

ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 90 • 1/2013



Reportage från Riksstämman 2012 Den grekiska nationen i svensk reumatologi Myosit – diagnostik och behandling mot år 2020





ReumaBulletinen

ReumaBulletinen är Svensk Reumatologisk Förenings tidskrift och utkommer med fyra 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@vregion.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 031-70719 30
- Annonser** **Dan Johansson**
dan@mediahuset.se
Olle Lundblad
olle@mediahuset.se
- Layout** **Gunnar Brink**
gunnar@mediahuset.se
- Tryck** **Åkessonstryckeri AB**
Box 148
361 22 Emmaboda
www.akessonstryck.se
- Distribution** Distribueras som posttidning
ISSN 2000-2246
- Utgivningsplan 2013**
- | Nummer | Manusstopp | Utgivning |
|--------|------------|-------------|
| Nr 1 | 25 januari | 6 mars |
| Nr 2 | 25 april | 5 juni |
| Nr 3 | 26 augusti | 2 oktober |
| Nr 4 | 2 oktober | 5 november |
| Nr 5 | 8 november | 19 december |

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

Innehåll 1/2013

- 3 Redaktören har ordet**
- 5 Brev från ordföranden**
- 6 Brev från vetenskaplige sekreteraren**
- 7 Brev från utbildningsansvarig och ST-läkarrepresentanten**
- 8 Gerd Marie Alenius – ny styrelsemedlem**
- 9 I huvudet på en ST-läkare**
- 11 Den grekiska nationen i svensk reumatologi**
- 15 Reportage från Riksstämman 2012**
- 20 Protokoll från SRFs årsmöte 2012**
- 22 Ny mötesordning**
- 24 SRFs Vårnöte 2013 – program**
- 27 Myosit – diagnostik och behandling mot år 2020**
- 30 Prisbelönt reumatologisk forskning**
- 31 Registerdagen 2013**
- 36 Riktlinjedagen 2013**
- 37 Hälsöfrämjande sjukhus**
- 38 Sverige som värdland för skandinaviska kongresser i reumatologi 1964–2004 (del 2)**
- 41 SRFs styrelse 2013**
- 42 Reumatologiverksamheten i Gävleborg**
- 45 Livsstilmottagningen i Västerås**
- 46 Aktuell avhandling**
- 47 "Ur vardagen" – fallbeskrivning**
- 48 Reumakalender
Pottholtz funderingar**

Omslagsbild:

Gävleboken är en stor julbock av halm på trästomme som sedan 1966 sätts upp på Slottstorget i Gävle inför första söndagen i advent varje år. Trots försök att impregnera materialet för att minska lättantändligheten utsätts julbocken nästan varje år för sabotage och mordbrand. Det har dock påpekat att just det faktum att bocken bränts ned är det som gjort den känd, även internationellt, och därmed givit Gävle uppmärksamhet. (Källa: Wikipedia). Foto: Albin Bogren. I det här numret beskrivs reumatologiverksamheten i Gävleborgs län.

ANNONS

Ett nytt fullmatat nummer

Nu inleder vi det nya året med ett nytt fullmatat nummer av ReumaBulletinen. Vi kan även passa på att förannonsera att SRF diskuterar att öka ReumaBulletinen med några nummer av "ReumaBulletinen VETENSKAP" – en tidning a la Best Practice Reumatologi med vetenskapliga sammanfattningar på svenska av nya rön framförallt från den svenska forskningsfronten. Beslut angående detta tas under våren.

Vi hyllar Lars Klareskog för det prestigefyllda Crafoord-priset. Priset delas med två amerikanska forskare – Peter Gregersen och Robert Winchester – och pekar på betydelsen av genomets och omgivningsfaktorers samspel i immunologiska förlopp.

Grattis Lars och grattis till svensk reumatologi!

NUMRET INNEHÅLLER Helena Nordlunds reportage från Riksstämman 2012 med dess olika föredrag och posterpresentationer. Den sista Riksstämman av det gamla snittet. Riksstämman 2013 kommer att få ett annat upplägg – mer allmänt och specialitetsövergripande och mindre vetenskapligt specifikt.

Ett fylligt reportage från Register- och Riktlinjedagarna 24–25 januari med Per Lundblad som reporter visar på betydelsen av våra möten för vårt sätt att arbeta. Processen med årliga uppdateringar av våra riktlinjer är unik i svensk sjukvård. Omfattningen, förankringen och delaktigheten finns inte någon annanstans och är verkligen något att skryta med och framhålla utåt.

DETTA NUMMER HAR OCKSÅ tydlig Greklandsaccent. Ioannis fortsätter sina underhållande krönikor men dessutom bidrar Aikaterini Chatzidionysiou med teckning. Ioannis berättar också i ett reportage om grek-invasionen som bidrar till att lyfta svensk reumatologi.

Historia med Ido fortsätter med andra delen av Frank Wollheims artikel om de Scandinavian Congress of Rheumatolo-



»Processen med årliga uppdateringar av våra riktlinjer är unik i svensk sjukvård. Omfattningen, förankringen och delaktigheten finns inte någon annanstans och är verkligen något att skryta med och framhålla utåt.«

gi som arrangerats i Sverige. Nu kommer text och bild från kongressen i Malmö 1992 och den i Göteborg 2002. Jag håller med Frank om att vi inte tillräckligt värdesätter de skandinaviska kongresserna med deras möjligheter till såväl fortbildning och uppdatering som grund för ett vetenskapligt samarbete i vårt närområde.

I FORSKNING OCH FRAMTID – vår serie om vart forskningen för oss – delger vår främste myositexpert Ingrid Lundberg sina tankar om myosit och myositbehandling mot år 2020. Nu pågår forskning som ökar möjligheten av att använda olika autoantikroppar för att identifiera subgrupper av patienter med olika prognos och sjukdomsförlopp. Ingrid diskuterar också ny behandling av den svåra inklusionskroppsmysiten.

Ett reportage, signerat Helena Nordlund, om Livsstilsmottagningen i Västerås visar på att våra sjuksköterskors väg mot specialkompetens fortsätter.

MÅNADENS REUMATOLOGENHET är Gävleborg, dvs. Gävle, Bollnäs/Söderhamn och Hudiksvall. I ett samarbete sköts länets reumatiker. Sven Tegmark berättar om utvecklingen från 70-talet till idag. Vårt omslag pryds ju också av den berömda Gävle-bocken.

Vi börjar i detta nummer med fallpresentationer. Ioannis Parodis ansvarar för denna avdelning och dess upplägg.

MED RIKSSTÄMMAN I SIN nuvarande form på fallrepet måste mötesordningen för svensk reumatologi förändras. På årsmötet föredrogs en skiss på ändrad mötesordning. Mer tyngd kommer att läggas på vårmötet med vetenskapliga abstract här istället för på Riksstämman. Om detta berättar styrelsen i en artikel. Ha gärna synpunkter till styrelsen t.ex. om man skall ha få tunga möten eller flera kortare eller andra åsikter.

Därutöver finns avhandlingsabstract, ledare, brev från vetenskaplige sekreteraren och brev från utbildnings-/underläkarsvariga, Pottholtz m.m.

SRFS VÄRMÖTE I LINKÖPING annonseras i detta nummer och ser mycket intressant ut.

Välkommen till Linköping och till detta nummer av ReumaBulletinen.

TOMAS BREMELL
Redaktör

Nya medlemmar i SRF

Ordinarie:

Magnus Hallström, Göteborg
Daniel Hammenfors, Bergen, Norge
Ildiko Jonap, Gävle
Ahmed Mohammed, Jönköping

ANNONS

Svensk reumatologi på rätt väg

Snön ligger gnistrande vit i vinterkalla Stockholm. Idag när detta skrivs – fredagen den 25 januari – och när Registerdagen går av stapeln är termometern nere i rekordlåga minus 22 grader C i Bromma på morgonen.

Ställde cykeln hemma. Funderade på livets olika energier men samtidigt dess skörhet och förgänglighet när jag vandrade från St Eriksplan över Solna-bron förbi det flitiga framtidsbyggandet hela vägen bort mot Karolinska området. Av personliga och privata skäl blir denna ledare kanske något avvikande än mina tidigare, åtminstone vad gäller avslutningen. Vill inte lägga ut texten mer om detta nu, men i kommande ledare ger jag förmodligen en mer utförlig förklaring.

LIKSOM RIKTLINJEDAGEN idag kändes även Registerdagen igår mycket givande och bra. Det är fantastiskt hur mycket som hänt och snabbt det har det gått sedan 90-talet då våra RA-register med Barfot, SSATG, m.m. tog språnget in i framtiden med visionära och kreativa svenska reumatologer i spetsen. Nu skördas frukterna av det hårda arbete som grundlades då. Vi är definitivt en föregångsspecialitet avseende svenska kvalitetsregister. SRQ har blivit på många sätt en modell för detta och vi kan idag slå oss för bröstet, inte bara för själva registren som är mycket värdefulla både ur ett vårdperspektiv, men även forskningsmässigt (med högt internationellt intresse) men även för våra årliga nationella registermöten och uppdateringar av riktlinjer. Detta medför att svensk reumatologi på nationell basis hela tiden befinner sig i fronten vilket förstås ger kompetens och självförtroende.



» Som ett kvitto på att vi är på rätt väg inom svensk reumatologi är utnämningen av Lars Klareskog till 2013 års Crafoordpris en av höjdpunkterna. «

SOM ETT KVITTO PÅ att vi är på rätt väg inom svensk reumatologi är utnämningen av Lars Klareskog till 2013 års Crafoordpris en av höjdpunkterna. Lars delar priset med två amerikanska forskare. Motiveringen lyder "för deras upptäckter rörande betydelsen av olika ärftliga faktorer och deras samverkan med omgivningsfaktorer för uppkomst, diagnos och klinisk handläggning av reumatoid artrit". Crafoordpriset kan ses som ett komplement till Nobelpriset och således är det något mycket stort och dessutom första gången en svensk får priset, vilket har utdelats sedan 1982. Detta är givetvis något som bör uppmärksammas och något viktigt och bra för hela Reumatologi-Sverige, inte minst

för den reumatologiska forskningen och utvecklingen i landet! SRF önskar framför sina varmaste gratulationer till Lars och samtidigt kan svensk reumatologi passa på att ta åt sig en liten del av äran!

NYA REGISTERUTMANINGAR väntar nu runt hörnet. För närvarande arbetas intensivt med hur juridik, praktik och forskning kan och bör samordnas på ett optimalt sätt. Att "vem som helst" ska kunna gräva i och samtidigt undergräva våra register är givetvis inte ett önskvärt scenario, men hur processen för registeruttag ska se ut i framtiden är ännu inte klarlagt. Men det kommer att bli avgörande för hur våra reumatologiregister kommer att fungera och användas under många år framöver.

SNÖN LIGGER IDAG gnistrande vit i vinterkalla Stockholm, och även i övriga landet, till och med i svenska "Sydbotten" – ett begrepp som så vackert myntades av Solbritt under registerdagen igår. Men snart är det vår. Vi ses på Värmötet i Linköping i april! Och det blir sista gången vårmötet hålls i den gamla formen. Framtiden knackar på dörren, fortsatta förändringar väntar, däribland att vårmötet 2014 förlängs. Men mer om detta vid annat tillfälle.

VAR RÄDDA OM VARANDRA. Livet är kort, för att inte säga ett undantag. Det troligaste (och vanligaste) är ju att varken du eller jag historiskt sett är levande. Således, passa på att ta vara på dig och din omgivning på bästa sätt!

Stockholm den 25 januari 2013

RALPH NISELL
Ordförande SRF
ralph.nisell@karolinska.se

Ingen ska vara ofrivilligt ensam.

Röda Korsets frivilliga gör livet lättare för många ensamma i Sverige – varje dag. Med ditt bidrag kan vi hjälpa fler.

Stöd oss med 100 kr genom att sms:a ALDRIG ENSAM till 72 900 eller ge din gåva på bankgiro 900-8004. Tack!



Att skjuta mot ett rörligt mål

Så är livet som vetenskaplig sekreterare i SRF idag och det är spännande.

Min första Riksstämman som vetenskaplig sekreterare blev den sista upplagan av "Gamla Riksstämman". En utförlig redogörelse av vad som skedde finns på annan plats i denna tidskrift. "Nya Riksstämman" 2013 kommer att bli av en annan karaktär där interaktionen mellan sektionerna blir kärnan. Denna förändring som initierats av Svenska Läkarsällskapet beror på fallande antal besökare, antal abstracts och antal sponsorer. Utvecklingen har skett successivt under flera år, vilket delvis orsakats av att flera sektioner har sina egna "veckor".

RIKSSTÄMMODELEGATIONEN ARBETAR nu hårt för att göra om mötet och prioritera förslag som är tydligt tvärsektionella. Varje sektion ska föreslå ett program i samarbete med minst två andra sektioner. Man önskar olika typer av programpunkter där ämnet går som en röd tråd. Om gästföreläsare inbjuds ska de vara av intresse för flera sektioner och helst vara unga, spännande och kontroversiella. De ska användas bättre genom att de också ingår i program såsom workshops eller "meet the expert". Sektionernas eget program med abstracts kommer att utgå, men eventuellt kommer det erbjudas en posterutställning med fokus på ST-läkarnas vetenskapliga arbete.

SRFS STYRELSE HAR UNDER 2012 arbetat med just detta scenario och undertecknad presenterade styrelsens förslag vid årsmötet på Riksstämman vilket glädjande nog resulterade i många inlägg från publiken och en livlig diskussion. Precis så ska ett årsmöte vara. Förslaget diskuterades därefter igen vid professorskollegiets möte och styrelsen fick stöd från majoriteten att flytta våra abstracts och specifika reumatologiska program till en "Reumavecka". Se förslaget om förändring av reumatologimöten i separat artikel i denna upplaga av Reumabulletinen. Vi kommer dock fortfarande att vara aktiva vid "nya Riksstämman" men enbart i programpunkter som är ett direkt samarbete mellan olika sektioner



» Om gästföreläsare inbjuds ska de vara av intresse för flera sektioner och helst vara unga, spännande och kontroversiella. De ska användas bättre genom att de också ingår i program såsom workshops eller "meet the expert". «

och av intresse för många sektioner, i enlighet med Riksstämmans nya upplägg.

I ÅR KOMMER VI ATT FÅ tillfälle att besöka det sista Värmötet med traditionellt upplägg i Linköping 10–12 april. Det mycket spännande programmet finns publicerat på annan plats i detta nummer av Reumabulletinen. Vilka som presenterar de bästa avhandlingarna är förstås ännu inte officiellt. Forskningsstipendiet Scandinavian Research Foundation/Scandinavian Journal of Rheumatology kommer att delas ut för sista gången vid våra nationella möten. Från 2014 kommer det att delas ut vartannat år vid Scandinavian Congress of Rheumatology. Vid detta Värmöte kommer också de nya Abbviestipendierna att delas ut, vilka är en utveckling av de gamla Abbottstipendierna på så sätt att de blir färre men dubbelt så mycket värda. Slutligen kommer SRFs stipendium till Andrzej Tarkowskis minne att delas ut och vad

gäller detta stipendium sker inga förändringar. Visserligen tycker jag mycket om rörliga mål men det finns gränser...

SIST MEN INTE MINST är vi väldigt stolta över Lars Klareskog som är den förste svensk som får Kungliga Vetenskapsakademiens Crafoordpris i polyartrit. Han delar det med två amerikaner, Peter K Gregersen och Robert J Winchester, för upptäckter av betydelsen av ärftliga faktorer (shared epitope) och deras samverkan med omgivningsfaktorer (rökning) för uppkomst, diagnos och klinisk handläggning av reumatoid artrit. Priset i polyartrit har bara delats ut tre gånger tidigare (2000, 2004 och 2009) och då till vetenskapliga storheter som Maini och Feldman för TNF som mål för behandling vid reumatoid artrit, Butcher och Springer för molekylära mekanismer för hur vita blodkroppar vandrar mellan blod och vävnad, och Dinarello, Kishimoto och Hirano för deras grundläggande arbete om interleukiner och deras betydelse vid inflammatorisk sjukdom. Prissumman 4 miljoner kronor (ett halvt Nobelpris) delas lika mellan pristagarna och utdelas 2 maj med föreläsningar av pristagarna 3 maj på Karolinska Institutet. Ett stort grattis till Lars!

ANNA RUDIN
Vetenskaplig sekreterare
Anna.Rudin@microbio.gu.se

Fortbildning ett återkommande inslag i vår nya mötesordning

Register- och Riktlinjedagar i ett soligt, men denna gång rejält minusgradigt Stockholm. Som brukligt en rad intressanta föredrag på programmet, och inte minst är det fint att åter kunna konstatera att vårt reumatologiska kvalitetsregister, som redan räknas bland de allra förnämsta i vårdseri-ge, ständigt fortsätter att utvecklas.

I nom kort startar nu också insamlingen av material till SRFs biobank, med de nya forskningsdörrar som därmed potentiellt kan komma att öppnas på sikt.

Vad händer då på utbildningsfronten 2013? På ST-sidan ser kursutbudet tämligen digert ut med redan fastställda kurser inom Systemsjukdomar (två kurstillfällen, varav det ena dock på B-nivå), Ledstatus/injektionsteknik och Farmakoterapi samt planerade kurser även inom Artritsjukdomar och Immunologi (se hemsidan för närmare info). I maj går årets Nationella ST-dagar av stapeln på Wiks slott utanför Uppsala med fokus på bl.a. bilddiagnostik, och redan under v. 12 är det som vanligt dags för årets diagnostiska prov, som vi starkt uppmanar alla ST-kollegor att skriva. Beträffande ST-dagarna, glädjer det oss också att SRFs något förbättrade ekonomiska muskler möjliggjort en ökning av det finansiella stödet till såväl de Nationella ST-dagarna som till regionala ST-dagar.

I OCH MED ARSSKIFTET övergick ansvaret för administrationen kring SK-kurser från IPULS till Socialstyrelsen. På sikt hoppas vi att detta kan medföra förbättringar som bl.a. en ökning av antalet statligt finansierade kurser, men ännu är mycket oklart. Tills vidare får vi förutsätta att ansökningsförfarandet till kurserna kvarstår väsentligen oförändrat, men eventuellt får vi anledning att återkomma i denna fråga.

I ett remissvar ämnar SRF vidare framföra synpunkter kring bl.a. antagningsreglerna till SK-kurser, som i nuläget delvis missgynnar kollegor som planerar dubbla specialistkompetenser.

PÅ FORTBILDNINGSSIDAN HAR SRF, i likhet med Läkarförbundet, beslutat att utöka vårt strategiska arbete. Läkarförbundet förespråkar i årets avtalsrörelse en halv dags intern fortbildningstid per vecka samt 10 dagars extern fortbildning per år, vilket SRF ställer sig bakom.

I analogi med situationen på ST-sidan, har vi planer på att skapa ett återkommande utbud av fortbildningskurser i SRFs regi, där diskussionen på Höstkonferensen i oktober ledde fram till följande önskelista på återkommande kurser: SLE/Sjögren, Reumatologisk immunologi, Spondartriter/reumatisk ryggsjukdom, Reumatoid artrit, Vaskulitsjukdomar, Bild- och funktionsdiagnostik samt Myosit, systemisk

skleros och andra reumatiska systemsjukdomar med lungengagement. Till skillnad från ST-kurserna är kursämnena tänkta som teman och det exakta innehållet ska förändras över tid utifrån den senaste utvecklingen inom respektive ämne. En fråga går nu ut till landets universitetskliniker för att efterfråga möjliga kursansvariga för respektive kurs.

FORTBILDNING KOMMER OCKSÅ enligt våra planer att bli ett återkommande inslag i vår nya mötesordning, t.ex. på Värmötet/Reumatologiveckan och sannolikt kommer "nya" Läkarstämman också ha inriktning på fortbildning och professionell utveckling.

Allt gott inför 2013!



ANN KNIGHT
Utbildningsansvarig

JOHAN KARLSSON
ST-läkarrepresentant



© National Geographic Stock / Michael Nichols / WWF

Rädda tigern

Bli Tigerfadder på wwf.se

Hjälp WWF att RÄDDA mig!

Postgiro 90 1974-6

Världsnaturfonden WWF
www.wwf.se 08-624 74 00

PRESENTATION NY STYRELSEMEDLEM I SRF



Gerd Marie Alenius – facklig sekreterare

Gerd Marie Alenius är ny facklig sekreterare i Svensk Reumatologisk Förening (SRF). Uppdraget innebär att hålla ordning på papper, kallelser, bokningar m.m. i samband med styrelsemöten som till antalet är 8–9 årligen, att skriva mötesprotokoll (dvs. innan den uppgiften tas över av en kommande SRF Service-koordinator), att ansvara för remisshantering gentemot myndigheter med utformning av svar och dess dokumentering, att tillsammans med ordförande skriva årsrapport, att på hemsidan regelbundet bevaka och uppdatera sidorna om remisser, årsberättelser, protokoll, styrelsearbete, m.m. Den fackliga sekreteraren har således fullt upp och deltar givetvis även i styrelsens löpande arbete samt strategidiskussioner, m.m.

Bakgrund och utbildning

Redan under gymnasietiden i Vilhelmina kände Gerd-Marie att hon ville bli läkare. Men läkarkarriären blev inte helt spikrak. Först ville Gerd-Marie se världen och det bar iväg långt söderöver, ända ned till Jemen, där hon under ett antal månader tillsammans med en kamrat i en läkarfamilj "luffade runt" i värmen och fick följa med på spännande hembesök och se mycket av världen och olika mer eller mindre konstiga sjukdomar. Väl tillbaka till Sverige igen arbetade hon inom hemtjänsten och provade då på att vara patient själv när hon ådrog sig en arbetskada. Gerd-Marie drabbades av arbetsrelaterade eksembesvär. Efter sjukskrivning, arbetsskadeutredning och omplacering till kontorsarbete gick det sedan bättre.

Medicinstudierna påbörjades 1980 i Umeå och 1982 föddes första dottern, men det stoppade inte Gerd-Marie nämnvärt och hon pluggade och arbetade på fram till 1987 när det var dags för andra dottern att komma till världen. Då fick maken, som inte är medicinare utan tekniker och

ingenjör, ta mycket ansvar som hemmapappa. AT-tjänsten gjordes i Örnsköldsvik och periodvis blev det veckopendling mellan Ö-vik och Umeå, och under denna tid fick Gerd-Marie såsom distriktsläkare göra sina första erfarenheter med muskel- och ledpatienter. Den unga läkaren konstaterade att det var vanliga åkommor och ett stort mänskligt problem, och här fanns parallellt spännande medicinska utmaningar, men samtidigt var det ganska svårt, dvs. att korrekt bedöma patienter med smärtor i rörelseorganen, med eller utan artrit eller andra inflammatoriska reaktioner.

Tredje dottern föddes 1990 och då hade Gerd-Marie varit färdig leg läkare sedan ett år tillbaka. Hon hade hunnit vikariera inom gynekologin men fick inte det gyn-ST-block som hon då sökte, vilket så här i efterskott förstås var tursamt. Gerd-Marie hade istället börjat snegla mot reumatologin. Inom denna framtidsspecialitet fanns en helt annan helhetssyn på människan, patienter av båda könen och i alla åldrar, och på ett bra sätt beaktades hela livet. Överläkare och klinikchef Erik Lundberg utlyste 1989 ett ST-block i reumatologi och Gerd-Marie, som hade påbörjat ett vikariat på kliniken, sökte tjänsten med magen i växande, och fick ST-tjänsten! Hon började sedan sin reumatologiska karriär med att vara mamma-ledig i ett år, för att ta igen de "förlorade mamma-åren" med de första döttrarna som nu började bli ganska stora, den äldsta hade ju nu börjat skolan. Men det passade inte Gerd-Marie att vara hemma-mamma på heltid med blöjor, dagis, lämning, hämtning, mat och städning. Det blev helt enkelt "skittråkigt" och Gerd-Marie längtade tillbaka till arbetslivet som läkare.

Färdig reuma-specialist 1995. Njurmedicin lockade med olika erbjudanden, men Gerd-Marie fann sin väg tillbaka till Reumatologin och fick intresse för forskning inom området psoriasisartrit och docent (numera professor) Solbritt Rantapää-Dahlqvist ordnade 1999 en 3-årig doktorandtjänst med klinik 20%. Detta ledde fram till doktorsavhandling 2003. Sedan var det dags att vara patient själv igen, nu under lite längre period eftersom ryggen krånglade mycket och 2006 blev det fusionsopera-

tion. Efter 1½ års tids arbetsfrånvaro, på hel/deltid, kommer Gerd-Marie tillbaka 2007 och blir verksamhetschef 2009 då hon efterträder Agnetha Uddhammar som haft den positionen i många år och tyckte det var dags att kliva av. Gerd-Marie har intresse för att utveckla verksamheten och sinne för ordning och reda vilket förstås också passar bra för en facklig sekreterare i SRF.

