är viktigt, för samtycken behöver samlas – idag finns de lite överallt. Patienten måste kunna få en överskådlig blick över ”Vad har jag samtyckt till?”. Det går inte idag, avslutade Dan.

SLICC och SLEDAI

Elisabet Svenungsson och Christopher Sjöwall berättade om SRQ-SLE registret. De efterlyste synpunkter och förslag på förändringar.

– Målet är att förenkla och göra registret användbart i vardagen, sa Elisabet.

– Och få fler att registrera, fyllde Christopher i.

SLICC mäter kumulativ organskada. Indexet är kumulativt efter sjukdomsdebut, dvs. att en registrerad kvarstår så länge patienten lever.

– Högre SLICC poäng predikerar mortalitet, så det är viktigt. Det går ändå ganska snabbt att fylla i, och en uppdatering per år räcker, sa Elisabet.

SLEDAI mäter aktuell sjukdomsaktivitet, och kommer att ligga kvar som en egen fik. PER är under diskussion, det man diskuterar är om det kan kopplas direkt till sjukdomsaktivitet.

Potential för svar på framtida frågor

Sara Magnusson-Bucher är verksamhetschef på Reumatologiska kliniken i Örebro.

– SRQ ger möjlighet att följa resultat av förbättringsarbete, och även att hitta möjliga förbättringsområden, underströk hon.

Hon förklarade att hon inte vet vilka frågor hon, patienterna, skattebetalarna, läkarna, sjuksköterskorna, politikerna eller chefen kan komma att intressera sig för i framtiden.

– Men jag vet att SRQ har potential att ge oss många svar!

Beryl Svanberg från Reumatikerförbundet talade om patientens önskemål om utdata. Hon önskade att patienten ska få möjlighet att följa sin egen sjukdom.

– En patientportal – som vi hörde om i Neuroregistret under förmiddagen – tycker jag låter väldigt spännande.

Sofia Ernestam kommenterade att PER redan finns – data från PER importeras till registret.

Vilka realtidsrapporter ska finnas på SRQs hemsida?

VAP står uttytt för visualization and analysis platform. Det är realtidsrapporter med tillhörande figur, tabell och sammanfattning. Dessa kan laddas ner, och då står det alltid datum i data. Det sistnämnda är viktigt, eftersom data förändras varje dag.

Daniela Di Giuseppe illustrerade med att visa antal behandlingar med Remicade, och hur man ställer in olika tidsintervall för siffran. Hon visade också hur man enkelt kan byta till ett annat läkemedel och diagnosgrupp.

Därmed var det dags för en workshop. Sofia bad alla att utifrån intresseområde gruppera sig vid olika bord för att diskutera vad de skulle vilja ha för realtidsrapporter att hämta på SRQs hemsida.

– Syftet är att vi på SRQ ska få ett underlag för vad vi ska ta fram. Vi kommer sedan att vidarebefordra detta till de berörda – verksamhetschefer m.fl. – för att få åtkomst till data.

I diskussionsunderlaget ingick vilka grafer och indikatorer som bör ingå, vilka variabler samt vilka filter (kön, tid, diagnos, landsting/enheter m.fl.) man ville ha.

Detta arbete utgjorde sista punkten på dagordningen. Efter att gruppdiskussionen var över, samlade Sofia in nedskrivna förslag, och underströk att sådana även kan mailas in senare.

– Vi ska ta era förslag och se hur vi kan utveckla dem, avslutade Sofia.



Per Lundblad Gruppdiskussioner.

POTTHOLZT · Tomas Weitoft

... MISSBRUKSANAMNES



RULe - motiverar och utvecklar framtidens ledare och chefer

I november hölls den avslutande delen av Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap, RULe. På plats var inbjudna och nominerade chefer i vården som lyssnade till kursdeltagarnas sammanfattande reflektioner och tankar om framtidens ledarskap inom svensk reumatologi.

Inför Läkarförbundets fullmäktige förra året handlade flera motioner om chefsrollen och att antalet verksamhetschefer som är läkare kraftigt har minskat de senaste åren. En viktig orsak är trenden mot att allt fler chefer tvingas lägga hela sin tid på chefskap. Många läkare har därmed blivit mindre intresserade av en chefskarriär på grund av att de tvingas ge upp sin fasta läkartjänst och inte längre kan vara kliniskt verksamma.

Trenden märks även inom svensk reumatologi. De senaste åren har det varit svårt att rekrytera kvalificerade reumatologer till lediga verksamhetschefstjänster.

– Om man som enskild specialitet inte finns företrädd i olika beslutande organ, är det svårt att påverka utvecklingen så att den medicinska kunskapen tas tillvara i svensk sjukvård. Det innebär också att det finns en stor risk att patienterna inte får tillgång till den medicinska vård de har rätt till, säger Boel Mörck, verksamhetschef för reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, samt vice ordförande för SRF.

Fler reumatologer som ledare

I november hölls den fjärde och avslutande delen av RULe, ett utvecklingsprogram för ledarskapsintresserade reumatologer i Göteborg. Programmet som baseras på *action reflection learning* (ARL) vänder sig i första hand till specialister, men även blivande specialister i reumatologi har blivit nominerade.

Med hjälp av ledarskapsprogrammet RULe hoppas SRF kunna motivera fler reumatologer till ledarskaps- och chefspositioner i vården.

– Förhoppningen är också att det skapas ett starkt nationellt nätverk där ledare och blivande ledare kan lära av varandra, säger Boel Mörck.

Under 2015 har det hållits tre moduler som behandlat ämnen som: att leda sig själv och att leda en verksamhet i förändring, att leda andra och att leda morgondagens patient och att leda komplexa organisatio-

ner. Till varje modul, som har bestått av ett internat med övernattning, har det bjudits in gäster och externa föreläsare som exempelvis Susanne Kallur, VD för Sparbanken syd, Marcello Rivano, verksamhetschef vid Skånes universitetssjukhus, Age Hareide, tränare för Malmö FF, Ann-Sofie Lodin, regiondirektör i Västra Götaland och Bent Christenson, före detta chef för Skånes universitetssjukhus. De har pratat om ledarskap, teamets betydelse, vikten av att vara påläst och kunna den verksamhet man leder. Men också om betydelsen av att sätta mål och skapa förutsättningar för löpande utvärdering, om motivation och vad som krävs för att skapa en plats där människor vill vara. Programdeltagarna har hela tiden haft reflexioner i självcoachande ”Trios”, det vill säga i små fasta grupper om tre personer.

”Förhoppningen är att skapa ett starkt nationellt nätverk där vi kan lära av varandra”

Utvärdering i Trios

Under den sista och avslutande delen av RULe fick respektive Trio hålla en redovisning, vilket sammanfattade och utvärderade programmets tre huvudmoduler.

En stor del av redovisningen handlade om de insikter deltagarna fått genom en djupare förståelse av sig själva som individer, och hur människors olikheter kan bidra till att stärka och utveckla en grupp.

Inför kursstarten i februari fick samtliga deltagare genomgå ett MBTI-test, Myers-Briggs Type Indicator, ett av världens mest använda personlighetstest som baseras på psykiatern Carl Gustav Jungs teorier om psykologiska typer. Testet används i dag som ett verktyg för självkännet och personlig utveckling och visar hur skillnaderna mellan människor kan tas tillvara.

Resultatet från MBTI-testet används även som grund för att reflektera kring olika ledarstilar och för att öppna möjligheter och se olika individers värde i en ledningsgrupp, oavsett personlighetstyp.

Förmåga att lyfta blicken

Peter Matt, forskare och specialist i reumatologi vid Akademiska sjukhuset Uppsala-



Payam Azali



Peter Matt

la, menar att ledarskapsprogrammet varit ovärderligt ur flera synvinklar.

– Denna kurs är unik då deltagarna är selekterade från reuma-Sverige och ges chansen att utvecklas utifrån ett reumaledarskapsperspektiv. En hel del av kursens inbjudna gäster och föreläsare var seniora kollegor som hade mycket att berätta om sina egna karriärvägars lyckade och mindre lyckade tilltag, vilket var mycket informativt och även gav upphov till livliga diskussioner.

I början av programmet uttryckte flera av deltagarna en frustration över den bestående bristen på tid för att få ihop klinik, forskning, undervisning och familj i vardagen. RULe, menar Peter Matt, gav deltagarna möjligheten att lyfta blickarna från vardagsproblematiken, att reflektera över ledarskap och chefsutövning och att upptäcka respektive använda verktyg för att bättre kunna hantera vardags- och fram-

tidsfrågor i ett bredare perspektiv.

– För mig har ledarskapsprogrammet tydliggjort komplexiteten i chefsutövning och ett framgångsrikt ledarskap, vilket kräver en god kunskap om den egna och medarbetares personligheter, en god organisationsförmåga på det egna planet och en djupare förståelse för organisationens grundläggande strukturer och maktkanaler. Det är också viktigt med en tydlighet i kommunikationen, ett ärligt och uppriktigt förhållningssätt samt att direkt ta itu med problem när de uppstår och våga ta de där ”svåra samtalen”. Det är viktiga grundstenar för att kunna fungera som chef, säger Peter Matt.

I vardagen kommer han att kunna dra nytta av RULE-programmet, såväl i mötet med patienter, kollegor på och utanför kliniken, som inom forskargruppen.