Varför Reumatologi?

Gerd-Marie sammanfattar: Spännande och ganska svår specialitet som tar ett härligt helhetsgrepp på människan. Erik gav mig ST-block 1990 trots att jag var gravid och Solbritt fick mig att bli intresserad av forskningen under andra halvan av 90-talet.

Fritiden

Gerd-Marie mår idag i stort sett helt bra avseende ryggen, men har kvar en del restsymtom. Hon tränar regelbundet och försöker vara fysiskt aktiv på många sätt, "det mår jag och min rygg bra av". Gillar gym, skidor på längden, även rullskidor, cykling, fjällvandringar, m.m. Viktigt att göra sånt man tycker är roligt. Gerd-Marie tävlade i volleyboll på elitnivå i sin ungdom men det har hon inte återupptagit, ännu ... Inte heller saxofonspelandet som hon utövade flitigt i slutet av 90-talet. Men man vet förstås aldrig vad som kan komma att hända framöver.

Framtiden

Framtiden ser ljus ut för Gerd-Marie och Reumatologin i Norrland. "Det är fortfarande brist på reumatologer i norra Sverige trots att många unga läkare söker sig till våra vikariat och vi kan ha en positiv selektion. Reuma-kliniken och verksamheten mår annars bra och jag fortsätter gärna några år till som klinikchef, så länge jag tycker det är roligt och utvecklande. Det ska också bli roligt och spännande att närmaste åren delta i SRFs styrelsearbete som facklig sekreterare och bli mer nationellt reumatologiskt engagerad", avslutar Gerd-Marie.

Ralph Nisell

I huvudet på en ST-läkare

Birgitta Nordmark tyckte redan från förra numret att rubriken inte längre är passande. Socialstyrelsen tycker däremot att det är bra med spänning och att jag ska vänta ett litet tag till. När jag ringde dem för några dagar sedan handlade de ansökningar från oktober. Inte så illa om man ska jämföra med hur det var för några månader sedan.

En av de finaste presenter jag någonsin fått har rubrik och heter "Svenska ordspråk, uttryck och talesätt", just för att den kom från en nöjd patient med polymyosit. Det är ett övningshäfte av Ulf Jansson och jag som vanligtvis inte läser böcker lovar öppet att den ska komma till användning. Tack, Gudrun! Jag börjar direkt...

Krönika nr 35 eller... vilse i pannkakan

Ensam i lyan igen efter ytterligare ett långbesök av morsan och farsan. Det var inte mindre äventyrligt denna gång kan jag avslöja. Höjdpunkten äger rum på IKEA där vi efter att ha tittat klart på kast-ruller och ugnarformar tappar bort mamma som tydligen fortsatte åt fel håll. Nikitas, pappa och jag går vidare: "Hon hittar ingen mobil med sig. Snart blir farsan orolig och vi börjar leta fram och tillbaka i IKEAs ändlösa korridorer. Men icke! Vad gör vi nu? Mamma talar grekiska och inget annat. Jag har inget val: jag övertalar den snälla killen i informationen, tar fram mitt mest professionella jag och min lägsta basröst och utropar ett meddelande på ren grekiska. Nikitas har spelat in framträdandet för att ha något att skratta åt och jag gömmer mig som en struts varje gång jag ser det.

Jag behöver inte prata mat, eller hur? Jag får inte längre plats i varken byxor eller tröjor, tur att det fortfarande pågår REA. Det är inte mammas fel att jag inte kan motstå god mat men hon är helt säkert fullt skyldig till alla dessa supermumsiga kaloribomber hon gör. Nu gäller det att banta och träna. Jag lär knappast hinna

i kapp tills de kommer tillbaka i påsk, men man lever på hoppet.

Krönika nr 36 eller... en flygande start

Arbetet som specialist är annorlunda och kul. Större ansvar och beslutstagande, högre förväntningar, fler patienter på listan. Men har man de underbara kollegor jag har känner man sig trygg och helt klart inte ensam. Man blir ju inte mer kompetent från ena dagen till den andra och det är viktigt att kunna inse det. Min stora uppgift i vår är att ta hand om läkarkandidaterna och komma igång med min forskning.

Att handleda är lärorikt och roligt samtidigt som det är ansvarsfullt. Känslan när man får positiv feedback av en nöjd adept är svår att beskriva men liknar känslan man får när en tacksam patient tittar en i ögonen och kramar handen. Jag fylldes av stolthet och glädje när Emma häromdagen beskrev med underbara ord att det var både trevligt och givande att få vara hos mig och min landsman Nikitas på vår slutenvård i Solna. Jag minns inte om det var Ingrid Lundberg eller Cecilia Carlens som kom på idén att ge mig denna roll men jag konstaterar att den passar mig bra och är tacksam! På torsdag åker studenter på termin 5 och lärare till Helsingfors på den sedvanliga välkomstresan "Get together". Jag återkommer!

Lite senare, i april, är det nu spikat att jag flyger till Buenos Aires för att delta i den tionde internationella SLE-kongressen och hålla min allra första muntliga presentation som mitt abstrakt hade äran att bli. Jag vet inte om jag är mer ängslig eller glad men det lär bli kul. Jag litar på Iva Gunnarsson och Elisabet Svenungsson som nog är med och stöder. Minst lika glad är jag över att reviewn om belimumab kom med i Lupus extranummer om B-celler. När du läser detta är den troligen publicerad. Fint flyt alltså och jag hoppas på fortsatt högt tempo i vår.

Krönika nr 37 eller... lagom är bäst

Jag har lovat att begränsa mina krönikor så dags att avsluta. Vid abstinensbesvär i just detta nummer hänvisar jag till mitt reportage om den grekiska nationen i svensk reumatologi och rekommenderar starkt vår nya spalt "Ur vardagen" med fallpresentationer. Jag vill även introducera Katerinas återkommande tecknade serie med start i detta för 2013 första nummer.

God fortsättning på det nya året! Vi syns senare i vår. Tills dess, fortsatt att le!

IOANNIS PARODIS
ioannis.parodis@karolinska.se



...visst passar den perfekt till en krönikör?



UR PROGRAMMET:

Nya nationella riktlinjer – hur långt har vi kommit i införandet och vad är våra mål? Boel Mörrck, verksamhetschef, reumatologikliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Elisabeth Lindqvist, verksamhetschef, reumatologikliniken, Skånes universitetssjukhus, Mirad Rizk, verksamhetschef, Västmansklinikerna, Västerås.

Diskussion: Hur och när ska riktlinjerna följas upp? Vilka krav ställer vi på myndigheter, verksamhet och landsting? Lars-Erik Holm, generaldirektör, Socialstyrelsen, Anne Carlsson, ordförande Reumatikerförbundet, Staffan Lindblad, professor Karolinska institutet och Svensk reumatoid artrit register, Ralph Nisell, ordförande i Svensk reumatologisk förening, Marie Mörell (M), ordförande i landstingsstyrelsen, Landstinget i Östergötland.

Vilka är de viktiga kunskapsluckorna i behandlingen av reumatoid artrit? Hur kan behandlingsforskning hjälpa oss att hitta svaren? Elke Theander, docent, enhetschef, reumatologikliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund, Mats Ulfendahl, Vetenskapsrådet och Stella Jacobson, utredare, SBU.

Att växa upp med en reumatisk sjukdom – patientens och de anhörigas perspektiv. Caroline Liljegrén, ordf, Unnga Reumatiker, Fräkan Strömberg, pappa och sportchef Spånga Hockey och Bo Magnusson, barnreumatolog, Astrid Lindgréns barnsjukhus.

Från patientens egen registrering till patientens egen provtagning – vad är nästa steg? Staffan Lindblad, överläkare, professor, Karolinska institutet, Sofia Ernestam, överläkare, reumatologikliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Anne Carlsson, ordförande Reumatikerförbundet.

Rundabordsdiskussioner och hearing med en politikerpanel: Hur utvecklar vi vården för dem som behöver vård hela livet? Birgitta Rydberg (FP), landstingsråd, Stockholms läns landsting, Gunnar Akesson (S), landstingsråd, Landstinget i Västmanland, Gunnar Barke (S), landstingsråd, Landstinget i Dalarna.

Programmet har utförats i samarbete med Svensk reumatologisk förening och Reumatikerförbundet.

ARRANGÖRER:

**DAGENS
Medicin**



PARTNERS:

abbvie



MSD



Mer information och anmälan: www.dagensmedicin.se/seminarier

Vart är vi på väg?

Är vi på rätt spår i vård och behandling av kroniskt sjuka?

Välkommen till Reumatologdagen 2013 – en temadag med diskussion och kunskapsutbyte om hur vi utvecklar framtidens vård för patienter med kroniska sjukdomar, med reumatologin som exempel. Nya nationella riktlinjer och medicinska framsteg ställer krav på stora förändringar och tuffa prioriteringar i vård och behandling av patienter med kroniska sjukdomar i rörelseorganen.

- Hur långt har verksamheten kommit i införandet av de nya nationella riktlinjerna?
- Hur utvecklar vi vården för patienter som behöver vård hela livet? Vilka mål ska vi ha?
- Vilka kunskapsluckor behöver vi få svar på i behandlingen av reumatiska sjukdomar?
- Hur ska patienternas kunskap tas tillvara i behandling och forskning?

Ta del av ett aktuellt och angeläget program och var med i diskussionen onsdagen den 20 mars.

PRAKTISK INFORMATION:

Datum: Onsdagen den 20 mars 2013, kl. 09.30–17.00.

Plats: Bonnier Conference Center, Torsgatan 21, Stockholm.

Deltagaravgift: 995 kr + moms för prenumarer på Dagens Medicin och medarrangerande organisationer. Ordinarie pris: 1 495 kr + moms. *Mötet är öppet för anställda och förtroendevalda i hälso- och sjukvården, företrädare för myndigheter, patientorganisationer eller motsvarande.*



Den grekiska nationen i svensk reumatologi

Hur många greker skulle du kunna räkna om du bara tänkte på dem som jobbar på din klinik eller ditt sjukhus? Har du också deltagit eller föreläst på SK-kurs och tyckt: "Gud, vad många greker!"? Brukar du läsa remissvar påskrivna av långa, svårlästa namn som slutar med -is, -as, -idis, -poulos? Fenomenet heter grekisk invasion i den svenska sjukvården och jag är onekligen en del av det. Jag blev ombedd av Tomas Bremell och övriga redaktionen för Reumabulletinen att göra ett reportage om den grekiska nationen i just svensk reumatologi.

Då modet är relativt nytt och räknar cirka 5–6 vintrar är de flesta av grekerna inom reumatologi ännu inte klara med sin specialisering. Elpida Mina i Spenshult, som i och för sig är cypriotiska, måste ha varit den första av oss att bli specialist. Undertecknad väntar på att Socialstyrelsen postar den glada nyheten och blir förmodligen nästa nyblivne. Men varför flyttar grekerna till kylan? Vad är så lockande i kalla Sverige och så bortskrämmande i varma Grekland eller för den delen Cypern?

En av anledningarna är onekligen de för det mesta långa väntetiderna för att påbörja ST-utbildningen. Till skillnad från hur

rekryteringen sker i Sverige med intresseanmälningar, utlysningar av tjänster och intervjuer, hamnar den nyblivna läkaren i Grekland sist i de numera långa väntelistorna till det sjukhus och den specialitet denne valt. Vill man senare ändra sitt val hamnar man sist i den nya listan och så vidare. Detta tillsammans med en överproduktion av läkare – vilket delvis beror på att en våg greker flyttar till andra länder för att utbilda sig och sedan färdiglagit kommer tillbaka till landet och ska specialisera sig – gör att några populära listor kan kräva 15 års väntetid eller mer. Och då flyr åtminstone de som är ambitiösa och inte tål eller accepterar sitsen.

Men varför just Sverige? Jo, därför att Sverige är ett av de länder som lider av läkarbrist, åtminstone i de medicinska specialiteterna, och samtidigt erbjuder ett öppet, omfattande, europeiskt samhälle, ständig utveckling, stabil ekonomi vilket Grekland knappast kan vara stolt över de senaste fåtal åren, ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem med mera. En sak är säker. Att vägen är hög och att många greker är här för att stanna. Vi bidrar till den svenska reumatologin med grekiskt patos, liksom i det svenska samhället med grekiskt temperament.

Det vore inte roligt att återigen berätta varför jag själv valde Sverige och hur jag ➤

ankrade i reumatogins hamnar. Jag har i omgångar träkat ut dig med min resa hit i mina krönikor. Jag bad därför grekiska kollegor berätta för oss alla om sina resegångar hit.

Katerina Chatzidionysiou träffade jag då jag nyss hade påbörjat min ST-utbildning i Eskilstuna. Jag var i Stockholm på SK-kurs och Katerina kom fram med det ständiga leendet hon är känd för. Hennes bidrag i den svenska och ja, även den internationella reumatologin, är stort. Jag bad henne teckna reportagets logotyp, den grekiska smurfen.

Katerina kom till Sverige för fyra och ett halvt år sedan.

”Tidigt under min läkarutbildning hade jag bestämt mig för att flytta utomlands för att specialisera mig och för att forska. Sverige är världskänt för en hög nivå i medicin och forskning och framför allt inom reumatologi. Dessutom tycker jag om snö och... kyla!”

Även masochister är ju välkomna, eller hur?

Katerina tycker att reumatologi är den mest spännande av alla specialiteter och har sina skäl för att tycka det:

”Den är bred och innefattar systemiska sjukdomar med engagemang av flera organ. En reumatolog ska ha bred kunskap inom flera områden, t.ex. internmedicin, infektioner, neurologi, nefrologi, lungmedicin. Diagnostiken är ofta en utmaning, man är detektiv i sitt arbete och avancerade utredningar kan krävas för att hitta till rätt svar. Reumatologisk forskning står i centrum av uppmärksamheten. Med våra moderna behandlingar kan vi verkligen göra mycket för våra patienter och det är jätteroligt att kunna hjälpa och behandla, inte bara diagnostisera.”

Katerina jobbar på Reumatologkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna som ST-läkare och doktorand och tycker att ”det är ett fantastiskt ställe att jobba på”. Jag håller med dig, Katerina. Hon vill fortsätta med sin forskning parallellt med det kliniska arbetet, även efter sin disputation. Hon tycker att utbildningsprogrammet för en ST-läkare i reumatologi i Sverige är utmärkt men hon skulle vilja ha en formell tenta i slutet av utbildningen, antingen skriftligt eller muntligt. Jag har i omgångar försökt släcka sådana idéer som Katerina ibland kommer med men misslyckats!

Så vitt Katerina känner till är grekisk och svensk reumatologi ganska lika beträff-



Den grekiska smurfen
... av Katerina Chatzidionysiou.

fande den kliniska delen men ”Sverige är mer aktivt inom forskningen. Detta innebär möjligheter att testa nya läkemedel i kliniska prövningar eller följa våra patienter i de världskända svenska registren. När det kommer till organisatoriska aspekter ligger Sverige mycket bättre. På vår klinik har vi t.ex. en fantastiskt välfungerande tidig artritverksamhet, med teamgenomgång där patienten bedöms av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.”

Tidigt i min karriär som blivande reumatolog träffade jag ytterligare en underbar, alltid positiv människa som också är del av invasionsvägen och bidrar till svensk reumatologi på andra sidan landet. Jag pratar om Kelly Stasinopoulou som utbildar sig i Uddevalla.

Kelly kom till Sverige för 5 år sedan och var bestämd i sitt val att bli reumatolog från första början.

”Det imponerade på mig redan som student vilket viktigt arbete en reumatolog gör. Än mer väcktes mitt intresse för området av den omfattande pågående forskningen och de nya behandlingsmetoderna.”

Snart är Kelly specialist och känner sig mycket nöjd med sitt val. Hon har inga planer på att flytta tillbaka till Grekland utan vill som det ser ut idag stanna kvar i Sverige och troligen vid västkusten trots mina ständiga försök att locka henne till vår sida.

Kelly är för ögonblicket hemma och tar hand om sin nyfödda pojke, underbara Di-

mitris, men längtar tillbaka till arbetet och sina entusiastiska kollegor. Hon trivs i den stimulerande miljö hon jobbar i, brinner för att utöka sina färdigheter och når full belåtenhet när hon som blivande reumatolog lindrar besvären hos svårt lidande patienter.

Nina Sidiropoulou som nu tjänstgör på Akademiska i Uppsala kom till Sverige först i maj 2007. Anledningen till att hon ville fly från Grekland var väntetiderna och det som gjorde att hon valde just Sverige var brorsan som då också var här. Dessutom hade Nina en bekant läkarkollega som arbetade i Sverige och kom med bra referenser om den svenska sjukvården.

Att välja reumatologi bland alla specialiteter var inte helt lätt men stor roll i detta spelade onekligen Ninas förste handledare, Dimitri Penev, en inspirerande reumatolog, redan under studietiderna i Bulgariens vackra Plovdiv.

”Det är intressant att arbeta som reumatolog och ofta få handlägga svårt sjuka och komplicerade patienter. Reumatologi är en fascinerande specialitet med brett spektrum av diagnoser och ständig utveckling av nya terapier. Att numera ofta kunna erbjuda våra patienter en bra livskvalitet med både konventionella och biologiska medel är fantastiskt. Då många av våra patienter är långtidssjukskrivna skulle en annan typ av kontakt med Försäkringskassan eventuellt kunna vara av värde.”

Längre upp i landet, i vackra Sundsvall, bor och arbetar Lina Roubi. Du känner kanske till henne som Evangelia. För oss greker är det mycket vanligt att för enkelhetens skull förkorta våra namn. Evangelia blir Lina, Ioannis blir Jannis, Aikaterini blir Katerina, Nikolaos blir Nikos, Asimina blir Mina, Dimitrios blir Dimitris och så vidare. Våra kollegor på Karolinska har önskat ett seminarium om detta för att lära sig att uttala våra namn. Ska vi kanske samordna ett nationellt sådant?

Lina flyttade till Sverige i oktober 2007 och började arbeta vid medicinkliniken i Sundsvall i mars 2008.

”Jag läste medicin i Aten och lämnade efter mina studier mitt hemland för Sverige. Anledningen till detta var dels den långa väntetiden för att påbörja en specialiseringstjänstgöring i Aten, dels att jag ville pröva ett annat land med hög standard inom sjukvården. Sverige är ett land som tillhör EU och godkänner därför vår utbildning i sin helhet. Jag fick min läkar-

legitimation direkt, utan extra tentor eller kompletterande utbildningar vilket var praktiskt och underlättade mitt val. Sverige har stor brist på läkare, vilket gör att det är enkelt att få arbete, och erbjuder utbildning av hög kvalitet vilket var mitt största krav. Mitt intresse för reumatologi väcktes av min handledare under min ST-tjänst i internmedicin, nämligen John Svensson. Jag tyckte det var mycket spännande att auskultera på hans mottagning och få träffa reumatologiska patienter. Vidare ställer Socialstyrelsen krav på vilka delmål som ska vara uppfyllda för att få specialistkompetens. Min klinik har varit generös med att erbjuda mig chanser att uppfylla dem med kurser och randningar, inklusive randning på universitetssjukhus vilket i mitt fall varit både givande och stimulerande.”

Linus stora intresse i reumatologi är systemisk skleros inom vilket hon för stunden gör sitt vetenskapliga arbete inom ramen för delmål 19 vid Karolinska hos Lena Björnådal och Annica Nordin.

Sundsvall är dock inte den nordligaste kliniken med grekisk representation. Nikitas Samiotakis från Rhodos specialiserar sig till reumatologi i än mer nordbelägna Sunderby. Nikitas flyttade till Sverige för cirka fyra år sedan och var liksom Kelly bestämd i sitt val att bli reumatolog. Ännu en drabbad av den långa väntetiden som valde Sverige då han redan som barn bekantat sig med och gillat den svenska kulturen. Han har blivit utsatt för svensk input dels genom de svenska turister som varje sommar troget besöker sin vackra ö, dels genom sin grekiska andra generations stora släkt i Stockholm.

”Jag tycker om internmedicin och jag tycker om rörelseapparaten. Som reumatolog arbetar man med båda delarna. Jag visste redan tidigt i min läkarutbildning att min specialitet är reumatologi och har inte ångrat mig.”

Nikitas är särskilt intresserad av de reumatiska sjukdomar som hör till spondartritfamiljen och gör för stunden sin randning på Karolinska. Jag har jobbat tillsammans med honom på vår slutenvård i Solna och utöver att ha träffat en ny vän sedan han kommit till Stockholm har jag sett hos Nikitas en fantastisk handledare när jag i min egenskap av amanuens bett honom ta hand om våra kandidater. De kommentarer jag fått av våra ambitiösa ungar är mycket smickrande för honom. Om framtiden väljer Nikitas att inte säga

så mycket men en sak är säker: han stannar gärna i huvudstaden nära sina kusiner och har redan investerat i en fin lägenhet.

Nikos Marketos flyttade tillsammans med sin fru från Grekland till Oskarshamn i juni 2011. Drivkraften var hoppet om bättre utbildningsmöjligheter men avgörande var även i Nikos fall den långa väntetiden för ST-tjänst i reumatologi i Grekland. England var också på tapeten för Nikos och frun men det som gjorde Sverige ett enkelt val var deras 3-årige son och det goda ryktet om dagisverksamheten i Sverige.

Nikos visste redan som läkarstudent att han ville följa i spåret av sin pappa, som också är reumatolog. Han är alltså uppväxt med reumatologi och immunologi och tycker att forskningen kring de inflammatoriska processerna vid reumatiska sjukdomar är oerhört stimulerande.

”Samtidigt är det fantastiskt roligt att numera kunna hjälpa våra svårt sjuka och ofta unga patienter med moderna behandlingar eller även nyttja mer konventionella och beprövade metoder som t.ex. steroidinjektioner för snabbare lindring. Reumatologins breda spektrum gör specialiteten en utmaning för oss unga doktorer.”

Nikos är anställd i Oskarshamn och gör nu sin randning på universitetsklinik i Linköping. Hans stora intresse är vaskuliter och han hoppas på att bli doktorand och forska i ämnet. Han är hittills mycket nöjd med sin utbildning och när han jämför Grekland med Sverige tycker han att man i Sverige har bättre tillgång till kurser, att man nyttjar kvalitetsregister och riktlinjer på ett mer strukturerat sätt och att man jobbar mer med teamet, alltså sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator, vilket i Grekland är otillämpbart då stor del av reumatologisk verksamhet sker inom den privata sektorn. Han ställer sig kritisk till den stora och i många fall orimliga användningen av biologiska läkemedel i Grekland men räknar med stora oundvikliga förändringar åt det sunda hållet inom en snar framtid. Amen!

När han var i Grekland hade Nikos under viss tid glädjen att arbeta hos Kiriaki Mpoki på Sismanogleion sjukhus, en väldigt kunnig reumatolog och även duktig handledare.

”I Grekland”, berättar Nikos, ”är man som ST-läkare mer auskultant hos specialister och bara på slutet av sin ST-utbildning har man egna patienter. Att det inte finns utvecklade kvalitetsregister gör

uppföljningen svårare då även dokumentationen inte är lika strukturerad som i Sverige.”

Spännande med sådana jämförelser och en tanke som spontant väcks är varför inte implementera de erfarenheter vi har från ett välfungerande system till hemlandet genom samarbeten och ömsesidiga studiebesök. Det kan vara något att tänka på. Några initiativ är redan på gång så vitt jag vet.

Nåväl, för att avsluta... var i landet befinner sig grekerna? Ni får rätta och uppdatera mig om jag har fel. Vi är 18 stolta smurfar runt om landet. I alfabetisk ordning finner du Katerina Chatzidionysiou i Stockholm, Asimina Dremetsika i Linköping, Sofia Exarchou i Malmö, Matina Liapi i Karlskrona, Evangelos Lolis i Karlstad, Dimitris Makrygiannakis i Stockholm, Nikos Malliotis i Uddevalla, Nikos Marketos i Orskarshamn, Elpida Mina i Halmstad, Ioannis Parodis i Stockholm, Ilia Qirjazo i Linköping, Lina Roubi i Sundsvall, Nikitas Samiotakis i Sunderby, Nina Sidiropoulou i Uppsala, Pavlos Stamatis i Jönköping, Kelly Stasinopoulou i Uddevalla, Sofia Symeonidou i Halmstad och Argyro Venetsani i Skövde. Vår skara växer ständigt. Asimina känner jag sedan min studietid vid Atens universitet men får först nu när jag gör detta reportage veta att även hon lockades av reumatologi. Pavlos i Jönköping har jag aldrig träffat. Matina och Evangelos är också helt färska i gänget. Hoppas de trivs!

Listan är lång och långt blev detta reportage med. Det var inte meningen! Det blir i återkopplingen intressant att få höra vad våra kollegor tycker om vårt bidrag till svensk reumatologi. Hursomhelst, mitt ständiga tips får nog följa detta med: grek eller svensk, finne eller spanjor, glöm aldrig att le!



IOANNIS PARODIS
ioannis.parodis@karolinska.se

ANNONS



Riksstämman 2012

SRFs vetenskapliga program

SRF hade ett gediget vetenskapligt program på årets Riksstämma. Under tre dagar avhandlades en rad olika aspekter på reumatologiområdet. Här följer en kortfattad redogörelse för några av dem.

Gikt – nytt om gammal sjukdom

Under denna rubrik gav tre talare varsin intressant presentation kring de senaste forskningsrönen om gikt, med Lennart Jacobsson och Lotta Ljung som moderatorer.

Gikt och metabola syndromet

Docent Caroline Schmidt från Sahlgrenska Akademien i Göteborg berättade att gikt historiskt förknippats med rikedom och frosseri ("disease of kings") men förekomsten har ökat under senare år, och idag är gikt snarare var mans sjukdom. Hyperurikemi är en primär riskfaktor för gikt som även den har ökat kraftigt. Andelen individer med hyperurikemi kan i olika befolkningar variera mellan 5 och 25% beroende på skillnader i genetik och levnadsvanor. Giktanfall förekommer i USA hos omkring 4% av befolkningen över 16 år och i Sverige hos över 1%. Av individer med hyperurikemi beräknas omkring en tredjedel utveckla gikt.

Gikt är associerat med fetma, hypertoni, dyslipidemi och glukosintolerans/diabetes, och följaktligen även med metabola syndromet. Likaså ökar antalet komponenter i metabola syndromet med stigande urinsyranivåer.

– Även hos barn och ungdomar ökar förekomsten av metabola syndromet med stigande nivåer av urinsyra, berättade Caroline Schmidt. Effekten är oberoende av kön, ålder och etnicitet.

Faktorer som i olika studier har visats bidra till höga urinsyranivåer är kost med högt purininnehåll (kött, fisk, skaldjur) och alkohol i form av öl och starksprit men inte vin. Faktorer som är förknippade med lägre urinsyranivåerna är magra mejeriprodukter, körsbär (!) och möjligen även hög fysisk aktivitetsnivå. Dessutom spelar genetiska faktorer in.

Sjukdomsmekanismer

Med dr Alf Kastbom, Linköping, berättade att urat är slutstadiet i purinmetabolismen hos människa, medan de flesta andra däggdjur kan bryta ned urat med enzymet urikas.

– Serumnivåerna av urat hos friska personer ligger förvånande nära mättnadsvärdet, vilket kan förklara varför giktattacker ibland drabbar individer med serumurat inom referensintervallet, sa Alf Kastbom.

När en övermättad uratlösning möter natrium bildas kristaller. En giktattack utlöses troligen då kristallerna i leden stöter på en monocyt eller makrofag. Det ger upphov till en signalkaskad med IL-1-beta, TNF, IL-6 och olika kemokiner, och tillsammans med uppreglerade adhesionsmolekyler i endotelet drar de till sig stora mängder neutrofiler som skapar inflammation med rodnad, svullnad, ömhet och nedsatt funktion.

IL-1-beta aktiveras av inflammasomer, ett intracellulärt proteinkomplex som i sin tur aktiveras av olika farosignaler. Vid en giktattack fagocyteras uratkristallerna och pH sänks för att proteaser ska aktiveras och uratet brytas ned. Även då ATP binder till cellytereceptorn P2X7 sänds en signal om fara ut som aktiverar inflammasomerna. Likaså har man sett att höjning av cellens redox-status kan leda till aktivering.

Det finns emellertid ytterligare farosignaler som kan aktivera inflammasomer. Ett exempel är kiseldioxid, som kan orsaka stendammslunga. Ett annat är ateroskleros; i djurförsök har man kunnat visa att fria fettsyror utgör en co-stimulatorisk signal via toll-lik receptor 4-inbindning och att själva inflammasomaktiveringen sker via kolesterolkristaller.

Diagnostik och behandling

Professor Lennart Jacobsson, Lund, berättade att diagnostiken av gikt innefattar fyra delar: klinisk presentation, analys av ledvätska eller tofi, serumurat och avbildning. Det klassiska giktanfallet debuterar akut, ofta nattetid, med intensivt smärtsam mono- eller oligoartrit. Oftast drabbas stortåns grundled, fotleden eller knäleden. Utöver lokala tecken på inflammation uppträder en allmän sjukdomskänsla. Tofi förekommer främst på händer, armbågar och fötter. De kan ulcerera och ge upphov till inflammation, vilket är mycket smärtsamt. Vid analys av ledvätska indikerar grumligt exsudat



Lennart Jacobsson



Caroline Schmidt



Jane Salmon



Ann-Christine Syvänen



Lars Rönnblom

inflammation. Mikrokristallerna analyseras med polarisationsmikroskopi, med eller utan Lambda-platta. På traditionell röntgen är förändringar synliga först efter flera års sjukdom; med ultraljud kan de påvisas betydligt tidigare. Ännu bättre är dual-energy CT, som har mer än 95% sensitivitet på mikroskopi-verifierad gikt.

Akuta giktattacker behandlas med NSAID, intraartikulärt kortison, prednisolon och kolkicin i lågdos.

Profylaktisk behandling innefattar urat-sänkning med målvärdet <360 $\mu\text{mol/L}$, eventuellt lägre om patienten har mycket tofi. Urathöjande läkemedel som t.ex. ti-aziddiuretika bör sättas ut, åtgärder mot metabola syndromet övervägas och dietråd ges. Vid upprepade anfall eller tofi bör allopurinol eller möjligen febuxostat sättas in, eventuellt med tillägg av probenecid. Under de första 3–6 månaderna rekommenderas även tillägg av NSAID i lågdos, kolkicin eller lågdoskortison. För att få bort tofi krävs 12–18 månaders ihärdig urat-sänkning; behandlingsavbrott medför stor risk för recidiv.

– Till de nya läkemedel som är på väg att godkännas hör febuxostat, en xantinoxidashämmare som metaboliseras i levern och som inte korsreagerar med allopurinol, berättade Lennart Jacobsson. Ett annat är pegylerat urikas, som bryter ned urat i både löslig form och kristalldepositioner till allantoin, som utsöndras via njurarna. Även ett par olika IL-1-hämmare kan vara en tillgång för vissa patienter men är nog i många fall bara ett – mycket dyrt – plåster på såren.

För att omhändertagandet av patienter med gikt ska bli bättre krävs en syn på sjukdomen som kronisk snarare än akut, konsekvent profylaktisk behandling, täta uppföljningar och ökad kunskap bland patienterna.

Möss och mammor – Nanna Svartz-föreläsning av Jane Salmon

Professor Jane Salmon från New York Hospital for Special Surgery, USA, redogjorde för sin forskning på graviditetskomplikationer hos patienter med SLE. Hon berättade att den faktor som starkast predikerar missfall, tillväxthämning och andra komplikationer hos gravida kvinnor med SLE är närvaro av antifosfolipidantikroppar (aPL).

Graviditetskomplikationer har traditionellt ansetts orsakas av trombosor i placenta, men Jane Salmons grupp har visat att det istället är fråga om en onormal utveckling av artärerna i placenta som leder till minskat blodflöde. Med en musmodell där tillförsel av aPL orsakar missfall och tillväxthämning har man kunnat visa att komplementhämmeren Crry-Ig skyddar mot dessa effekter. Ett liknande skydd erhålls även vid behandling med en monoklonal antikropp riktad mot den alternativa vägen i komplementsystemet via blockering av C5A.

PROMISSE-studien är en pågående prospektiv observationsstudie med syftet att identifiera negativa prognostiska markörer vid graviditet hos patienter med aPL och/eller SLE. Studiens hypoteser är att förhöjd komplementaktivering har negativa effekter på fostret och att förhöjda nivåer av antiangiogena faktorer ökar risken för missfall. Hittills har 700 patienter vid nio nordamerikanska centra inkluderats.

– Vi har kunnat visa att mutationer i de gener som styr komplementregleringen är associerat med preeklampsi hos gravida kvinnor med SLE eller aPL-antikroppar, berättade Jane Salmon.

Ett annat viktigt fynd är att lupus anti-koagulans (LAC) är den faktor som bäst predikerar risken för missfall, och att det prediktiva värdet hos aPL helt kan till-

skrivas dess association med LAC. Likaså har man redan tidigt i graviditeten kunnat detektera komplementaktivering i blod på kvinnor som är på väg att utveckla preeklampsi.

– Vi har även visat att risken för skov är liten om graviditeten inleds under en lugn sjukdomsfas, och det är ett viktigt budskap till våra patienter, sa Jane Salmon.

Genetiken bakom SLE

Under torsdagen hölls en spännande session om genetiken bakom SLE. Moderator var Anna Rudin.

Dagens och morgondagens metodik för genomanalyser

Professor Ann-Christine Syvänen från Uppsala universitet berättade att det mänskliga genomet innehåller mer än 17 miljoner vanligt förekommande genvarianter, eller single nucleotide polymorphisms (SNP). Eftersom vissa alleler förekommer oftare tillsammans än vad man kan förvänta sig av slumpen, så kallad kopplingsojämvtikt (linkage disequilibrium, LD), är det dock tillräckligt att genotypa ett mindre antal så kallade tag-SNP för att spegla merparten av variationen.

– Tack vare associationsstudier som omfattar hela genomet har vi fått ny kunskap om många olika folksjukdomar på molekylär nivå, sa Ann-Christine Syvänen. Eftersom man kan leta helt förutsättningslöst har man hittat många oväntade associationer mellan gener och sjukdomar, och även gemensamma riskgener för obesläktade sjukdomar och egenskaper.

Istället för att fokusera på ovanliga gener som kodar för ovanliga, monogena sjukdomar eller vanliga varianter som förekommer hos stora delar av befolkningen satsar man idag på att identifiera mindre

vanliga varianter med måttlig effekt på sjukdomsrisk.

Med nästa generations DNA-sekvenseringsteknik, så kallad massiv parallellsekvenser, ökar kapaciteten dramatiskt. Teknologin tillämpas bland annat för mutationsdetektion vid monogena sjukdomar och genetiska syndrom samt vid cancerdiagnostik.

ENCODE är ett internationellt projekt som syftar till att kartlägga genomets samtliga funktionella element, dvs. aktiva ställen för DNA-metylering, proteinbindning, m.m. De data som genereras inom ENCODE görs tillgängliga för allmänheten.

Vad vi vet om genetiken vid SLE

Professor Lars Rönnblom, Uppsala berättade att det idag finns mer än 30 gener associerade med SLE. De hittills gjorda fynden förklarar dock endast omkring 10% av ärftligheten.

– Genetiken kan öka kunskapen om vilka signalvägar som är viktiga i sjukdomsprocessen och bidra till att förklara de stora variationerna i klinisk presentation, sa Lars Rönnblom. Den kan även ge uppslag till ny terapi och förklara varför traditionell behandling inte alltid fungerar som förväntat.

De gener som har visats vara associerade med SLE finns inom en rad olika signalsystem. Ett exempel är STAT4, som kodar för en transkriptionsfaktor som förmedlar effekterna av IL-12 och IL-23. STAT4 kan även förmedla signal från typ I-interferonreceptorn. Patienter med överuttryck av en eller två riskvarianter av STAT4 har förhöjd risk för nefrit och antikroppsutveckling. Dessutom har man kunnat konstatera att STAT4 och en annan riskgen, IRF5, har additiv effekt.

Man har även påvisat ett samband mellan STAT4-genotyp och risken för hjärt-kärlsjukdom. I en analys av 578 SLE-patienter från Uppsala/Stockholm och Lund visades risken för ischemisk stroke vara kraftigt förhöjd i gruppen med riskvarianten av STAT4. Däremot sågs ingen riskökning för hjärtinfarkt. Polymorfier inom IRF8-genen har dock visats vara associerade med ischemisk hjärtsjukdom hos SLE-patienter, något som kanske kan förklara varför traditionell hjärt-kärlpreventiv behandling har så dålig effekt vid SLE.

Nya behandlingar som bygger på genetisk kunskap är under utveckling.

Ärftliga bristtillstånd inom komplementsystemet

Ett exempel på hur genetisk kunskap tillämpas redan idag presenterades av docent Anders Bengtsson, Lund. Han konstaterade att genetiskt betingade brister och genetisk variation inom komplementsystemet är riskfaktorer för SLE som påverkar såväl sjukdomsförlopp som handläggning. Det är framför allt den klassiska vägen som är viktig vid SLE, där låga värden av C1q är tecken på immunkomplexsjukdom.

Risken för SLE och sjukdomens allvarlighetsgrad ökar med ordningen i den klassiska vägen, så att brist på C1q ger mycket hög risk, C1r/C1s och total C4 hög risk, C2 måttligt ökad risk och C2 respektive C3 låg risk. Brist på C1q ger en fenotyp med nefrit, hög infektionsrisk och debut i ung ålder som ses lika ofta hos män som hos kvinnor. C1q-brist kan korrigeras med stamcellstransplantation. C2-brist är associerat med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, vilket kan tolkas som att komplement är involverat i skyddande mekanismer.

Brist på någon av de två isoformerna av C4 (A eller B), medför endast måttligt ökad

risk för SLE, medan total C4-brist medför hög risk. Kön fördelningen är den klassiska men den kliniska bilden är annorlunda, med majoriteten av symtom från hud och leder, ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och lägre risk för nefrit. Konstant isolerat lågt C4 vid SLE är oftast genetiskt betingat, vilket är viktigt att tänka på vid monitorering av sjukdomsaktiviteten.

Längs lektinvägen binder mannanbindande lektin (MBL) till kolhydratstrukturer, vilket aktiverar C4 och C2 på samma sätt som vid den klassiska vägen. MBL-brist drabbar omkring 10% av kaukasier. Bristen anses inte öka risken för SLE men påverkar sjukdomsförloppet negativt hos dem som drabbas, med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och infektioner.

Screening för komplementbrist kan göras med ELISA och så kallad hemolys i gel-teknik.

Prisbelönt reumatologisk forskning

Ett flertal priser delades ut under mötet.

Stora forskningsstipendiet till Hans Carlsten

Pfizers stora forskningsstipendium 2012 tilldelades professor Hans Carlsten, Sahlgrenska akademien. I sitt föredrag beskrev han sin forskarbana från ett personligt perspektiv. Han hade från början tänkt sig ett liv som sjöman.

– Men det sociala arvet vägde tungt. Båda mina föräldrar var läkare, morfar och storebror Claes likaså, så det blev medicinstudier trots allt. Men forskning var inte aktuellt utan jag skulle bli distriktsläkare.

Tomas Bremell lockade dock Hans Carlsten till reumatologin, och Andrzej Tarkowski tog honom från det kliniska arbetet till forskningen. Doktorandprojektet fokuserade på T-lymfocytens funktion





Hans Carlsten



Maria Bokarewa



Mikael Brink

vid SLE. I avhandlingen från 1990 var det viktigaste fyndet att östrogen aggraverade SLE-sjukdom i en musmodell.

1993 fick Hans en postdoc-tjänst i Montpellier. Där samarbetade han med en forskare som studerade SLE med hjälp av SCID-möss, en musmodell som saknar lymfocyter.

– Till den som får chansen att arbeta en tid utomlands säger jag – ta den! Det är väldigt stimulerande och man lär sig oerhört mycket, inte bara om arbetet utan även om sig själv och sina närmaste, om Sverige och om det främmande landet.

Väl hemma igen satte Hans Carlsten samman en egen forskargrupp kring köns-hormoner och SLE.

Många begåvade doktorander har det blivit under åren. Nicklas Nilsson disputerade på NK-celler vid SLE och hur de påverkas av östrogen, Maria Taube på mekanismer för östrogens och kortisons effekter på immunsystemet. Charlotte Jonssons studier på effekterna av mykofenolatmofetil (MMF) vid SLE utgjorde grunden till att kliniska prövningar startades och indikationen godkändes. Helena Forsblad d'Elia undersökte om postmenopausal östrogensättning kan hämma reumatoid artrit och osteoporos, och såväl Malin Erlandsson som Ulrika Islander beforskade betydelsen av östrogenreceptor alfa och beta för östrogenets effekter på immunsystemet. Caroline Jochems visade att raloxifen var lika effektivt som estradiol för att hämma artrit och osteoporos, och Katarina Almehed undersökte risken för osteoporos vid SLE.

Hans Carlstens sista (?) doktorand heter Alexandra Stubelius. Hon disputerar under 2013 på effekterna av östrogenmetaboliten 2-metoxysteadiol på artrit och östrogens effekter på medfödd immunitet.

Hans Carlstens grupp har haft ett mångårigt och synnerligen kreativt samarbete med Jan-Åke Gustavsson, som var den som identifierade östrogenreceptor

beta, och Claes Ohlsson, benforskare från Göteborg.

Claes Ohlssons och Hans Carlstens forskargrupper har tillsammans bildat CBAR, Center of Bone and Arthritis Research, vars syfte är att hitta nya behandlingar mot artrit och osteoporos, med huvudfokus på östrogensignalering.

– Vi har fantastiskt roligt och samarbetet med många andra grupper runt om i världen är otroligt stimulerande. Jag tänker inte sluta forska ännu, men när det blir dags tänker jag återgå till min ursprungliga plan och ägna mig åt sjömanslivet – dra upp hummer och fiska berggylta, avslutande Hans Carlsten.

Yngre forskningsstipendiet till Johanna Gustavsson

Pfizers stipendium för yngre forskare tilldelades Johanna Gustavsson vid Karolinska Universitetssjukhuset, som belönades för sin forskning om immunologiska och genetiska faktorer betydelse för risken att utveckla hjärt-kärlsjukdom vid SLE. Tyvärr kunde hon inte närvara vid prisutdelningen.

Pris för bästa abstract

2012 års pris för bästa basala abstract gick till docent Maria Bokarewa, Göteborgs Universitet. Hon forskar på survivin, ett anti-apoptotiskt protein som är uppreglerat vid reumatoid artrit med starkt prediktivt värde för att identifiera patienter som riskerar att utveckla leddestruktioner. Hon har kunnat visa att hämning av survivin leder till reduktion av proinflammatoriska cytokiner och minskad förekomst av Th-1 och Th-17 i mjälten.

Priset för bästa kliniska abstract tilldelades Mikael Brink, Umeå Universitet, för hans arbete med analys av antikroppar mot olika citrullinerade peptider före symtomdebut av reumatoid artrit, i syfte att identifiera olika mönster i antikropsutvecklingen. De vanligaste antikropparna är

riktade mot CEP-1, Fibß36-52 och filaggrin, och nivåerna av dessa peptider ökar signifikant under tiden innan symtomdebut, vilket talar för en patogenetisk betydelse.

Posterpriser

Sju poster-priser delades ut. Pristagarna var (i nummerordning) Cecilia Lourdu-doss, Lennart Bertilsson, Rille Pullerits, Mitra Pikwer, Maria Söderlin, Dag Leonard och Reem Altawil.

Medicinska innovationer

Ett annorlunda symposium hölls under fredagen med titeln *Medicinska innovationer: förr, nu och i framtiden*. Här diskuteras bland annat vilka aktörer som kommer att stå för läkemedelsutvecklingen i framtiden, vilka problem man kan stöta på om man själv har en innovationsidé som man vill utveckla och hur patientmedverkan kan bidra till innovation i vården. Moderator var Anna Rudin.

– Glädjande nog rankas Sverige som nummer två i världen när det gäller innovationer enligt Global Innovation Index 2012, berättade Anna Rudin. Länderna bedöms dock på skalan 1–100 och Sverige ligger på 64,8, så det finns en stor förbättringspotential.

Nanna Svartz och salazopurin

Dr Ido Leden, Kristianstad, inledde med en innovation från förr. Han berättade om Nanna Svartz, som 1937 blev Sveriges första kvinnliga professor inom medicin.

– Yrkesvalet präglades nog starkt av hennes erfarenheter från barndomen, som det enda av fem barn som nådde vuxen ålder; alla syskonen dog i sviterna av tuberkulos, sa Ido Leden.

Redan under studietiden fängslades Nanna Svartz av de kroniska artriterna, och i sin forskning lyckades hon inducera polyartrit hos kaniner genom att injicera diplokocker som hon isolerat från svalg och tarm hos RA-patienter.

De antibakteriella effekterna hos prontosil påvisades 1935 av Gerhard Domagk, med sulfanilamid som den aktiva komponenten. 1939 fick Nanna Svartz idén att testa prontosil vid reumatoid artrit i kombination med salicylsyra och tog då kontakt med Pharmacia. Salazopyrin, som kombinationen kom att heta, visade sig fungera vid både reumatism och tarmsjukdomar och började säljas redan 1941. Medlet blev en succé och används än idag.

Läkemedelsutveckling i förändring

Thomas Hedner är professor vid Sahlgrenska Akademin och disputerade dess-



Ido Leden, Agnes Wold, Thomas Hedner och Sofia Ernestam.

utom 2012 med en avhandling i ekonomi om förändringarna inom läkemedelsindustrin. Han konstaterade att vi nu ser en omsvängning i läkemedelsutvecklingen, från globala läkemedelsindustrier ("Big Pharma") till öppna innovationsnätverk.

Antalet nya läkemedel har minskat kraftigt under senare år, och företagen svarar med att köpa upp varandra eller dra ned på verksamheten. Under de senaste tio åren har 360 000 jobb försvunnit från Big Pharma och utvecklingen ser ut att fortsätta – frågan är hur många som alls finns kvar om ytterligare tio år. Samtidigt visar forskningen att den enda faktor som positivt samvarierar med ett ökat antal läkemedelsansöningar är antalet företag som är verksamma inom sektorn.

– Om vi kan fånga upp dem som friställs från Big Pharma kan det ge en helt ny dynamik åt läkemedelssektorn, framhöll Thomas Hedner. Det har också visat sig på många håll att antalet anställda ökar när den traditionella industristrukturen bryts upp, och dynamiska kluster för forskning och utveckling skapas. Ett exempel är Uppsala, där antalet verksamma inom läkemedelsområdet har ökat sedan Pharmacia lades ned för tio år sedan.

Ett exempel på öppen läkemedelsutveckling i ett akademiskt cluster är DuoCort, ett företag som Thomas Hedner varit med och startat och som har tagit fram en ny beredningsform för kortison för patienter med Addisons sjukdom. Beredningen ger en mer fysiologisk kortisontillförsel över dygnet, vilket minimerar biverkningarna. Hösten 2011 såldes DuoCort AB för drygt en miljard kronor.

Idag finns det mer än 50 öppna plattformar med olika visioner inom life science. Öppen innovation dominerar redan tredje världen-medicinen; från att det i princip inte hänt någonting i utvecklingen av läkemedel mot sjukdomar som malaria och tbc ser vi nu en explosion av innovationer inom området.

Innovationsresan – ett exempel ur verkligheten

Agnes Wold, professor i klinisk bakteriologi vid Sahlgrenska akademien, har själv gjort resan genom dagens innovationssystem. Hennes forskning utgår från hypotesen att allergier uppstår till följd av en torftig tarmflora som inte ger tillräcklig immunstimulans. 2004 upptäckte hon och hennes kolleger Anna Rudin och Ingergerd Adlerberth att barn som har *S. aureus* i tarmfloran under de första två levnadsveckorna har fler regulatoriska T-celler i blodet vid fyra månader. *S. aureus* bildar ett starkt immunstimulerande superantigen, och exponering för antigenet skulle kunna skydda mot allergiutveckling.

– Vi tyckte att det var en revolutionerande idé och satte ihop en patentsökan, men när vi tog den till en patentbyrå för några timmars rådgivning blev vi utskratade – vi hade haft ett amerikanskt patent som förlaga. De rådde oss att låta Forskarpatent i Lund ta hand om saken.

Sagt och gjort. Forskarpatent i Lund bekostade patentering och upprätthållande av patentet, men tog i gengäld ägarskapet. Avtalet angav dock att patentet skulle återgå till forskarna om inte idéen exploaterats inom fem år.

I flera år reste Agnes Wold och hennes kolleger runt och föreläste om sin idé för att hitta pengar och kontakter. Utöver riskkapitalbolag och liknande sökte man finansiering via det statliga innovationssystemet.

– Det kan se ut som om det finns en massa offentliga innovationssystem men alla pratar med varandra, och har man fått nej från ett så stängs man ute även från de andra, sa Agnes Wold. Systemen verkar helt enkelt inte vara utformade för idéer med hög risk och stor potential.

Efter fyra år togs projektet upp av Göteborg School of Entrepreneurship, och patentet överfördes till Chalmers inkubator. Tre elever arbetade i ett år med att

utveckla företaget, men sedan var man åter tillbaka i utgångsläget. Patentet var dessutom dyrt.

Vändningen kom 2011, då man lyckades sluta avtal med ett venture capital-bolag, och nu har ett företag startats med två anställda och fem miljoner i aktiekapital.

– Eftersom det kräver så oerhört mycket att utveckla läkemedel för människa har vi bestämt oss för att börja med hundar, berättade Agnes Wold. Om det fungerar hoppas vi kunna gå vidare till människa.