– Men faktiskt även i min familj.

En ny omgång av RULE-programmet, som i en utvärdering har fått höga betyg, planeras till 2017. Nomineringar pågår nu som bäst, fram till juni 2016.

– Det är väldigt roligt att läsa utvärderingen som fått strålande betyg. Det framgår att Trio-arbetet, gäster och middagsgäster, programorganisationen, ARL (praktiska

övningar), Myers- Briggs samt bokpresentationerna i princip fick maxbetyg från alla, säger Boel Mörck.

Röster om RULE

Laura Butule, ST-läkare vid Centrallasaret i Växjö:

– RULE-utbildningen har för mig öppnat nya tankesätt och perspektiv. Det har varit en spännande, lärorik och ibland tuff, men värdefull resa för min egen utveckling. Jag har även fått chansen att blicka fram mot en eventuell ledarroll i framtiden, och en unik möjlighet att träffa fantastiska kursledare, föreläsare, inbjudna gäster och inte minst andra kursdeltagare. Detta har gjort att jag har kommit till insikt om vikten av att skapa nätverk i framtiden.

Vilka insikter har du fått, dels i synen på ledarskap, dels på ett personligt plan?

– Utbildningen har vidgat min komfortzon i situationer som jag tidigare har upplevt som obekväma, stressiga och påfrestande. Jag har lärt mig att ledarskapet är mångfacetterat och att det är en utmaning att både behärska och utveckla sitt ledarskap.

På vilket sätt kommer du att använda RULE-utbildningen i din kliniska vardag?

– Vår yrkesroll som läkare innebär ju att man är på sätt och vis är en ledare i vardagen. Även om jag inte har en formell ledarroll så har utbildningen hjälpt mig att känna mig tryggare samt ha mera självkänsla i de flesta situationer där jag idag och framöver behöver agera som ledare.

Payam Azali, specialist i reumatologi på Danderyds sjukhus:

– Jag är i början av min karriär som medicinskt ledningsansvarig läkare och chef. Därför kom RULE i rätt tidpunkt för mig,

precis när jag kände behov av en bred anpassad utbildning som gärna tar upp områden och frågor som är aktuella för mig. Att träffa framgångsrika personer inom ledarskap och ta del av deras kunskaper, erfarenheter och inte minst deras goda råd, men också att lära känna kollegor som redan har eller förhoppningsvis kommer att ha en ledarskapsroll, har varit oerhört värdefullt. En annan höjdpunkt som kursen levererade var möjligheten att skaffa ett bra nätverk som täcker nästan hela landet.

Tidigare uppfattade Payam Azali att ”ledarskap” var ett komplicerat och okänt område och hade inget större intresse för chefs- och ledarskapsfrågor.

– RULE och det förtroende jag fick från min verksamhetschef inför mitt nya uppdrag väckte ett starkt intresse och engagemang hos mig. Därmed ändrades min syn på ledarskap som jag idag uppfattar som ett mycket intressant och utmanande område. Det krävs mod, vilja och entusiasm för att kunna inta den viktiga och ansvarsfulla chefs- och ledarrollen, vilket RULE i allra högsta grad har hjälpt mig med.

På vilket sätt kommer du att använda RULE-utbildningen i din kliniska vardag?

– Jag kommer att använda alla verktyg jag har fått under kursen för att underlätta och effektivisera mitt ledarskap. Att uppmuntra mina yngre kollegor att ta mer ansvar, visa ett större engagemang och mindre rädsla för ledarskap är en viktig utgångspunkt för mig och där kommer jag att använda kunskapen från RULE.

– Till slut måste jag tacka kursledningen och SRF för det fantastiska initiativet och hoppas på ett brinnande intresse för ledarskap hos mina kollegor över hela landet.

Eva Nordin

Fakta: RULE:

Deltagare: 18. Tre från varje Reuma-region nominerades av sina chefer.

Programlängd: Cirka ett år

Moduler: Fyra. Den första och sista ägde rum i Göteborg, en modul hölls i Malmö och en i Uppsala.

Programansvariga: Två representanter från SRF styrelse, en coach, SRF koordinator och regionalt ansvariga (8)

Totala antalet gäster: 16



Anders Lind, Gävle; Peter Matt, Uppsala; Hamed Rezaei, Karolinska; Jon Einarsson, SUS; Mats Dehlin, kursledare SU; Jonas Strömbäck, Kristianstad; Laura Butule, Kristianstad; Egidija Sakiniene, kursledare SU Stående fr. v.ä. främre raden: Boel Mörck, programansvarig SRF, SU; Karin Hjorton, Uppsala; Payam Azali, Danderyd; Boja Jovancevic, SU; Christina Stranger, Karolinska; Kajsa Öberg, Falun; Tor Olofsson, SUS; Anna-Kajsa Sjöberg, Västervik; Helena Tydén, SUS; Catharina Wöhlecke-Haglund, programcoach. Sittande fr. v.ä: Lovisa Leifsdottir, SU; Malin Thoren, Eskilstuna; Evy Björnehall, Umeå; Catharina Lindholm, kursledare SU; Saknas: Joaquin Llopis, Skövde; Gerd-Marie Alenius, programansvarig SRF, Umeå

Fokus på skelett och benskörhet hos patienter

Helena Forsblad d'Elia har under stor del av sin yrkesverksamma tid kombinerat läkarrollen med patientnära klinisk forskning. I april förra året utsågs hon till professor i reumatologi vid Umeå universitet. Nu arbetar hon som bäst med att starta en ny forskargrupp inom området ankyloserande spondylit.

En tunn dimslöja med regndroppar hänger i luften när Helena Forsblad d'Elia cyklar uppför backarna mot en av sina arbetsplatser vid avdelningen för reumatologi och inflammationsforskning vid Göteborgs universitet. I ur och skur cyklar hon till jobbet, både i Göteborg och numera även i Umeå där hon befinner sig större delen av veckan.

– Det är ett bra sätt att få vardagsmotion, säger hon och tar av sig cykelhjälmen.

Detektivarbete

Sedan hon utsågs till professor i Umeå i mitten av april 2015, har hon pendlat mellan Umeå och hemmet i Göteborg. I början av veckorna arbetar hon i regel i Göteborg. Hon vill gärna fullfölja uppdraget att handleda doktorander.

– Jag har tre doktorander i Göteborg som jag gärna vill fortsätta att stötta, samtidigt som jag parallellt arbetar intensivt med att utveckla en forskargrupp och starta upp nya projekt i Umeå, säger Helena Forsblad d'Elia.

Det har gått 25 år sedan hon återvände till Göteborg efter AT-tjänstgöring i Halmstad. Innan dess hade hon vikarierat några månader på reumatologen i Göteborg.

– När jag kom tillbaka till Göteborg efter några år i Halmstad, hörde jag av mig till reumatologen igen och var välkommen att börja där. Det kändes lockande att arbeta inom reumatologi. De frågeställningar som väcks i mötet med patienten är i regel ett spännande detektivarbete. Reumatiska sjukdomar drabbar ju inte bara leder utan även andra delar av kroppen och inre organ. Utmaningen att försöka fastställa en diagnos och sätta in en behandling som hjälper patienten är väldigt givande, säger Helena Forsblad d'Elia.

En av de personer som inspirerat henne, när hon som nytexaminerad läkare kom till Sahlgrenska universitetssjukhuset för ett vikariat, är Tomas Bremell.

– Han var entusiastisk och smittade av sig med sitt intresse för undervisning och



Helena Forsblad d'Elia

forskning. Han brukade sticka åt mig vetenskapliga artiklar och gav mig uppgifter som att exempelvis studera hur inflammation utvecklades över tid hos våra patienter

”Göteborg har fått en internationell profil och framträdande plats inom osteoporos”

HRT vid osteoporos

I slutet av sin ST-utbildning började Helena Forsblad d'Elia med forskning. Under en randning vid Borås lasarett 1996 kom hon i kontakt med ett projekt som handlade om hormoners påverkan på skelettet hos patienter med reumatoid artrit.

Det var början på hennes avhandlingsarbete och ett nära samarbete med bland andra Dan Mellström, professor vid Sahlgrenska akademien och en av världens ledande experter på benskörhet. Han har starkt bidragit till att Göteborg har fått en internationell profil och framträdande plats inom området osteoporos.

– Dan Mellström startade tidigt en större osteoporosmottagning i Göteborg och vi har haft flera samarbeten, och även med senare mycket framstående forskarkollegor till honom som Claes Ohlsson och Mattias Lorentzon.

Några år senare, 2003, disputerade hon på en avhandling vid Sahlgrenska akademien

”Hormone replacement therapy in reumatoid arthritis”. Hennes huvudhandledare var professor Hans Carlsten.

Huvudfyndet var att hormonbehandling med östrogen i kombination med gulkroppshormon lindrade symtom hos kvinnor med ledgångsreumatism; den reumatiska inflammationen minskade, sänkan gick ned, blodvärdet blev bättre och bentätheten ökade. Dessutom skyddade behandlingen mot ledförstörrelse hos de patienter som hade tilltagande ledsador.

– Vid den tiden var det ett nydanande resultat. Ingen hade tidigare visat den skyddande effekten och att vanlig hormonbehandling med östrogen och gulkroppshormon lindrar reumatoid artrit hos kvinnor.