Innovation via patientmedverkan

Dr Sofia Ernestam arbetar på Karolinska Universitetssjukhuset men är även knuten till Medical Management Centre på Karolinska Institutet. Hon berättade om Patientens egen provtagning (PEP), en e-tjänst som gör det möjligt för patienter att själva beställa labbremisser. Patienten loggar in på Mina vårdkontakter och väljer provtagningstyper, varvid en remiss skapas direkt i systemet. Patienten kan även beställa tid för besök i samband med provsvaren. Då beställningen är gjord går patienten till ett anslutet laboratorium för provtagning, och proven analyseras samma dag.

Samtidigt som provsvaret skickas till journalen för signering av vårdgivare läggs det upp i Mina vårdkontakter så att patienten får tillgång till det. Den som vill kan även få ett SMS då provsvaret är färdigt.

– Patienterna tycker att det här är väldigt smidigt, sa Sofia Ernestam. De känner både ökad delaktighet och ett större ansvar för sin hälsa.

Den stora knäckfrågan är implementering. Även om arbetet förenklas med tiden krävs en extra insats för att få igång patienter i det nya systemet. Det finns även många andra tjänster som skulle kunna ingå i tjänsten, exempelvis tidsbokning och e-postkontakt med vårdgivaren.

HELENA NORDLUND



PROTOKOLL ÅRSMÖTE SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING (SRF) 2012 Stockholm 2012-11-28



Eva Baecklund, Uppsala, tilldelas utmärkelsen Årets ledstjärna.



Avgående styrelseledamot Per Salomonsson avtackas av Ralph Nisell.

Foto: Helena Nordlund

§1 Ralph Nisell förklarar årsmötet öppnat.

§2 Kallelse och dagordning godkändes.

§3 Till mötesordförande valdes Ralph Nisell och till mötessekreterare Britt-Marie Nyhäll-Wählin.

§4 Till justerare av mötesprotokollet valdes Solbritt Rantapää-Dahlkvist och Tomas Bremell.

§5 Inga övriga frågor.

§6 Styrelsens förslag till årsberättelse, som publicerats i Reumabulletinen nr 4/2012, godkändes med smärre justeringar och lades till handlingarna, kommer att finnas på hemsidan.

- Ann Knight informerade om att när IPULS nu inte längre finns kvar kommer SK-kurserna att övergå till Socialstyrelsen och SPUR-inspektionerna kommer att fortsätta i SRF:s regi.

- Boel Mörck informerade om SRF Service AB och Registerrådet som nu är etablerat. För mer detaljer och illustrativ bild hänvisas till ReumaBulletinen 2012, nummer 4, sidan 25.

- Ralph Nisell informerade att SRF deltagit i ett flertal debatter och möten avseende bl.a. de nya nationella behandlingsriktlinjerna för reumatiska sjukdomar, och att SRF planerar att fortsätta delta i Almedalen.

§7 Ido Leden föredrog revisorernas berättelse. Styrelsen föreslås ansvarsfrihet och mötet gav styrelsen ansvarsfrihet. Som firmatecknare utsågs ordförande och/eller kassör.

§8 På valberedningens förslag valdes till ny facklig sekr. efter Per Salomonsson som velat avgå Gerd-Marie Alenius från Umeå på 2 år. Dessutom omvaldes på 2 år – på valberedningens förslag – Britt-Marie Nyhäll-Wählin (Falun) som kassör och Johan Karlsson (Lund) som underläkarrepresentant/ST-ansvarig.

Styrelsen för 2013 består alltså av:
Ralph Nisell, ordförande (ett år kvar)
Boel Mörck, vice ordförande (ett år kvar)
Anna Rudin, vetenskaplig sekreterare (ett år kvar)
Gerd-Marie Alenius, facklig sekreterare (nyval två år)
Britt-Marie Nyhäll-Wählin, kassör (omval två år)
Ann Knight, utbildningsansvarig (ett år kvar)
Johan Karlsson, representant för läkare under utbildning (omval två år)

§9 Till revisorer omvaldes – enligt valberedningens förslag – på 2 år Ido Leden och suppleant Bernhard Grewin.

Revisorerna för 2013 består således av:
Ido Leden (omval 2 år)
Rolf Oding (kvar 1 år)
Bernhard Grewin (suppl; omval 2 år)

§10

Till valberedningen valdes Jörgen Lysholm (omval 2 år).
Valberedningen 2013 består av:
Carl Turesson (ett år kvar)
Solveig Wällberg-Jonsson (ett år kvar)
Jörgen Lysholm (omval två år)

§11

Årsmötet beslutade om oförändrad årsavgift för 2012; 500 kr för ordinarie medlem och 300 kr för associerad medlem.

§12

Boel Mörck rapporterade om SRF:s grupper – arbetsgrupper, studiegrupper, intressegrupper, registergrupper, nätverk. Förteckning med definition och medlemmar finns på hemsidan.

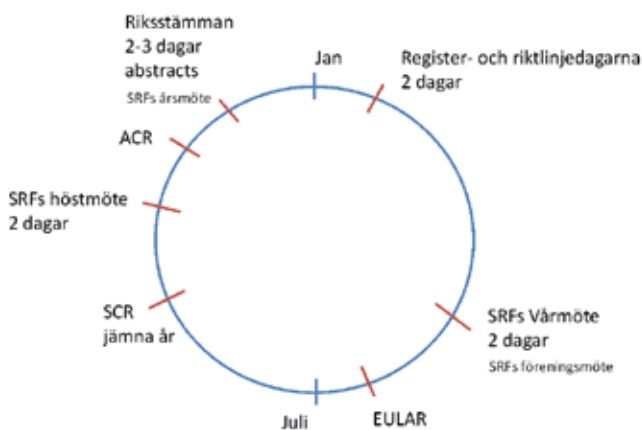
§13

Inga motioner hade inkommit.

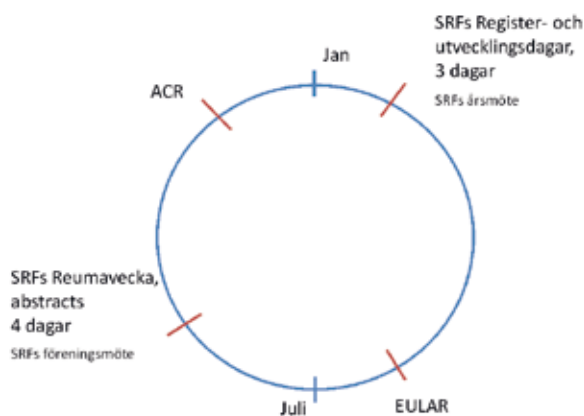
§14

Anna Rudin redogjorde för förslag till förändring av nationella reumatologmöten om Riksstämman i framtiden kommer att förändras. Bilder visades hur det ser ut idag och ett förslag visades hur det skulle kunna se ut 2015, med däremellan övergångsformer.

Nuvarande större reumatologmöten



SRFs målbild större reumatologmöten 2015



Argument för att Riksstämman behöver förändras:

- stora sektioner är inte med
- allt färre deltagare
- allt färre inskickade abstracts
- konferensavgift införd
- stora kostnader för företagen som inte längre ställer ut på Riksstämman
- allt mer administrativt krångel kring företagssponsring av möten

Beträffande Riksstämman gällde diskussionen enbart om vårt vetenskapliga program skall vara på motsvarande Vårsmötet eller på Riksstämman. Förslaget till ny mötesordning diskuterades. Styrelsen kommer att arbeta vidare med frågan under samtidig bevakning av SLS förslag om hur Riksstämman planeras 2013.

§15

Ronald van Vollenhoven informerade om NORD-STAR, Nordisk (Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige) prövarinitierad läkemedelsstudie för patienter med nydebuterad reumatoid artrit. Studien kommer att inkludera 800 patienter och ska pågå i tre år. Läkemedelsbehandlingen består av methotrexate och kortison i nedtrappning eller ett av tre biologiska läkemedel (certolizumab-pegol, abatacept, tocilizumab). Vid remission eller terapivard provas nedtrappning eller utsättande av läkemedlet.

§16

Utmärkelser

- Hedersmedlemskap

Styrelsen föreslog Urban Rydholm efter nominering av Tore Saxne, och årsmötet biföll. Diplom kommer att utdelas i samband med Vårsmötet.

Stadgeändring diskuterades angående hur nya hedersmedlemmar ska utses. Om stadgeändring ska genomföras måste sådant förslag i så fall komma ut minst 2 månader före nästa årsmöte, som då får fatta beslut.

- Årets ledstjärna blev Eva Baecklund, Uppsala, för mångårigt och mycket uppskattat arbete inom SRF samt för internationellt banbrytande forskning rörande RA och lymfom.

§17

Avtackning av Anna Engström-Laurent som varit Socialstyrelsens reumavetenskapliga råd under 12 år. Anna E-L berättade om vad uppdraget inneburit, dvs. handläggande av patientklagomål rörande reumatologisk vård. Som efterträdare har utsetts Solveig Wällberg-Jonsson och Carl Turesson (suppl).

§18

Avgående styrelseledamot Per Salomonsson avtackades.

§19

Årsmötet avslutades.

Den 6 decemeber 2014

Britt-Marie Nyhäll-Wählin
Mötessekreterare

Ralph Nisell
Mötesordförande

Solbritt Rantapää-Dahlkvist
Justerare

Tomas Bremell
Justerare

Medicinska riksstämman och dess konsekvenser för SRFs nationella reumatologimöten – en utvecklingsprocess

En tydlig utveckling under senare år är Medicinska Riksstämmans kontinuerligt fallande deltagarsiff och därmed osäkra framtida existens. Detta var en av anledningarna till att SRFs styrelse under 2012 började arbeta med ett förslag till förändring av våra nationella reumatologimöten. Riksstämman 2012 hade ännu färre deltagare än tidigare, där den nyinförda deltagaravgiften sannolikt var en bidragande faktor. Samtidigt falnade intresset för Riksstämman hos våra sponsorer.

Den viktigaste förändringen SRFs styrelse nu tänker sig är att Vårsmötet förlängs och utvecklas till en 4-dagars Reumavecka dit vi kan överföra den del av vårt program på Medicinska Riksstämman som huvudsakligen är intressant för reumatologer, det vill säga sessioner med presentation av reumaabstracts, föreläsningar av internationella gästföreläsare inom reumatologi, symposier med huvudsakligt intresse för reumatologer och utdelning av stipendier och priser samt presentationer i samband med detta. Detta är tänkt att ske första gången i Örebro våren 2014 (se skisser på SRFs årshjul).

Detta förslag presenterades och diskuterades vid årsmötet och vid professorskollegiet i samband med Riksstämman 2012. Sammanfattningsvis fanns ett stöd från majoriteten att flytta våra abstracts och specifika reumatologiska program till en Reumavecka, men det fanns ett starkt önskemål att vi skulle fortsätta att delta med programpunkter vid Riksstämman för att interagera med andra specialiteter.

Under våren 2013 kommer vi ha ett Vårsmöte i vanlig ordning. Medicinska Riksstämman kommer dock att genomgå en omfattande förnyelse efter en analys och ett arbete som genomförts av delegationen för Riksstämman i samråd med sektionerna. Programmet kommer att bli sektionsövergripande och tvärvetenskapligt och någon plats för reumatologins eget program på Riksstämman som vi haft tidigare kommer inte att finnas. Vi känner oss därför övertygade om att det beslut som fattades av SRFs styrelse efter Riksstämman 2012 om att flytta reumatologiprogrammet till en Reumavecka var helt rätt.

Medicinska Riksstämman kommer från och med 2013 handla om utbildning och fortbildning med fokus på interaktion mellan specialiteterna, men även professionell utveckling som blir Riksstämmans tema detta år. Varje program som en sektion föreslår måste innebära samarbete med minst två andra sektioner och man kommer tydligt att prioritera sådana förslag. Som gästföreläsare vill man se unga, spännande och kontroversiella personer som kan locka många åhörare från flera sektioner. De typer av programpunkter man vill se är föreläsningar "State of the art", föreläsningar "Pros and cons", symposier, workshops, gästföreläsningar, "Meet the expert" samt ST-kurser. Man vill gärna se att ett ämne belyses av ett flertal olika sådana undervisningsformer. Man kommer att svara strängare än tidigare bland inkomna förslag så att programmet blir mer sammanhållet. Med förny-

Reumatologmöten 2012



Reumatologmöten övergångsfas 2013



elsen av Riksstämman följer också att den flyttar till Stockholm Waterfront Congress Centre i city och 2013 äger rum under två dagar 5-6 december.

Under vintern 2013 kommer SRFs Höstmöte att läggas i direkt anslutning till "Nya Riksstämman" för att underlätta deltagande vid båda. SRFs årsmöte kommer detta år att läggas under Höstmötet. Under 2014 kommer SRFs första Reumavecka gå av stapeln och platsen blir som tidigare planerat Örebro. Detaljerna kring upplägget av detta möte är inte utarbetade men kommer att planeras av en Reumavecka-kommitté som är tänkt att bestå av representanter från lokal arrangör, representant från SRFs styrelse, koordinator på SRF kansli samt representanter från övriga professioner och Reumatikerförbundet, i samråd med professorskollegiet och verksamhetschefer. Under 2014, i slutet av sep-

tember, kommer Scandinavian Congress of Rheumatology (SCR) att förläggas till Stockholm. Årsmötet detta år kan därför läggas i samband med detta möte. Senare under hösten är det möjligt att Riksstämman går av stapeln med ett program av den karaktär som beskrivits ovan men Höstmötet flyttas däremot fram för att läggas ihop med Register- och Riktlinjedagarna i januari 2015.

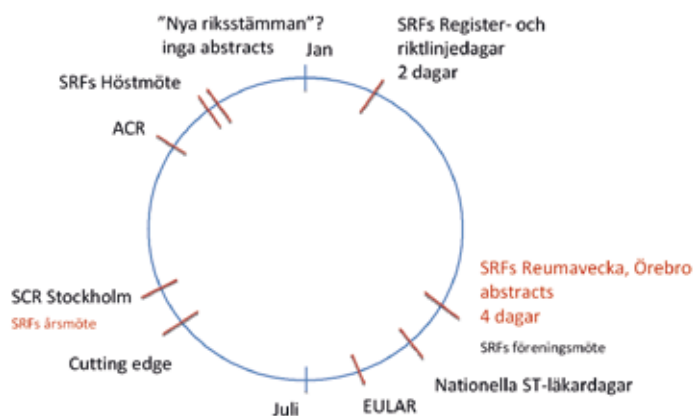
SRFs styrelses nuvarande målbild för reumatologmöten infaller 2015. Då börjar året med SRFs Register- och utvecklingsdagar, som är en kombination av nuvarande Register- och riktlinjedagar och Höstmöte, varför det förlängs med en dag. Här kan också SRFs årsmöte läggas. SRFs Reumavecka flyttas till skiftet mellan sommar och höst och fortsätter att vara fyra dagar, innehålla presentationer av abstracts och reumaspecifika föredrag samt även innehålla SRFs föreningsmöte. Huruvida Riksstämman finns kvar detta år vet ännu ingen.

Sammanfattningsvis kommer SRFs förslag till målbild att innebära färre men något längre nationella möten inom reumatologin där verksamhetsutveckling och riktlinjer kommer att avhandlas under januari och reumatologisk vetenskap kommer ha sitt fokus under början av september. Vi hoppas att detta innebär fler deltagare på mötena och en mindre arbetskrävande organisation och planering. Genom att en Reumavecka-kommitté tar ansvaret för att planera mötet kommer inte hjulet att behöva uppfinnas på nytt varje år. Den växande floran av vetenskapliga stipendier inom reumatologi kan sökas koncentrerat under en del av året och delas ut under Reumaveckan.

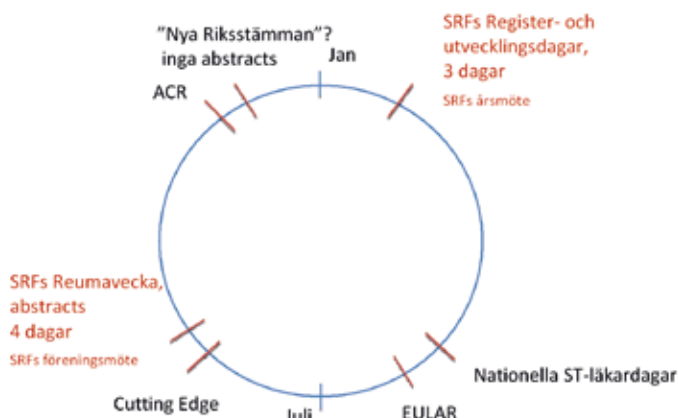
Vi är nu tacksamma för kommentarer och förslag till förändringar av ovanstående målbild, som även kommer att diskuteras under Värmötet i Linköping i april.

För styrelsen,
ANNA RUDIN, vetenskaplig sekreterare
BOEL MÖRCK, vice ordförande
RALPH NISELL, ordförande

Reumatologmöten övergångsfas 2014



SRFs målbild reumatologmöten 2015



Svenska
Läkaresällskapet

PRESSMEDDELANDE 20130130

Medicinska riksstämman fyller 70 år – det firar vi med att flytta in till city!

Årets Riksstämma äger rum den 5-6 december på Stockholm Waterfront Congress Centre

Svenska Läkaresällskapet arrangerar Sveriges största tvärvetenskapliga möte, för hälso- och sjukvårdens utveckling baserat på vetenskap, utbildning, kvalitet och etik. En mötesplats där läkare kan fortbilda sig och diskutera övergripande frågor inom svensk hälso- och sjukvård.

”Det blir två intensiva dagar med ett vasst och stimulerande tvärsektionellt program med symposier, ”pros and cons”- debatter, ”meet the expert”, gästföreläsare, workshops, dialog och debatt”, säger Catarina Almqvist Malmros, ny generalsekreterare för Riksstämman. ”Medicinska riksstämman ska vara den naturliga mötesplatsen för läkares ut- och fortbildning med fokus på vetenskap, utbildning, kvalitet och etik för patientens bästa, samt den självklara arenan för utbyte av erfarenheter och kunskaper om breda hälso- och sjukvårdsfrågor”.

”Flytten in till Stockholm Waterfront Congress Centre ger oss nya möjligheter att erbjuda ett effektivt arrangemang i moderna lokaler mitt i centrala Stockholm. Det vetenskapliga programmet syftar till att möta professionens behov av utbildning tvärs över specialitets- och organisationsgränser; något som är både lärorikt och spännande! Och dessutom helt i linje med hur verkligheten ser ut; det är ju så våra patienter rör sig genom vården”, konstaterar Filippa Nyberg, VD på Läkaresällskapet.

Det är sjuttio år sedan Medicinska riksstämman arrangerades för första gången och det är fortfarande lika aktuellt och viktigt att samla hela professionen för utbyte av kunskap och erfarenheter för patientens bästa. Mer information om årets Riksstämma kommer löpande på www.riksstamman.se.

Mer information:

Catarina Almqvist Malmros
 Ordf delegationen för Medicinska riksstämman
 070-116 08 52

Filippa Nyberg
 VD Svenska Läkaresällskapet
 08-440 88 65

REUMATOLOGI FRÅN BASEN TILL HÖJDEN 

SRF 2013

Svensk Reumatologisk Förenings vårmöte
Linköping 10-12 april



Mer information om programmet, hur du registrerar dig
och bokar hotell finns på hemsidan

www.srf2013.se



Svensk Reumatologisk Förenings Vårmöte

10–12 April 2013, Konsert och Kongress, Linköping

PRELIMINÄRT PROGRAM

Onsdag

11.30-13.00	Lunch
13.00-13.15	Välkomna! (<i>Ann Bengtsson/ Ralph Nisell</i>)
13.15-14.15	Inledning: Bemötande-i vården och utanför (<i>Stefan Einhorn</i>)
14.15-14.45	Kaffepaus
14.45-16.45	Tema Bild (<i>moderator Michael Ziegelsch</i>) Modern bildteknik - medicinska applikationer (<i>Anders Persson</i>) MR och CT vid ryggreumatisk sjukdom (<i>Mikkel Östergaard</i>) Ultraljud vid arterit (<i>Helene Zachrisson, Per Eriksson</i>)
18.30	Buss till Flygvapenmuseet
19.00	Välkomstdrink och rundvandring
20.00	Middag och underhållning
22.30	Buss tillbaka till Linköping

Torsdag

08.00-09.30	Arbetsgrupper
09.30-10.00	Kaffepaus
10.00-12.00	Tema RA (<i>moderator Thomas Skogh</i>) Ultraljuds-diagnostik vid mycket tidig artrit (<i>Michael Ziegelsch</i>) Auto-antikroppar: diagnostik och kliniska implikationer (<i>Thomas Skogh</i>) Deglykosylering av IgG: ny behandling av autoimmun sjukdom? (<i>Mattias Collin</i>) Porphyromonas gingivalis: etio-patogenetisk faktor vid RA? (<i>Karin Lundberg</i>)
12.00-13.00	Lunch
13.00-14.45	Tema SLE (<i>moderator Christopher Sjöwall</i>) SLE-kriterier, historik (<i>Ola Nived</i>) Antikroppsdiagnostik vid SLE (<i>Thomas Skogh</i>) Nya SLE-kriterier applicerade på KLURING-registret (<i>Christopher Sjöwall</i>) Varför är CRP så lågt vid SLE? (<i>Helena Enocsson</i>)
14.45-15.15	Kaffepaus
15.15-16.15	Tema Vaskulit (<i>moderator Per Eriksson</i>) Hur går det för patienter >75 år med ANCA-vaskulit? (<i>Maria Weiner</i>) ANCA-vaskulit – patogenes och aktuell forskning (<i>Mårten Segelmark</i>)
16.30	Föreningsmöte SRF Stipendieutdelning
19.00	Middag och underhållning, Konsert och Kongress

Fredag

08.00-09.00	Tema Febersjukdomar och hemofagocytos (<i>moderator Per Eriksson</i>) Innate immunity och periodiska febrar – översikt (<i>Per Eriksson</i>) Char-pei hund som modell för periodisk feber (<i>Mia Olsson</i>) Fall – Muckle-Well genotyp men okarakteristisk fenotyp (<i>Maria Liden</i>)
09.00-10.00	Axplock från årets avhandlingar i reumatologi (<i>moderator Anna Rudin</i>)
10.00-10.30	Kaffepaus
10.30-12.15	Forts Febersjukdomar och hemofagocytos (<i>moderator C. Sjöwall</i>) Hemofagocyterande lymfocytos (HLH): Från immundefekta barn till behandling av MAS (<i>Jan-Inge Henter</i>) NK-celler: översikt + fall antikroppar mot NK-cellsreceptor (<i>Lars Rönnblom</i>) Fall – hemofagocytos (<i>Christopher Sjöwall</i>) Sammanfattning (<i>Thomas Skogh</i>)
12.15	Lunch/Lunchpaket

ANNONS

Myosit

Diagnostik och behandling mot år 2020

Idag

De idiopatiska inflammatoriska myopatierna, med gemensamt namn myosit, är en heterogen sjukdomsgrupp kliniskt och histopatologiskt men med muskelsvagheter och förekomst av inflammatoriska infiltrat som gemensamma symtom och fynd. Under senare år har flera distinkta entiteter identifierats inom myositgruppen baserade på en kombination av kliniska symtomkonstellationer, biopsifynd och autoantikropsprofil. Den vanligaste subklassificeringen hos vuxna med myosit innefattar dermatomyosit, polymyosit, inklusionskroppsmyosit (IBM), och immunmedierad nekrotiserande myopati. Molekylära studier av muskelbiopsier avseende cytokin- och kemokintuttryck förefaller inte skilja sig åt mellan de kliniska subgrupperna, vilket talar för att vissa mekanismer är gemensamma, eller att musklerna har ett begränsat sätt att reagera vid en inflammationsprocess.

Det mest påtagliga och spännande som hänt inom forskningen kring myositsjukdomar under senare år och som är relevant både för klinisk handläggning och för att få ökad förståelse om myositsjukdomarnas uppkomst och utveckling är identifieringen av en rad nya autoantikroppar som är associerade till distinkta kliniska fenotyper, talande för att flera olika sjukdomsmekanismer kan förekomma inom myositgruppen. Det andra området är den ökade förståelsen vad gäller behandling, både farmakologisk och icke-farmakologisk, framför allt den gynnsamma effekten av träning.

Diagnostik

Grunden för diagnos av myosit baserar sig fortfarande på kliniska symtom tillsammans med myopatifynd där muskelbiopsi är avgörande både för att identifiera typiska myositförändringar och för att utesluta andra myopatier såsom muskeldystrofer och metabola myopatier. Andra sätt att fanga myopati är genom EMG och MRI av

skelettmuskler. Med MRI kan man med T2-viktade bilder identifiera ödem som tecken på inflammation, men förändringarna är ospecifika och utesluter inte behovet av en muskelbiopsi.