Varför förekomsten av osteoporos är så vanligt förekommande bland kvinnor i Norden är en fråga som fortfarande är obesvarad. Det handlar sannolikt om genetik, men också om ett flertal andra bidragande faktorer, menar Helena Forsblad d'Elia.

Tänker hon själv på hur hon bästa ska förebygga benskörhet?

– Ja det gör jag. Vi vet att fysisk aktivitet som belastar skelettet och intag av kalcium och D-vitamin har en skyddande effekt, så det försöker jag tänka på.

Trötthet vid Sjögrens syndrom

Från disputationen 2003 och fram till docenturen 2009 har hon vid sidan av sitt arbete som överläkare, ägnat ett stort fokus på just skelettet och osteoporos hos patienter med reumatiska sjukdomar som RA, SLE, Sjögrens syndrom och även ankyloserande spondylit.

Tillsammans med sin opponent från disputationen, den nu framlidne professor Yrjö Konttinen från Finland, studerade Helena Forsblad d'Elia om substitutionsbehandling med hormonet dehydroepiandrosteron (DHEA) hade någon effekt på patienter med primär Sjögrens syndrom.

– Vi startade en multicenterstudie med deltagande kliniker från både Sverige och Finland. Huvudfrågan var om substitutionsbehandling med DHEA signifikant kunde minska tröttheten hos patienterna.

Resultatet blev något överraskande. Studien, som var en crossoverstudie, visade att tröttheten hos samtliga patienter, oavsett om de fått behandling eller inte, minskade.

– Patienterna blev mindre trötta och mätte bättre under studiens gång, oavsett

om de stod på placebo eller aktiv behandling. Det är ett intressant resultat i sig och säger något om den psykologiska betydelsen av att bli sedd och omhändertagen.

Helena Forsblad d'Elia har även tittat på metaboliseringen av DHEA till såväl östrogener som androgener. Ett av resultaten visade att patienter med Sjögrens syndrom blev mindre torra i munnen om de fick substitutionsbehandling.

Ökad samsjuklighet vid AS

Sedan 2008 har Helena Forsblad d'Elia även intresserat sig för AS, ankyloserande spondylit (även känd som Bechterews sjukdom).

– Patienterna drabbas av både osteoporos och frakturer, vid sidan av en patologisk bentillväxt. Några av de frågor vi ställer oss är hur detta hänger ihop, vilket min tidigare doktorand och reumatolog Eva Klingberg studerat i sitt avhandlingsarbete, och om det finns olika komponenter och mekanismer för skelettpåverkan. Vi kunde bland annat visa att den nedsatta bentätheten och påverkan på skelettstrukturer fanns både i det centrala och perifera skelettet vid AS, vilket talar för en systemisk påverkan. Inom ramen för projektet studerar vi även olika biomarkörer och hormoner.

Helena Forsblad d'Elia refererar till en avhandling av Sofia Exarchou, reumatolog och forskare vid Medicinska fakulteten i Lund. Resultat från avhandlingen visar att patienter med AS, som drabbar cirka 0,18 procent av befolkningen, har en 60 procent högre dödlighet än normalbefolkningen.

Knappt dubbelt så många män som kvinnor är drabbade av AS, ett mönster som återkommer i samtliga åldrar.

Vid den senaste amerikanska reumatologikongressen, ACR, presenterades nyligen en studie av Karin Bengtsson som är en av Helena Forsblad d'Elias doktorander. Den visade att risken för olika typer av kardiovaskulär sjukdom var förhöjd vid AS jämfört med i befolkningen.

Till skillnad från den forskning som har gjorts inom området reumatoid artrit har forskningsintresset för AS länge varit bekräftat.

– Det är ett relativt utforskat område och det finns många obesvarade frågor kvar. AS sätter sig inte bara i rörelseapparaten som i leder och skelett, utan även i andra organ som hjärta, lungor, tarmar och ögon vilket vi också studerar, säger Helena Forsblad d'Elia.

Skräddarsydda behandlingar

Helena Forsblad d'Elia är i full färd med att etablera en ny forskargrupp i Umeå som kan föra forskningen inom AS vidare för patienternas bästa. Hennes professur är en kombinationstjänst och hon delar sin tid mellan klinik samt forskning och undervis-



Helena Forsblad d'Elia på landet.

ning vid Umeå universitet.

– Jag skulle gärna vilja bidra med resultat som förbättrar prognosen, vården och omhändertagandet av patienter med AS. Det vore fantastiskt kul om vi kunde hitta orsaksmekanismer till den patologiska bentillväxten och utvecklingen av osteoporos.

Mycket har hänt både vad gäller diagnostik och behandling inom reumatologi. Men, menar Helena Forsblad d'Elia, det finns fortfarande mycket kvar att göra, inte minst när det gäller att skraddarsy vård och behandling av den enskilda patienten.

– Vi har fortfarande inga lösningar på våra reumatologiska sjukdomar, vi prövar oss fram väldigt mycket när det gäller behandlingar, men vi vet ännu inte vad som är bäst för den enskilde. Vi behöver därför intensifiera forskningen ännu mer så att vi kan hitta effektiva biomarkörer som hjälper oss att bättre skraddarsy behandlingar, och även involvera reumatologer utanför universitetssjukhusen. Jag skulle också vilja se bredare forskningssamarbeten med andra specialister och professioner som exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Eva Nordin

Nyfiken på:

Namn: Helena Forsblad d'Elia

Arbetar: Professor, överläkare i reumatologi i Umeå

Forskningsområde: Ankyloserande spondylit

Familj: Man, tre söner och en katt

Gör när jag inte arbetar: Umgås med familj och vänner, tränar, idkar friluftsliv och reser gärna.

Boktips: "Vad jag älskade" av Siri Hustvedt

Drivs av: Nyfikenhet, intresse och engagemang

Gillar: God mat

Ogillar: Tidiga morgnar

Nytt från SRQ

Registerdagen, hemsida, forskartjänster och fortsatta satsningar på kvalitetsregister är några av de ämnen som diskuterades på registerdagen den 28 januari. Tack alla ni som deltog. Vi tycker det blev en väldigt bra dag. Det är spännande att höra om andra kvalitetsregister, tycker jag.

Mycket är samma utmaningar som reumatologin och SRQ brottas med. Jan Hillerts regel om att registrering ska ta max två minuter tar jag med mig och deras fina utdata-diagram kan vi verkligen ta rygga på. SRQs statistiker Daniela Di Giuseppe har tagit fram fem diagram som visades på registerdagen. Hon kommer arbeta med att utifrån verksamheternas behov ta fram nya diagram under hela kommande år. Många goda förslag kom fram under eftermiddagens workshop. Vi tar med det i kommande arbete. Hör av er till henne om ni har synpunkter eller vill komma till SRQ för att sitta och arbeta med henne under en dag.

För er som inte hade möjlighet att vara med på plats ligger föreläsarnas Powerpoint-bilder på SRQs hemsida.

Hemsidan är under ombyggnad och vi fyller på med mer innehåll. Det finns till exempel flera enkla instruktionsfilmer och

fler kommer att tas fram. Gå gärna in och läs på hemsidan och kom gärna med förslag på bra länkar, innehåll som saknas eller saker som behöver förändras. ARTIS kommer få en särskild sida om forskningsprojekt som bedrivs samt kontaktuppgifter.

Utveckling och förbättring

Tillsammans med ARTIS gör nu SRQ en ekonomisk satsning på att utveckla och förbättra innehållet i SRQ, kopplat till möjligheten att driva forskningsprojekt baserat på dessa data, helst i nationell samverkan. Vi tror att detta kan vara en rolig och intressant utmaning och ett sätt att prova på (eller fortsätta med) forskning framförallt för våra kollegor som arbetat inom reumatologin i några år, men kanske inte på universitetsklinik. Exempel på projektområden skulle kunna vara att utveckla och förbättra strukturen för inmatning och kvaliteten på våra data om spondartriter i SRQ, kopplat till forskningsfrågor som rör denna patientgrupp. Exempel på samverkan skulle kunna vara en projektgrupp om två-fyra ST-läkare från lika många kliniker, vilka gemensamt arbetar med detta, med stöd av till exempel riktlinjegruppen för AS/SpA, och på uppdrag från SRQ/ARTIS. Vi tror att de bästa förslagen kommer från verksamheten, så om ni tycker att detta verkar intressant,

även om ni inte har en fullt utvecklad idé eller projektgrupp, ta kontakt med Sofia Ernestam eller Johan Askling för en diskussion.

Under våren kommer det klarna om hur finansieringen av de drygt 100 kvalitetsregister som finns i Sverige kommer ske efter den satsning som varit 2013-2016. Vi planerar att delta i det påverkansarbete som pågår för att kvalitetsregistrens kärnverksamhet ska få finnas kvar med fortsatt starkt inflytande från professionen. Professionernas engagemang är väldigt viktigt. Utan vårt gemensamma arbete finns det inga kvalitetsregister och då skulle vi veta oändligt mycket mindre om hälso- och sjukvårdens resultat. Vi behöver under året stärka arbetet med att utvärdera, ta fram nya indikatorer och samtidigt vara öppna för nya tekniska lösningar som underlättar datainsamlandet. SRQ håller därför på att mappas med Snomed-koder för att på sikt möjliggöra det ni alla önskade högst av allt, integration i journal. En del av SRQs inslag under reumaveckan kommer att handla om detta.

Sofia Ernestam
registeransvarig SRQ
sofia.ernestam@ki.se



Metotrexat - Cellgiftet som blev basterapi vid reumatoid artrit

Metotrexat (Mtx) har under de senaste decennierna blivit baspreparat inom gruppen csDMARDs (konventionella syntetiska disease modifying antirheumatic drugs) vid behandling av reumatoid artrit (RA). I denna historiska översikt beskrivs hur Mtx, som från början utvecklades som ett medel mot blodmaligniteter, initialt genom resultat presenterade i fallrapporter och sedan baserat på kontrollerade studier, många år senare, blivit det mest använda preparatet vid RA i världen.

Folsyra isolerades och beskrevs i början av 1940-talet. Detta B-vitamin fungerar som en cofaktor i purin och pyrimidinsyntesen efter omvandling till tetrahydrofolsyra med hjälp av enzymet dihydrofolsyreduktas. Mtx skiljer sig i sin struktur från folsyra endast genom att en aminogrupp har ersatts med en hydroxylgrupp och genom att en metylgrupp adderats, figur 1. Mtx hämmar enzymet dihydrofolsyreduktas och detta föranledde i slutet av 1940-talet försök att behandla akut leukemi hos barn med Mtx (i själva verket med analogen aminopterin) pga förmodad antimetabol effekt. Behandlingen rapporterades ge temporär remission och det rapporterades också om hämning av bindvävsproliferation, vilket sannolikt stimulerade till den första studien av aminopterin vid RA 1951, figur 2. Fem av sex patienter med RA förbättrades, men försämrades när behandlingen avslutades. Man noterade att hos en patient "med RA och psoriasis" försvann hudförändringarna under behandlingen och man utvidgade därför studien med några patienter med psoriasisartrit och kunde i denna öppna studie verifiera fyndet. Man noterade under denna kortvariga behandling (2-3 veckor) biverkningar som stomatit, diarré och alopeci och konkluderade att "toxiciteten begränsar medlets användbarhet". De doser som användes är svåra att relatera till dagens standarddosser.

Fortsatt utveckling

Under 50-talet tycks sedan Mtx inte ha prövats ytterligare vid RA och man kan spekulera över om detta betingades av rädslan för biverkningar, rädsla för att använda ett antitumörläkemedel vid RA eller kanske mest troligt den initiala framgången med

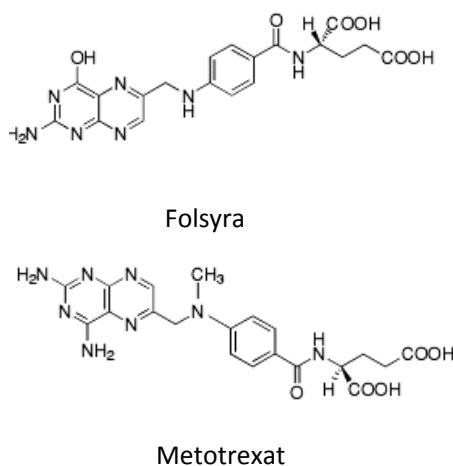


Bild 1. Strukturformler för folsyra och Mtx. Notera den stora likheten mellan substanserna.

kortisonbehandling som ju introducerades i slutet av 40-talet. I början av 60-talet kom en rapport från National Institute of Health som beskrev en dubbelblind studie med Mtx-behandling av 21 patienter med psoriasisartrit. Denna studie föregicks av en öppen studie där man inte tyckte sig se någon effekt vid behandling av patienter med RA. Man fann påtagliga positiva effekter vid psoriasisartrit både avseende hud och leder. Notabel är doseringen 1-3 mg/kg intramuskulärt var tionde dag och för

”På 40-talet försökte man behandla akut leukemi hos barn med Mtx”

oss inte oväntat rapporterades betydande biverkningsproblematik och studien väckte uppenbarligen ingen större entusiasm i reumatologkretsar. Den röntedäremot uppmärksamhet inom dermatologin och Mtx fortsatte att exploreras som behandling vid psoriasis. I Malmö, där jag arbetade under andra halvan av 70-talet hos Frank Wollheim, hade vi stor respekt för Mtx och preparatet användes i intramuskulär tillförsel till enstaka svåra fall av psoriasisartrit, men inte till RA-patienter. Vid psoriasisartrit har ju Mtx senare fått en etablerad plats i behandlingsarsenalen, men det bör påpekas att detta i huvudsak baseras på

klinisk erfarenhet. En dubbelblind randomiserad studie publicerad så sent som 2012 var negativ för flertalet jämförelsevariabler förutom läkar- och patientbedömning och hudengagemang.

En del reumatologer fortsatte under 60-talet att pröva Mtx vid RA och experimenterade med lägre doser. Enstaka rapporter publicerades med fallserier där även peroral behandling i doser som ligger närmare de numera gängse användes. I ett abstrakt från en American Rheumatism Association kongress 1972 beskrev reumatologen Rex Hoffmeister 29 patienter som behandlats med intramuskulärt Mtx i doser 10-15 mg per vecka, där resultaten var genomgående positiva. Entusiasmen för detta abstrakt var inte överväldigande på kongressen enligt författaren, men Hoffmeister, en praktiserande reumatolog utanför akademien, fortsatte och rapporterade 1983 resultaten från ett större patientmaterial.

Flera liknande rapporter från denna tid kan återfinns i litteraturen. Speciellt bör en rapport nämnas, som publicerades 1986 av den svenska reumatologen Erika Szanto, figur 3. Hon genomförde en studie åren 1980-84 vars resultat är i linje med t.ex Hoffmeisters studie. Szantos studie fick dock liten internationell uppmärksamhet kanske för att den publicerades något senare än de första randomiserade, placebokontrollerade studierna som beskrivs nedan. Szanto gav Mtx i doserna 5-15 mg/vecka och i studien, som omfattade 22 patienter, ingick både sådana som fick preparatet per os och intramuskulärt. I Lund, dit jag och Frank Wollheim flyttade i början av 80-talet, var vi medvetna om Szantos studier, men förhöll oss avvaktande. Kanske berodde det på att Frank vid denna tid, som han själv påpekat, hade större intresse för penicillamin och dess verkningsmekanism.

Det tycks som att man trevade sig fram beträffande dosregimer och för RA följde man uppenbarligen erfarenheter från behandling av psoriasis. Här kan man återfinna små dagliga perorala doser och tillförsel intramuskulärt eller peroralt en gång per vecka utan påtaglig vetenskaplig grund. År 1971 publicerades en studie som förordade oral tillförsel av 2,5-7,5 mg Mtx 3 gånger med 12 timmars intervall varje vecka.

Detta baserades på kunskap om kinetiken för epidermala cellers proliferaion. Man kan misstänka att denna regim blev något

THERAPEUTIC SUPPRESSION OF TISSUE REACTIVITY II. Effect of Aminopterin in Rheumatoid Arthritis and Psoriasis

BY RICHARD GUBNER, M.D.
ASSISTANT PROFESSOR OF CLINICAL MEDICINE

STANLEY AUGUST, M.D.
ASSISTANT IN MEDICINE

AND

VICTOR GINSBERG, M.D.
DIRECTOR OF BLOOD BANK
NEW YORK, NEW YORK

(From the Department of Medicine, State University of New York College of Medicine at Kings County Hospital, and the Equitable Life Assurance Society of the United States)

Bild 2. Den första artikeln där Mtx (analogen aminopterin) beskrivs som behandling vid RA och psoriasis. American Journal of the Medical Sciences February 1951 - Volume 221 - Issue 2 - pp176-182.



Bild 3. Erika Szanto (1929-93), ungerskfödd reumatolog, verksam vid Danderyds sjukhus, Stockholm. Hon är en av pionjärerna när det gäller Mtx behandling vid RA. Foto Frank Wollheim.

svårt att genomföra för alla patienter och att detta av praktiska skäl så småningom ledde fram till dagens veckovisa endosförfarande.

Kontrollerade studier

Baserat på öppna studier och ökande klinisk erfarenhet hos enskilda reumatologer av Mtx-behandling var tiden i början av 80-talet mogen för att diskutera upplägg av randomiserade, placebokontrollerade studier. Några tongivande amerikanska reumatologer uppvtaktade då tillverkaren Lederle med förslag på protokoll för sådana studier, men entusiasmen från företaget beskrivs av Weinblatt som måttlig, inte minst därför att patentet för preparatet hade löpt ut. Emellertid ändrade sig företaget så småningom, oklart varför, och fyra studier av olika karaktär initierades och rapporterades 1984-85. Dessa utgjorde grundvalen för att Food and Drug Administration (FDA) i USA 1988 godkände Mtx för behandling av RA.