Muskelbiopsi

Muskelbiopsi är också central för att identifiera subgrupper av myosit. Här är fynd av s.k. rimmed vacuoles viktiga för att identifiera inklusionskroppsmyosit (IBM), som är mycket svårbehandlad. Ett annat histopatologiskt fynd som observerats under senare år är en dominans av nekrotiska muskelfibrer utan förekomst av inflammatoriska infiltrat, s.k. immunmedierad nekrotiserande myopati, som i likhet med IBM kan vara svårbehandlad. Denna form av myopati är ofta associerad med vissa autoantikroppar, anti-SRP och anti-HMG-CR, den senare formen starkt associerad med föregående statinbehandling. En histopatologiskt normal biopsi utesluter inte myosit. Med immunhistokemisk färgning kan man hos patienter med myosit ofta påvisa major histocompatibility complex (MHC) klass I uttryck i muskelfibrer även utan inflammatoriska infiltrat. Detta inte är specifikt för myosit men i viss klinisk kontext utgör MHC-klass I uttryck i fibrer ett starkt stöd för myositdiagnos.

Autoantikroppar


Påvisande av autoantikroppar hos en patient med muskelsvagheter utgör ett stöd för en inflammatorisk myopati. Sammantaget förekommer autoantikroppar hos ca 80% av patienter med polymyosit och dermatomyosit och hos ca 20% av patienter med IBM. Under de senaste åren har ett flertal nya specifiteter identifierats som är specifika för myosit, s.k. myositspecifika antikroppar. Därutöver är autoantikroppar som förekommer vid andra systemsjukdomar vanliga, främst anti-SSA (anti-Ro52 och anti-Ro-60) och anti anti-PMScl. De brukar klassificeras som myositassocierade antikroppar. En del av dessa antikrop-

par är riktade mot antigen i cytoplasman och därför ANA-negativa.

Anti-Jo-1-antikroppen, som är riktad mot histidyl-tRNA-syntetas, är den vanligast förekommande myositspecifika antikroppen. Den förekommer hos upp till 20% av patienter med myosit. Anti-Jo-1-antikroppen tillhör en grupp antikroppar riktade mot syntetaser, antisyntetasantikroppar, där totalt 8 olika specifiteter har identifierats (Tabell 1).

Antisyntetasantikroppar är associerade med en distinkt klinisk bild s.k. antisyntetassyndrom som karaktäriseras av myosit, interstitiell lungsjukdom (ILD), icke-erosiv artrit, ofta RA-lik, Raynauds fenomen och mekanikerhänder. ILD kan vara ett debutsymtom hos individer med antisyntetasantikroppar och en del av antisyntetasantikropparna är starkare associerade med ILD än med myosit och ILD, (Tabell 1). De flesta av antisyntetasantikropparna finns tillgängliga för att testas med kommersiellt tillgängliga test, dock en viss varning för att det finns tester på marknaden som inte är validerade och att man bör vara förtrogen med vilket test som används på respektive immunlab.

En annan myositspecifik antikropp som är associerad med interstitiell lungsjukdom är anti-MDA5 (eller anti-CADM). Denna antikropp har i asiatisk population visat sig vara associerad med dermatomyosit samt en allvarlig och aggressiv ILD med dålig prognos. Vi vet inte hur ofta denna antikropp finns i andra populationer och med vilka kliniska fenotyper. Testet är ännu enbart tillgängligt i forskningslaboratorier, men är på gång att bli kommersiellt tillgängligt. Vi har haft tre patienter vid vår klinik med en aggressiv ILD och dermatomyosit. Samtliga var positiva för anti-MDA5, som kan bli en värdefull markör för allvarlig ILD.

En klinisk utmaning hos patienter med dermatomyosit är den ökade risken för malignitet. Ett genombrott som är kliniskt relevant är upptäckten av en antikropp, 

Tabell. Myositspecifika autoantikroppar

Autoantikropp	Kliniska manifestationer		Frekvens (%) vid PM,DM
Anti- aminoacyl-tRNA syntetasantikroppar*	Myosit	ILD	30 - 40
Jo-1	74%	67%	Jo-1: 15-20
PL12	40%	88%	PL7: <5
PL7	44%	80%	PL12: <5
OJ	57%	100%	OJ: <5
EJ	100	84	EJ: <5
KS	25%	88%	KS: <5
Zo	+	+	Zo: <1
Ha	?	?	Ha: <1
anti-Mi-2	DM; Heliotropt exantem och Gottrons papler. God prognos.		<10
anti- TIF-1 γ (p155/140)	DM, JDM och cancerassocierad DM.		13 - 29
Anti- HMG-CoR (p200/100)	Immunmedierad nekrotiserande myopati, (DM och PM). Associerad med föregående statinbehandling.		<7
anti-MDA5	CADM och snabbt progredierande ILD; Dålig prognos.		50-73 (i asiatisk population med CADM)
anti-SRP	Immunmedierad nekrotiserande myopati, hjärtpåverkan, dåligt terapivar.		5 - 10
anti-SUMO-1	DM. Hudmanifestationer, myosit och dysfagi. Allvarlig form av DM.		8 av DM
DM, dermatomyosit; PM, polymyosit; JDM, juvenil dermatomyosit; CADM, klinisk amyopatisk dermatomyosit; ILD, interstitiell lungsjukdom. *vid antisyntetassyndrom: myosit, ILD, artrit Raynauds fenomen, mekanikerhänder. <i>Modifierad tabell från dr Paulius Venalis.</i>			

anti-TIF-1 γ (anti-p160-p140) som är associerad med cancer associerad dermatomyosit med en sensitivitet om 78% och specificitet om 89%. Ett Elisa-test finns och förväntas inom kort bli kommersiellt tillgängligt.

Anti-SRP-antikroppen är associerad med en s.k. immunmedierad nekrotiserande myopati, och denna eller myosit är ofta svårbehandlad med konventionell immunsuppressiv behandling.

Nyligen har en grupp forskare vid Johns Hopkins School of Medicine identifierat en annan antikropp anti-HMG-CR (hydroxymethylglutaryl-coenzyme A reductase; anti-200kD/1Anti00kD), som är starkt associerad med en s.k. immunmedierad nekrotiserande myopati, och föregående statinbehandling. Dessa patienter svarade ofta bra på konventionell

immunsuppression. En antikroppstest är under utveckling.

Patogenetiska mekanismer

Det finns ett starkt stöd för att gener och omgivningsfaktorer utgör riskfaktorer för att utveckla myosit och olika HLA-typer är associerade med olika kliniska fenotyper och autoantikroppsprofiler, talande för betydelsen av immunmedierad sjukdom. Här finns dock ett stort behov av mer forskning för att förstå hur immunreaktionen uppkommer och hur symtomen utvecklas. För patienter med anti-Jo-1-antikroppar finns stöd för att immunreaktionen uppkommer först i lungorna och att musklerna först därefter angrips. Anti-Jo-1-antikropparna verkar uppkomma före de kliniska symtomen från musklerna, i likhet med anti-CCP-antikroppar

vid RA. Vi har i vår forskningsgrupp, i samarbete med professor Lars Rönnbloms grupp i Uppsala, visat att sera från patienter med anti-Jo-1-antikroppar kan aktivera typ I-interferonsystemet och därmed driva inflammationen. Det finns därför en möjlighet att anti-Jo-1-antikroppar kan ha en viss roll i patogenesen av myosit med dessa antikroppar. Sannolikt dominerar olika molekylära mekanismer vid olika subgrupper av myosit.

Det är fortfarande inte helt klarlagt hur muskelsvagheten uppkommer vid myosit. En ofta rådande förklaring är att cytotoxiska T-celler angriper muskelfibrerna, som går i nekros. Detta kan dock inte vara hela sanningen, då en del patienter har en uttalad muskelsvaghet utan påtagliga tecken på degeneration eller nekros av muskelfibrer och ibland saknas infiltration av in-

flammatoriska celler i muskelbiopsin. En förändring i muskelfibrerna som förekommer mer generellt hos myositpatienter är den ovan beskrivna MHC klass I-uppregleringen i muskelfibrerna. I en experimentell djurmodell med selektiv uppreglering av MHC klass I-antigenet i muskelfibrer såg man att dessa möss utvecklade en muskelsvaghet som föregick invasion av inflammatoriska celler i muskelvävnaden. Muskelsvaghet vid MHC-klass I-uttryck i muskelfibrer kan orsakas av s.k. endoplasmiskt retikulum (ER) stress, vilket vi även fann tecken på hos patienter med myosit. Orsaken till ER-stress vid myosit är inte klarlagd men kan vara flera. Här behövs mer forskning för att klarlägga hur inflammationen orsakar muskelsvaghet, en sådan kunskap är nödvändig för att utveckla bättre behandlingar.

Behandling

Farmakologisk

Polymyositis och dermatomyositis

Immundämpande behandling med glukokortikoider i kombination med andra immundämpande preparat såsom methotrexate och azathioprin är förstahandsval vid behandling av myosit. De flesta förbättras något men få blir återställda vad gäller muskelfunktion. Om patienterna har svarat partiellt på behandlingen med immunsuppression kan man i första hand göra en bedömning om svagheten kan bero på låg fysisk aktivitet, och lägga till träning, se nedan. Om inte bör man överväga en ny muskelbiopsi för att se om det i muskelvävnaden finns kvar tecken på inflammation. Om det finns kvar tecken på inflammation talar erfarenheten för att försöka optimera immunsuppressionen genom att byta preparat eller kombinera flera immunsuppressiva medel. Under senare år har mykofenylatmofetil rapporterats ha bra effekt hos patienter som inte svarat på initial immunsuppression.

Behandling med biologiska läkemedel har hittills inte varit så framgångsrik. Så har t.ex. TNF-blockad inte visat övertygande effekt, tvärtom, några patienter försämrades och en ökad aktivering av Typ I-interferonsystemet noterades. I en av de få placebokontrollerade studier som är gjorda vid myosit, med rituximab, fann vi att patienter med anti-Jo-1-antikroppar hade positiv effekt med minskad sjukdomsaktivitet jämfört med övriga subgrupper. Detta resultat stöder att B-celler har en roll vid denna subgrupp av myosit. IL-1-blockad med anakinra har i en studie,

som genomförts vid vår klinik, visat viss klinisk förbättring av muskelsvagheten men någon särskild markör för respons kunde vi inte påvisa i denna mekanistiska pilotstudie, som dock är värd att följas av en placebokontrollerad studie. Mer finns alltså att göra för att utveckla terapin vid myosit.

Inklusionskroppsmysitis (IBM)

Behandlingen av IBM är än mer utmanande, sannolikt för att sjukdomsmekanismen är mer komplex än för polymyositis och dermatomyositis med inslag både av immunreaktion och muskeldegeneration. Det finns idag ingen klart visad effekt vad gäller förbättrad muskelstyrka av tillgänglig farmakologisk behandling. Viss effekt, oftast övergående, kan ses med immunsuppression i form av glukokortikoider och methotrexate. Av hittills givna behandlingar verkar T-cellsblockad vara mest lovande och möjligen kunna fördröja progressen av muskelsvaghet; t.ex. behandling med methotrexate, anti-tymocytglobulin (ATG) och senast depletion av lymfocyter med antikroppen alemtuzumab. Kontrollerade studier behövs för att visa om de har någon effekt.

Det pågår försök med genterapi för att få muskelfibrer att växa och bli större vid IBM på likartat sätt som man gör försök med behandling av Duchennes muskeldystrofi. Experiment i djurmodeller är lovande. Huruvida denna behandling kan fungera hos patienter med IBM är dock mycket oklart. För framtiden ser jag dock en möjlighet i att kombinera immundämpande behandling, som hindrar muskelfibersönderfall, med farmakologisk terapi som stimulerar muskelfiberregeneration och differentiering och tillväxt.

Icke-farmakologisk – Träning

Till skillnad från farmakologiska behandlingsstudier som visat tveksam effekt på muskelfunktion, så har olika typer av träning hos patienter med kronisk sjukdom med kvarvarande svaghet visat förbättrad styrka, uthållighet och hälsorelaterad livskvalitet. Vi har också visat att träning hos myositpatienter verkar kunna minska inflammationen i muskler. Detta är intressant eftersom dogmen intill helt nyligen var att patienter med myosit skulle undvika träning. Även IBM-patienter verkar kunna förbättra sin muskelstyrka med regelbunden intensiv styrketräning, men här återstår mer att visa för att vara övertygande.

Framtid

Jag förväntar mig att forskningen inom de kommande 10 åren kommer att ha lett fram till en ökad kunskap om vilka molekylära mekanismer som är väsentliga vid myosit, vilket är en förutsättning för förbättrad behandling. Redan idag finns det stöd för att olika molekylära mekanismer kan vara dominerande vid olika subgrupper av myosit baserade på autoantikropsprofil. I framtida studier bedöms det därför vara viktigt att göra analyser på olika subgrupper definierade utifrån autoantikroppar och sannolikt också efter HLA-typ som associerar till olika antikroppar. De mest attraktiva behandlingarna idag är att testa blockering av T-celler hos myositpatienter med T-celler i muskelbiopsier och anti-BAFF-terapi till patienter med anti-Jo-1-antikroppar. Andra intressanta mål molekyler är typ I-interferon hos patienter med DM och patienter med anti-Jo-1-antikroppar och IL-15 hos terapiresistenta myositpatienter. För att få en ökad kunskap om molekylära mekanismer är det angeläget att utvärderingar i terapistudier görs både på klinisk effekt och på molekylära uttryck i muskler och blod.

Inom ett par år kommer vi att ha en panel av antikroppstest, som är specifika för myositsjukdomar. Dessa test kommer att utgöra ett viktigt stöd i diagnostiken av myosit samt också för att urskilja subgrupper av myosit med olika kliniska fenotyper och olika prognos. Longitudinella multicenter-studier behövs för att kunna identifiera prognostiska biomarkörer där antikroppar är en sådan, en annan är förändringar i muskelbiopsier. Vårt svenska myositregister, SweMyoNet, och det internationella Euromyositis-registret kommer båda att vara viktiga i detta sammanhang.



INGRID E. LUNDBERG

Professor
Enheten för reumatologi,
Institutionen för Medicin,
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna,
Karolinska institutet, Stockholm

Prisbelönt reumatologisk forskning

2013 års Crafoordpris tillfaller för första gången en svensk forskare.

Det är professor Lars Klareskog som delar det med Peter K Gregersen och Robert J Winchester från USA.

Lars forskning förklarar hur RA kan växa fram som ett samspel mellan genetiska riskfaktorer och miljöfaktorer som rökning.

Crafoordpriset är ett av världens största vetenskapliga priser. Det instiftades 1980 av Holger Crafoord (som skapade företaget Gambro) och det delades ut första gången år 1982. Tanken är att det ska uppmärksamma och belöna forskning i områden som traditionellt ligger vid sidan av dem som Nobelpriset belönar: Astronomi, biovetenskap, geovetenskap, matematik, samt forskning om polyartrit – som Holger Crafoord själv led av.

Prissumman är 4 miljoner kronor och det är svenske kungen som delar ut det vid en ceremoni på vetenskapsakademien i Stockholm den 2 maj.

Omgivningen samverkar med generna

Motiveringen för priset lyder: *”för deras upptäckter rörande betydelsen av olika ärftliga faktorer och deras samverkan med omgivningsfaktorer för uppkomst, diagnos och klinisk handläggning av reumatoid artrit”*.

– Vi har sökt en förståelse för varför man får RA. Jag vill också betona att de register och biobanker som svensk reumatologi har upprättat har varit starkt bidragande till framgången, understryker Lars.

– Det vi har visat är att omgivningen samverkar med generna. Det leder till att vi kan förstå sjukdomen, och dela upp den i subgrupper. Utifrån denna förståelse kan man sedan etablera förebyggande åtgärder och bättre behandling.

Bra fält att genomföra ny forskning på

Det var på 80-talet som de båda amerikanska forskarna som Lars delar priset med beskrev de varianter av s.k. transplantationsantigener (HLA) som ger en ökad risk att drabbas av RA (HLA = human leukocyte antigen).

Lars berättar för *Reumabulletinen* att han själv tidigt studerade biokemin hos dessa molekyler.



– De fanns i min avhandling och några fynd vi gjorde om förekomsten av dessa molekyler i den reumatiska leden gjorde att jag bestämde mig för att satsa på reumatologin. Dessutom var det väldigt få som höll på med det området, så det var ett bra fält att göra ny forskning på. Dessutom var RA en vanlig och handikappande sjukdom, som det inte fanns ett så stort intresse för vid den tiden, förklarar han.

Samverkan mellan arv och miljö

Lars fortsatta forskning fick ett genombrott tjugo år senare – under 2000-talet.

– Egentligen har jag hållit på med detta hela tiden, men det var då resultaten som gav priset började komma in, berättar han. Och framgångarna kom genom samarbete, inom svensk reumatologi med mångas arbete med register och biobanker, särskilt inom den s.k. EIRA-studien. Och arbetet hade inte varit möjligt utan avgörande insatser både från epidemiologiska forskare under ledning av Lars Alfredsson och genetikforskare under ledning av Leonid Padyukov, säger Lars.

Att rökning var associerat med en riskökning för RA var känt. Det Lars, och hans medarbetare, kunde visa var att risken för att drabbas ökar kraftigt om rökaren hade ärvt HLA-riskgener. Forskningen visade dessutom att rökningen innebär att rökare-

na har antikroppar mot en typ av proteiner som förändrats av rökningen. Rökningen medför att s.k. citrullinerade proteiner bildas.

– Det är alltså en samverkan mellan arv och miljö. RA kan börja med rökskador i lungorna, säger Lars.

Stort kalas

Det är inte första gången som Lars blir prisbelönt. År 2010 blev han tilldelad det Söderbergiska priset i medicin, ett pris som bara går till svenska forskare för *”sin unika forskning i reumatologi – från molekyl till klinik, från gen till patientnytta”*.

– Det var ungefär samma saker som låg till grund för priset den gången, förklarar han.

Vad Lars ska göra med sin del av prispengarna har han inte hunnit fundera över så mycket ännu – förutom en sak:

– Jag ska ordna ett stort kalas för många av mina medarbetare, avslöjar han.

Reumabulletinen gratulerar!

PER LUNDBLAD



Registerdagen 2013

Det var mer än 150 deltagare som Staffan Lindblad och Lars Klareskog hälsade välkomna till 2013 års upplaga av Registerdagen vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

Lars påpekade att dagen är en etablerad tradition, och Staffan glädde sig åt det stora intresse som manifesterade sig i det höga deltagarantalet.

– Men alla har inte möjlighet att vara här. Därför har vi i år bestämt oss för att filma, och resultatet kommer man att kunna se och söka i på vår hemsida, berättade han.

Nätverk med flera intressenter

Programmet inleddes med att Staffan beskrev Svensk Reumatologis Kvalitetsregisters (SRQ) syfte och arbetssätt.

Syftet är att ständigt förbättra hälsan hos patienterna, och SRQ består av tre samverkande delar.

– Det ska ge stöd direkt till patienten och vårdgivaren för att förbättra behandlingsresultatet. Det ska sprida god vård på lika villkor i landet – genom jämförelser och nationell samverkan. Dessutom ska det stödja forskning för att öka hälsan *än mer* för framtidens patienter, sa Staffan och tillade att vi redan har sett många resultat av det sistnämnda.

SRQ arbetar i nätverk tillsammans med ett stort antal intressenter.

– Patientföreningen är med. Professionella vårdgivare och sjukvårdsledare – från dem som är chefer på avdelningen, upp till landstingsdirektörer.

Forskare är involverade, och Staffan påpekade att dessa inte bara är intresserade av data, utan även för att hitta patienter till sina forskningsprojekt.

Nationella organisationer och myndigheter samt näringslivet deltar.

– Att tillhandahålla information om hur vi använder våra läkemedel är en viktig uppgift för registret!

Glöm inte fylla i DAS 28

Milad Rizk från Västerås gav sedan exempel från länsreumatologin och hur de använder SRQ.

– Vi har idag 1 754 patienter inkluderade – det har skett en förbättring de senaste åren. Av dessa patienter står 583 på biologisk behandling. Samtliga biobehandlade ska inkluderas i registret – just nu ligger den siffran på 95%. Även samtliga RA-patienter ska inkluderas, men där har vi en bit kvar, berättade Milad.

Tack vare registret hade Milad räknat fram att de kunde förvänta sig en tioprocentig ökning i förskrivning av biologiska läkemedel år 2013. Han kunde berätta att

de också hade fått det ökade anslag han behövde i sin budget för året.

Han presenterade verksamhetsplanen för 2013, och i den hade han satt tydliga mål utifrån SRQ.

– Antalet PER-registreringar ska dubbleras. (PER = patientens egen registrering). Nyinsjuknade RA-patienter ska registreras i SRQ, och andelen är idag 78% – men vi vill nå 95%. När det gäller andelen nyinsatta patienter på biologiska läkemedel som registreras och följs upp i SRQ vi vill nå 100%!

Milad visade även ett exempel på en patient i registret där man inte fört in DAS 28.

– När en patient mår bra, blir det inte alltid så noga med att föra in DAS 28. Men då blir det – enligt *registret* – en patient som mår jättedåligt, påpekade han.

PER en förutsättning

Skåne har tidigare varit det ”svarta fåret”, eftersom man endast inkluderade patienter på biologisk behandling, enligt Elisabet Lindqvist, Skånes Universitetssjukhus, Malmö och Lund. Men de har nu målmedvetet satsat på att bli bättre.

– Vi tog ett beslut under början av 2012 att utbilda all personal, och att sätta upp målet att två patienter per mottagningspass ska registreras i SRQ.

Hur har det då gått? Elisabet fortsatte med att berätta att vissa har lagt in i prin-

cip alla patienter, men att vissa andra fortfarande registrerar väldigt få.

– PER är förutsättningen för att det ska fungera. Parallellt har vi även börjat med en sjuksköterskemottagning för vissa rutinbesök, och dessa registreras i SRQ.

Målet är att få in alla patienter i SRQ. För att nå det måste de peppa varandra, påminna och visa statistik, konstaterade hon.

– Vi måste också arbeta med kvaliteten – data som fattas, kolla upp varför uppföljning saknas och korrigera medicinering och bakgrundsdata.

För att gå vidare behöver man lära sig hur man kan få ut data för sammanställningar, och även börja registrera rehabdata.

– Det blir en ny utmaning – för nya yrkesgrupper, summerade Elisabet.

Reumakliniken vid SU på Facebook

Boel Mörck representerade Västra Götaland och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

– Sektorsrådet i reumatologi, ett övergripande organ i VG-regionen, antog en handlingsplan för SRQ i maj 2010. Där beslöt man att satsa på kurser för läkare och nyckelpersoner – för att öka täckningsgraden och förbättra datakvaliteten, sa Boel.

40 läkare deltog under 2012, och ett ytterligare kurstillfälle planeras för de resterande. En utvärdering som gjordes under hösten visade att de flesta tyckte att kursen var bra.

Boel presenterade också en handlingsplan för Öppna jämförelser som sträcker sig från 2011–13. Första punkt i planen är att man ska öka täckningsgraden och datakvalitet i SRQ. Bland de övriga punkterna finns att man ska ge en regelbunden återkoppling av resultatdata från registret samt även aktivt arbeta med en förbättring av det.

– Även vi kom fram till att vi måste starta en sjuksköterskemottagning. De fyra första specialistsjuksköterskorna för reumatologi blev klara under hösten 2012, berättade Boel.

Hon förklarade att Reumatologiska kliniken har startat en Facebook-sida som hon hälsade alla välkomna att besöka.

– Men varför är antalet patienter i VG-regionen som står på behandling med biologisk behandling *lägre* än genomsnittet i riket? Hur mycket beror på underbemanning? Vi måste ta reda på det, avslutade Boel.

SRF Service AB och Nationella registerråd

– Det var Lars Klareskog och Staffan Lindblad som startade reumatologregistret under mitten av 90-talet. Vi ligger där-



Milad Rizk, Boel Mörck och Elisabet Lindqvist.

för långt fram, och många kollegor i andra specialiteter är därför avundsjuka på oss idag, sa Ralph Nisell, SRF:s ordförande.

Ytterligare möjligheter för förbättring av vård och forskning kommer att kunna skapas genom den nationella biobanksstruktur som är under uppbyggnad inom svensk reumatologi, tillade han.

Därför summerade Ralph ett antal problem och behov av förbättring och förnyelse, med SRF som tydlig samordnare av register och biobanker.

– Strukturen för överblick och beslut av uttag ur register eller biobank är idag otydlig, och behöver därför förnyas och förtydligas. SRF saknar resurser för att kunna använda informationen från registren och från forskningen med registerdata – för att förbättra sjukvården, informera patienter, kollegor och huvudmän om viktiga data. Det finns även ett behov av resurser för administrativt stöd till SRF-aktiviteter – t.ex. register- och riktlinjedagar, konstaterade Ralph.

Därför har man bildat SRF Service AB – ett bolag som SRF äger. Man ska även bilda SRF:s Nationella Registerråd.

Kontaktpunkt för reumaforskargrupper

Syftet med SRF Service AB är att tillhandahålla ett kansli som verkar för att öka transparens och begriplighet för vad som finns i register och biobanker för SRF:s medlemmar. De ska utföra och koordinera vissa registergemensamma aktiviteter (som t.ex. Registerdagen), ge administrativt stöd till SRF:s styrelse, vara en kontaktpunkt mellan SRF och registren samt hantera intern och extern information inklusive hemsida.

– De ska också i samråd med – och efter godkännande av – registerrådet och rele-

vanta forskare handlägga serviceuppdrag gentemot myndigheter och industrin där data från SRQ, ARTIS och vissa biobanker eller dylikt utnyttjas, fortsatte Ralph.

SRF:s Registerråd ska bestämma – i tillägg till etikgodkännande – vilka projekt som får godkänt för att arbeta med data från SRQ, ARTIS och biologiskt material från biobank, kopplad till reumatologi.

– De ska vara en kontaktpunkt för reumaforskargrupper som vill bruka SRQ-data och knyta avtal med extern part.

SRF Service AB är ett aktiebolag som till 100% ägs av SRF. Registerrådet ska vara en nationell samordningsgrupp, som består av nio ordinarie representanter med rösträtt. Sex av dessa ska vara regionrepresentanter, två från SRF (ordförande samt en som utses av SRF:s styrelse) samt en från patientföreningen.

– Ytterligare representanter kan, utan rösträtt, adjungeras till möten – t.ex. från SRQ eller ARTIS.

Registerrådets ordförande är SRF:s ordförande.

– Vi har ett välfungerande register som funnits i ett antal år. SRF har skapat denna nya organisation för att på ett bra sätt bygga för framtiden, avslutade Ralph.

Rehab en metod – inte en åtgärd

Därefter kom det att handla om hur man ska utveckla användandet av SRQ. Staffan påpekade att det hittills har handlat mycket om läkemedel – där det finns en myndighet som godkänner.

– Men det gör det inte när det gäller rehabilitering – därför ska Elisabet Lindqvist tala om det nu, fortsatte han.

Elisabet är ordförande i MoRR (Modern Reumarehabilitering), och i denna egenskap har hon tagit plats i styrgruppen för SRQ.



Henrik Ahlén, Carina Andrén och Karolina Wretbring.

– Vårt förslag är att modern reumatologisk rehabilitering ska starta tidigt och vara individanpassad, behovsstyrd och evidensbaserad. Rehabilitering måste ses som en *kontinuerlig* behandling, med behov av utvärdering och uppföljning, samt fortgå så länge behov kvarstår, förklarade hon.

En riskfaktor att beakta vid bedömning av behandlingsbehov är HAQ över 1.

– Har patienten hög smärta, trots sjunkande SR/CRP eller svullna/ömma leder – då är det dags att koppla in teamet, fortsatte Elisabet.

Detsamma gäller om arbetsförmågan är nedsatt och vid halverad Grippit.

– Gräver man lite djupare så finner man fler riskfaktorer som kräver extra eftertanke: Bland annat trötthet, låg tilltro till den egna förmågan och kardiovaskulära riskfaktorer.

Hon slog fast att rehabilitering är en *metod* – inte en specifik åtgärd.

SRQ inom omvårdnad och rehabilitering

Omvårdnads- och rehabiliteringsgruppen i SRQ består av 11 personer, och de ska verka för bättre patienthälsa genom att stödja de anslutna reumatologerna.

– Vi ska samverka för att öka användandet av SRQ inom omvårdnad och rehabilitering, sa Ingrid Thyberg.

Ett arbete för att utforma en tjänst för registrering av interventioner pågår, berättade hon och beskrev sedan PARA-studien.

– Det är ett forskningsprojekt, där flera reumatologkliniker runt om i landet medverkar. Rekryteringen av patienter har skett via SRQ.

Hon visade också den första publikationen från den studien, och konstaterade att den har resulterat i mycket ny kunskap.

Ny design

PER och SRQ:s hemsida har fått en ny grafisk profil, berättade kommunikator Karolina Wretbring. Detta begrepp omfattar logotyp, typsnitt, färger och grafiska element – t.ex. så använder man blå färg för SRQ och grön för PER. Nya broschyrer för båda har tagits fram, och dessa distribuerades till deltagarna under Registerdagen.

En ny hemsida kommer på adressen www.srq.nu. Gamla adressen www.swerre.se kommer att finnas kvar, men skriver man den kommer man att komma till den nya hemsidan, fortsatte hon.

Carina Andrén berättade om den nya arbetsversionen av PER, som alltså också är föremål för uppdatering.

Henrik Ahlén beskrev arbetet med förnyelse av designen.

– Den ska vara pedagogisk, enkel att använda och leda till en ökad användning – även hemifrån, sa Henrik.

Ett krav är att man ska kunna använda tekniken på IPAD eller annan surfplatta.

– Många tycker att det är skönt att kunna ha den i knäet, och därför slippa belastning på armbågar m.m., förklarade han.

Det är designen som är ny – grundfunktionaliteten är densamma, avslutade Henrik.

Beslutsstödet ska byggas av användare

Vad behöver sjukvården bli bättre på för att möta framtidens patienter? Hur kan IT och e-hälsa stötta den utvecklingen – och vilken roll får sjukvårdens professioner?

Anita Domargård från SRQ-gruppen berättade att det är tre centrala frågor som gruppen arbetar med.

– Beslutsstödet måste utformas nerifrån och uppåt – det måste börja med *er*. Dessutom måste det vara flexibelt, underströk hon.

Henrik återkom därför till själva designen.

– Det ska vara ett användarvänligt tänkande som ligger bakom. Det är en av de fyra grundpelarna. De andra är nytta, önskvärdhet och effektivitet.

Det övergripande målet för själva designprojektet är att beslutsstödet ska vara överskådligt och kontextuellt.

– Därför vill vi bjuda in er alla som sitter här att delta och komma med era synpunkter. Det ska byggas av användare i hela processen, sa han.

Socialstyrelsens indikatorer

Det finns olika riktlinjer för läkemedelsbehandling av RA – SRF:s, som är professionens verktyg och som årligen uppdateras, samt Socialstyrelsens som utgör underlag för beslutsfattare – t.ex. om resursfördelning.

– Båda är evidensbaserade och överensstämmer i sina viktigaste delar, konstaterade Carl Turesson.

När det gäller riktlinjerna och SRQ kan man ställa sig flera frågor: Hur kontrollerar vi att de följs? Hur vet vi att vi når våra viktigaste mål, samt hur kan vi styra insatser till de patienter som bäst behöver det?

– Det är relevanta frågor, ansåg Carl.

De centrala rekommendationerna från Socialstyrelsen när man ska sätta in TNF-hämmare är tydliga, och bra att ha för att diskutera resursfördelning, fortsatte han och beskrev hur de i Lund identifierar patienter som är aktuella för initial behandling med anti-TNF + MTX.

I Socialstyrelsens riktlinjer finns även indikatorer på god vård relaterade till RA och behandling under första året. Där ingår sjukdomsduration vid första diagnos av RA, väntetid till specialist för patienter med nydebuterad RA samt sjukdomsaktivitet och ADL-funktion vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA.

Ovanstående är alltså sådant som Socialstyrelsen har tagit med, fortsatte Carl.

– Men man kan också tänka sig att ”flagga upp” andra saker i registret: Patienter med HAQ 1 eller högre, persisterande hög – och även *låg* – sjukdomsaktivitet, samt patienter i remission. Sådana flaggor kan identifiera patienter för terapidiskussion och kvalitetsuppföljning.

Han sammanfattade med följande förslag på steg mot förbättrad sjukvård för reumatiker:

- Evidensbaserade riktlinjer.
- Kostnadseffektiv behandling utifrån hälsoekonomiska studier. ☺

- Strukturerad uppföljning i register av användning i klinisk praxis och bieffekter.
- Sjukvårdens resurser styrs till de insatser som gör störst nytta.

– Det kanske låter optimistiskt, men jag håller med Winston Churchill, sa Carl och avslutade (som så ofta) med ett citat av den brittiske statsmannen:

“*I am an optimist. There does not seem too much use being anything else*”.

SpA och PsA

Modulen för spondylartrit i SRQ är föremål för en pågående uppdatering, berättade Katarina Almedhed.

– Nytt är att ASDAS har kommit in. Det beskriver en grad av sjukdomsaktivitet – som innebär att man med hjälp av värdena kan se om den behandling man sätter in påverkar sjukdomsutvecklingen eller ej, sa Katarina.

Den kriterielista som finns i registret idag – som visas för alla patienter med SpA, oligoartrit och polyartrit – kommer att bytas ut mot en ny som Katarina demonstrerade. I den nya kan man med markörens hjälp få förklaringar för de olika begrepp som den innehåller.

Den fanns där inte vid tidpunkten för Registerdagen, men den kommer snart, berättade hon.

– SRQ-modulen för psoriasisartrit har funnits ett tag, och många är inkluderade, sa Gerd-Marie Alenius.

Hon visade riktlinjerna för behandling med TNF-hämmare vid PsA.

– Enligt beräkningar handlar det om ungefär 20% av patienterna.

Ingen indikator för PsA ingår i öppna jämförelser, men Gerd-Marie presenterade några generella indikatorer som gäller *all* hälso- och sjukvård och som är tillämpbara.

Svenska erfarenheter på europisk nivå

Ingrid Lundberg talade om myosit och presenterade det nationella nätverket Swedish Myosit Network – SweMyoNet.

Det är skapat i samverkan mellan reumatologer, neurologer och barnreumatologer, och det ligger under SRQ.

– Vi har 368 patienter i SweMyoNet och det finns nästan 200 till i SRQ som inte har de myosit-specifika variablerna, berättade hon.

Ingrid visade några studier som använt data ur registret.

– Vi ska nu koppla ihop SweMyoNet med det europeiska registret. Det är spännande, där finns mer än 2 300 patienter. Vi blir viktiga, eftersom vi har longitudinel-

la data som står sig bra i en internationell jämförelse, fortsatte hon.

SLE-registret startade den 1/1 2012. Där registreras sjukdomsaktivitet, VAS-aktivitet och VAS-smärta, arbetsförmåga och läkemedelsbehandling. Redan tio månader senare kunde man presentera data, berättade Anita Domargård.

– Man kunde göra en utvärdering av läkemedlet Benlysta. Det är väldigt spännande, sa hon.

I januari 2013 fanns det 612 registrerade patienter, och antalet registrerade besök var 1198.

– Utvecklingen har gått snabbt – det är nu så många som 32 kliniker som registrerar, konstaterade Anita.



Johan Askling

Vad vi kan använda ARTIS till

ARTIS – Anti-Reumatisk Terapi i Sverige – är ett register för alla biologiska läkemedel i landet, oavsett vilket läkemedel, oavsett administrationsform och oavsett reumatisk indikation.

– Man kan använda ARTIS för många olika ändamål som t.ex. forskning – men framför allt kan man använda det för kliniskt bruk, sa Johan Askling.

Antalet behandlade och alla indikatorer för behandling – utvecklingen går snabbt.

– Den stora *tillväxten* ligger dock inte i RA-gruppen, utan i patienter med SpA.

Johan hade plockat ut intressanta data som han presenterade.

– Vad har patienterna med sig i bagaget när de påbörjar en biologisk behandling? Vi kan bl.a. se att 1 av 20 tidigare har haft en tumörsjukdom, påpekade han.

Detta faktum har en jättestor betydelse när effekten och säkerheten av ett läkemedel ska utvärderas, underströk Johan.

Han visade också att en mycket stor del av patienterna – beroende på vilket läkemedel de var registrerade på varierade siffrorna mellan 23,6% och 43,1% – hade haft en sjukhusinfektion *innan* den biologiska behandlingen påbörjades.

– Jag låter er dra slutsatserna av det själva. Men det är ett bra exempel på vad vi kan använda data från ARTIS till, sa han.

Har studerat RA-patienter innan de blev sjuka

Registerforskning med stöd av Stiftelsen för strategisk forskning (SSF) var nästa punkt på programmet.

Ett sådant projekt är etiologisk och klinisk epidemiologisk kvalitetsregisterforskning för RA och MS. Man kan sätta ihop data från andra register, data som svarar på frågor som det inte finns svar på i SRQ enbart, förklarade Johan.

– Genom att kombinera register och upplösning har vi kunnat visa att för familjär sjukdomsaggregation vid RA så är risken tre gånger så hög för *alla* första gradssläktingar – men det finns inga påtagliga könsskillnader.

Kostnader för individen och samhället är ytterligare ett exempel på vad man kan undersöka, framhöll han.

– Det visar att de flesta av våra patienter är väldigt *billiga*. MTX är billigt! Det är en liten del av våra patienter som kostar väldigt mycket, och det finns väldigt få som befinner sig där emellan.

Solbritt Rantapää Dahlqvist berättade om norra Sveriges biobank.

– Vi har studerat patienter *innan* de blev sjuka, och kan se tecken på att adaptiva immunsystemet är aktiverat innan insjuknandet. Vi finner antikroppar mot citrullinerade proteiner som skiljer sig markant hos pre-RA, jämfört med kontroller.

50% har antikroppar före insjuknandet – efteråt har 80% det.

– Vi har mycket i pipeline: Bland annat en prediktionsmodell och en analys av interaktion mellan antikroppar mot citrullinerade peptider (HLA-SE och PTPN22) och rökning hos individer före och efter insjuknandet, sa Solbritt.

SRF:s biobank

– Nu har vi ett fantastiskt elektroniskt register – låt oss kombinera det med biologiska prover, sa Johan.

Han förklarade att de fått ett uppdrag av SRF att starta upp en biobank.

– Därför har vi anställt Thomas Bergman som har stor erfarenhet av att sätta upp stora biobanker, fortsatte han och presenterade Thomas som inledde med att beskriva vilka patienter som skulle rekryteras till biobanken.

Det ska vara alla som inkluderas i SRQ pga. diagnosen RA, oavsett orsak, fr.o.m. biobankens start, samt alla som startat sitt första biologiska läkemedel 1/1 2010 eller senare pga. RA.

– Rekryteringen kan gå till på olika sätt. Den kan ske direkt på klinik, genom

brevutskick från biobankskansliet eller via en kombination av direktrekrytering och brevutskick. Provtagningen kan ske direkt på kliniken eller på vårdcentral, sa Thomas.

Man planerar att komma igång med provinsamling under februari – mars på Karolinska Solna/Huddinge.

– Sedan sker en stegvis fortsättning med Uppsala, Göteborg, Linköping, Malmö/Lund och andra kliniker.

Bäddar för ett bättre möte

Sofia Ernestam berättade om ett försök med PEP – patientens egen provtagning – som man genomfört i Stockholm.

Patienten fyller i ett formulär på *Mina vårdkontakter*, där de väljer typ av provtagning. Information om provtagningen och vilka analyser som ingår finns i formuläret. När patienten gjort en beställning skapas en remiss direkt i labsystemet.

Svaret går till journalen för signering av vårdgivare, och samtidigt också till patienten (via *Mina vårdkontakter*). Information om referensvärde finns i provsvaret, och de olika labsvaren är länkade till informationsartiklar på 177.se och Vårdguiden.

– Det innebär att jag som doktor inte sitter med ett informationsövertag när jag träffar patienten – och det bäddar för ett bättre möte, sa Sofia.

Alla patienter vill dock inte vara med – ca: 60% av dem som erbjöds att delta var intresserade.

– Potentiella fördelar är bl.a. att patienten blir medskapare i vården, får en ökad kunskap om sin sjukdom och deltar i patientsäkerhetsarbetet *tillsammans* med vården.

Erfarenheter de dragit hittills är bl.a. att systemet är komplext att bygga och har ett yxigt gränssnitt.

– Men det jobbar vi med.

Systemet bör helst inte få ta lika lång tid att implementera som PER, ansåg hon vidare.

– En hake är dock att vi idag inte får någon ersättning för e-Hälsokontakter!

Inspiration för vårt grannland

Registerdagen 2013 hade en gäst från Norge – Bjørn-Yngvar Nordvåg som är projektledare för att etablera ett norskt kvalitetsregister för biologiska läkemedel i Norge.

– Arbetet är påbörjat med design och innehåll, men registret är inte igång ännu, berättar han för *Reumabulletinen*.

Just nu väntar man på svar från Datainspektionen.

– Det jag har hört här idag – det är vad vi vill göra i Norge. Vi har inte samma långa erfarenhet av att arbeta med register. Därför tar jag med mig flera saker hem: Hur man kan se till att det blir enkelt att använda, och vikten av att patienterna är med via sina organisationer.

Björn Yngve tycker att han har fått höra mycket av intresse i Stockholm.

– Vi har kommit ganska långt med pilotregistrering. Datainspektionen kan däremot bli en försenande faktor, pga. rådande lagar i Norge, förklarar han.

Dagen avslutades med beskedet om att Professor Lars Klareskog tilldelats det prestigefyllda Craafordpriset (*se separat intervju i denna tidning*) och efter att han tilldelats en blomma, var 2013 års Registerdag till ända.

PER LUNDBLAD

ANNONS



Riktlinjedagen 2013

Riktlinjedagen ägde helt traditionsenligt rum dagen efter Registerdagen.

Eftersom SRF kontinuerligt arbetar med att ta fram nya riktlinjer – det är en ständig process att uppdatera dem och väga in ny evidens – krävs det en dag då arbetsgrupperna presenterar sina formuleringar och tar in synpunkter.

Processen kulminerar sedan på Vårmötet där riktlinjerna antas, och därefter börjar arbetet om från början igen.

Anti-TNF vid SpA

Ralph Nisell hälsade alla välkomna och lämnade sedan över ordet till Boel Mörck som var moderator denna dag.

Först ut var arbetsgruppen för riktlinjer för Spondylartriter, och det var Lennart Jacobsson som presenterade deras arbete.

Nyheter för 2013 är att "Axial non-radiographic SpA" med hög sjukdomsaktivitet nu är en indikation för behandling med anti-TNF. Man har även funderat över om MTX har effekt vid PsA. Dokumentationen för det är väldigt dålig.

– Det kom dock en studie i somras som visade att MTX inte var effektivt, men det var många problem med den studien – därför fortsätter vi att rekommendera MTX, sa Lennart.

Det finns ett visst stöd för dosreduktion av biologiska preparat vid PsA. I första hand bör man då öka intervallet mellan administrationen, och inte mängden man ger.

Nyheter i årets uppdatering av RA

Carl Turesson berättade att man i Storbritannien hade rankat riktlinjer för läkemedelsbehandling vid RA och deras tillämpning i olika länder.

– Sverige fick nio poäng av tio möjliga, och placerade sig därmed på första plats, konstaterade han belåtet.

Riktlinjer kan uppfattas på många olika sätt, fortsatte Carl. Han hoppades dock att de uppfattades som *föränderliga* och därför som föremål för diskussion.

Han övergick till att presentera nyheter i årets uppdatering. Där ingick bl.a. en nedkortad behandlingsstrategi hos patienter med initialt hög sjukdomsaktivitet – endast skillnader mot medelhög aktivitet beskrivs för att begränsa textmassan, en tydligare behandlingsrekommendation för dosering och återbehandling med rituximab samt ett uppdaterat avsnitt om nedtrappning och avslutning av biologiska läkemedel.

Lågdos kortikosteroider vid tidig RA var en annan nyhet.

– Den rekommenderade dosen är som tidigare 5–7,5 mg. Det som är nytt är att det finns ett visst stöd för att dosen 10 mg/dag kan övervägas för långtidsbehandling av RA.

Detta baseras på en tvåårig, placebo-kontrollerad RCT med tät kontroll. Den visade på en snabbare förbättring, mindre leddestruktion och ett mindre behov av tilläggsterapi vid 10 mg prednison än vid placebo. Det var däremot ingen skillnad i biverkningar.

Vad göra vid intolerans för MTX?

Beträffande nedtrappningen och avslutningen av biologiska läkemedel, summerade Carl arbetsgruppens slutsatser:

– Sammanfattningsvis bör utsättning, alternativt dosminskning, av TNF-hämmare övervägas hos patienter med ett bestående terapisvar – framför allt hos patienter med tidig RA som uppnått remission, förutsatt att en noggrann uppföljning görs och en beredskap finns för återinsättning av preparatet.

Vid intolerans för MTX finns antimalariamedel (vid låg initial sjukdomsaktivitet).

– Annars har man sulfasalazin och leflunomid. Vid flera ogynnsamma prognostiska faktorer: Överväg behandling med TNF-hämmare, och eftersträva en kombination med andra DMARD:s.

Behandling med tocilizumab i monoterapi är ett alternativ för denna svårbehandlade patientgrupp.

– Det finns inga studier specifikt för denna patientgrupp, så ett underlag för att rangordna alternativen saknas, sa Carl.

Borde finnas med i öppna jämförelser

Hur sprids och implementeras riktlinjerna? Carl frågade publiken om de hade dragningar av dem på kliniken, och många – men inte alla – räckte upp handen.

– Ska vi satsa på att genomföra en enkät – där klinikcheferna ska svara – hur man använder dem och om det finns några eventuella brister i dem. I så fall är det nog

viktigt att koppla ihop riktlinjerna med indikatorerna, fortsatte Carl.

Han redogjorde för målsättningen för Socialstyrelsens indikatorer för god vård vid rörelseorganens sjukdomar. De ska möjliggöra uppföljning och jämförelser av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt.

– De ska initiera förbättringar av vårdens kvalitet på alla nivåer, samt öka tillgängligheten till information (via öppna jämförelser) om vårdens processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna.

Carl avslutade med att beskriva indikatorer relaterade till RA och behandling under första året som SRF tycker är viktiga, och som därför borde finnas med i öppna jämförelser:

- Sjukdomsduration vid första diagnos av RA.
- Väntetid till specialist bland personer med nydebuterad RA.
- Sjukdomsaktivitet vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA.

- ADL-funktion vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA.

Kardiovaskulär modul i SRQ

Riktlinjerna för kardiovaskulära sjukdomar vid kronisk inflammatorisk sjukdom är oförändrade, berättade Solveig Wällberg-Jonsson. Hon redogjorde även för det pågående arbetet om den kardiovaskulära risken av olika läkemedel, texterna ska läggas på SRF:s hemsida.

Lotta Ljung beskrev den kardiovaskulära modulen i SRQ som är nyligen sjö-satt. Hon visade också exempel på hur den fungerar.

– När man fyllt i relevant information, kan man klicka på output och få en riskbedömning. Den är möjlig att skriva ut, men vi rekommenderar inte att man ger den till patienten, förklarade Lotta.

Hon uppmanade deltagarna till att använda den, och komma med kommentarer och önskemål till studiegruppen.

Debatt

Under eftermiddagen diskuterades hur

det ser ut i de olika delarna av landet med implementeringen av riktlinjer och indikatorer. Här följer ett antal inlägg (i starkt begränsat urval):

– Eftersom vi i ökad utsträckning går mot fler aktörer och vårdval, kommer kvalitetsaspekterna att bli allt viktigare för ersättningen.

– Vi som profession måste ta befälet och vara med om att ta fram indikatorer.

– Det är viktigt att vi mäter det som vi är intresserade av, och inte det vi får betalt för.

– Även om vi inte ska använda indikatorer för att få pengar, måste vi ändå tänka på det – eftersom det är de som avgör vad vi faktiskt får.

– Vi måste ändå hjälpa våra politiker att leverera den vård som de vill leverera!

Dagen avslutades med att Eva Bäcklund och Katarina Almehed redogjorde för SRF:s rekommendationer om läkemedels-säkerhet. De fick många nöjda kommentarer för sitt förslag till skrivning.

PER LUNDBLAD

Hälsofrämjande sjukhus – vad kan reumatologin bidra med?



Spaning ger vid handen att 2013 blir året då ett salutogent synsätt slår igenom på allvar.

När man på Sahlgrenska Universitetssjukhuset diskuterar "Hälsofrämjande arbetsplatser" så ska vi lära av de bästa, dvs. bejaka, studera och kopiera de som lyckas. Likadant var det på den 7:e nationella patientsäkerhetskonferensen i Stockholm i januari – bort med avvikelser och in med salutogent arbetssätt (ref. prof Richard Cook, KTH)!

Med denna spaning i ryggen känns det som att föreningens engagemang i levnadsvaneprojektet ligger helt rätt i tiden.

Aktiviteter 2013

SRF har nu arbetat strukturerat med SoS-SLS levnadsvaneprojekt och rapporterna från 2012 finns publicerade på hemsidan för den som önskar läsa mer. Vi har beviljats medel för fortsatta aktiviteter under

2013, vilket känns mycket stimulerande. Anne-Marie Calander, sektionsansvarig för projektet, berättade ju i nummer 5/2012 att närmast på programmet står en pilotutbildning i MI (Motivational interviewing) för delar av MoRR-gruppen samt sektorsrådet för reumatologi i VGR. Ytterligare en regional MI-utbildning inom ramen för projektet kan göras under året. Är din region intresserad? Hör i så fall av er till Anne-Marie Calander eller mig!