Sammanfattningsvis visade dessa studier signifikant förbättring av dåtidens standardvariabler för att utvärdera klinisk terapieffekt vid RA med doser mellan 7,5-25 mg per vecka antingen som peroral (två studier) eller intramuskulär tillförsel (två studier). Studietiden var relativt kort, dvs mellan 6 och 18 veckor. Therapieffekt noterades inom 3-6 veckor och vid övergång till placebo återkom sjukdomsaktiviteten efter motsvarande tid. Graden av terapieffekt mätt som minskat antal svullna leder angavs i en metaanalys till ca 25 % bättre än placebo, men man anmärkte att patienterna som inkluderades i studierna hade relativt lång sjukdomsduration och att behandlingsresultaten möjligen skulle vara bättre vid tidigt insatt behandling.

I en metaanalys 1987 av dessa fyra studier och en del öppna studier diskuterades även biverkningar och försiktighetsåtgärder i samband med Mtx-behandling. De biverkningar som redovisas är numera välkända för oss och har ju visat sig hanterbara. Dock har ju tiden visat att rekommendationen att leverbiopsi bör övervägas när totaldosen 1,5 g överskrids, och sedan vart tredje år även om leverproverna är normala inte är aktuell i modern behandlingsregim. Man kan även notera att författarna till metaanalysen rekommenderar att Mtx ges till patienter med RA refraktära för första- och andrahandsalternativ som parenteralt guld och penicillamin. Således betraktades Mtx ännu 1987 inte som ett förstahandsalternativ för behandling av RA.

Initiala långtidserfarenheter

Sedan de kontrollerade studierna publicerats ökade användningen av Mtx i kliniken, men det tycks fortfarande ha varit ett medel som reserverades för patienter med etablerad, tämligen långt gången sjukdom. Ett antal långtidsuppföljningar av varierande längd och med varierande upplägg publicerades. Flera var öppna förlängningar av

kontrollerade studier, men en studie som fick mycket uppmärksamhet, var en långtidsuppföljning av Pincus och medarbetare som följde patienter insatta på någon "second line drug" hos 7 privatpraktiserande reumatologer i USA från 1984 och framåt. Här fann man att över 50 % av patienterna som erhöll Mtx hade kvar preparatet efter 5 år, medan motsvarande siffra för patienter som erhöll endera parenteralt guld, penicillamine, azathioprine eller hydroxyklorokin var ca 20%. Noteras bör att patienternas sjukdomsduration vid terapistart var i medeltal 12 år, dock fann man ingen relation mellan sjukdomsduration och behandlingslängd. Denna studie följdes långt senare upp vid Pincus klinik där 79 % av patienter behandlade med Mtx stod kvar på preparatet efter 5 år. Dessa och andra studier antydde att skälen till att behandlingen avslutades oftare var biverkningar än terapivikt. Sammantaget kunde man således ganska tidigt konstatera att "behandlingsöverlevnaden" var i särklass bäst för Mtx bland jämförbara antireumatiska medel, vilket förstås ytterligare ökade medlets popularitet bland kliniskt verksamma reumatologer.

Jämförelser med andra sjukdomsmodifierande medel (syntetiska DMARDs) och effekt på destruktionsprogress

I nästa steg i utvecklingen jämfördes effekten av Mtx med andra DMARDs som till exempel azathioprin, intramuskulärt guld och peroralt guld. Notabelt är att studierna i huvudsak inkluderade patienter som sviktat på tidigare DMARDs och med en sjukdomsduration som i flertalet fall var 10 år eller längre. Ett undantag var en jämförande studie med peroralt guld där den genomsnittliga sjukdomsdurationen hos patienterna var ca 3 år men med stor spridning och där patienterna hade provat färre DMARDs före studiestart. I dessa studier fann man att Mtx tolererades bättre, patienterna stod kvar längre på preparatet och hade bättre effekt. Vidare noterades mindre radiologisk progress i de studier där detta undersöktes, men skillnaderna var små, vilket knappast förvånar med hänsyn till patienturvalet. Man fann i dessa studier biverkningar av den typ vi nu väl känner, men fann att "många av biverkningarna kunde förebyggas med tillförsel av folsyra".

Kombinationsbehandling med syntetiska och biologiska DMARDs

Nästa fas i utvecklingen blev att kombinera Mtx med andra syntetiska DMARDs enligt mönster från onkologin. Detta baserades förstås på att man antog att DMARDs som var för sig visat sig effektiva teoretiskt kunde tänkas ha en additiv eller till och med en synergistisk effekt om de gavs tillsammans. Man funderade uppenbarligen ►

mindre på risken för ökad biverkningsfrekvens. Två klassiska studier i detta avseende var Tugwells studie där Mtx kombinerades med cyklosporin och O'Dells studie där Mtx kombinerades med hydroxyklorokin och salazopyrin. I båda studierna fungerade kombinationsbehandling bättre än monoterapi och som väl var såg man inte en ökad förekomst av biverkningar. Det bör här påpekas att Tugwells studie, som publicerades 1995 och flitigt citerats, rönt kritik dels för att man använde suboptimala doser av Mtx, dels för att man inte kunde utesluta att cyklosporin hämmade metabolismen av Mtx och på så sätt ökade effekten av detta preparat. Dessa studier har följts av flera andra, inte minst sådana där kombinationer av syntetiska DMARDs jämförts med biologiska DMARDs och sista ordet avseende dessa jämförelser tycks ännu inte vara sagt.

Nästa steg i utvecklingen av behandlingsstrategier för RA blev introduktionen av biologiska DMARDs, i första steget tumörnekrosfaktorhämmare (TNF-hämmare). Utvecklingen av TNF-hämmare har förtjänstfullt beskrivits av Ronald van Vollenhoven i Reumabulletinen. Man fann i den initiala ATTRACT-studien att tillägg av infliximab hos patienter med aktiv RA trots Mtx-behandling var effektivt både för att dämpa sjukdomsaktiviteten och bromsa leddestruktionen. I ERA-studien jämfördes effekten av etanercept med Mtx hos patienter med RA med ungefär 1 års sjukdomsduration. Patienterna som fick etanercept svarade snabbare, men efter 6 månader sågs ingen skillnad i kliniska variabler mellan grupperna. Däremot hade etanerceptbehandlade patienter mindre progress av leddestruktioner i händer och fötter. TEMPO-studien publicerad 2004 och PREMIER-studien 2006 bekräftade att Mtx som monoterapi hade likvärdig klinisk effekt som etanercept och adalimumab i monoterapi. En viktig observation i dessa studier var emellertid att kombination av Mtx och en TNF-hämmare var effektivare för att minska sjukdomsaktiviteten än endera behandlingen i monoterapi. Detta gäller även för kombination av Mtx med flertalet andra hittills tillgängliga biologiska preparat och skälet till detta är inte klarlagt. Man kan spekulera över om Mtx minskar antikropps bildning mot preparaten eller om olika verkningsmekanismer ligger bakom denna samverkande effekt. Sammantaget innebär dessa observationer att medlets ställning som baspreparat vid behandling av RA stärktes och i modern behandlingsstrategi ingår Mtx alltid om kontraindikationer eller intolerans inte föreligger.

Mtx plats i modern behandlingsstrategi

Mtx är, som framgått ovan, numera baspreparatet vid behandling av patienter med RA. I behandlingsrekommendationer in-

går alltid Mtx som förstahandspreparat antingen ensamt eller i vissa situationer i kombination med biologiska eller syntetiska DMARDs. Utvecklingen från början av 50-talet har, som skildrats i denna artikel, inte varit spikrak och utan ett antal drivande, entusiastiska reumatologer hade preparatet sannolikt fallit i glömska som behandling vid RA. Det är än mer fascinerande att se att preparatets ställning i behandlingsarsenalen stärkts under senare år genom tillkomsten av nya målstyrda behandlingsprinciper. Detta kunde man kanske inte föreställa sig i slutet av 90-talet när TNF-hämmarna introducerades. Som en bieffekt av dessa medels tillkomst fick vi ju också studier som tydligt klargjorde Mtx centrala roll i behandling av RA. I denna artikel avses inte att diskutera preparatets verkningsmekanism, men det är intressant att notera att Mtx etablerat sin plats i behandlingsarsenalen trots att man fortfarande efter mer än 60 år tvistar om hur preparatet utövar sin effekt vid RA.

Tore Saxne

seniorprofessor, reumatologi, Lund

Mer att läsa för den historiskt intresserade

- Weinblatt ME. Methotrexate in rheumatoid arthritis: A quarter century of development. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2013;124:16-24
- Benedek TG. Methotrexate: from its introduction to non-oncologic therapeutics to anti-TNF- α . *Clin Exp Rheumatol* 2010;28 (Suppl. 61):S3-S8
- Ward JR. Historical Perspective on the Use of Methotrexate for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 1985;(Suppl 12) 12:3-6
- Tugwell P, Bennett K, Gent M. Methotrexate in Rheumatoid Arthritis. Indications, Contraindications, Efficacy, and Safety. *Ann Int Med* 1987;107:358-366
- Szanto E. Low-dose Methotrexate in Rheumatoid Arthritis: Effect and Tolerance. An Open Trial and a Double-blind Randomized Study. *Scand J Rheumatology* 1986; 15:97-102
- Chan ESL, Cronstein BN. Mechanisms of Action of Methotrexate. *Bulletin of the Hospital for Joint Diseases* 2013;71(Suppl 1):S5-8



Reumatologi på Universitetssjukhuset i Linköping

I Linköping etablerades reumatologi-specialiteten 1968, när Ragnar Ericsson anställdes som reumatolog på medicin-kliniken. Han ansvarade för den nystartade reumatologmottagningen och slutenvårds-avdelningen på "garnisons-sjukhuset", där patienter med RA lades in för rehabilitering under 3-4 veckor, 5 dagar i veckan. 1974 rekryterades Folke Lindström som klinisk lärare på medicinkliniken. Praktiskt hade han fra. ansvar för handläggning av inflammatoriska systemsjukdomar. När medicinkliniken 1977 indelades i sektioner utifrån specialitet, blev Folke sektionschef för reumatologin.