Under våren hoppas vi även få klart den reumaspecifika kostinformationen, där har vi god hjälp av dietist Maria Franzén. Därmed skulle så halva **KRAM**:en vara klar, dvs. Kost och Rökning. Kvar att ge sig i kast med blir sedan Alkohol och Motion.

HPH i Göteborg

Det internationella nätverket Health Promoting Hospitals and Health services (HPH) arrangerar i år sin 21:a internationella konferens i Göteborg, 22–24 maj.

Det svenska nätverket för Hälsofrämjande sjukvård (HFS) är värd och lokal arrangör är Västra Götalandsregionen. HPH-konferensen lyfter fram kunskap och erfarenheter som stödjer utvecklingen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Till konferensen kommer deltagare från hela världen. Årets tema är "Towards a more health oriented health care – An issue of body and mind". Det kommer även att hållas tre förmöten med följande tema: tobak, fysisk aktivitet och mental hälsa. Bifogar länkar till internationella HPH och till svenska HFS så att ni kan läsa mer och kanske anmäla er.

<http://www.hphconferences.org/gothenburg2013/programme/intinary-details.html>

<http://www.natverket-hfs.se/>

BOEL MÖRCK

Vice ordförande

Styrelsens LVP-ansvarige

Sverige som värdland för skandinaviska kongresser i reumatologi 1964–2004 (del 2)

Del 1 publicerades i ReumaBulletinen 4/2012, sidorna 30–31.



Kockums fritid. I mitten Ola Nived på öppningsceremonin. T.h. vår kongresslogotyp, ritad av en heraldiker förmedlad av dr. Bengt Heister efter en idé av Frank Wollheim.



Darwin Prockop och Auli Toivanen.

Malmö 1992

Tio år senare var det åter dags för Sverige att visa sig på den styva linan, för att använda Olle Lövgrens uttryck. Reumatologisk verksamhet fanns nu vid de flesta länsjukhusen i Sverige och Medicinska forskningsrådets satsning på rekryterings-tjänster i basal forskning inom reumatologin hade börjat bära frukt, inte minst tack vare forskare som Lars Klareskog och Andrzej Tarkowski. 1990 hade Finland organiserat en mycket lyckad kongress i Tammerfors där Heikki Isomäki var president och där bestämdes det att Lund skulle organisera nästa kongress. Ännu vid kongressen i Reykjavik 1988 talade sig Gunnar Edström varm för att man helst borde föreläsa på skandinaviska men kongresspråket var nu självklart engelska. SRF hade från 1989 en skånsk ordförande, Ola Nived, som således var president i den skandinaviska reumatologföreningen och som blev kongressens generalsekreterare. Det var naturligt att ge Lund uppdraget att organisera kongressen 1992, det fanns en villig professor och ett antal unga docenter att dela arbetet med. Tore Saxne blev ordförande i den vetenskapliga kommittén. Lund hade ingen lämplig möteslokal varför vi valde att hålla kongressen i Malmö i det som då kallades Kockums Fritid. Vår kongressbyrå, som hette Håkansson, skötte allt från sin villa på Bellevue. Datum

för kongressen var 31/5–3/6. Solen flödade från en merendels molnfri himmel och det blev ofta ganska varmt i möteslokalerna, men man kunde svalka sig i Öresund eller i anläggningens bassäng.

MÅLSÄTTNINGEN VAR ATT KONGRESSEN skulle locka alla de fem ländernas reumatologer, låta dem presentera sin aktuella forskning, men också sätta den i relation till internationell spjutspetsreumatologi. För att nå detta mål var vi tvungna att dela programmet i tre parallella linjer, vilket skapade möjlighet för 107 podiumpresentationer. Dessutom hade vi två postersessioner med ca 50 postrar vardera. Varje session fick en inom området aktiv chairman och i varje session fanns minst en inbjuden föreläsare. Sammanlagt ett 40-tal inbjudna skandinaviska och internationella föreläsare kom till kongressen, som totalt samlade ca 500 deltagare. Vi hade Håkansson's ord på att ekonomin skulle gå ihop. Våra och hans energiska kontakter med industrin fick dock inte riktigt den effekt vi hade hoppats på, det hotade att bli en ekonomisk förlust. Dagarna före kongressen kom emellertid räddningen från Italien. En grupp på 30 delegater anmälde, och någon betalade full kongressavgift. Men vi såg aldrig till våra ”välgörare” på själva mötet. Med det italienska tillskottet fick vi t.o.m. lite pengar över när

allt var betalt och kunde använda dem för ett litet internationellt möte 1993 i Lund. Vetenskapliga kongresser hade ännu inte utvecklats till industriella produkter med syfte att generera vinst för värdorganisationen.

KONGRESSEN BÖRjade MED en session kallad ”Molecular biology in rheumatology”. Inte bara monoklonakla antikroppar utan också cDNA, peptidsyntes, PCR och sekvenseringstekniker hade börjat bära frukt. Två portalfigurer, Darwin Prockop och Miikka Vikkula, fängslade salen med sina upptäckter av mutationer i kollagen-gener som givit upphov till sällsynta familjära ledsjukdomar och som öppnade för ny kunskap om broskmolekyler's normala funktion. Miiko skulle snart flytta till Boston till en annan skandinav, Björn Olsens laboratorium. Darwin Prockop, nu i Houston är fortfarande fullt aktiv, nu med inriktning på genterapi.

Peter Lipsky och Auli Toivanen var inbjudna att föreläsa om spondylartriter i en session där även Kajsa Granfors, Marjatta Leirisalo-Repo och Anne Glennäs talade. Allan Wiik och Peter Maddison var huvudtalare i en session om diagnostiskt viktiga autoantikroppar. Pekka Kurki talade där om keratin-antikroppar, föregångare till det som vi idag känner som ACPA. Samtidigt presiderade Ulrich Moritz över en



Howard Polley föreläser om kortison och Renée Norberg blir hedersledamot av SRF.



Tore Saxne, Ingrid och Leif Jönsson vid banketten.



Jon Torsteinson och Lars Lidgren med fruar under den fria kvällen i vårt hem. I bakgrunden längst t.v. skymtar den peruanska doktorn Fresia Castro-Pavez.



Från medeltidsbanketten på Malmöhus slott.

session om fysioterapi där Christina Stenström (nu Christina Opava) talade.

Neuroimmunologi presenterades av Yrjö Konttinen, Anders Bjurholm och Charles Menkes. Neuropeptiderna var då ännu relativt okända. Island dominerade sessionen om epidemiologi. Arni Geirsson hade funnit 18 fall av sklerodermi motsvarande en ganska låg prevalens av 7,2/100 000 av befolkningen och enligt Olafur Baldursson var den årliga incidensen av jättecellsartrit 7,4/100 000. En session ägnades åt sklerodermi, där Carol Black var inbjuden att tala om patogenes och Roger Hällgren om mastceller och eosinofiler. Lars Cöster rapporterade om odlade hudfibroblaster och Anita Åkesson om neuropeptider i tarmen.

Ib Lorenzen inledde sessionen om DMARDs med att nämna Jim Fries' lansering av "saw tooth"-strategin för optimal dämpning av sjukdomsaktivitet. Peter Brooks framhöll att det borde vara rationellt med kombinationsbehandling. Charlotte Egsmose presenterade en placebokontrollerad skandinavisk 2-års studie av tidig RA som visade att auranofin inverkade gynnsamt både på sjukdomsaktivitet och destruktion. Det var ännu etiskt möjligt att behandla RA under hela två år med placebo.

Lars Klareskog var ordförande i sessionen kring djurmodeller. Han talade själv

om kollagen och mineraloljemodellerna. Hans Carlsten talade om SLE hos möss och samband med östrogen. Tomas Bremell och Arturo Abdelnour berättade om den nya stafylokockmodellen hos Sprague-Dawley-råttor som upptäckts i Göteborg.

ÖISTEN FÖRRE VAR ORDFÖRANDE och talare i en session om cellers kommunikation och migration där Dorian Haskard var huvudtalare. Tore K Kvien var ordförande i en session ägnad åt smärta där Claire Bombardier och Anders Bjelle talade om terapistudier vid fibromyalgi, Eva Fex, då doktorand till Kerstin Eberhardt, om mätning av smärta hos patienter med RA, och självaste Jim Fries om toxicitet hos NSAID-mediciner. Han hade i sin databas ARAMIS funnit att dragerade acetylsalicylsyretabletter hade den bästa fördragbarheten!

Staffan Lindblad var ordförande i en av Pierre Geborek initierad session om ledfyσιologi med John Levick och Peter Simkin som högst kompetenta talare. Helgi Valdimarsson ledde sessionen om B-lymfocyter med Jacob Natvig som huvudtalare. Rune Grubb framförde sin intressanta hypotes om RA som orsakad av att främmande gener "transplanteras" via virusinfektioner. En vidareutveckling kan ännu läsas på nätet: <http://www.alinks.se/ra/>

Naturligtvis handlade en session om Sjögrens syndrom, Rolf Manthorpe var en av talarna. Huvudtalare var ingen mindre än Tiny (nu Sir Ravinder) Maini som berättade om de nya fynden av spår av retrovirus i spottkörtlar hos patienter som gjorts på Kennedy-institutet. Andra bidrag lämnade Björn Gudbjörnsson och Solbritt Rantapää Dahlqvist.

I DEN PEDIATRISKA SESSIONEN kunde Renate Elborg visa att amyloidos då ännu utgjorde ett dödligt hot mot barn med juvenil artrit. Anne-Marie Prieur talade som inbjuden gäst om användning av kortison hos barn. Möjligheter att motverka den hämmande effekten på tillväxten var ännu begränsade.

Gunnar Bendixen ledde en session om immunterapi. Gabriel Panayi och Gerd Burmester var de inbjudna talarna. Panayi identifierade terapimålen adekvat även sett med dagens kunskaper och meddelade att terapistudier ännu bara nått fas II. Gerd Burmester såg DR4-positiva lymfocyter av effektortyp som ett logiskt terapimål, men positiva resultat saknades ännu.

Den kirurgiska terapisesionen leddes av M Hämäläinen och handlade mycket om titan och osseointegrerade proteser med Lars Bjursten och Göran Lundborg som inbjudna talare. Sverker Ljunghall ledde en session kallad osteoporos, i vilken

Graham Russel och Ulf Lerner rapporterade om då nya rön rörande samband mellan immunsystemet och benomsättning. Ingrid Hafström ledde en session om ledinfektioner där Lars Lidgren var inbjuden gäst. Yrjö Konttinen framförde immunologens och Bertil Christensson infektionsmedicinarens syn på septisk artrit.

En session som jag är alldeles speciellt stolt över hette **History of Rheumatology**. Ordföranden hette naturligtvis Ido Leden. Ido och Caroline Arcini framförde osteo-arknologiska fynd tydande på att RA förekom i Norden på medeltiden. Tomas Gejrot berättade om att ärkebiskopen Andreas Sunesson på 1200-talet antagligen led av RA. Helgi Jonsson hade funnit en isländsk lärobok från 1782 där Jon Petursson beskrev vad som antagligen var RA, två decennier före Landré-Beauvais. Höjdpunkten var dock att lyssna till Howard Polley (1913–2001), en av medförfattarna till Philip Henchs artikel om kortisonbehandling av RA. Han berättade om upptäckten och visade filmen som visade de första patienternas dramatiska men övergående svar på kortisonstillförsel. Det var inte svårt att övertala 79-åringen att resa den långa vägen från Rochester, Minnesota. Det skulle bli hans sista framträdande vid en vetenskaplig kongress.

DENNA ÖVERSIKT VISAR hur mångsidigt vi försökte belysa dynamiken i dåtidens reumatologiska forskning. Åtskilliga av talarna befann sig ännu i början på karriären. Mycket av arbetet med kongressen skedde på fritiden. De inbjudna gästerna blev omhändertagna på kvällarna. Den första dagen var det öppningsceremoni med efterföljande rikhaltig buffé, den andra s.k. fria kvällen var gästföreläsarna inbjudna till kommittémedlemmarnas hem och den tredje hade vi den bejublade medeltidsbanketten på borggården till slottet Malmöhus, naturligtvis i strålande väder. Jag märker hur den skånska skrytsamheten börjar ta överhanden och slutar därför här med att önska framtida arrangörer av skandinaviska kongresser i reumatologi lycka till.

Göteborg 25–28 augusti 2004

År 2002 var det Sveriges tur att vara värd för en skandinavisk kongress igen, men det året hölls den tredje årliga EULAR-kongressen i Stockholm, och föreningen ville därför stå över det året. Det fanns också tvivlare på att de skandinaviska kongresserna behövdes, nu är EULAR-kongresser-



Eric Matteson, Peter Lipsky, Carl Turesson, Ingrid Lundberg, Tore Saxne, Herta Matteson och Ingemar Petersson.



Gerdur Gröndal, Eiler Remme och Ingrid Lundberg.



Björn Gudbjörnsson, Ingrid Lundberg, Lars Klareskog och Tomas Bremell.



Peter Rekvig, Hans Nossent och Roald Omdal.



Ingemar Petersson, Gunnar Sturfelt, Tore Saxne och Carl Turesson.



Annika Teleman och Ingemar Petersson. I bakgrunden syns Andrzej Tarkowski.

na blivit årliga. I stället gick stafettpinnen till Norge där Hans Nossent med kort varsel organiserade en minnesvärd kongress i augusti 2002. Det kom c:a 450 deltagare, många från icke-skandinaviska länder. "Banketten" intogs i havsbandet två timmar västerut från Tromsø, utomhus bland till tork upphängda fisknät. Bland föreläsarna fanns den okuvlige Ashim Kahn från Cleveland. Man hade bett mig att hålla ett föredrag om skandinavisk reumatologi. Jag kallade det *Scandinavian Rheumatology. The parents and the offspring*.

MEN TVÅ ÅR SENARE VAR SVERIGE åter värdland och Tomas Bremell president. Den vetenskapligt mycket starka grupp som Andrzej Tarkowski byggt upp utgjorde den vetenskapliga kommittén och borgade för god vetenskaplig standard. Marknads-

föringen kunde kanske varit mer aggressiv, men det kom ändå c:a 300 deltagare, ganska lagom för den intima kongresslokalen, Wallenberg Conference Center, belägen intill Sahlgrenska sjukhuset.

En session handlade om RA: patogenesen presenterades av Diane Mathis från Boston, prognosen av Desirée van der Heide som då verkade i Maastricht, Rickard Holmdahl talade om artrit hos möss och Dick Heinegård från Lund talade om ben och broskvävnad. Mikkel Östergård från Köpenhamn avhandlade bildframställning.

Andra inbjudna föreläsare var Yrjö Konttinen, Helsingfors; Thomas Skoog, Linköping; Carl Turesson, Malmö; Gunnar Husby, Oslo; Gisela Kobelt, Frankrike; Betty Diamond, Eric Matteson och Peter Lipsky, USA; Roland Jonsson, Bergen; Anders

Bengtsson, Stefan Lohmander, Ingemar Petersson och Tore Saxne, Lund; Ingrid Lundberg och Lars Klareskog, Stockholm; Solbritt Rantapää-Dahlqvist, Umeå; Monika Östensson Bern, Boel Andersson-Gäre, Jönköping m.fl. Givetvis medverkade flertalet forskare från värdstaden till det gedigna programmet, inte minst presenterades det ett flertal posters om pågående projekt.

TOMAS BREMELL HADE ÄVEN bett mig tala allmänt om de skandinaviska kongresserna, vars själva existens hade börjat ifrågasättas, inte minst från svenskt håll. Jag valde undertiteln "An optimistic look in the rear view mirror" och började med att presentera Gunnar Kahlmeters bidrag till ILAR kongressen i Aix-le-Bains 1934.

Séd. en 1 h.	Mal. de Bouillaud*	Arthr. gonoc.	Arthr. inf. subaig.	Rhum. chr. progr. général.	
				en poussée	stationnaire
<10 mm.	0	0	15 %	8 %	11 %
11-20 mm.	1,5 %	0	14 %	10 %	12 %
21-40 mm.	3,0 %	6 %	21 %	19 %	25 %
41-70 mm.	17,5 %	53 %	30 %	38 %	36 %
> 70 mm.	78,0 %	41 %	20 %	25 %	16 %

*Mal. de Bouillaud var den tidens terminologi för Reumatisk Feber. Jean-Baptiste Bouillaud (1796–1881), fransman, professor internmedicin vid Charité i Paris, med hjärtsjukdomar som specialitet. Han beskrev endokarditen vid Reumatisk Feber.

Två år senare var Sverige värdland för samma kongress, vilket Ido Leden har beskrivit i dessa spalter. Jag konkluderade mitt föredrag i Göteborg med att identifiera sex goda skäl att fortsätta traditionen med skandinaviska kongresser vartannat år:

- Behovet av ett gemensamt forum för presentation av skandinavisk forskning.
- Kongressernas funktion i utbildning av blivande specialister.
- Kontakt med internationell reumatologi, d.v.s. både marknadsföring av skandinavisk forskning och inflöde av impulser utifrån.
- Utveckling av gemensamma skandinaviska initiativ.
- Vårda sociala kontakter syftande till att stärka specialitetens ställning i de enskilda länderna.
- Ett lämpligt forum för postgradual utbildning.

FÖR ATT NÅ DESSA MÅL krävs stabil ekonomi, till vilken den vinstgivande verksamheten av *Scandinavian Journal of Rheumatology* borde bidra, men det fordrades även en stående skandinavisk kongresskommitté, som skulle säkerställa lämpliga program och garantera professionell organisation och marknadsföring. Målet borde vara att göra dessa kongresser till en självklar mötesplats för de ledande reumatologerna i *alla de fem länderna* genom att ge dem roller inte enbart vid det egna landets kongress. Det skralla svenska deltagandet vid den senaste kongressen i Köpenhamn visar med skrämmande tydlighet att det brister härvidlag. Vi kan vara stolta över skandinavisk reumatologi och kongresserna borde vara ett attraktivt alternativ även för många utomskandinaviska kolleger om vi gör dem verkligt representativa. År 2014 är det Sveriges tur att försöka nå dit.

FRANK WOLLHEIM
Reumatologiska kliniken, Lund

SRF:s STYRELSE 2013



Ralph Nisell
Ordförande
Reumatologiska Kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
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@vgregion.se



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



Britt-Marie Nyhäll-Wählin
Kassör
Kliniken för reumatologi
Falun lasarett
791 82 Falun
Tel 023-49 27 22
britt-marie.nyhäll-wählin@ltdalarna.se



Anna Rudin
Vetenskaplig sekreterare
Reumatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel 031-342 10 00
anna.rudin@microbio.gu.se



Ann Knight
Utbildningsansvarig
Verksamhetsområde Reumatologi
Verksamhetsområde Hud- och Könssjukdomar
Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel 018-611 92 29
ann.kataja.knight@akademiska.se



Johan Karlsson
Ledamot, representant för läkare under utbildning
Reumatologiklinik Lund-Malmö
Skånes Universitetssjukhus, Lund
221 85 Lund
046-17 16 17
johan.karlsson@med.lu.se

Reumatologiverksamheten i Gävleborg

I det här numret av Reumabulletinen presenterar Sven Tegmark reumatologiverksamheten i Gävleborg.

Historisk tillbakablick

I ett historiskt perspektiv remitterades och behandlades flertalet av patienterna med reumatisk sjukdom från vårt län vid Östersunds reumatikersjukhus. En stor lärdom har vi tagit av de gamla journalerna från Östersund och dr Goobar. De finns nu arkiverade djupt ner i vår sjukhuskällare men bör nog ”dammas av” för beskådning och genomläsning även av våra nuvarande ST-läkare för att se reumatologins förändring men också för att ta lärdom av dåtidens detaljrikedom i statustagandet.

1983 STARTADE PER UDDENFELDT en mottagning vid Gävle sjukhus för reumatiker. Per hade en gedigen och vetenskaplig grund i sin läkargärning och var alltid noggrann i allt han gjorde från planering av scheman till undervisning liksom strukturering av verksamheten i övrigt. Tillsammans med Henrik Schiller, som kom till Gävle under mitten av åttiotalet, byggdes också successivt en teamverksamhet med 15 vårdplatser. Från mottagningsrummen på den nionde våningen kunde Gavleåns vackra spegel betraktas och mittemot på samma plan var avdelningen strategiskt belägen. Fem sjuksköterskor, fem undersköterskor samt två sekreterare var anställda med avdelning och mottagningstjänst. Till teamet fanns tre reumatologispecifika sjukgymnaster, två arbetsterapeuter samt en kurator.

I BÖRJAN AV NITTIOTALET (1991) startade Tomas Weitoft sin gärning på sjukhuset. Han genomgick sin reumatologiutbildning vid Falu lasarett. Tomas har betytt mycket för reumatologiverksamheten genom att han fört Pers och Henriks arv vidare med stort fokus på vetenskap och klinisk forskning, framförallt med fokus på kortisoninjektioner vid artritjukdomar. Hösten 2005 höll han sin disputation föreläsning och försvarade på bästa sätt sina arbeten vid Uppsala universitet. Numer går mycket av hans tid till att handla hela sjukhusets ST-läkare i deras vetenskapliga arbeten (delmål 19) via landstingets FOU-verksamhet i



De fyra sjukhusen i Gävleborgs läns landsting: Gävle, Hudiksvall, Söderhamn och Bollnäs.

Gävleborg. Tomas hinner trots minskad tid på mottagningen med att ansvara för ett stort antal patienter och ofta blir klockan sen innan remisser, recept och telefonsamtal är färdiga. Jag själv kom till landstinget 1993 och vid min placering på reumatologen 1996, på god väg mot allmänläkare, fattade jag tycke för reumatologi och den teambaserade vården som bedrevs vid mottagningen. Beslutet var inte svårt när jag erbjöds utbildning till reumatologspecialist. Specialistexamen i allmänmedicin och internmedicin hanns också med.

HENRIK SCHILLER FLYTTADE sedermera till Västerås men hans fantastiska journalanteckningar lever kvar och är en ”guldgruva” för den som vill göra retrospektiva studier. Till exempel är alla artritpåverkade leder understrukna med rött samt grönt för givna kortisondoser och pågående läkemedel. Esmail Karim utbildades under första delen av 2000-talet vid Gävlemottagningen till reumatologspecialist men tjänstgör numer inom akutmedicin på sjukhuset.

Gävle reumatologimottagning fick hastigt lämna den vackra utsikten på plan 9

och året var 1999. Det blev Strokeavdelning av våra reumavårdplatser och mottagningen flyttades till plan 6. Här blev den nya utsikten en husvägg. Fördelen var att nu fick vi chansen att bygga något nytt. Slutenvården lades ner och rehabiliteringsvården övergick i dagvårdsverksamhet.

INNAN PER LÄMNADE mottagningen för allmänläkartjänst strax därefter fick jag ta över ansvaret för Ramona (artritregistret i den dåtida formen). När registret sedan övergick till webbaserad form insåg jag möjligheterna för vår verksamhet, inte bara för framtiden utan att i nuet få struktur och kontroll. Likaså vikten av att så snabbt som möjligt inkludera och regelbundet följa våra artritpatienter via registret. Vi såg den nya utformningen av registret inklusive möjligheterna med PER (patientens egen registrering) -stationerna som en viktig komponent i vår verktygslåda.

Per Uddenfeldt, Henrik Schiller, Tomas Weitoft tillsammans med Shirani Jayawardena (Bollnäs) och Ann Knight (Hudiksvall, numer Uppsala) hade arbetat fram ett mycket heltäckande reumatologikompen-

dium för länet som inkluderade ett tydligt gränssnitt gentemot primärvården. Detta kompendium har vi vidareutvecklat till ett vårdprogram som vi reumatologkollegor i länet gemensamt uppdaterar med regelbundenhet. Flera län i vår region har arbetat fram liknande vårdprogram som det ursprungliga från Gävleborg.

VID DE VACKERT BELÄGNA sjukhusen i Bollnäs och Söderhamn (se bild på träden i blom) tjänstgör sedan början av nittioalet Shirani Jayawardena. Hon har oavbrutet själv upprätthållit reumatologisk mottagning under alla dessa år. Den bedriften delar hon nog inte med så många i Sverige idag. Vi har under senaste åren utvecklat det tidigare samarbetet ytterligare. Trots skilda administrativa tillhörigheter har vi en medicinskt gemensam verksamhet. Reumatologiregistret och uppföljning av rutiner jobbar vi med synkroniserat i hela länet. Denna basstruktur förenar oss ytterligare i länet.

Längst upp i norr av länet i det glada Hudik tjänstgör Zoltan Nagy. Zoltan är ungrare och kom till landstinget 2009. Han har på ett fördömligt sätt tagit över den reumatologiska gärningen efter Anna Karin Holmqvist som numer är verksam inom hospicevården. Nämnas bör också att det var Ann Knight som byggde upp den reumatologiska mottagningen primärt i Hudiksvall redan under en tidigare period.

Nutidens verksamhet utformas

Året var 2008 och efter ett tiotal skiften av verksamhetschefer de senaste femton åren på medicinkliniken i Gävle kom ytterligare en – Christina Wassberg. Hon ville ”få in” den medicinska kompetensen bättre i ledningsarbetet och utse så kallade processledare för varje specialitet på kliniken. Inte många specialister ”nappade” på vår medicinklinik. Tanken var att processledaren skulle ansvara för den medicinska delen av ledarskapet, men förutom det ansvaret också leda utvecklingsarbetet för hela länet gällande sin specialitet. De fyra olika sjukhusen med tillhörande administrativa chefer skulle vara kvar men den medicinska delen i varje specialitet tänkte man sig koppla ihop i ett slags ”långkliniker”. Eftersom jag precis hade återvänt efter 18 månaders bortavaro från reumatologen med längtan till det kliniska arbetet och en del nya idéer i tankarna antog jag utmaningen till rollen som den s.k processledaren. Uppdraget visade sig inte vara så svårt med tanke på den ”team-



Hela reumatologiska teamet i Gävleborgs läns landsting på gemensam utbildning i oktober 2012 med implementering av de nya nationella riktlinjerna.

kultur” som redan fanns i länet i och med det arbete som de tidigare och befintliga reumatologerna redan lagt grunden för. Dessutom kände jag fullt stöd av de erfarna kollegorna Tomas Weitof och Shirani Jayawardena som fick agera ”kulturbärare”. Vi sparade det som var bra och jag erhöLL stöd i att införa nytt samt utrangera icke fungerande delar.

Chefskapet vid medicincentrum Gävleborg

Ytterligare en framgångsfaktor för oss är det fina samarbetet och den stora förståelsen från vår vårdenhetschef Elisabeth Brickman som har lång erfarenhet från arbete i sjukvården som tidigare sjuksköterska. Hon verkar också aktivt ”nere på golvet” som en operativ administrativ chef vilket ger bra grund till bra beslut. Elisabeth sköter också ”tvåvägskommunikationen” på ett bra sätt gentemot vår VC för specialmedicin, Kristin Ahne, samt DC för hela medicincentrum Gävleborg, Roger O Nilsson. Tack vare ett ömsesidigt förtroende som successivt byggts upp de senaste åren ser jag goda möjligheter för en fortsatt bra utveckling för reumatologiverksamheten i Gävleborgs läns landsting

SRR, en plattform för verksamheten

Mitt arbete handlade mycket om att strukturera och systematisera våra rutiner inte bara i Gävle utan införliva sjukhusen även i Hälsingland. Till grund för detta hade vi nu också vår nya gemensamma ”plattform”, det svenska reumatologiregistret. Detta register har medfört att jag tillsam-

mans med det reumatologiska teamet i länet kan genomföra årliga medicinska verksamhetsplaneringar med bra statistik och kvalitetsmått för artritsjukdomarna och inkluderande det vi får ut av vårt traditionella journalsystem (Melior) så får vi en heltäckande bild av vår verksamhet och kan sätta upp nya mål i siktet. Ett kontinuerligt arbete utför vi i gemensamma ”arbetsdagar” där vi jobbar riktigt hårt med att ”sätta” dessa rutiner i form av PM, vårdprogram, sjuksköterskemottagning, infusionsmottagning, läns gemensam dagvård samt schema för regelbundna gemensamma utbildningstillfällen och mycket mera. Allt skall uppdateras varje år.

År 2010 genomgick vi en SPUR-inspektion. Resultatet av inspektionen finns att ta del av på (<http://www.slf.se/Utbildning/Sok-SPUR-resultat/>). Vi fick därmed bekräftat att vi är på rätt väg i vårt arbete. Ett litet rum är iordningställt som bibliotek vid mottagningen efter påpekande i rapporten. Strukturen för ST-läkarutbildningen har förbättrats liksom gränssnittet gentemot internmedicin och andelen jourtjänst.

Samarbete och kontinuerlig fortbildning

Redan efter några år med vårt nya arbets sätt kan vi kvittera ut bra och förbättrade resultat både vad gäller kvalitet i reumatikervården men också i vår egen arbetsmiljö. Vi är inte på något sätt klara med vår process utan befinner oss mitt i en utvecklings- och utbildningsfas. Att se fram emot arbetet på måndag morgon en söndagseff-

termiddag kan bara betyda att vi har roligt tillsammans när vi arbetar.

Reumatologiverksamheten i Gävleborg är fortfarande en "slimmad" verksamhet med omvärldsmått mätt, till exempel har vi jämförelsevis relativt få sjuksköterskor räknat på heltidstjänster. Tillsammans blir det fem heltider för länet samt en undersköterska. I Bollnäs, Söderhamn och Hudiksvall har nämligen sjuksköterskorna även många andra uppgifter utöver reumatologi. Sjuksköterskorna bedriver dessutom egen mottagning enligt speciell utarbetad rutin på alla fyra sjukhusen. Flera av dessa sjuksköterskor har mångårig rutin (15–25 år) av arbete inom reumatologivård. En grundutbildning genomfördes 2009 för alla sjuksköterskorna inför starten av deras egna patientmottagningar. Ett fortbildningsarbete bedrivs dessutom kontinuerligt. Inte att förglömma är den så viktiga dagliga handledningen i samband med patientbesöken vid sjuksköterskemottagningen. Vi har här fördelen av att mottagningsrummen är belägna väldigt nära läkarmottagningen så eventuella frågetecken snabbt kan redas ut på plats. Sjuksköterskorna i Gävle ansvarar också för infusionsmottagningen som också ligger på samma våningsplan. Nämnas ska också att två av våra sjuksköterskor har genomgått den regionala vidareutbildningen i Uppsala 2002 som gav dem välförtjänta högskolepoäng.

Maj 2012 välkomnade vi reumatologspecialisten Ildiko Jonap till vår verksamhet. Hon är utbildad i Ungern och har med rekordfart lärt sig det svenska språket. Vilken begåvning vi fått till mottagningen! Att hon dessutom har bra praktiskt handlag och en god kunskapsbas gör inte saken sämre.

Vi har nu fem reumatologspecialister i länet. Tillsammans ger det 4,0 heltidsarbetande reumatologer då några även arbetar med andra uppgifter. Målet är 7,2 heltidsspecialister för länet för att uppnå en reumatolog/40 000 invånare.

Tre ST-läkare är under utbildning och senaste tiden har även flera AT-läkare visat sitt intresse och vill göra auskultationsveckor med förhoppning att i framtiden beredas möjlighet till ST-tjänst. Abdalla Elkhalfia är vår ST-läkare som hunnit längst i sin utbildning och beräknas vara klar för specialisttjänst under 2013. Anders Lind och Ann-Sofi Svennberg har några år kvar, inklusive regiondelen på ett år i Uppsala. Båda bor och är väl förankrade i Gävle. ST-läkarna är sannerligen vår framtid.



Gävleborgs läns landstings reumatologspecialister och ST-läkare i reumatologi. Från vänster: Anders Lind (ST), Ann Sofi Svennberg (ST), Shirani Jayawardena (Spec), Tomas Weitoft (Spec), Zoltan Nagy (Spec), Abdalla Elkhalfia (ST), Ildiko Jonap (Spec) samt Sven Tegmark (Spec).

Forskning och utveckling

Tomas Weitoft tjänstgör motsvarande femtio procent i direkt patientarbete, tjugofem procent via FOU-enheten/CFUG (Centrum för Forskning och Utveckling Landstinget Gävleborg/Uppsala universitet) samt tjugofem procent med egen forskning. En särskild inriktning i forskningsarbetet finns just mot injektioner med kortison. Här sker i nuläget ett samarbete mellan reumatologklinikerna i Falun samt Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Han ger föreläsningar på Högskolan för sjuksköterskestudenter och för AT-/ST-läkare vid Gävle sjukhus samt leder hela Gästriklands ST-läkare från såväl primärvården som sjukhusvården i deras vetenskapliga projekt.

I Tomas åtagande ligger också att han är en pådrivare för reumatologens internutbildning i länet. En timme varje vecka är en kollega utsedd enligt specifikt schema att föredra förutbestämt ämne inför övriga kollegor. En eftermiddag i månaden genomförs en länsgemensam utbildning för reumatologspecialister som i turordning tar sin plats vid de olika sjukhusen i länet.

Varje fredag är det ledinjektionsmottagning i Gävle. Den står öppen för intresserade kollegor att boka in sig på för praktisk handledning i injektionsteknik. Här ser vi ett deltagande framförallt från primärvården och ST-/AT-läkare från sjukhuset. Ett

mycket efterfrågat undervisningsmaterial om denna behandling har tagits fram.

Flera av våra sjukgymnaster och arbetsterapeuter bedriver och har genomfört utvecklingsarbeten.

Teamet blir fulländat med paramedicinerna

Vid reumatologen, Gävle sjukhus är tre sjukgymnaster verksamma som delar på 2,5 heltidstjänster. Tre arbetsterapeuter som delar på 1,75 heltidstjänster samt en deltidsskurator också vid Gävle sjukhus gör teamet komplett. Dagvård bedrivs om sex patienter med ny patientgrupp varje månad. Ungefär sextio patienter genomgår dagvårdsrehabilitering varje år. Uppdrag till dagvården sker från hela länet och långväga gäster övernattar på hotell (patienthotell ligger i planerna). Poliklinisk verksamhet bedrivs vid alla sjukhus hos sjukgymnast och arbetsterapeut för reumatologiska patienter. Paramedicinerna deltar aktivt och utgör en viktig del i de rehabmöten/avstämningmöten som kontinuerligt genomförs tillsammans med patient, försäkringskassan och arbetsförmedlingen för patienter med lång sjukskrivningstid.

SVEN TEGMARK
Överläkare

Livsstilsmottagningen på Reumatologkliniken i Västerås – ett lyckat pilotprojekt

För ett knappt år sedan startade Reumatologikliniken på Centrallasarettet i Västerås en livsstilsmottagning för sina patienter. I en intervju berättar specialistsjuksköterska Anna Gustafsson och verksamhetschef Milad Rizk om sina erfarenheter från projektet.

Livsstilsmottagningen i Västerås initierades som ett pilotprojekt mot bakgrund av ett landstingsbeslut från 2010 om att sluta med teamrehabilitering i varmt klimat.

– För att resurserna från klimatvården ändå skulle komma våra patienter till godo fick vi i uppdrag av landstinget att starta en livsstilsskola, berättar Milad Rizk. Vi valde dock att kalla det livsstilsmottagning – vår uppgift är inte att undervisa patienterna. Syftet är istället att kartlägga och följa upp livsstilsfaktorer samt att motivera och vägleda patienterna till åtgärder för att nå bästa möjliga hälsa.

I den grupp som arbetar med livsstilsmottagningen ingår Anna Gustafsson och två sjukgymnaster. Ännu så länge är det bara Anna som har hand om screening och motiverande samtal, och tillsvdare endast på 10% av sin ordinarie tjänst. Inom kort kommer dock ytterligare en sjuksköterska att börja arbeta med livsstilsmottagningen.

Arbetet baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Någon egen mottagning i fysisk mening finns inte, utan man tar helt enkelt emot patienterna i något av de rum som finns tillgängliga på Reumatologmottagningen.

Spindeln i nätet

De patienter som kommer till livsstilsmottagningen har valts ut av läkare eller annan vårdpersonal. Först görs en hälsoundersökning med kontroll av blodtryck, puls, midjemått, vikt, längd, P-glukos och saturation, och en provtagningsremiss för kontroll av lipidstatus skrivs. Därefter får patienten svara på frågor om tobak, alkohol, fysisk aktivitet, sömn och kostvanor.

– Oftast avslutar vi efter den här genomgången och bokar in ett nytt besök för ett motiverande samtal efter ett par veckor, då även provsvaret för lipiderna kommer, berättar Anna Gustafsson. Det ger patienterna tid att fundera lite över sina svar och vilka riskfaktorer de är beredda



Anna Gustafsson och Milad Rizk.

att försöka förändra. Och hittills är det inte någon som har tackat nej till att komma tillbaka!

Vid återbesöket utgår samtalet från patientens behov. Ofta har den som skickat patienten till livsstilsmottagningen en önskan om en viss livsstilförändring, t.ex. rökstopp. Men det är inte säkert att det är just det patienten vill tala om.

– Det gäller att ha tålamod och inte argumentera utan bara lyssna och sedan återberätta för patienten vad han eller hon har sagt, säger Anna Gustafsson. Det sätter igång en process, även om det kan ta tid innan man märker några resultat. Beslutet om förändring måste vara patientens eget – först när det beslutet är fattat är det möjligt att gå vidare.

Anna Gustafsson berättar att många patienter uttryckt att de känner sig uppmärksammade och sedda tack vare livsstilsmottagningen. De uppskattar att man inte bara fokuserar på deras svullna leder utan ser till hela människan.

Anpassat efter individens behov

Patienter som visar sig vara motiverade redan vid första samtalet kan skickas vidare till olika åtgärder direkt, medan andra kan behöva flera samtal. Gäller det rökstopp remitteras patienten till sjukhusets tobaksenhet. För överviktiga patienter finns Hälsocenter, en hälsofrämjande verksamhet i landstingets regi som erbjuder individuella hälsosamtal, kom-i-form-kurser, stresshantering, m.m. De som behöver ökad fysisk aktivitet slussas vidare till klinikens egna sjukgymnaster som erbjuder individuellt anpassad träning.

– Deltagarna i våra reumarehab-grupper får numera genomgå livsstilsmottagningens screening och vid behov motiverande samtal, berättar Anna Gustafsson.

Patienter med högt blodtryck eller höga blodfetter remitteras till familjeläkaren, medan de som mår psykiskt dåligt och har problem som måste bearbetas innan de kan börja förändra sin livsstil slussas vidare till kurator för stödsamtal. Däremot har man ännu inte någon ordnad uppföljning för patienter med alkoholproblematik.

Från början hade man tänkt sig återbesök var tredje månad under ett års tid.

– Men det passar inte alltid, säger Anna Gustafsson. En patient med rökning som enda riskfaktor behöver ju inte få blodtrycket kontrollerat var tredje månad. Då kan det istället räcka med ett telefonsamtal. I andra fall kanske rökstoppet inte lyckas utan patienten vill komma tillbaka och diskutera sin övervikt istället, och då kan besöket tidigare läggas.

Positiva resultat

Intrycket hittills är att patienterna är nöjda med livsstilsmottagningen och att många faktiskt har lyckats åstadkomma en förändring. Sammanlagt har 73 patienter genomgått hälsoundersökning. Av de 39 som var rökare har 20 slussats vidare till tobaksenheten och fyra angett att de vill försöka sluta röka på egen hand. Flera rökare har också antingen slutat helt eller dragit ned kraftigt på rökningen. Sammanlagt har 20 patienter fått komma till sjukgymnast, sju fått tid hos kurator och tio remitterats till Hälsocenter. Man har även hittat fem patienter med förhöjt blodtryck, tre med förhöjt blodsocker och två med förhöjda blodfetter.

– Det känns bra, säger Anna Gustafsson. Det är inte alls säkert att de här problemen hade fångats upp i tid om vi inte haft livsstilsmottagningen.

Livsstilsfrågor har fått större betydelse inom hälso- och sjukvården och ingår från och med 2013 som ett fokusområde i Västmanlands landstingsplan och Reumatologiklinikens verksamhetsplan. Pilotprojektet är således numera permanentat och kommer att utvecklas vidare.

HELENA NORDLUND

Addressing cardiovascular risk factors and therapy effects in rheumatoid arthritis: implications for atherosclerosis and cardiovascular disease

Sofia Ajeganova

Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin Huddinge, Enheten för reumatologi

Disputation: Fredagen den 14 december 2012

Huvudhandledare: Professor Ingjald Hafström, Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin Huddinge, Enheten för reumatologi

Fakultetsopponent: Professor Lennart Jacobsson, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för Medicin,

Avdelningen för reumatologi och inflammationsforskning

Rheumatoid arthritis (RA) is the prototype of chronic inflammatory disease associated with a 1.5-2 fold increased risk of cardiovascular disease (CVD) and premature mortality. Though traditional CVD risk factors are important in the pathogenesis of atherosclerosis in patients with RA, they do not fully explain the increased risk of CVD events observed in RA. This thesis aimed to explore further the mechanisms that could account for accelerated atherogenesis and CVD in RA.

In the study of established RA disease, which included patients treated during one year with TNF- α inhibitors, $n=162$, or the anti-CD20 agent rituximab, $n=53$, anti-atherogenic apolipoprotein A1 increased after commencement of therapy; this increase was not agent-specific and paralleled a reduction in RA disease activity. At the same time, apolipoprotein B and the atherogenic index did not change significantly. These favorable effects may have a potential for at least short-term improvement in cardiovascular risk in RA. On the other hand, the biologic agents caused differential effect on serum levels of anti-phosphorylcholine (anti-PC) IgM, a promising atheroprotective biomarker. Thus, these antibodies increased on TNF- α inhibitors in contrast to treatment with rituximab. The contribution of biologic agents to beneficial or harmful CVD effects needs to be elucidated in future studies.

In studies incorporating 114 participants with early RA, examined with high-resolution B-mode ultrasonography after five years of disease, the pro-atherogenic apoB and apoB/apoA1-ratio were independently associated with unfavorable carotid outcomes, while a profitable effect was associated with the anti-atherogenic, anti-inflammatory apoA1. Also, low anti-PC

IgM levels longitudinally had an unfavorable association with the plaque presence at the end of observation. These results suggest that apolipoproteins and anti-PC antibodies may have independent roles in subclinical atherosclerosis in patients with RA. Further analysis, over a prolonged observation period more than 10 years, showed that the bilateral carotid plaques occurrence was associated with a subsequent CVD event. Early improvement of inflammation, pain and disability, measured as reductions in DAS28, VAS pain and the HAQ score the first year after RA diagnosis, as well as use of methotrexate were associated with a better CVD outcome. Longitudinal approach confirmed the association of low anti-PC IgM levels and, also, increasing oxidized LDL over first five years of RA disease with an adverse CVD outcome.

In a large observational early RA cohort of 741 patients followed more than 10 years, we examined the relationships of inflammatory and novel biomarkers with incident CVD morbidity and all-cause mortality. The study outcomes were tracked through the Swedish Hospital Discharge and the National Cause of Death Registries. The factors associated with adverse outcomes differed in patients with disease onset before 65 years of old and those 65 years and older. The cumulative burden of inflammation over the first two years and the presence of RA disease related autoantibodies had a value for CVD and mortality prognosis in the younger patients while a change in inflammatory markers the first year after diagnosis had a stronger effect in the older patients. Low-dose glucocorticoids increased but use of methotrexate decreased risk of poor outcomes in the elderly. These findings imply that age stratification could add to identification of patient-at-risk, and highlight the

need to treat RA early and more aggressively to improve long-term outcomes.

Taken together, these results emphasize the complexity of the associations between inflammation, anti-rheumatic therapies, atherosclerotic burden and CVD in RA. Further studies addressing indicators for cardiovascular prognosis are unmet needed.

List of Publications:

- I. Ajeganova S, Fiskesund R, de Faire U, Hafström I, Frostegård J. Effect of biological therapy on levels of atheroprotective antibodies against phosphorylcholine and apolipoproteins in rheumatoid arthritis - a one year study. *Clin Exp Rheumatol*. 2011 Nov-Dec;29(6):942-50.
- II. Ajeganova S, Ehrnfelt C, Alizadeh R, Rohani M, Jogestrand T, Hafström I, Frostegård J. Longitudinal levels of apolipoproteins and antibodies against phosphorylcholine are independently associated with carotid artery atherosclerosis 5 years after rheumatoid arthritis onset - a prospective cohort study. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Oct;50(10):1785-93.
- III. Ajeganova S, de Faire U, Jogestrand T, Frostegård J, Hafström I. Carotid atherosclerosis, disease measures, oxidized low-density lipoproteins, and atheroprotective natural antibodies for cardiovascular disease in early rheumatoid arthritis - an inception cohort study. *J Rheumatol*. 2012 Jun;39(6):1146-54.
- IV. Ajeganova S, Andersson ML, Frostegård J, Hafström I. Disease related factors associated with early rheumatoid arthritis over the first two years are associated with differential predictive risk for incident cardiovascular event and mortality depending on age at onset: an observational inception cohort study over 10 years. Manuscript.

Key words: rheumatoid arthritis, risk factors, disease measures, carotid atherosclerosis, cardiovascular disease, apolipoproteins, anti-phosphorylcholine antibodies

ISBN: 978-91-7457-969-7

Ur vardagen

Birgit vårdades för några månader sedan på slutenvårdsavdelning D26 i Solna. Hon inkom akut med utbredda hudutslag som vid en symmetrisk, icke-smärtsam och icke-kliande purpura och var i övrigt asymtomatisk. Hon var nyligen insatt på en biologisk behandling för sin RA.



Kön: Kvinna

Ålder: 82

Socialt: Pensionerad, ensamboende, 1 vuxen son

Nuvarande sjukdomar: Seropositiv RA, osteoporos, tablettbehandlad hypertoni.

Aktuellt: Birgit har sedan 2006 en RF- och ACPA-positiv, erosiv RA som tidigare behandlats med lågdos Prednisolon och Methotrexate. Det senaste sattes ut på grund av intolerans i form av illamående. Successivt ökad sjukdomsaktivitet ledde till insättning av rituximab (anti-CD20 monoklonal antikropp), 500 mg x 2 intravenöst. Hon erhöll första dosen utan några komplikationer och fick andra dosen två veckor senare. Ett dygn efter den senare dosen fick hon utslag på näsan, benen och armarna samt bensvullnad över vristerna. Utslagen spred sig snabbt på låren, ryggen, och glutealregionen och gav varken klåda, sveda eller ömhet. Birgit har under hela förloppet varit opåverkad i sitt allmäntillstånd, utan dyspné, allmän sjukdomskänsla eller feber.

Frågor:

- Vilken diagnos ska i första hand misstänkas? Differentialdiagnostik?
- Hur vill du vidare utreda denna patient?
- Hur skulle du behandla?

KATERINA CHATZIDIONYSIOU

Med detta inleds "Ur vardagen" som aspirerar på att ta en central plats i både Bullen och ditt hjärta. Spalten vill kittla din fantasi och utmana dina färdigheter. Är du redo? I denna ruta finner du frågan och med nästa nummer facit till frågorna. Men även dig som är otålig och vill veta svaret här och nu har jag räknat med. Ta dig till SRF:s hemsida – visst hittar du dit? – så släcker du din spänning.

Har du också ett patientfall ur din vardag som du tror kan ge något till oss alla? Tveka inte, utan skicka in ditt bidrag till mig. Börja med en kort inledning, bifoga en bild, författa en kort beskrivning enligt mallen ovan, utmana oss med frågor. Men du, glöm inte att skicka med facit.

Njut och le!

IOANNIS PARODIS
ioannis.parodis@karolinska.se

ReumaKalender



2013

7 mars

Spondylartriter med fokus på inflammatorisk rygg

7–8 mars, Sigtunahöjden
En terapiinriktad utbildning om spondylartriter med några av områdets främsta specialister.
http://www.svenskreumatologi.se/kunder/srf/sites/default/files/49/Spondylartriter_utb_inbj2013.pdf

20 mars

Reumatologidagen 2013

20 mars, Stockholm
http://www.svenskreumatologi.se/kunder/srf/sites/default/files/49/Reumatologidagen_2013.pdf

10 april

SRFs Vårmöte 2013

10–12 april, Linköping
Årets tema är "Reumatologi från basen till höjden".
www.srf2013.se



12 juni

EULAR 2013

12–15 juni, Madrid, Spanien
www.eular.org

16 september

Reumatologisk Farmakoterapi, SK C-kurs

16–20 sept, Lund
Kontaktperson: bengt.mansson@med.lu.se

14 oktober

Inflammatoriska Systemsjukdomar, SK B-kurs

14–18 oktober, Uppsala
Kontaktperson: pia.fredriksson@akademiska.se

26 oktober

ACR Congress 2013

26–30 oktober, San Diego, USA

3 oktober

Cutting Edge 2013

3 oktober, Lund
Kontaktperson: tore.saxne@med.lu.se

4 december

SRFs Höstmöte

4 december, IVA/Stockholm

5 december

Medicinska Riksstämman 2013

5–6 december, Waterfront Stockholm

2014

23 januari

Register- och Riktlinjedagar

23–24 januari

8 april

SRFs Vårmöte 2014

8–11 april, Örebro

Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på www.svenskreumatologi.se

Pottholtz funderingar
enligt Tomas Weitoff

... HÅRAVFALL