Även om reumatologi formellt är en självständig disciplin alltsedan 1969, sorterade verksamheten under internmedicin på flertalet svenska sjukhus under lång tid. I Linköping skedde en genomgripande förändring i början av 1990-talet, när Universitetssjukhusets kliniker "fraktionerades" utifrån specialiteter och subspecialiteter för att sedan förenas i nya klinik-konstellationer och centrum-bildningar. För reumatologin var detta ett lyckokast, som medförde att den självständiga Reumatologiska kliniken etablerades 1992. Från början utgjordes den av 7 läkare (fyra specialister i reumatologi, en ST-läkare i reumatologi och två reumakirurger) och ytterligare 23 anställda (sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor, vårdbiträden, kurator och sekreterare). Kliniken ingick i "inflammationsmedicinskt centrum" tillsammans med njurmedicin, dermatologi, klinisk immunologi & transfusionsmedicin och klinisk bakteriologi. Redan tre år senare återgick reumakirurgin till ortopediska kliniken och centrum-konstellationerna har därefter förändrats flera gånger. Fram till slutet av 90-talet verkade två reumatologer i Norrköping och en i Motala, men idag är verksamheten koncentrerad till Linköping, mitt i Östergötland, med ett primärt upptagningsområde på ca 450.000 invånare. Linköpings universitetssjukhus är regionsjukhus i den sydöstra sjukvårdsregionen med över 1 miljon invånare. Rehabilitering bedrivs i Linköping, Norrköping och Motala.

Östgöta-reumatologin sorterar idag under "hjärt- och medicincentrum" och vår klinik utgörs formellt av:

- 16 läkare varav 12 specialister i reumatologi och fyra ST-läkare.
- 13 sjuksköterskor
- 6 undersköterskor och
- 9 sekreterare/adm. personal.

Två av arbetsterapeuterna (docent Ingrid Thyberg och bitr. professor Mathilda Björk) är anställda på kliniken. All övrig rehab-personal, d.v.s. sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter och kurator (14 personer), arbetar i klinikens lokaler, men sorterar administrativt under "Rehabenheten Hjärt- och Medicincentrum".

Klinikledningen utgörs av Karin Sjöstedt (verksamhetschef), Jan Cedergren (medicinskt ansvarig läkare), Thomas Skogh (professor), Mathilda Björk (bitr. professor), Annica Hallén Pettersson (vårdenhetschef) och Eva Danielsson (ekonom).

Av klinikens 12 specialister i reumatologi är sex disputerade och två doktorander.



Bild 1. En bukkett avhandlingar från (eller i samverkan med) reumatologen i Linköping 2002-2015.



Bild 2. Längst fram till vänster: Karin Sjöstedt (verksamhetschef) och intill en handfull läkare: Claudia Jacobs, Elsa Hermansson och Michael Ziegelasch. Rad två: Anna Ighe Rahmqvist, Martina Frodlund, Thomas Skogh och Asimina Dremetsika. Översta raden: Danijel O'Rourke, Tor Moberg, Ilia Quirjazo och Per Eriksson.

Därtill har vi 2 disputerade arbetsterapeuter och en disputerad sjuksköterska.

Utveckling

Den reumatologiska vården är uttalat polikliniserad och omfattade det gångna året 7100 läkarbesök, varav 6251 återbesök. För patienter som bedöms vara i stabil klinisk remission har återbesöken till läkare minskat för att ersättas av återbesök hos sjuksköterska eller "telefonbesök" till ansvarig läkare. Den reumatologiska slutenvården har under de senaste åren minskat kraftigt och sker på njurmedicinska klinikkens vårdavdelning. En verksamhet som gradvis ökat under åren är våra konsultbesök i primärvården. Detta sker regelbundet på flertalet av de vårdcentralerna i regionen som har en stabil läkarbemanning. Vi upplever själva att denna verksamhet är ändamålsenlig och mycket välmotiverad. Konsultbesöken i primärvård har utvärderats av läkarna på respektive vårdcentral och har genomgående fått mycket goda vitsord.

Forskning

Tre av klinikkens läkare har schemalagd tjänstgöring som forskare; förutom undertecknad professor, även doc. Christopher Sjöwall (50%) och doc. Alf Kastbom (50%). Christopher driver SLE-projektet "KLURING" och Alf har operativt ansvar för artritprojekten "TIRA" och "TIRx". Bilden intill visar några av de avhandlingar som producerats på eller i samarbete med reumatologen under detta sekel (Bild 1)

KLURING (Kliniskt lupus-register i nordöstra Götaland) är beteckningen på ett SLE-projekt, som Christopher driver. Här finns nu nära 300 SLE-patienter registrerade (dvs. praktiskt taget alla vuxna patienter med SLE-diagnos i Östergötland). Patienterna följs inom klinisk rutin och registreras enligt ett strukturerat protokoll. Blodprover för nedfrysning i KLURING-biobanken tas vid samtliga besök. Christopher samverkar med doc Jonas Wetterö, post-doc Helena Enocsson och doktoranden Lina Wirestam på vårt forskningslaboratorium

"AIR" (autoimmunitet och immunreglering). Christopher handleder också Martina Frodlund, som är reumatolog och klinisk doktorand. Därtill har Christopher samarbeten såväl inom det svenska SLE-nätverket som internationellt. Projekten spänner från laborativa studier av autoantikroppar (t.ex. riktade mot CRP eller HMGB1), interferon- resp. pentraxin-3 medierad hämning av CRP-produktion i hepatocyter resp. neutrofiler, till kliniska utvärderingar - t.ex. sjukdomsfenotyp i relation till lab-variabler som auto-ak, cirkulerande receptor för uroplasma-aktuator (suPAR), mm.

TIRA (tidiga insatser vid RA) är benämningen på två multiprofessionella prospek-

"Med kvalitativa metoder studeras patienternas erfarenheter av att leva med RA"

tiva kohorter av patienter med nydebuterad RA i samverkan med reumatologi-enheter i Kalmar/Oskarshamn, Västervik, Jönköping, Eskilstuna, Örebro och Falun.

TIRA-1: 320 patienter inkluderade 1996-98 och följda till 2006.

TIRA-2: 520 patienter inkluderade 2006-2009 – uppföljning pågår.

Ingrid Thyberg (docent/universitetslektor) är arbetsterapeut och en av initiativtagarna till TIRA-projekten, där hon leder funktionshinderforskningen i TIRA i nära samverkan med Mathilda Björk (arbetsterapeut/bitr. professor).

TIRA-1 startade 1996, strax innan den "reumatologiska revolutionen", d.v.s. den nya eran med t.ex. diagnostik av antikroppar mot citrullinerade proteiner (ACPA) och behandling med biologiska läkemedel. TIRA-2 påbörjades 10 år senare, d.v.s. mitt under pågående "revolution". Till TIRA-projekten finns en biobank med DNA, serumprover och ett rikhaltigt dataregister (inklusive livsstils- och exponeringsfaktorer). Utöver TIRA driver vi ett ren-

odlat Östgöta-projekt kallat "TIRx" (x-tra tidig reuma-uppföljning) där Michael Ziegelsch är doktorand. Till projektet har vi rekryterat >100 ACPA-positiva patienter som sökt primärvården pga. värk från rörelseapparaten, men som vid inklusion har ≤1 palpabel synovit. Patienterna följs regelbundet av fyra reumatologer (Alf, Thomas, Jan & Åsa Reckner Olsson). Utifrån klinisk rutin värderas ev. RA-utveckling och behov av anti-reumatisk terapi. Vid inklusion och två återbesök gör Michael ultraljudsundersökning av ett stort antal leder/senfästen. Resultaten är blindade för behandlande läkare och patient under de tre första åren.

"TIRA funktionshinder" är en forskargrupp ledd av Ingrid Thyberg och Mathilda Björk. Projektet är multiprofessionellt och har internationell samverkan. Funktionshinder har studerats hos patienter som insjuknade på 1990-talet (TIRA-1). I projektet har HAQ>1 identifierats som en indikator för rehabiliteringsbehov. Nu pågår analyser av skillnader mellan TIRA-1 och dagens patienter i TIRA-2 kohorten. Med kvalitativa metoder studeras patienternas erfarenheter av att leva med RA.

Andra forskningsprojekt

Per Eriksson är heltidsanställd klinisk reumatolog med mycket stor klinisk verksamhet och känd som Östergötlands "Dr House". Därtill driver han egen kliniskt baserad forskning med tonvikt på ANCA-associerad vaskulit, Sjögrens syndrom och auto-inflammatoriska (inflammationssom-associerade) sjukdomar.

Kliniken ligger i nära anslutning till forskningslabbet AIR. Här bedrivs translationell laboratorieforskning, som till stor del baseras på vårt biobanksmaterial, men även renodlat experimentella projekt. Thomas och Alf har sina tjänsterum på AIR. På AIR finns även univ. lektor Mattias Magnusson som driver djurexperimentell artritforskning.

Undervisning

Läkarprogrammet i Linköping har vuxit kraftigt på senare år; >130 studenter antas varje termin. Reumatologi finns med på det katedrala undervisningsschemat under termin 4 och 9 och studenterna deltar under termin 4 i en uppskattad laboration (ANA-diagnostik). Vi har inte kapacitet att ha alla studenter placerade på reumatologen, men alla får praktisk undervisning i ledstatus-undersökning. Många studenter deltar också vid reuma-konsultationerna i primärvården. Den senaste utvärderingen av reuma-placeringen, som sker under T9, fick medelbetyget 4,7 på en 5-gradig skala.

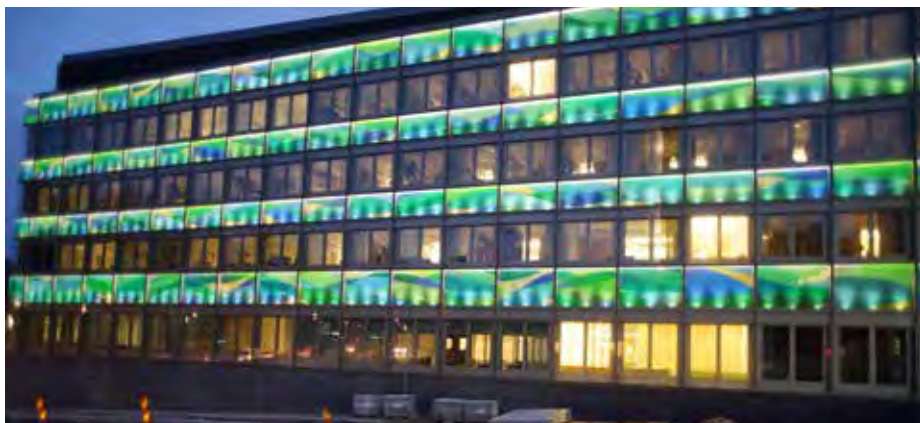


Bild 3. Det nya Campus-huset på sjukhusområdet en morgon i januari.

Thomas Skogh



ANNOUNCEMENT

Call for applications for research prizes from the Scandinavian Journal of Rheumatology and the Scandinavian Rheumatology Research Foundation

The Scandinavian Journal of Rheumatology and the Scandinavian Rheumatology Research Foundation offer three research prizes to be awarded at the upcoming 36th Scandinavian Congress of Rheumatology, Reykjavik, Iceland, 1–3 September 2016.

The call is open to researchers with a research plan within the field of rheumatology who hold a doctoral or a PhD degree assigned within 3 years before the application deadline. The research prizes will be awarded on the basis of scientific merit of the applicant as well as the scientific value and feasibility of the research plan. The prizes are to facilitate the continued research of the applicant. The prize can only be received once.

The thesis, together with a short review article focusing on the applicant's own research and on future research aspects, a two-page outline of the research plan and a curriculum vitae with a full publications list form the basis of the application. The reviews of the three awardees will be published in one of the upcoming issues of the Scandinavian Journal of Rheumatology. The review is to be within the framework of a brief communication to the Scandinavian Journal of Rheumatology.

The full application should be sent in pdf format to:

Professor Søren Jacobsen, the Editor-in-Chief of the Journal, using the e-mail of the Editorial Office of the Journal (scandjrheumatol@editorialoffice.dk).

All applications are evaluated by the editors and the editorial board of the Scandinavian Journal of Rheumatology and the Scandinavian Rheumatology Research Foundation. The decisions will be concluded in June and the awarded applicants and their projects will be posted on the website of the Scandinavian Congress (scr2016.is). All applicants will also be informed by mail.

The awarding ceremony will take place on Thursday, 1 September 2016 at the opening of the 36th Scandinavian Congress of Rheumatology, Reykjavik, Iceland.

The nominees' travel and accommodation expenses for the duration of the congress will be reimbursed.

All applications must be received by *15 March 2016*. Please note that only applications received before the deadline can be taken into consideration.



36th Scandinavian Congress of Rheumatology

Harpa, Reykjavik / September
1-3 2016

WELCOME

IMPORTANT DATES

PROGRAM

REGISTRATION

ABSTRACTS

CONGRESS VENUE

NEWSLETTER

SCR2016 ON FACEBOOK

WELCOME TO THE 36TH SCANDINAVIAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY

Dear colleagues,

It is our pleasure and privilege to welcome you to Reykjavik for the 36th Scandinavian Congress of Rheumatology. The conference will be held at the Harpa conference center in downtown Reykjavik September 1-3 2016.

The 2016 SCR will feature plenary sessions as well as abstract sessions with introductory lectures, a format that has been very popular at past conferences. While the scientific program will feature new developments and updates from around the world, the main focus of the conference will be on the Scandinavian rheumatology community, with research and clinical topics pertinent to the Nordic community given particular attention.

Please check back as this website will be updated regularly. You can also [sign up for the Congress Newsletter](#) to stay updated as new information becomes available. If you have any questions, feel free to [contact us](#). [Visiting the conference facebook page](#) can also be a great way to stay informed.

We look forward to seeing you in Iceland in 2016!

The SCR 2016 organizing committee.



Ur vardagen

Denne man kommer på remiss från Medicinkliniken i Nyköping till Reumatologkliniken i Eskilstuna under frågeställning ankyloserande spondylit.

Kön: Man med svenskt ursprung.

Ålder: 56 år.

Socialt: Gift. Icke rökande snickare.

Hereditet: Mor med RA.

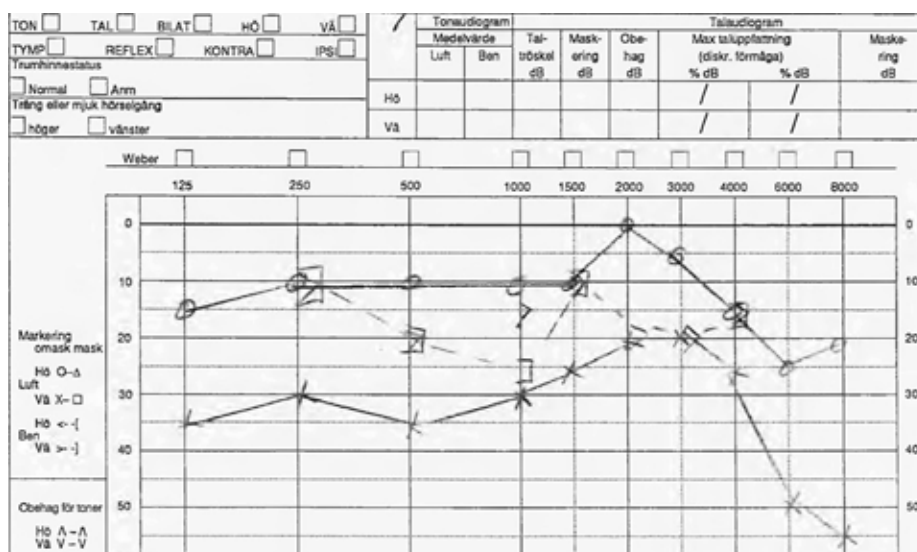
Tidigare sjukdomar: Inga.

Fyra veckor innan nybesöket har han sökt sin vårdcentral på grund av stelhet i ländrygg, nacke, axlar. Blodprover visar inflammation, SR 81 mm/h, CRP 118 mg/L. Insattes på Prednisolon 30 mg under diagnos Polymyalgia rheumatica. Ingen effekt. Efter någon dryg vecka tillkommer smärtor i höger öga, vilket bedöms som irit av ögonläkare.

Söker akutmottagningen då han har feber och andningssvårigheter. Han frias från lungemboli, alveolit och bakomliggande kardiell orsak och remitteras till Reumatologmottagningen i Eskilstuna.

Under nybesöket ses en ganska opåverkad patient med smärtande konjunktiviter, generellt stel, men inga artrit. SI-ledstester negativa och inget spondylartritstatus.

Inläggs omgående för utredning. Blodprover visar att CRP och SR stigit till 240 mg/L respektive 100 mm/h trots Prednisolon 30 mg dagligen i 4 veckor. RF, ACPA, ANA, ENA, ANCA, HLA-B27, komplement, urinsediment är utan anmärkningar. Ingen njurpåverkan, inga tecken till hematolo-



Audiogram

gisk sjukdom. Ingen primär leverpåverkan. Anemi sekundärt till inflammationen.

MR helrygg inklusive SI-leder är utan anmärkningar. Grundligen genomgången av infektionsläkare och inget infektiöst kan påvisas. Malignitetsutredning utfaller utan anmärkning. Ögonkonsulten får däremot napp när patienten diagnostiseras med bilateral episklerit.

Vi hittar ingen bakomliggande orsak till hans episklerit och inflammation men ögonstatus är så omfattande att under misstanke om vaskulit ökas hans Prednisolondos till 60 mg dagligen och han får även Sendoxan 1000 mg var fjärde vecka i 6 månader (notera att detta var tidigt i 2012).

I samband med den andra pulsbehandlingen har ögonstatus förbättrats och in-

flammationen i prover minskat. Fem dagar efter den andra pulsbehandlingen får patienten plötsligt yrsel och tinnitus. Akutbedömning av öronläkare som diagnostiserar en sensorineuronal hörselnedsättning på vänster sida. Ingen nystagmus. MR hjärna och lumbalpunktion är utan anmärkningar. Utreddes även med DT angio, inga tecken till aortit.

1. Vad överväger du för diagnos?
2. Hur skulle du behandla?

Malin Thorén
Reumatologkliniken Sörmland





Har du också ett fall som vi andra kan lära oss något av?

Skicka in en kort sammanfattning, stimulerande frågor och facit till ioannis.parodis@karolinska.se.



Tills dess, njut och le!
IOANNIS PARODIS

Facit till Ur vardagen RB 7/2015

Michaela är 25 år gammal och hennes SLE har varit i remission sedan 8 år tillbaka utan några mediciner. Hon insjuknar plötsligt med sjukdomskänsla, förstoppning, kraftiga buksmärter och generaliserade tonisk-kloniska krampanfall med medvetlöshet. Prover inklusive autoimmunserologi är förenliga med SLE-skov. Magnetrontgen hjärna visar bild förenlig med reversibelt posteriot leukoencephalopatisyndrom (RPLS). Hon får behandling mot misstänkt SLE-skov

med engagemang av det centrala nervsystemet med Solu-Medrolpulsar och därefter Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt dagligen.

Hon försämras drastiskt och hamnar i koma. Hon utvecklar högersidig hemipares till följd av diffust cerebralt ödem. Trots normalisering av leukocyter, lymfocyter, trombocyter samt C3- och C4-nivåer, sodium sjunker kraftigt till 109 mEq/L (referens: 137–145) och urinen blir rödfärgad utan tecken till hematuri i urinsticka eller i urinsediment.

De kraftiga buksmärterna, de generaliserade tonisk-kloniska krampanfallen med medvetlöshet, den grava hyponatremi och den rödfärgade urinen inger misstanke om akut intermitterande porfyri. Watson-Schwartz-urintest visar förhöjt porfobilinogen (PBG) och förhöjd aminolevulinsyrekoncentration (ALA-koncentration) i urinen, vilket bekräftar akut attack av porfyri. Michaela får humant hemin intravenöst (hemarginat) i en 20-procentig albuminlösning i 4 dagar och återfår medvetandet.

MR hjärna visar regress av ödemet och den högersidiga hemiparesen börjar avta. Emellertid upplever Michaela neurologiska konsekvenser i form av axonal neuropati i ischiasnerven bilateralt samt grav muskeltrofi.

Genetiska prover visar mutation i genen för enzymet porfobilinogendeaminas (PBGD) på kromosom 11 (11q23.3). Mutationen orsakar PBGD-brist med sekundär ackumulering av metaboliten PBG i cellerna. Före attacken hade Michaela varit stressad på grund av en tenta, hållit diet för viktminskning och druckit mycket alkohol på en fest. Stress, fasta och alkohol är kända utlösande faktorer för akut attack vid porfyri. Symtomen vid akut skov beror på nervpåverkan i det autonoma nervsystemet (bucsmärter, illamående, kräkningar, förstoppning, hypertoni och takykardi) och i det centrala nervsystemet (kramper, psykos, depression, agitation). Symtomen kan också komma från intorkning eller elektrolytstörningar som hyponatremi, hypokalemi och hypokalcemi. De vanligaste orsakerna till euvolem hyponatremi är SIADH (inadekvat ADH-sekretion). Glukosdropp (10 %) ges vid attacker och har ofta botande effekt. I svåra fall behandlar man med hemin som ges

intravenöst och blockerar det första steget i hemsyntesen, samt minskar ansamlingen av bl.a. PBG och ALA.

Michaela uppfyller också kriterierna för SLE/MCTD (mixed connective tissue disease), baserat på starkt positiv ANA med kornigt mönster samt förekomst av anti-SSA-ak, anti-SSB-ak, anti-RNP-ak och anticentromer-ak, penier vid blodstatus, låga C3- och C4-nivåer, vänstersidig gonartrit, cirkulära hudutslag, Raynauds fenomen och sklerodermimönster vid kapillär mikroskopi. I litteraturen finns enstaka fallrapporter om akut intermitterande porfyri som förekommer tillsammans med autoimmuna systemsjukdomar. Behandlingsmöjligheterna med immunhämmande läkemedel är begränsade eftersom flera av dessa kan utlösa en porfyriattack.

För vidare läsning: www.drugs-porphyrria.org

Sedan den attacken får Michaela humant hemin intravenöst var 3:e månad i skovförebyggande syfte. Hon har fortfarande leukopeni, trombocytopeni samt hudutslag och hudvaskulit. Imurel och Sandimmun har inte gett någon effekt. Diskussion pågår kring huruvida Benlysta eller Mabthera vore lämpliga behandlingalternativ.

Antonella Notarnicola

Karolinska Universitetssjukhuset



ReumaKalender

2016

- 18 apr** SK-Kurs, Grundläggande immunologi och immunologiska sjukdomsmekanismer för blivande reumatologer
18-22 april
Göteborg
- 27 apr** Swedish imaging summit - reumatologisk bilddiagnostik
27 april
Elite Hotel Marina Plaza, Helsingborg
- 12 maj** Nationella ST-dagarna i Reumatologi 2016
12-13 maj
Nya Varvet studios, Göteborg
- 8 jun** EULAR 2016
8-11 juni
London
- 1 sep** 36th Scandinavian Congress of Rheumatology
1-3 September
Harpa, Reykjavik
<http://scr2016.is/>
- 13 sep** Reumaveckan
13-16 september 2016
Umeå
- 3 okt** SK-liknande kurs, Kroniska artritssjukdomar
3-7 oktober
Stockholm
- 5 okt** SLE-mötet i Venedig
5-8 oktober
Venedig
www.lupus2016.org
- 17 okt** SK-liknande kurs
Inflammatoriska systemsjukdomar
17-21 oktober 2016
Göteborg
- 11 nov** ACR 2016
11-16 november
Washington, DC
<http://acrannualmeeting.org>

Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på

www.svensk-reumatologi.se

www.slsso.sll.se

Överläkare/specialistläkare i reumatologi till Akademiskt Specialistcentrum i Reumatologi

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) är en del av Stockholms läns landsting. Förvaltningens uppdrag är att bedriva hälso- och sjukvård nära patienten i samverkan med andra vårdgivare och aktörer. SLSO:s verksamhet omfattar bland annat primärvård, psykiatri för barn, ungdomar och vuxna, habilitering, beroendevård, geriatrik och avancerad hemsjukvård. Vi är ca 11 800 medarbetare och har ca 600 värdenheter. Mer om SLSO finns att läsa på www.slsso.sll.se.

Akademisk enhet för specialiserad öppenvård inom reumatologi startar sin verksamhet under 2016 och söker nu flera specialistläkare/överläkare. Enheten är en ny verksamhet inom SLSO med uppdrag att bedriva specialiserad hälso- och sjukvård inom reumatologi för patienter med artritssjukdomar. Uppdraget ska bedrivas inom en Akademisk enhet nära integrerat med Forskning, Utveckling, Utbildning och Innovation (FoUII) och som ett pilotprojekt för universitetssjukvård utanför akutsjukhus. Särskilt ingår uppdrag att utveckla nya arbetsätt, innovativ användning av medicinsk teknik och e-hälsolösningar, hög patientmedverkan och samverkan med olika vårdgivare. Vi söker dig som vill vara med från början och på så sätt ha stor möjlighet att påverka uppbyggnad och arbetssätt. Vi kommer sitta på Sabbatsbergs sjukhus under 2016 för att därefter flytta in i nya lokaler vid Torsplan i Vasastan.

Arbetsuppgifter:

Mottagningsarbete, inklusive infusionsverksamhet. Aktivt deltagande i forskning, utbildning, verksamhetsutveckling och innovationsarbete i samverkan med patienter, Karolinska Institutet och andra verksamheter i nätverkssjukvården.

Anställningsform:

Tillsvidareanställning, heltid. Tjänstgöring på reumatologikliniken, Karolinska universitetssjukhuset kan förekomma och sker enligt överenskommelse. Tillträde efter överenskommelse.

Kvalifikationer:

Specialistkompetens i reumatologi. Dokumenterad och pågående forskningsaktivitet, särskilt inom artritssjukdomar, är meriterande. Doktorsexamen och övrig forskningsmeritering är av betydelse vid tillsättning av överläkartjänst. Intresse för utbildning, utveckling och innovation, tidigare erfarenhet är meriterande.

Personliga egenskaper:

Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.

Information om tjänsten lämnas av:

Verksamhetschef Sofia Ernestam, tel: 073-67 59 111.

Fackliga företrädare:

Läkarföreningen Eva Bratt, tel: 070-73 62 699.

Övrig information:

Vi undanber oss all kontakt med annonsförsäljare samt försäljare av andra bemannings- eller rekryteringstjänster.

Sista ansökningsdatum: 2016-03-15.

Läs mer och ansök här: www.jobbs.sll.se/SLSO-16-41148

 Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING