

Reuma Bulletin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 95 • I/2014



Guld - gyllene läkemedel
Höstkonferensen/Riksstämman
Reumatologin i Danmark
Register och Riktlinjedagarna



ReumaBulletinen

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

Ansvarig utgivare **Ralph Nisell**
Reumatologiska kliniken
Karolinska Universitetssjh
171 76 Stockholm
Tel 08-517 760 93
ralph.nisell@karolinska.se

Redaktör **Tomas Bremell**
Reumatologi
Sahlgrenska Universitetssjh
Gröna Stråket 12
413 45 Göteborg
Tel 031-342 33 78
tomas.bremell@vgregion.se

Red.medlemmar **Ido Leden**
ido.leden@telia.com
Bengt Lindell
bengt@lindell.cc
Milad Rizk
milad.rizk@ltv.se
Ioannis Parodis
ioannis.parodis@karolinska.se

Produktion **Mediahuset i Göteborg AB**
Marieholmsgatan 10C
415 02 Göteborg
www.mediahuset.se
Tel 031-7071930

Annonser **Dan Johansson**
dan@mediahuset.se
Olle Lundblad
olle@mediahuset.se

Layout **Eva-Lotta Emilsdotter**
lotta@mediahuset.se

Tryck **Åkessons Tryckeri AB**
Box 148
361 22 Emmaboda
www.akessonstryck.se

Distribution Distribueras som posttidning
ISSN 2000-2246 (Print)
ISSN 2001-8061 (Online)

Utgivningsplan 2014

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1 RB	24 januari	28 februari
Nr 2 RB	7 februari	19 mars
Nr 3 RB Vetenskap	7 mars	16 april
Nr 4 RB	22 april	28 maj
Nr 5 RB	1 september	8 oktober
Nr 6 RB Vetenskap	30 september	5 november
Nr 7 RB	10 november	18 december

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Innehåll • 1/2014

- 3** Redaktören har ordet
- 4** Brev från ordföranden
- 5** Presentation av nya styrelseledamöter
- 7** Brev från vetenskapliga sekreteraren
- 9** Brev från utbildningsansvarig och ST-läkarrepresentanten
- 11** ST-krönika Anders Lind
- 13** Prisad undervisning i Skåne
- 14** Guld - gyllene läkemedel som passerat zenit?
- 16** Ioannis krönika
- 18** Reumatologien i Danmark
- 20** Sista pusselbiten på plats
- 22** Årsmöte SRF 2013
- 26** LIVI - Livsstilmottagning
- 28** Registerdagen 2014
- 30** Riktlinjedagen 2014
- 32** Höstkonferensen
- 37** Reumatologi på riksstämman
- 42** Reumatologin i Västerås
- 44** Aktuella avhandlingar
- 46** Ur vardagen
- 48** Reumakalendern

Omslagsbild:

På Stora Torget i Västerås står skulpturen ASEA-strömmen skapad 1989 av Bengt-Göran Broström. Bilden illustrerar också att Västerås är månadens reumatologienhet. Foto: Milad Rizk.

annons

Redaktörens rad

Nu står vi inför 2014 års utgivning av ReumaBulletinen. Nummer 1, 4, 5 och 7 kommer att se ut som ReumaBulletinen "classic" medan nr 3 och 6 kommer i form av ReumaBulletinen VETENSKAP (med Inger Gjertsson som huvudredaktör) och nr 2 kommer som ett nr helt dedicerat till Reumaveckan i Örebro 1-4 april dvs med program, abstract m.m.

Föreliggande nummer domineras av mötesreportage signerade Per Lundblad. Här redovisas i tur och ordning Höstkongressen (4 dec-13), Riksstämman (5 dec-13), Registerdagen (23 jan-14) och Riktlinjedagen (24 jan-14). Sammantaget visar mötena på den omfattande aktivitet och vitalitet som svensk reumatologi står för. Jag tycker att det är mycket bra att våra möten redovisas på detta sätt – såväl för de som var där som de som inte var det.

Riksstämman har återuppstått i ny form och utgörs av specialitets-överskridande symposier men utan vetenskaplig abstract-session. Denna är nu flyttad till Reumaveckan. Glädjande är att antalet abstracts – som presenteras i ett kommande nr 2 – ligger på fortsatt hög nivå med drygt 80 stycken.

I sin ledare diskuterar Ralph Nisell den oroande tendensen att sjukhusledningarna slår samman kliniker av administrativa skäl men med stora medicinska nackdelar – och försvagat specialistkompetent ledarskap. Ralph presenterar också våra två nya styrelseledamöter – Christopher Sjövall (vetenskaplig sekr) och Yulia Stennikova (yngreläkarrepr) – och dessa skriver också själva sina resp brev.



”Vi är gemensamt stolta över alla framgångar reumatologin har i vårt land”

ST-krönikör är Anders Lind från Gävle (Brynäs) som diskuterar ST-livet med skridskoreferenser. Aikaterini levererar en B-cellscartoon och Ioannis krönika är som alltid spännande och tänkvärd. Ioannis är också ansvarig för 'Ur vardagen' - vårt kliniska forum.

I serien Inför SCR 2014 presenterar Lars Juul, formand i Dansk Reumatologisk Selskap (DRS), Danmarks reumatologi utifrån dess historia – vilken skiljer sig en hel del från den svenska. Dansk reumatologi har haft en uppdelning en medicinsk och en rehabiliterande del och först 1982 bildades

Dansk Reumatologisk Selskap (DRS) varvid reumatologi blev en samlad specialitet.

Historia med Ido handlar denna gång om guldbehandlingens fascinerande historia av hypoteser och missförstånd men också om en behandling som var värdefull på sin tid. SRFs årsmöte finns med i form av pristagare, årsmötesprotokoll och foton.

Undervisningen av läkarstudenter i Lund har prisats av studenterna själva med utmärkelser till de ansvariga läkarna som årets bästa kliniska handledare (Dirk Wuttge vt-12, Helena Tydén vt-13 och årets bästa kliniska placering (vt-13). Dessutom har 2011 Bjarne Hansen prisats för undervisningen i Malmö. Tore Saxne berättar om detta på uppmaning av mig. Jag tycker att de goda exemplen bör redovisas och att vi gemensamt är stolta över alla framgångar reumatologin har i vårt land.

Månadens reumatologenhet är Västerås där verksamhetschef Milad Rizk på ett berömvärd sätt stridit för att åstadkomma egen klinik och god vård.

Därutöver finns en artikel om livsstilsomtagning i Stockholm, avhandlingsabstract, Pottholtz, reumakalender och annonser för Reumaveckan i Örebro 1-4 april, Riks-ST-mötet i Umeå 19-20 maj och SCR 2014 i Stockholm 21-23 september.

Välkomna till årets första ReumaBulletin!

TOMAS BREMELL
redaktör

Antagna vid styrelsemötet 2013-12-03

Nya medlemmar:

Ramune Cesnakovskyte	Borås
Zaid Alrawi	Karlskrona

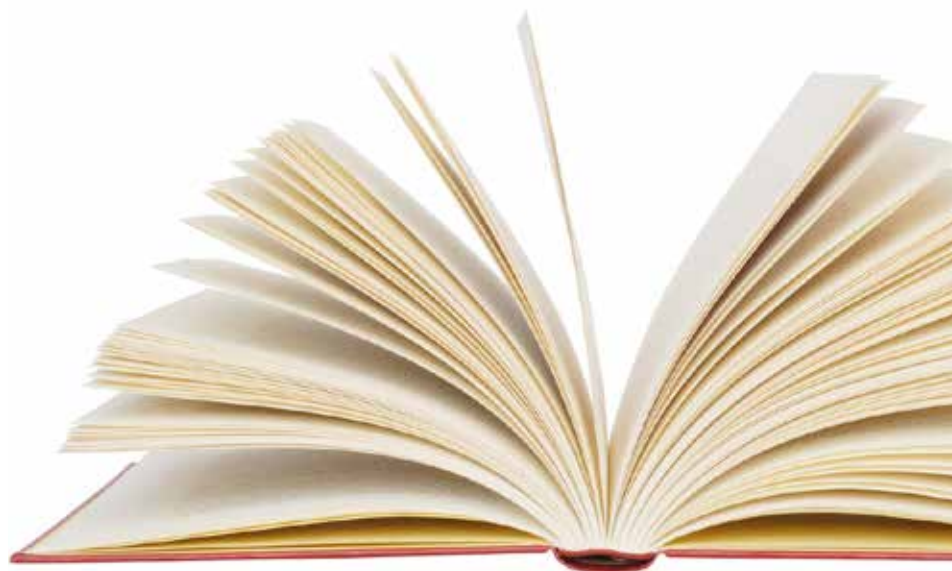
Nya associerade medlemmar:

Karen Hambarzumyan	Stockholm
Frida Viibus Lundgren	Hisings Backa
Julius Valsson	Island

Antagna vid styrelsemötet 2014-01-22

Nya medlemmar:

Shamisa Karldani	Eskilstuna
Nancy Vivar	Stockholm
Erik Myrberg	Göteborg
Maria Berglund	Örebro



Främja positiv utveckling

Många menar att "främja positiv utveckling" är livets mening. Att främja en positiv utveckling är givetvis inte alltid enkelt. Det har i alla tider funnits och det kommer alltid att finnas olika grader av möjligheter och problem som vi möter i denna vår strävan. Det ingår liksom i konceptet att existera och leva för oss människor. För SRF (Svensk Reumatologisk Förening) finns givetvis också ständigt olika möjligheter och problem, och dessa varierar förstås i dignitet och med tiden.

Jag skriver denna ledare dagarna efter de traditionsenliga Register- och Riktlinjedagarna i januari-Stockholm dvs efter två vinvriga och kalla dagar i huvudstaden.

Men innanför dörrarna var trycket och temperaturen hög och Staffan Lindblad har nu tagit avsked som registerhållare för SRQ (Svensk Reumatologis Kvalitetsregister). Staffan har blivit välförtjänt hyllad och uppskattad för sin magnifika entreprenör-insats under de 20 år som han såsom registerhållare har med sin kraft och kreativitet utvecklat dessa register till vad de är idag.

Även Riktlinjedagen har utvecklats till ett positivt framgångskoncept där svensk reumatologi årligen går igenom sina behandlingsriktlinjer så att de ständigt är "up to date" och baserade på den senaste publicerade vetenskapen. Inspirerad av dessa dagar konstaterar jag att energin och engagemanget inom svensk reumatologi är mycket stark och levande. Här finns många fantastiska möjligheter att gå vidare.

Exempel på möjligheter som idag är uppenbara för svensk reumatologi är att fortsätta jobba med och utveckla våra reumatologiregister i god nationell samförståndsanda, dvs att låta många forskare, data-analytiker/epidemiologer/statistiker och reumatologer och andra behöriga gräva ännu mer och djupare i denna guldgruva av data. Infrastrukturen är lagd. Möjligheten att kunna ta fram och bearbeta data ur våra register måste säkerställas. Och parallellt måste kvalitetsarbetet fortsätta, med ett minimum av "missing data" och med inmatade uppgifter som stämmer med verkligheten.

Vi som är behandlande reumatologer, dvs vi som fysiskt träffar patienterna, måste dessutom kunna - samtidigt som registrering görs - använda registret som ett naturligt stöd i bedömningen och behand-



"Om vår specialitet - reumatologin - ska kunna fortsätta att utvecklas på ett positivt sätt behövs givetvis bra och smidiga kommunikationsvägar"

lingen av patienten vid konsultationen.

Om det framtida samarbetet mellan svensk reumatologi (i form av SRF) och de Svenska Reumatologiska kvalitetsregistren (i form av SRQ) fortsätter på den positiva vägen kommer vi att kontinuerligt kunna förbättra våra register och därmed den forskning med förnyad kunskap som kopplas till dem. Våra reumatologi-register är redan idag en förebild nationellt och internationellt för andra kliniska specialiteter som är i den registeruppbyggande fasen. Det ska vi vara stolta över.

Sofia Ernestam tar nu över den reumatologiska registerhållarrollen efter Staffan och vi inom SRF är övertygade om att Sofia kommer att kunna axla detta ansvar för våra nationella reumatologiregister och fortsätta utveckla dem på ett positivt sätt. SRF stöttar SRQ, och förhoppningsvis även tvärtom, dvs SRQ kanske inte direkt stöttar men är till stor del ändå beroende av SRF eftersom det är avgörande för framgång med ett nationellt engagemang för uppgiften och här blir SRF en garant för detta. Således ett win-win för både SRF och SRQ. Men även ett win-win-win, där den tredje win-parten är PATIENTEN som vi förstås aldrig ska glömma bort. Det är ju faktiskt den person som drabbats av reumatisk sjukdom som ska få - och faktiskt även får - glädje av den kunskap som våra register hjälper oss med att ta fram.

Jag vill även passa på att i denna ledare nämna något om problem inom svensk reumatologi och vill då ta upp en fråga och ett bekymmer som tilltagit och uppmärksammat de senaste åren. Vi konstaterar att allt fler reumatologkliniker i landet har verksamhetschefer som inte är reumatologer. Som exempel kan nämnas att på de sex universitetssjukhusen är det nu hälften (Uppsala, Linköping och Malmö-Lund) som leds och företräds av en icke-reumatolog. Detta ser vi som mycket oroande.

Kommunikationen till och det lokala inflytandet för våra medicinska reumatologiska verksamhetsföreträdare försämras och det är inte längre givet att det finns någon officiell kontaktperson för reumatologin vid landets kliniker och kvar blir snarare en läkarsektion, och inte en "klinik" på sjukhusen.

Dessutom är det inom reumatologin allvarligt om team-arbetet försämras runt patienten genom att samarbetet mellan olika yrkesgrupper försvåras med flera linjechefer inblandade.

Det är även i detta sammanhang bekymmersamt för FoUU-situationen eftersom såväl forsknings- som utbildningsfrågor är centrala för reumatologin. Om vår specialitet - reumatologin - ska kunna fortsätta att utvecklas på ett positivt sätt behövs givetvis bra och smidiga kommunikationsvägar inom klinikerna och inom landet.

Även arbetet med våra register (SRQ) bygger på en samordnad verksamhet med tydligt regionalt ansvar i linjeorgansatjonen. Dessutom riskerar specialiteternas ansikte utåt samtidigt att bli mindre tydligt, inte bara gentemot andra specialitetsföreningar utan även gentemot Läkarsällskapet, Läkarförbundet, Landstinget och allmänheten.

Vi (SRF) har i november skickat brev (se vår hemsida www.svenskreumatologi.se/ Remissvar/brev) angående denna problematik till cheferna på Sveriges Läkarförbundet och på Svenska Läkarsällskapet. Problematiken gäller ju även andra specialiteter och inte enbart reumatologin. Vi avvaktar nu om och hur våra nationella läkarföreträdare kommer att agera.

Vi fortsätter under tiden att med stort intresse aktivt bevaka frågan. I detta sammanhang vill jag även passa på att nämna att som ett led i SRFs ambition att stärka ledarskapet inom reumatologin har vi 2014 i en strategisk satsning börjat förbereda ett särskilt chefs- och ledarskapsutvecklingsprogram med målgrupp yngre

reumatologer (från landets alla regioner) med intresse och kapacitet att utvecklas till framtida potentiella ledare inom reumatologin. Denna satsning och dess utfall ska bli mycket spännande att följa.

Om vi som människor och som förening (dvs SRF) kan se möjligheterna och ta vara på dem, samtidigt som vi klarar av att på ett bra sätt möta och ta uti med uppkom-

na problem är förutsättningarna goda för fortsatt positiv utveckling.

Positiv utveckling kanske inte är den enda meningen i livet för alla människor, eller för SRF som förening, men då vill jag åtminstone utmana dig som medlem i SRF och veta vad som egentligen ingår i detta begrepp, och vad mer eller annat som ska vara vår förenings mål och mening. Ber att få återkomma i SRFs "visions-diskussion"

framöver. Önskar dig och alla SRF medlemmar en positiv och utvecklande period framöver. Vi ses på Reuma-dagarna i Örebro i april!

RALPH NISELL
Ordförande SRF

Presentation av nya styrelseledamöter



Christopher Sjöwall, ny vetenskaplig sekreterare i SRFs styrelse

I samband med SRFs årsmöte den 4 december 2013 invaldes Christopher Sjöwall som vetenskaplig sekreterare i SRFs styrelse. Han ersätter Anna Rudin som haft denna roll i styrelsen under de senaste två åren. Uppdraget som vetenskaplig sekreterare är en omfattande men samtidigt mycket stimulerande arbetsuppgift som innebär att vara ansvarig för den vetenskapliga delen i föreningen, dvs framför allt att arrangera det vetenskapliga programmet i samband med Reumadagarna. Tidigare låg detta program under Riksstämman i november/december men har nu således flyttats till april år 2014 (Örebro). Men 2015 blir det inte längre något reumatologiskt vårmöte utan Reumadagarna hamnar fr o m då i månadsskiftet aug/sept. Uppdraget som vetenskaplig sekreterare innebär även att sköta kontakten med landets reumatologi-professorer samt internationella fors-

kare, och inte minst att administrera och förrätta prisutdelningar för de forskningsstipendier och priser som både kliniska och biomedicinska forskare inom svensk reumatologi årligen har möjlighet att ta del av. Därutöver ska den vetenskapliga sekreteraren givetvis även aktivt delta i styrelsens allmänna löpande arbete avseende diskussioner och beslut i olika SRF-ärenden och frågor samt i strategiska upplägg.

Bakgrund

Christopher växte upp i Norrköping och gick här hela sin skolgång. Föräldrarna är båda naturvetare, dock inte läkare, men Christopher upplevde det som naturligt att fortsätta på läkarutbildningen eftersom de naturvetenskapliga ämnena alltid känns närliggande och lockande. Christopher började studera i Umeå våren 1996 men fick efter ett halvår chansen att flytta tillbaka till Östergötland och kunde då börja på läkarutbildningen vid Hälsouniversitetet i Linköping. Där bland kurskamraterna fanns Christophers blivande fru, Johanna, som idag är infektionsläkare. De har tre barn på 1, 5 och 8 år. Och med tanke på vad som kommer här nedan finns inga större fritidsproblem för Christopher.

Fritid

Christopher är - och har alltid - varit mycket idrottsintresserad. Som 4-åring följde Christopher med pappa för att se på allsvensk fotboll på Idrottsparken - och IFK Norrköping har sedan dess haft ett troget fan i Christopher. Förutom fotboll har Christopher även själv hållit på med många andra sporter såsom simning, basket, längdskidor, löpning, mm. Christopher har även hunnit med "den svenska klassikern" dvs under ett och samma år delta (och full-

följa!) de 4 olika långloppen: Vasaloppet (längdskidor 90 km), Lidingöloppet (terränglöpning 30 km), Vättern runt (cykling 300 km) samt Vansbrosimningen (3 km).

Efter ytterligare några Vasalopp har Christopher "slöt till sig" lite på senare tid och skyller på att det är svårt att hinna med nu-förtiden med barn, fru, hus & hem, forskning, klinik, mm. Sådana bortförklaringar och undanflykter går vi förstås inte på i SRFs styrelse som ska se till att Christopher blir aktiverad igen.

Varför Reumatologi?

Christopher blev tidigt under läkarstudierna intresserad av immunologi och när chansen hösten 1999 kom med deltagande i Biomedicinsk forskarskola kunde Christopher påbörja ett projektarbete hos professor Thomas Skogh. Sedan blev det helt naturligt att fortsätta på det spåret även kliniskt. Reumatologi är ju till stora delar tillämpad immunologi och det var egentligen precis detta som Christopher ville fortsätta studera och arbeta med. Christopher fortsatte därefter med klinik och forskning parallellt; blev doktorand 2002, disputerade 2006 på en uppmärksammat translationellt upplagd avhandling om CRP och autoantikroppar vid SLE. Nyligen (nov 2013) har Christopher blivit överläkare vid Reumatologikliniken i Linköping, och delar sin kliniska tjänstgöring med en 3-årig forskningstjänst finansierad av Svenska Stiftelsen för Medicinsk Forskning.

Framtiden

Christopher tycker det känns mycket spännande och utmanande att ha blivit invald i SRFs styrelse.

"Det är ett intressant och viktigt uppdrag med enorma möjligheter att bredda och ut-

veckla sitt eget nätverk men förstås även att få delta och vara med och leda SRFs vetenskapliga program och utveckling. Och även få överblick av svensk reumatologi som befinner sig i en mycket dynamisk och aktiv fas tack vare all nyvunnen kunskap och möjligheterna till nya effektiva farmakologiska/immunologiska behandlingar.”

Christopher kände sig mycket hedrad över att bli tillfrågad om detta uppdrag och han kunde bara inte tacka nej när SRFs valberedning hörde av sig.

Envishet, uthållighet och tävlingsinstinkt i kombination med struktur, harmoni och lugn är egenskaper som karaktäriserar Christopher. Sådana karaktärsdrag är givetvis av stor fördel i arbetet som vetenskaplig sekreterare där kraven och utmaningarna periodvis kan vara stora. SRFs nuvarande styrelse önskar hälsa Christopher välkommen in som styrelsens vetenskapliga sekreterare och ser fram emot att arbeta ihop de närmast kommande åren.



Yulia Stennikova, ny yngre läkarrepresentant ledamot i SRFs styrelse

Yulia Stennikova invaldes vid årsmötet i december 2013 som yngre läkarrepresentant i Svensk Reumatologisk Förenings (SRFs) styrelse. Yulia efterträder Johan Karlsson på den positionen. Uppdraget innebär att vara styrelsens representant för de yngre läkarna och då särskilt för ST-läkarna. Den yngre läkarrepresentanten har fokus på utbildnings- och utvecklingsfrågor som är av betydelse för ST-läkarna och därmed kommer Yulia att arbeta mycket nära SRFs utbildningsansvarige i styrelsen, nämligen Ann Knight. Men Yulia ska givetvis också delta i styrelsens löpande allmänna arbete samt aktivt delta i SRFs framtids- och strategidiskussioner.

Bakgrund och Utbildning

Yulia föddes och växte upp i Irkutsk, dvs en medelstor rysk stad med ca 750.000 innevånare i södra Sibirien, strax norr om Mongoliet, vilket innebär att Irkutsk ligger nästan 3 gånger så långt från Moskva jämfört med Stockholm, men åt andra hållet, dvs österut. Det är totalt 7 timmars tidsförskjutning Stockholm - Irkutsk som hittas på kartan på ungefär samma longitud som Thailand och Vietnam. I Irkutsk finns många universitet och vid det medicinska kom Yulia - efter tuff uttagning och redan vid 16 års ålder - in på läkarprogrammet. Vid denna unga ålder är det normalt i Ryssland för studenter att påbörja läkarstudier.

Efter 6 år - dvs år 2001 - blir Yulia klar med sin grundutbildning och examinerad läkare. Hon reser då, vid 22 års ålder, till Strömsund i norra Sverige med vilka Irkutsk då nyligen har inlett ett vänskaps- eller partnerskapsutbyte, dvs ett internationellt utbyte av tjänster inom bl a energi, bostadsbyggande, kultur men även skola och vård. Strömsund har 2000 invånare och ligger ca 10 mil norr om Östersund. Yulia minns fortfarande då hon anlände till Sverige, hur hon tyckte att naturen och klimatet inte skiljde sig så mycket från hennes egna hemtraktens vinter i Sibirien, dvs med snö, skog, gles trähusbebyggelse och med ett tydligt vinterklimat under perioden december till mars.

Yulia blir förtjust i Sverige och bestämmer sig för att försöka stanna kvar och fortsätta sin läkarutbildning här. Yulia lär sig svenska på ett halvår (!) och påbörjar senare sin AT-utbildning i Östersund 2006 efter att ha avklarat Tuleprovet, som är ett medicinskt kunskapsprov för läkare utbildade i länder utanför Norden och EU.

Varför Reumatologi?

Yulia och maken får tillökning i familjen 2008 och Yulia är ”mamma-ledig” under ett år. Efter tre år som ST-läkare inom internmedicin känner Yulia viss tveksamhet att fortsätta inom denna jourintensiva specialitet. Reumatologin lockar, inte minst därför att kliniken i Östersund har bra rykte och många trevliga kollegor, och Yulia känner att reumatologi är en specialitet som passar henne bra. Kanske kommer Yulia vilja bli dubbelspecialist, dvs även internmedicin, men har ännu inte riktigt bestämt sig.

Fritiden och Framtiden

Arbete och familj tar i stort sett all tid. Yulia är gift med Jarno, en svensk, trygg norrlänning och högskoleingenjör, som inte har något emot att varje år följa med på 26-timmarsresan till Irkutsk, och då stannar familjen där 4-5 veckor. Jarno stöttar även Yulia i hennes nya uppdrag i SRF styrelse vilket förstås kommer att innebära en hel del resor och möten inom landet.

Yulia är inte rädd för utmaningar och nya aktiviteter. Tycker ofta att sådana är spännande och inspirerande.

Som barn var Yulia med i schack-klubb och det var inte vanligt att flickor deltog i schacktävlingar i ”schack-tokiga” men patriarkala Ryssland. Även musik och piano utövades i hemmet. Men dessa aktiviteter hinns inte riktigt med idag. Kanske kan det bli mer av detta så småningom framöver

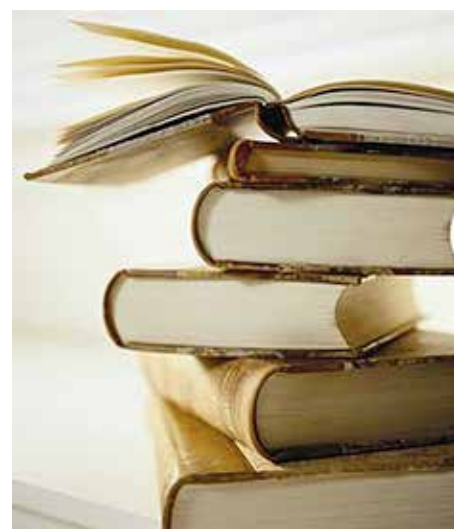
Yulia tycker det var väldigt överraskande att få frågan om att delta i SRF styrelse men samtidigt känner hon sig hedrad och att det ska bli jättespännande och utmanande att vara med i styrelsearbetet och få chans att lära sig mer om svensk reumatologi och bredda sitt nätverk, parallellt med att hon ska slutföra sin egen ST-utbildning.

Och en sak vill Yulia poängtera, vi är inte alltid så nöjda med vårt socialförsäkringssystem i Sverige. Det klagas en hel del på Försäkringskassan och sjukvårdskostnader, mm. Men jämfört med många andra länder, såsom Ryssland, är skyddsnätet så mycket bättre och tryggare i Sverige. Det ska vi inte glömma bort menar Yulia. Sverige är ett bra land att leva i.

Att få ihop tiden och vardagspusslet verkar inte bekymra Yulia som står med fötterna på jorden och tycks kunna planera och organisera sin tillvaro på ett föredömligt sätt. Såsom SRFs ordförande önskar jag Yulia mycket välkommen till styrelsearbetet och ser fram emot att arbeta tillsammans med Yulia de kommande åren och få ta del av hennes erfarenheter och åsikter i många frågor framöver.

Stockholm i januari 2014

Ralph Nisell
Ordf SRF



Tack för förtroendet!

Det kändes naturligtvis otroligt hedrande att tillfrågas om uppdraget som vetenskaplig sekreterare i Svensk Reumatologisk Förening, och jag vill börja med att tacka valberedning och alla medlemmar för förtroendet. Samtidigt är det svårt att komma ifrån känslan av skräckblandad förtjusning inför detta viktiga uppdrag.

Uppdraget innehåller alla kryddor för att bli riktigt intressant – jag tänker då i första hand på unika möjligheter till att ”nätverka”, knyta nationella och internationella kontakter, samt inte minst att kunna påverka svensk reumatologi. SRF är en föregångare och förebild för många andra specialistföreningar, och det ska bli inspirerande att få representera forskningsfrågorna i styrelsen.

Samtidigt inser jag att uppdraget kommer att bli både tidskrävande och bitvis svårt. Därför var det självklart viktigt att förankra mitt beslut både hos familj och arbetsgivare. Såväl mina medarbetare på kliniken som i forskningen vet att jag alltid är angelägen om att göra ett gott jobb, och min familj vet att jag brukar gå i mål med de uppgifter jag tar mig för.

Föregångare

Min föregångare Anna Rudin har gjort en strålande insats på posten under de två senaste åren. Framförallt tänker jag på hennes arbete med omläggningen av mötesåret som inte kan överskattas. Stort tack för dina insatser, Anna! När dessa rader sammanställs är 2014 i sin linda, och tidigare års vårmöten blir nu SRF:s Reumadagar. I år infaller dessa under april månad, men från och med 2015 kommer Reumadagarna att ligga under början av hösten. Det ska bli mycket spännande att få vara en del av SRF-styrelsen när förändringarna av mötesåret blir verklighet!

Bakgrund

Vilken bakgrund har då den nye vetenskapliga sekreteraren? I mitten av 90-talet började jag läsa på läkarutbildningen vid Hälsouniversitetet i Linköping. Redan tidigt fattade jag tycke för ämnet immunologi, men det dröjde till medicinterminen (termin 6) innan jag lite av en slump placerades på Reumatologen under några veckor. Utan djupare bakgrundskunskaper blev det snart uppenbart för mig att reumatologi egentligen handlar om ”praktisk immunologi”.

Specialiteten reumatologi blev därmed ett attraktivt alternativ genom möjligheten att



”Om andelen disputerade kliniker fortsätter minska så reduceras naturligtvis också morgondagens potentiella hand- och forskningsledare med klinisk bakgrund.”

kombineramittimmunologiskaintressemed det patientnära arbetet och närheten till forskning. Under ett år gjorde jag uppehåll i läkarstudierna för att gå den Biomedicinska forskarskolan, och kom då för första gången i kontakt med professor Thomas Skogh. Jag engagerades i ett projekt om varför C-reaktivt protein (CRP) inte reflekterar sjukdomsaktivitet vid SLE på samma sätt som det ofta gör vid RA. Thomas engagemang smittade av sig och jag var fast! I början av 2006 försvarade jag min avhandling om CRP och CRP-antikroppar vid SLE.

Translationell forskning

Såväl min avhandling som min fortsatta forskningsaktivitet ligger i linje med vad som brukar benämnas translationell forskning, dvs. den befinner sig i gränslandet mellan klinisk och pre-klinisk forskning. Sedan 2008 har jag arbetet mycket aktivt med att bygga upp ett kvalitets- och forskningsregister för SLE med tillhörande biobank i Östergötland (Kliniskt LUPusRegister i Nordöstra Götaland = KLURING).

Med de data och biologiska material som finns samlade i KLURING arbetar vi med att besvara frågeställningar om kliniskt förlopp, patogenes, biomarkörer, genetik, fenotyp, osv. Med KLURING som bas, driver jag en hel del lokala projekt och samarbetar med andra kliniker, arbetsterapeuter,

immunologer och till och med ytfysiker! Men jag är även engagerad i det svenska SLE-nätverket där samarbetsklimatet är gott och den vetenskapliga produktionen god. Sedan våren 2010 är jag specialist i reumatologi och 2012 erhöll jag docentur. Jag innehar för närvarande en tidsbegränsad 50-procentig forskningstjänst finansierad av Svenska stiftelsen för medicinsk forskning (SSMF).

Reduktionen av kliniker

Ända sedan jag själv började läsa medicin har det funnits en befogad oro vid lärosätena över att för få läkare väljer att forska. Andelen icke-läkare som disputerar inom kliniska ämnen ökar, och reumatologi är inget undantag. Det är givetvis enbart berikande att människor med olika bakgrund och grundutbildning finner reumatologin så pass intressant att man vill lägga ned tid och engagemang, men enligt mig är det också viktigt att det finns handledare med klinisk bakgrund som kan identifiera de kliniskt relevanta frågeställningarna.

Om andelen disputerade kliniker fortsätter minska så reduceras naturligtvis också morgondagens potentiella hand- och forskningsledare med klinisk bakgrund. Det här en fråga jag brinner för och kommer att fortsätta bevaka! För att entusiasmera studenter och yngre kollegor har vi som arbetar på universitetskliniken ett ansvar att i högre utsträckning beskriva hur fantastiskt roligt det faktiskt är och vilka fördelar forskningen ger – såväl i allmänhet som på det personliga planet.

Lyckas vi inte med detta kommer forskningen komma i andra eller tredje hand för morgondagens kollegor. Här är vi nog många som kan bli bättre!

Riksstämman

Den medicinska riksstämman 2013 hölls som vanligt i Stockholm i början av december, men hade ett helt nytt format jämfört med tidigare år.

Kostymen var bättre lämpad för de drygt 2.000 deltagarna och stod i skarp kontrast med de ödsliga lokalerna i Älvsjö 2012. Reumatologin var – som vanligt – starkt representerat, denna gång med fyra symposier under torsdagen.

Osteoporos med fokus på diagnostik och behandling samt ”Ryggsmärta – är den inflammatorisk?” var både välbesökta programpunkter under förmiddagen. Docent Helena Forsblad D’Elia drog ett tungt lass vid dessa symposier – tack för din insats! 2013 års vinnare av Crafoordpriset, profes-

sor Lars Klareskog, sammanfattade på ett inspirerande sätt en lång och framgångsrik forskningskarriär under rubriken "Samverkan mellan omgivningsfaktorer och gener för uppkomst av RA".

Under den sista programpunkten "Lungan och dess betydelse vid systemisk inflammatorisk sjukdom" modererade professor Ingrid Lundberg intressanta föreläsningar av kollegor från reumatologi, lungmedicin och neurologi. Exakt hur den medicinska riksstämman 2014 kommer att se ut vet vi ännu inte. Svenska läkarsällskapet har dock beslutat att ett möte i Stockholm Waterfronts lokaler kommer att hållas i början av

december även 2014. SRF har tillfrågats om förslag på programpunkter – ta gärna kontakt med mig om Ni har angelägna, gärna specialitetsövergripande, ämnen att ta upp!

SRF:s Reumadagar

Den vetenskapliga delen kommer dock fortsättningsvis att ligga under Reumadagarna. Det är därför mycket glädjande att det till SRF i år inkommit hela 83 bidrag för granskning (av professorskollegiet). Ytterligare ett dussin abstract inkom till SweReFo/FRS. Under Reumadagarnas postersession kommer Ni att kunna ta del av all denna forskning.

Några bidrag kommer att väljas ut för muntlig presentation och pris till bästa abstract utdelas. Författarna till de bästa avhandlingarna inom reumatologi under året kommer också att få chansen att visa upp sig. Således finns inga skäl att vänta längre: Gå in på hemsidan och anmäl dig till SRF:s Reumadagar i Örebro den 1-4 april!

CHRISTOPHER SJÖWALL

Vetenskaplig sekreterare
christopher.sjowall@liu.se

Scandinavian research foundation / Scandinavian Journal of Rheumatology

Stipendium för

Reumatologisk Forskning

Svensk Reumatologisk Förening har via Editorial Board i Scandinavian Journal of Rheumatology återigen i år fått möjlighet att utlysa ett stipendium på 100 000 norska kronor, varav $\frac{3}{4}$ del är ett forskningsstipendium och $\frac{1}{4}$ del personligt pris. Stipendiet kommer att delas ut till en etablerad forskare inom reumatologi - som dock ännu ej erhållit akademisk tjänst i form av professur - och som bedriver aktiv och framgångsrik forskning. Motsvarande stipendium kommer också att delas ut av de övriga skandinaviska reumatologföreningarna.

Nomineringar till stipendiet sändes enbart elektroniskt till:

SRFs vetenskaplige sekreterare Christopher Sjöwall
E-post: christopher.sjowall@liu.se

senast den 28 mars 2014

Nomineringen skall bestå av nomineringsbrev från en senior kollega, väl förtrogen med ditt arbete, CV, publikationslista och en kort beskrivning av aktuell forskning. Pristagaren utses av Svensk Reumatologisk Förenings styrelse utifrån bedömningar av en sakkunnigkommitté, och priset kommer att överlämnas den 23 september 2014 vid Scandinavian Congress of Rheumatology i Stockholm.

Christopher Sjöwall, vetenskaplig sekreterare
Svensk Reumatologisk Förening

Rapport från utbildningsansvariga

Missa nu inte fortbildningsdagen under Vårmetet - och möt vår nya ST läkarrepresentant i styrelsen!

Nytt år ger oss nya möjligheter till utbildning och förkovran! Jag vill slå ett extra slag för Vårmetet/reumaveckan i Örebro 1-4 april där programmet (presenterat i detalj på annat håll i detta nummer av Bullen) är späckat av kunskap både i form av nya svenska forskningsrön som annan expertkunskap. Särskilt vill jag påminna om fortbildningsdagen fredagen den 4 april på förmiddagen.

Programmet riktar sig i första hand till färdiga specialister, men naturligtvis är alla välkomna. De första programpunkterna är tänkta som "interaktiva seminarier" med utvalda experter för respektive ämne som presenterar aktuella rön och egna erfarenheter inom respektive ämne men med utrymme också för auditoriets frågor, "kneppfall" och diskussioner.

Ämnena är Nya biologiska läkemedel - vad kan vi vänta oss?, SLE- finns det någon "modern" behandling?, Hyper IgG4 syndrom- i teori och praktik och Rituximab och behandling av systemiska vaskuliter. Ta tillfället i akt att presentera svåra fall eller komma med intrikata frågeställningar till föreläsarna!

Innan lunch får vi en efterfrågad föreläsning om biosimilars Biosimilars- vad är det och hur ska vi hantera dem? Högaktuellt ämne, och något vi alla behöver begrunda och begripa. Fortbildning ska vara ett återkommande och påtagligt inslag även i fortsatta "Reuma-veckor" och jag hoppas på

synpunkter på årets och kommande veckors program!

Fortbildningssnurrar rivstartar med två utbildningar under februari:

Bild- och funktionsmedicin för reumatologer i Göteborg och Modern handläggning av SLE i Stockholmstrakten. Håll dig uppdaterad om kommande utbildningar via kalendariet på SRFs hemsida. Även SK-kurserna rullar på och under 2014 kommer Inflammatoriska systemsjukdomar ges två gånger, dels i Göteborg som SK- liknade kurs (februari) och del i Stockholm i oktober.

Mer om detta framöver från Yulia, vår nya styrelseledamot och ST-läkarrepresentant som presenterar sig här.

Ny styrelseledamot och ST-läkarrepresentant

Det var oväntat och hedrande att få förtroende att ta över uppdraget efter Johan. Det ska bli spännande och inspirerande att delta i styrelsearbetet och framför allt att arbeta med utbildningsfrågorna tillsammans med Ann Knight.

Efter 6 år som ST-läkare, inom internmedicin till att börja med och sedan inom reumatologi, har jag en ganska lång erfarenhet av att vara ST-läkare och att dagligen försöka lägga ihop pusslet av kliniskt arbete, kurser, randningar, projekt, verksamheten på min mottagning och inte minst familj. Det är inte alltid så lätt, ni känner säkert igen er mer eller mindre. Därför är det mycket viktigt att ha ett gott stöd och riktlinjer för ST-utbildning från specialistföreningen.

Redan idag har vi genomarbetade målbe-

skrivningar, innehållsrika SK-kurser, nationella och regionala ST-dagar och andra utbildningsmöjligheter. Jag ser fram emot att fortsätta arbetet med utveckling av vår ST-utbildning.

En strukturerad och välplanerad ST-utbildning är en stor attraktionskraft i rekryteringen av nya medarbetare. En annan fråga som jag vill lyfta fram är möjligheten till ledarskapsutbildning, för visst finns det behov av sådan kompetens bland oss yngre läkare.

En spännande tid framöver

Nu ser jag fram emot det kommande året som erbjuder spännande möten, utbildningar och möjligheter att träffas och få synpunkter och förslag till utveckling. Ett stort tack till Johan Karlsson som har gjort ett mycket gott och gediget arbete som yngreläkarerepresentant i styrelsen!



YULIA STENNIKOVA
ST-läkarrepresentant
ANN KNIGHT
Utbildningsansvarig



Koordinator sökes

till Svensk Reumatologisk Förenings kansli

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) söker en koordinator på heltidstjänst till vårt kansli med arbetsplatser både vid Reumatologkliniken Karolinska Universitetssjukhuset Solna och QRC (Kvalitetsregistercentrum) Solna. Din funktion blir att vara en kombination av kanslichef, administratör, projektledare och verksamhetsutvecklare.

Du bör vara utåtriktad, service-minded, initiativrik, ha administrativ kompetens och vana av självständigt arbete. Mycket god samarbetsförmåga är ett krav. Forskningskompetens liksom tidigare erfarenhet av registerarbete är meriterande.

Huvudsakliga arbetsuppgifter:

- Vara kontaktperson för medlemmar, SRQ (Svensk Reumatologis Kvalitetsregister), företag och vid uppdragsforskning
- Ansvara för utveckling och förbättring av hemsida och andra kontaktytor
- Organisera och administrera SRFs nationella möten 1-2 gånger per år

- Ge administrativt stöd till/föra protokoll för SRF styrelse, dess Registerråd samt arbetsgruppen ARTIS (Anti-Reumatisk Terapi I Sverige)
- Sprida och popularisera resultat från forsknings- och utvecklingsarbete
- Ansvara för dokumenthanteringssystem

Din ansökan skickas till SRF-ordförande Ralph Nisell (ralph.nisell@karolinska.se), senast den 27 mars.

Din arbetsgivare blir "SRF Service AB".

Förutom CV skriv även ett kort personligt brev där det framkommer varför just du söker denna tjänst. *Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.*

Tillträde enligt överenskommelse.

Nationella ST-läkardagarna 2014

ST-läkardagarna kommer att äga rum måndag 19 maj från kl. 12.00 till tisdag 20 maj kl. 14.30 i Hotell Gamla Fängelset, Storgatan 62, Umeå

Tema Infektioner – som orsak eller verkan

Det blir intressanta föreläsningar av infektionsläkare, lungläkare, neurolog och reumatologer. Vi kommer också att diskutera patientfall och deltagare som så önskar är välkomna att anmäla fall för diskussion. Vi får också aktuell information av Svensk Reumatologisk Förenings (SRF:s) nya Yngreläkarrepresentant Yulia Stennikova.

Kostnad: Hemmakliniken står för resekostnaden och anmälningsavgift. 500 SEK för medlem i SRF, 2000 SEK för icke-SRF-medlem. Anmälningsavgiften återbetalas ej vid sen avanmälan.

Mer detaljerat schema och anmälningsblankett kommer som länk på SRF:s hemsida under februari månad.

Välkomna till två givande dagar i Europas kulturhuvudstad 2014!

Ewa Berglin
ST-studierektor

Lotta Ljung
Överläkare

Reumatologiska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus
ewa.berglin@vll.se
070-286 45 49



annons

Anders ST-krönika

Sluta aldrig att åka skridskor!

Ja, är man född och uppvuxen i Gävle, en hockeyälskande stad där Brynäs är så framgångsrikt i en folkjär sport med konkurrens från norr till söder i landet kanske man tror att ovanstående "sluta aldrig åka skridskor" myntades av någon hockeytränare under mina unga år.

Men så är det inte i mitt fall. Någon stor hockeyspelare blev jag inte, tror karriären slutade efter hockeyskolan i 7-8 årsåldern, utan uttrycket minns jag från läkarutbildningen från en karismatisk läkare och föreläsare.

Vad jag tror han menade var att det inte duger att bara glida med utan man måste aktivt ta de skär som för en framåt i den riktning man önskar och sen lära sig att ta översteg åt olika håll för att det hela inte plötsligt tar slut i sargen.

Det var inte bättre förr

ST-läkare över landet kommer i framtiden inte bara gå i upptrampade fotsår och lära sig de kunskaper som nu finns tillgängliga utan ifrågasätta både läroböcker och professorer, invanda rutiner på kliniker och målbeskrivningar för att skapa framtidens reumatologi. Det var inte bättre förr.

Ett slående exempel på att vi ST-läkare har fulla mandat från de som ligger främst fram i forskningen tar jag från de innehållsrika och välplanerade regionala ST-dagarna som genomfördes i Uppsala i början av januari 2014 där det denna gång var fokus på IgG4 relaterad sjukdom ena dagen och genetik och reumatologi den andra dagen.

Den avslutande uppmeningen från professor Lars Rönnblom var att framgången till nya upptäckter och svar inom reumatologin låg i att tänka i nya banor och inte bara ha fokus på det vi känner till idag. Kanske inte så överraskande tycker många men med tanke på orden belägna över ingången till aulan i universitetshuset i Uppsala "Tänka fritt är stort men tänka rätt är större" tycker jag ändå det är värt att uppmärksamma.

Ingen nämnd, ingen glömd

Jag vill även knyta an till den intressanta och underhållande krönika som Sara Wedrén skrev i förra numret av RB där bland annat ACR-kongressen diskuterades. ACR 2013 var även för mig debut för en kongress av dessa mått. Efter en intensiv och lärorik vecka hade jag som många andra hade samlats för att lyssna till sammanfattningsföreläsningen för ACR 2013 och till min glädje får jag höra omnämnas den



poster som ST-läkaren Johanna Bengtsson presenterat. Den tog upp risken att drabbas av pneumokockinfektion om patienten var vaccinerade eller ej.

Att Johanna själv inte nämndes får man se som en brist av de som presenterade sammanfattningen, annars tyckte jag mig höra flera "From our colleagues in Oregon professor..." etc. Fortsätt med nya intressanta presentationer så kommer ditt namn säkert nämnas i framtiden!

Det är kallt

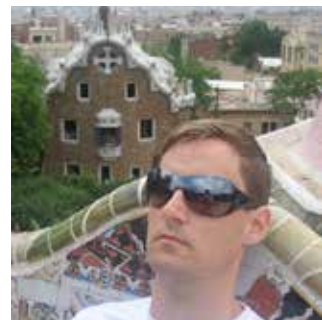
Mörkret har sedan länge tagit över från dagen. Jag springer en välkänd runda men just denna gång känns annorlunda. Benen är starka och varje steg känns spänstigt.

Runt om mig ligger snön lätt som dun och dämpar alla ljud från trafiken som går längs med gångbanan.

Ljuset från gatlamporna lyser genom grenverket på träden vars grenar är täckta med snö. En känsla av att springa i en tunnel in-

finner sig. Det kommer bli en bra tid, men tiden är helt sekundär ikväll. Det är känslan jag tar fasta på.

Att åka skridskor och tävla är viktigt men kom även ihåg: Don't play when you work and don't work when you play.



ANDERS LIND
ST läkare Reumatologi Gävle

FOLKETS HUS, STOCKHOLM / 20-23 SEPTEMBER 2014

Scandinavian Congress of Rheumatology



Den 35:e Skandinaviska kongressen i reumatologi 20-23 sept 2014 i Stockholm

Välkomna till den 35:e Skandinaviska kongressen i reumatologi som kommer att äga rum den 20-23 september, 2014 i Folkets hus, City konferenscenter vid Norra Bantorget i centrala Stockholm.

Som vi tidigare har meddelat kommer den skandinaviska kongressen 2014 att ha ett fokus på områden som är av gemensamt intresse i de skandinaviska länderna. Ett viktigt mål med kongressen 2014 är att ge unga forskare som arbetar med vetenskap inom reumatologi möjlighet att presentera sig och sin forskning. Ett annat viktigt mål är att lyfta fram tvärprofessionell forskning inom Skandinavien. Kongressen sker i samarrangemang mellan Scandinavian Society for Rheumatology, Svensk Reumatologisk Förening, Nordiskt Reumaråd som representerar de nordiska patientföreningarna, nordiska Health Professionals och barnläkare från Skandinavien.

Det är nu möjligt att börja lägga in abstracts. **Sista dagen att skicka in abstrakt är den 15 april, 2014.**

Nedan följer de områden som kommer att finnas med på programmet som vetenskapliga sessioner:

- **How to apply current knowledge comparing the effectiveness of treatments for rheumatic diseases**
- **Treatment strategies for RA- Today and tomorrow**
- **The pre-clinical and very early phases of RA: disease mechanisms and opportunities for prevention**
- **Pain in rheumatic diseases- clinical and molecular aspects**
- **Spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis)**
with modern management of psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis
- **Modern imaging - clinical and molecular**
- **Osteoarthritis - Molecular and Clinical aspects**
- **Fatigue and cognitive dysfunction in rheumatic diseases**
- **Life style factors and intervention in rheumatic diseases**
- **Modern anti-rheumatic treatment and current strategies for prevention of infections**
- **Immunological mechanisms and clinical phenotypes in inflammatory systemic diseases**
- **Autoinflammatory diseases**
- **Adolescent rheumatology**

Därutöver kommer vi att ha workshops kring olika teman och några s.k. keynote lectures, varav en om ANCA-associerad vaskulit, där professor David Jayne från Cambridge har tackat ja.

Följ utvecklingen av programmet på www.scr2014.se

Varmt välkomna!

Ingrid Lundberg
Scandinavian Society for Rheumatology

Ralph Nisell
Svensk Reumatologisk Förening

Prisad undervisning i Skåne

Undervisningen i reumatologi av studenter på läkarlinjen i Lund och Malmö sker sedan många år under termin sju. Vid den senaste omstruktureringen av läkarutbildningen hos oss höstterminen 2010 förändrades terminen sju radikalt. Förutom reumatologi omfattar terminen nu infektion, dermatologi, neurologi, neurokirurgi, kognitiv medicin och öron- och ögonsjukdomar.

Ett digert pensum för studenterna och en logistisk utmaning för lärarna med tanke på att det i vardera Malmö och Lund utbildas cirka 45 studenter per termin. En engagerad kursledning har fått det att fungera, även om vi "på golvet" ibland tycker att varje ämnes del nu krympt så att smärtgränsen är nådd.

För reumatologins del innebär det att utöver temadagar och andra helkursföreläsningar har vi 6 dagar till vårt förfogande då studenterna kan ägna sig åt reumatologi. Det blir intensiva dagar där vi fokuserar på klinisk kunskap med mycket praktisk undervisning och träning i undersökning av leder, falldiskussioner, "bedsideronder", undervisning på mottagningen etc.

Detta ställer stora krav dels på organisationen, dels på god handledning av alla medarbetare på kliniken. Undervisningens utformning förändras kontinuerligt och vi försöker vara lyhörda för studenternas synpunkter i de muntliga och skriftliga utvärderingar som genomförs efter de sex dagarnas tjänstgöring vid kliniken.

Samordning av studentorterna

Nämnas bör också att sedan några terminer tillbaka undervisas cirka tjugofem studenter från termin sex på läkarutbildningen i Helsingborg och för dessa studenter ansvarar reumatologkollegerna där för reumatologiundervisningen. Vi försöker samordna undervisningen mellan studieorterna i största möjliga utsträckning och avslutande tentamina på termin sju är gemensamma för de tre studieorterna.

Hård konkurrens

Förattentusiasmerade medarbetarna har kursledningen instiftat två priser som delas ut dels till bästa kliniska placering under terminen, dels till bästa icke universitetsanställda handledare under terminen.

Studenterna röstar om detta i samband med

den skriftliga tentamen. För den utvalda kliniken är det en stor ära att föräras denna utmärkelse, för den utvalde handledaren tillkommer förutom äran och diplom ett presentkort på tusen kronor i bokhandel. Konkurrencen är med hänsyn till antalet ämnen under terminen hård och priserna är således eftertraktade.

För bästa kliniska placering har reumatologi i Lund under flera terminer legat god tvåa efter infektionskliniken och för vårterminen 2013 utsågs klinikens Lundadel till bästa kliniska placering. Inte nog med detta, bästa kliniska handledare blev Helena Tydén, specialistläkare och forskarstuderande i Lund.

Denna utmärkelse gick vårterminen 2012 till docent Dirk Wuttge och 2011 fick docent Bjarne Hansen i Malmö detta pris både under vår- och höstterminen.

Nyrekrutering av ST-läkare

I det tämligen turbulenta klimat som vi i Region Skåne lever i för närvarande vad avser sjukvårdsorganisationen är dessa utmärkelser ljuspunkter att glädjas åt.

På sikt hoppas vi att klinikens goda rykte bland studenterna skall visa sig också när det gäller nyrekryteringen av ST-läkare och forskarstuderanden. Det finns flera bevis på att vårt arbete med studenterna burit frukt i detta avseende.

Ett konkret exempel är hur ST-representanten i SRF:s styrelse som nyligen avgått, Johan Karlsson, rekryterades. Han kontaktade när det var dags att göra en fördjupningsuppgift under läkarutbildningens slutfas vilket ledde till ett ST-block och en doktorandutbildning som nu befinner sig i slutfaserna.

Johan hade inte kommit hit om han inte känt sig väl omhändertagen och uppskattat undervisningen under termin sju hos oss. Elisabet Berthold, som nyligen fått ett ST-block, har rekryterats på motsvarande sätt. Hon befinner sig i inledningsfasen av ett doktorandprojekt.



Dirk Wuttge - bästa kliniska handledare 2012 och Helena Tydén - bästa kliniska handledare 2013.

TORE SAXNE
Professor i reumatologi

*Institutionen för
kliniska vetenskaper,
Lund, Lunds universitet
och Reumatologikliniken,
Skånes universitetssjukhus*

Guld – gyllene läkemedel som passerat zenit?

I ReumaBulletinens serie om olika anti-reumatika publiceras nu den om guld.

Historik (6)

Guld förekommer naturligt som vaskguld och bergguld. Redan 5 000 f Kr hade man i Mesopotamien lärt sig att utvinna och bearbeta guldsanden i sjöar och flodbäddar. Specialisterna på ädelmetall insåg att det synliga vaskguldet måste härstamma från dolda källor. Bergguldet upptäcktes på så vis och snabbt utvecklades gruvteknik för att bryta, raffinera och bearbeta dessa fyndigheter. Guld har sedan dess varit ett uttryck för rikedom och makt, men det har också givits stort symbolvärde i olika sammanhang, se exempel i figur 1.

Guld tillskrevs också tidigt läkande/helande egenskaper. Plinius d.ä. (död 79 e Kr vid Vesuvius utbrott) anger i sin *Historia Naturalis* att finpulveriserat guld är verksamt vid olika typer av sårbildning, men också kan ges till barn för att oskadliggöra gift och trolldom. Saxo Grammaticus uppger i sin Danesaga att sagokungen Frode strödde malet guldstoff över maten som ett skyddsmedel mot onda anslag i form av förgiftning. Alkemisterna, som ihärdigt letade efter ett elixir som kunde förvandla oädla metaller till guld, var övertygade om att den röda tinkturen i det näst sista stadiet, innan omvandlingen till äkta guld skulle ske, producerade ett s.k. ”drycksguld”, *aurum potable*. Detta guld, skulle om det intogs i små och rätta mängder, förlänga livet, skänka evig ungdom och bota de svåraste sjukdomar. I många farmakopéer från 1500- och 1600-talet förtecknas ”*aurum foliatum*”. Detta mycket tunna, uthamrade guld revs till ett pulver, som användes för behandling av såväl syfilis som skrofler (hudtuberkulos).

Modern tid

Användandet av guld som läkemedel i modern tid har sin grund i det föredrag Robert Koch höll vid den 10:e internationella medicinkongressen i Berlin 1890, figur 2a & b. Koch, som var känd över hela världen för sina epokgörande upptäckter av olika mikrober, förväntades presentera ytterligare ett medicinskt genombrott. Koch som var en ytterst noggrann och seriös vetenskapsman, kände sig uppenbarligen tvingad att tumma på sina berömda Kochska postulat för han bekantgjorde på kongressen att han upp-



Figur 1. Danae och guldregnet. Oljemålning daterad 1787 av Adolf Ulrick Wertmüller, Statens konstmuseer, Stockholm. Kung Akrisos hade av ett orakel blivit spådd att han skulle dödas av en dotter. Han stängde därför in sin undersköna dotter Danae i ett högt torn. Zeus upptäckte emellertid henne, upptändes av kärlek och föll över henne i form av ett guldregn. Förbindelsen resulterade i Perseus födelse och därmed lades också grunden för ett flertal hjältedåd/sagor.

täckt att en cyan-guld-förening hämmade tuberkelbacillens växt *in vitro*.

Han möttes av ovationsartat jubel efter detta besked. Äntligen fanns ett botemedel mot den fruktade och allhärjande tuberkulosen. Ingen lyssnade till Kochs förmaningar om att dessa resultat var preliminära och måste konfirmeras vid *in vivo*-försök.

Koch var av olika skäl pressad att vid denna kongress i ett gryende Stortyskland leverera en ny världssensation.

Han hade nämligen redan själv gjort *in vivo*-försök och besviket konstaterat att effekten uteblev. Kongressdelegaterna åkte emellertid förvåntansfulla hem och började pröva olika komplexföreningar av guld vid behandling av tuberkulos. Först 20–30 år senare blev man överens om att dessa preparat var verkningslösa.

Guld som antireumatikum (kryoterapi)

På flera håll i världen började man på 1920-



Figur 2a. Robert Koch (1843–1910) tilldelades 1905 års nobelpris i medicin för sina epokgörande upptäckter inom bakteriologin. Se i övrigt brödtexten. Frimärket utgavs i Tyskland 1943 till 100-årsminnet av hans födelse.

Figur 2b. Minnespoststämpel från den 10:e internationella medicinska kongressen i Berlin 1890. Vid denna kongress presenterade Koch sina rön om tuberkulosbekämpning och den svenske barnläkaren Oscar Medin sina om polions orsaker.

talet att testa olika typer av guldföreningars effekt på kronisk artrit. Detta betraktades som logiskt, då man ansåg att det bara var en tidsfråga innan mikroben som utlöste kronisk artrit identifierats.

Kunde guld hjälpa mot tuberkulos så var det väl sannolikt att även andra mikrobiellt utlösta sjukdomar skulle kunna påverkas gynnsamt.

Den person som ihärdigt, systematiskt och under lång tid (1930-talet) testade guldpreparats effekt på kronisk artrit var fransmannen Jaques Forestier, verksam i Aix-les-Bains (7). Han fick för den tiden mycket goda resultat. Hela 60% förbättrades påtagligt, en del i sådan utsträckning att man kunde tala om bot (1-3). Han fann också att intramuskulär tillförsel var överlägsen intravenös och detsamma gällde för vattenlösliga preparat vis à vi oljesuspensioner. De senare gav dessutom ofta upphov till lokala besvär, abscesser på injektionsplatsen. Han visade också att det var något speciellt med guld. Andra metaller som silver och koppar hade inte alls samma effekt (4).

Jaques Forestier reste efter andra världskrigets slut med stora förväntningar till den första internationella efterkrigskongressen i New York 1949. Han skulle där redogöra för sina unika samlade erfarenheter av guldbehandlingens effekt vid ledgångsreumatism (RA). Han räknade med att denna presentation skulle bli en av kongressen absoluta höjdpunkter. Så blev inte fallet till hans stora besvikelse. Den allt över-skuggande kongresshändelsen blev Philip Henchs och medarbetares föredragning av det nyligen renframställda kortisonets dramatiska effekt på ledinflammationen vid RA. Forestiers resultat konfirmerades senare i flera kontrollerade studier som den av Frazer 1945, UK's Empire Rheumatism Council 1957 och ARA:s 1973 (5).

I Sverige tillvaratog Fredrik Sundelin tidigt dessa erfarenheter och gick i bräschen för att guldbehandling mera allmänt skulle användas i vårt land. Han sammanställde sina svenska erfarenheter i en avhandling, som utkom 1941, se figur 3a & b.

Sundelins avhandling

Avhandlingen är en monografi på 291 sidor, som fördelas på två ganska likstora delar. Del I är en utförlig litteraturgenomgång och del II en redogörelse för hans egna erfarenheter. I bägge delarna läggs tyngdpunkten på biverkningar och komplikationer, deras frekvens och möjligheter att förebygga detsamma. Många referenser i del I behandlar guldbehandling vid tuberkulos.

Terapiregim och monitorering skiljer sig påtagligt från dagens. Guld tillfördes såväl intravenöst (Sanocrysin) som intramuskulärt (övriga preparat). Doserna var avsevärt högre än de som senare kom att bli standard, 100–500 mg en gång i veckan. De gavs

ofta i kurer om cirka 20 veckor. Det förelåg ett klart samband mellan dos och frekvensen biverkningar samt svårighetsgraden av dessa. Biverkningar, framförallt lindrig dermatit, tolkades dock som ett positivt tecken på att kroppen lät sig påverkas och att gynnsam behandlingseffekt kunde förväntas. Detsamma gällde om man initialt fick feberreaktion och ledsmärtor. Sådana symptom kallas av Sundelin fokalreaktion (hos andra författare biotropism). Uttalade biverkningar var dock fruktade och ibland fatala. Vanligaste dödsorsakerna var erythrodermi, en form av exfoliativ dermatit och agranulocytos.

Behandlingseffekten vad gäller ledsymptomen var god. I genomsnitt förbättrades i bästa fall "geheilte" 81%. Sundelin själv finner en förbättring i 93% i sitt patientmaterial. Tyvärr ges bara sparsam information om instrumenten för att mäta och värdera behandlingsresultaten.

Per oralt och radioaktivt guld

Finländaren Luukkainens arbeten och avhandling 1977 visade att kryoterapi kunde vara sjukdomsmodifierande (9). Detta tillsammans med ytterligare en rapport från "The British Empire of Rheumatism Council" om att guldbehandling var den terapi som gav bäst hopp om sjukdomsmodifiering, intensifierade och inspirerade läkemedelsbolaget Smith Kline & Frenchs pågående forskning om att utveckla ett oralt guldpreparat. Redan 1972 rapporterades i J Pharmacol Exptl Therapy, att en substans, SK&F 36914, hade antireumatisk effekt och tio år senare registrerades Tabl Ridaura (auranofin) i Västtyskland. Preparatet motsvarade dock inte förväntningarna och började avregistreras 2003. Under en kort period på 1960- och 1970-talet provades effekten av radioaktivt guld (AU198) framför allt av barnreumatologen Barbara Ansell i England. Det tillfördes intraartikulärt i hopp om att åstadkomma kemisk synovectomi (10).

Slutord

Myocrisin, som sedan 1970-talet varit det dominerande preparatet vid parenteral guldterapi, finns fortfarande registrerat, men man undrar om dess saga snart är all? Idag är användningen ytterst sparsam.

Referenser:

1. Forestier J. *L'aurotherapie dans les rhumatismes chroniques. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hopitaux de Paris* 1929;8: 23.
2. Forestier J. *Rheumatoid arthritis and its treatment by gold salts. The results of six years' experience. J Lab Clin Med* 1935; 20: 827.



Figur 3 a & b. Fredrik Sundelin (1894–1973) och titelsidan på hans avhandling. Från 1932 och till sin pensionering var han överläkare vid Nynäs kuranstalt.

3. Forestier J. *Åtta års erfarenhet av guldterapi vid kronisk rheumatism. Nordisk Medicinsk Tidskrift* 1936; 12: 1414.
4. Forestier J. *Comparative results of copper salts and gold salts in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis* 1949; 8: 132.
5. Kean WF, Forestier F, Kassan Y, Buchanan W, Rooney PJ. *The history of gold therapy in rheumatoid disease. Semin Arthritis Rheum* 1985; 14: 180. (J Forestiers son medförfattare!)
6. Leden I. *Guld–En kulturhistorisk och medicinhistorisk betraktelse. Halmstad: Civilen* 1988.
7. Leden I. *Jaques Forestier: en av reumatologins förkämpar i Frankrike. Läkartidningen* 1989; 86:2689–90.
8. Leden I. *Jaques Forestier. Grundaren av fransk reumatologi. ReumaBulletinen (nr 64)* 2006: 20–21.
9. Luukkainen R, Kajander A, Isomäki H. *Effect of gold on progression of erosions in rheumatoid arthritis. Better results with early treatment. Scand J Rheumatol.* 1977;6(3):189–92.
10. Virkkunen M, Krusius FE, Heiskanen T. *Experien ces of intra articular administration of radioactive gold. Acta Rheum Scand* 1967;13:81.

Historieberättare:
IDO LEDEN

Ioannis krönika

Julen är över och det nya året har redan visat upp sin karaktär. Utanför Wienerkonditoriet retas luktsinnet av nybakad semla. Normen "allt i sin tid" och "allt på sin plats" verkar inte komma bra överens med dagens giriga och bekväma samhälle. På gott många gånger, på ont några andra...

Johannesbröd till exempel smakade faktiskt bättre på väg från Kappadokien till Antalya än vad det gjorde hemma i Sverige. Visste du att Johannesbrödsfrön använts som motvikt till guld och diamanter och att vartenda frö väger exakt 0,2 gram? För mig är det färsk kunskap och varför vara självisk när man kan dela med sig?

Att dela med sig är oftast roligt och ibland välbehövligt. Man har inte tid att prata av sig när det är som stressigast på jobbet.

Man tänker inte ens på att göra det. Men det behövs verkligen. Vilken tur att jag har

trogna läsare att lasta av mig på ibland. I detta nummers bekännelse får du äran och plikten att hjälpa mig dela tunga tankar.

"Allt i sin tid" -normen kommer definitivt inte bra överens med verkligheten på en akut slutenvårdsavdelning. I år blir det bara få lediga dagar under jul- och nyårshelgen. Fyra veckors placering på vår slutenvård. Jag uppskattar slutenvårdsplaceringen, den är lärorik på många vis. Man lär sig att jobba i team och som läkare leda teamet.

Man blir kunnigare och duktigare av allt detektivarbete man lägger ner. Ofta är det tufft att som specialist bära ansvar. Jag har kanske inte lärt mig mer reumatologi sedan jag titelförts som specialist, men jag har faktiskt mognat till och åldrats decennier. Anna har definitivt bidragit till det.

Jag träffar Anna för första gången på en bakjourslördag någon gång i mitten av oktober. Du vet, en sådan lördag då man önskar sig att komma lindrigt undan. Hon stäl-

ler till det för mig när hon under pågående sepsis börjar tappa tryck och saturation till kritisk nivå. CIVA kopplas in.

Måndagen efter har Anna kommit tillbaka till sin enkelsal på avdelningen och är lika gnällig och härlig som innan. Sällan nöjd med något men trevlig. En sådan där excentrisk typ som ständigt kräver och som fullt medveten om sin svåra situation tar hissens ner till kylan för att njuta av en cigarett. En figur som för ett par externa ögon kanske inte kan vinna ens empati. Men varken du eller jag hade kunnat uppvisa någon bättre inställning om vi var i hennes säng.

Det hela börjar år 2010 med det tråkiga beskedet att cancern i rektum hade recidiverat. Svår lokalisation, dålig prognos.

Rektal amputation är enda hoppgivande lösningen och leder till ett envist sår och några misslyckade försök till rekonstruktion. Djupa ventromboser i efterförloppet gör inte saken bättre. I bagaget har hon dels



Landskap i Kappadokien. Egendomliga formationer av ask och lava. Vulkanen som anses vara skyldig till dessa ses långt in i djupet.

en svår SLE med artrit, hudutslag och blodpenier, dels en biopsiverifierad dermatomyositis, dels myasthenia gravis. Kraftigt immunsupprimerad med olika slags läkemedel och perioder av neutropeni, rätt förutsättningar för sepsis vid flera tillfällen.

Till oss kom Anna i slutet av september. När jag tar över ansvaret för henne på avdelningen har hon legat där i tre månader.

Tre långa månader med ihållande feber och multiseptisk bild. En elak pseudomonasstam som utvecklat resistens mot allt utom imipenem, ett reaktiverat EBV och växt av Candida i olika odlingar. Utbredda hudulcerationer, svårbedömda njurförändringar i både datortomografi och biopsi, inkonklusiva undersökningar av lever och lungor med inflammatoriska intrahepatiska förändringar respektive solida och kaverna lesioner. Lymfomatoid granulomatosis. Uttalade smärtor och otroliga mängder opioider, helt frikostigt. Dr Gregory House som råkar gå jour i samband med ett av mina pass konsulteras men ger upp även han.

En tragisk, nu magerlagd figur med stark vilja att leva. En elitidrottare som flyttade från sitt hemland till Sverige och gifte sig

med sin tränare. En kvinna med drömmar och patos. En omtyckt människa. Vänner kommer och går. Tränaren är nu före detta make men ändå här. Elise, dottern, kommer inte så ofta. Hon klarar inte av att se sin mamma i detta tillstånd. Mamman från hemlandet är också här. Hjärtsjuk och svag. Hon har mediciner med sig som ska räcka januari ut.

Det kommer inte att behövas. Anna lämnar oss den 16 januari kl. 10:00. Hon är inte bara vår patient. Hon är vår vän. ”Jannis, när du informerar min mamma ska du tänka på grekiska tanter på gatan. Enkelt språk. Detaljer spelar i alla fall ingen roll vid det här laget.” Så rätt. Så medveten. Så enormt stark.

Det är inte konstigt att jag varit uppe sent varenda natt denna vecka. Minnen och bilder passerar förbi när jag blundar.

Aleksandra Antovic som också är med vid sista tidens omvårdnad och händelsen har även hon haft oroliga nätter. Vi är läkare. Vi ska inte ta med oss hem det vi ska ta hand om på jobbet. Enklare sagt än gjort.

Kanske för att vi är reumatologer och isolerade i en onekligen trygg miljö där patienter sällan avlider. Jag hade nog inte velat vara kirurg kan jag säga.



En nyfiken kamel på vägen från Kappadokien till Antalya.

De senaste nyheterna från Grekland är att jag nu officiellt är reumatolog även där.

Det är som igår när jag för fem år sedan tar det stora steget och flyttar till Sverige med mål att bli specialist och sedan flytta tillbaka till Aten. Målet är avklarat. Men jag är kvar. Inte minst för att Iva Gunnarsson har planer för mig. Jag tar livet som det kommer. I vårt giriga samhälle där ”allt i sin tid” och ”allt på sin plats” inte tillämpas rättvist seglar jag med nuets vind.

Den aktuella vinden blåser norrut och verkar vilja behålla riktningen i åtminstone några år framöver tills jag försvarat en avhandling. Jag skingrar dystra tankar när jag tränar efter jobbet på kvällen och rekommenderar att du också ska göra det. Jag inser att jag kan känna mig lycklig över att jag är frisk och intakt.

Vi kommer alla att sakna Anna. Men där uppifrån vill hon säkert som jag att du nu, istället för adjö, ska ge henne ett stort leende som du ska hålla kvar i ansiktet tills vi möts igen mot slutet av våren. Jag vet att du inte vill svika henne.



Landskap i Kappadokien.
Egendomliga formationer av ask och lava.

IOANNIS PARODIS

ioannis.parodis@karolinska.se

Denna krönika, som alla andra, är baserad på en verklig händelse. Av integritetsskäl har namn och vissa uppgifter byts ut.



I vår artikelserie Inför SCR 2014 presenterar våra nordiska grannländer sitt resp lands reumatologi. Vi har redan haft presentationer av reumatologin i Norge (RB 3/2013) och på Island (RB 5/2013). Nedan presenterar Lars Juul - formand i Dansk Reumatologisk Selskab (DRS) - reumatologin i Danmark. Vi har valt att ha texten på danska eftersom den är lättförståelig.



Reumatologien i Danmark

Historik

I 1800-tallet skete der en opblomstring af de gamle kurbade i Europa. Motion, sund levevis ("Diætetik") og vandkure – indvortes og udvortes var en del af behandlingen. I 1834 åbnede en af de første danske vandkuranstalter i Rosenborg Have i København. Vandkuranstalterne havde ofte nogle af landets bedste læger – betegnelsen "badelæge" har først langt senere fået en nedsettende klang.

Den danske forfatter Herman Bang beskriver i romanen "Det grå hus" sin farfar, den fornemme Oluf Bang (1788–1877), der var professor i medicin og tilknyttet Rosenborg Brøndkuranstalt. Omkring 1900 var Hans Ditlev Jansen (1875–1953) chef. Han var også intern mediciner og interesserede sig for medicinsk behandling af inflammatoriske lidelser, bl.a. radiumbehandling af reumatoid arthritis og kombinerede således medicinsk behandling og fysiurgi.

Fysiurgerne fokuserede på musklerne

Danske læger var endvidere stærk inspirerede af den svenske sygegymnastik og medico-mekaniske gymnastik med øvelser i maskiner og fra Holland kom en videreudvikling af den oldgamle massagebehandling. I 1902 dannedes "Selskabet for

Fysisk Terapi og Diætetik", der regnes for den første forløber til Dansk Reumatologisk Selskab og i 1918 blev specialet anerkendt af lægeforeningen som selvstændigt speciale. I 1920 forsvarede Rigshospitals



Olof Lundt

fysiurgen Johannes Helweg (1881–1957) sin disputats, hvor han argumenterede for, at iskias er en lidelse i muskler og ikke nervebettinget. Hans Jansen var i stærk opposi-

tion hertil og det kom efterfølgende til en bitter splittelse i faget og på Helwegs initiativ blev selskabet i 1921 omdøbt til Dansk Fysiurgisk Selskab. Fysiurgerne fokuserede på musklerne – både behandlingsmæssigt, hvor massage og palpatorisk diagnostik fik en fremtrædende plads og forskningsmæssigt, hvor der blev forsket i muskelfysiologi, bl.a. på August Kroghs fysiologiske institut.

I 1936 dannede reumatologisk interesse-rede internmedicinere Dansk Selskab for Gigtforskning, der var tæt knyttet til Gigtforeningen.

Ny behandling

Sideløbende blev der forsket i de inflammatoriske sygdomme. Siden starten af 1900-tallet var man begyndt at skelne inflammatoriske ledsygdomme fra osteoarrose ved hjælp af Røntgenundersøgelser og posthume patologiske undersøgelser.

Fra 1930'erne førte erkendelsen af gigtfebers infektiøse årsag til antagelsen af at andre inflammatoriske ledsygdomme som reumatoid artrit også må være infektiøst betinget. Man afprøvede fra 1932 Guld-salte, som kendtes til behandling af TB samt Sulfonamid og senere Penicillin.

Forestillingen om infektion som årsag til reumatoid artrit bestyrkedes af at der er



effekt af Salazopyrin og Penillicilamin, som strukturelt ligner visse antibiotika. Nanna Svartz' påvisning af virkningen af Salazopyrin i 1948 blev dog overskygget af, at Hydrocortison blev tilgængeligt og af, at Guld-salte blev anset for bedre. Salazopyrin blev først genopdaget i 1980, få år før kontrollerede undersøgelser endeligt påviste effekten af Methotrexate på reumatoid artrit.

Fysiurgi og Rehabilitering

I 1960-erne og 1970-erne var der nogen behandlingsmæssig opgivenesshed, da både de fysiurgiske og forskellige medicinske behandlinger ikke levede op til forventningerne og bivirkningerne ved binyrebarkhormon blev åbenlyse. Samtidigt tog den immunologiske forskning fart, og de inflammatoriske sygdomme blev forskningsmæssigt interessante.

I begyndelsen af 1970-erne reducerede Sundhedsstyrelsen den internmedicinske del af den fysiurgiske uddannelse og ændrede specialets navn til "Fysiurgi og Rehabilitering". Fysiurgerne var bange for, at specialet ville blive et rent rehabiliteringsspecialt og ville gerne have et bredt speciale.

I modsætning hertil var det mange internmedicineres holdning, at specialet skulle knyttes tæt til den interne medicin og i en rapport fra 1976 foreslog Sundhedsstyrelsen at specialet blev opdelt i medicinsk og fysiurgisk reumatologi.

I de følgende år blev fysiurgien på hospitalerne kraftigt beskåret, men specialet reumatologi, der omfatter både fysiurgi og medicinsk reumatologi blev til virkelighed i 1982 - samme år som Dansk Reumatologisk Selskab blev stiftet.

Reumatologien i Danmark idag

Reumatologi er i Danmark i dag et subspecialt til intern medicin. Alle danske lægers kliniske postgraduate uddannelse starter med et års basissuddannelse. For at blive reumatolog skal man herefter arbejde et år som resevelæge i intern medicin i en godkendt stilling. Inden fire år efter embedseksamen skal man starte på hoveduddannelsen i reumatologi, som er et fem-årigt skemalagt ansættelsesforløb, hvorefter man er speciallæge.

Der er i Danmark 21 hoveduddannelsessstillinger i reumatologi. I de senere år har der været øget interesse for reumatologi blandt læger, der skal vælge speciale. En stor del af æren herfor må tilskrives den meget aktive forening for vordende reumatologer, Yngre Reumatologer, som bl.a. organiserer en meget søgt inspirationskursus for helt unge læger.

I Danmark er der 280 reumatologer, svarende til ca. 20.000 indbyggere pr. reumatolog. Der er reumatologiske afdelinger i alle landets regioner, men reumatologerne er ganske ulige fordelt i landet. Således at der i Hovedstadsregionen er relativt bety-

deligt flere reumatologer, mens andre dele af landet er meget tyndere bemandede. Fx arbejder 38 af de 57 praktiserende speciallæger i Hovedstadsregionen.

Inflammatoriske lidelser

Som reumatologisk speciallæge arbejder de fleste som overlæge på et hospital - hvoraf langt de fleste er offentlige - eller som praktiserende speciallæge, dvs. med egen praksis, hvor de fleste har en overenskomst med sygesikringen. Tendensen er, at ambulante fysiurgiske lidelser håndteres i



Rosenborg Brøndkuranstalt

speciallægepraksis, men mange praktiserende speciallæger har dog et bredt udvalg af reumatologiske patienter. Hospitalerne koncentrerer sig om inflammatoriske lidelser, om end mange reumatologiske afdelinger også ser patienter med degenerative ryglidelser. Nogle meget hyppige lidelser i bevægeapparatet som artrose og fibromyalgi overlades overvejende til de alment praktiserende læger. Det er i også øjeblikket uklart i hvilket regi comorbiditet som fx kardiovaskulær sygdom skal håndteres, men aktuelt er det almindeligst også at overlade det til de praktiserende læger.

Som i andre lande har behandlingen af de inflammatoriske reumatologiske lidelser ændret sig meget de sidste par årtier i Danmark. Erkendelsen af at vedvarende inflammation i leddene indebærer en betydelig risiko for varige leddskader og dermed funktionstab har ført til en stadig mere aggressiv tilgang til den antiinflammatoriske behandling med hurtig start på MTX og mulighed for biologiske behandling.

Muskelfysiologisk forskning

Dansk Reumatologisk Selskab arbejder især med uddannelse og kurser. Der er to årlige velbesøgte kurser af flere dages varighed, hvor emnevalget er bredt og der er rige muligheder for at netværke. I de sidste par år har der også været stort fokus på at etablere en dynamisk og attraktiv hjemmeside. Der er ikke fra offentlig side anden støtte til videreuddannelsen af speciallæger end at alle offentligt ansatte speciallæger har ti uddannelsesdage om året. Deltagelse i kurser og kongresser er for det meste organiseret af og betalt af medicinalindustrien.

Dansk Reumatologisk Selskab har sam-

arbejde med Gigtforeningen, der er en patientforening med 78.000 medlemmer. Blandt mange aktiviteter har Gigtforeningen i Danmark fire behandlingscentre hvor gigtpatienter betalt af sygesikringen kan komme på bl.a. træningsophold.

Som ovenfor nævnt er der en lang tradition for muskelfysiologisk forskning i Danmark ligesom der mange steder har været fokuseret på forskning i bindevævs-lidelser og immunologi. Epidemiologien har også stået stærkt i Danmark i kraft af mange og meget omfattende registre - som det er blevet sagt: "Danmark er en stor kohorte".

I reumatologisk sammenhæng er der lavet epidemiologisk forskning om bl.a. arvelighed af reumatoid artrit, kardiovaskulær comorbiditet og kræftforekomst ved reumatologiske sygdomme. I de senere år er der fra gruppen omkring professor Mikkel Østergaard udgået en omfattende forskning i billeddiagnostik, især MR og ultralyd. Professor Merete Hetland har været primus motor i databasen "Danbio", hvorfra er udgået meget forskning om især reumatoid artrit og biologisk behandling. Det er obligatorisk at monitorere alle patienter i biologisk behandling i Danbio, og planen er at udvide registreringen af SLE-patienter og reumatoid artrit patienter som ikke er i biologisk behandling. To store multicenterundersøgelser, CIMESTRRA og OPERA har yderligere bidraget med ny viden om reumatoid artrit.

Kilder:

Erik Martin Jensen:

Forelæsning ved DRS' generalforsamling 2002 i anledning af DRS' 100 års jubilæum.

Svend Clemmesen, Henrik Permin og Egill Snorrason:

"Reumatologi i Danmark, træk af den historiske udvikling" p. 11ff i "Nordisk Reumatologisk Forening, Jubileumsbok, 50 år, 1946 - 1996".

Edvard Gotfredsen:

Medicinens historie, 3. udg. Nyt Nordisk Forlag, 1973, p. 532ff

Marc Hochberg (ed.):

*Rheumatology, 4th ed., Elsevier, 2008, p. 437ff
www.sst.dk, Sundhedstyrelsens hjemmeside*



LARS JUUL

Formand i Dansk Reumatologisk Selskab (DRS) Överläkare Gentofte Hospital
ljuul@dadlnet.dk

Sista pusselbiten på plats i SRF-SRQs nya förhållande

Med anledning av att SKL och regering beslutat satsa på nationella kvalitetsregister har de juridiska förutsättningarna och formella kraven på kvalitetsregistrens organisation tydliggjorts. Tidigare var många kvalitetsregister enskildaentusiasternas/specialistföreningars "skötebarn", vilket nu har stramats upp. SRF och svensk reumatologisk kvalitetsregister SRQ har därför behövt rita om kartan till en begriplig nätverksorganisation.

Historik

Initiativet till SRQ togs av Staffan Lindblad inspirerad av BARFOT presenterat av Björn Svensson vid Riksstämman 1993.

STYRA-gruppen under ledning av Anna Engström-Laurent bildades och lämnade en rapport i juni 1995, varpå SRF beslutade starta RA-registret med Staffan Lindblad som registerhållare. Ansökan om anslag inlämnades och beviljades för 1996, vilket sedan upprätthållits av registerhållaren.

Under dessa år har nationella kvalitetsregister utvecklats betydligt. Patientdatalagen, PDL, har tillkommit och reglerar särskilt kvalitetsregistrets verksamhet. Ytterligare ett regelverk med krav för att er hålla anslag har tillkommit med statens och huvudmännens satsning på kvalitetsregister 2012-2016.

Definition

Ett Nationellt Kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Ett Nationellt Kvalitetsregister kvalitetsgranskas och är certifierat av den Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister.

Vision

Nationella Kvalitetsregistren används integrerat och aktivt av svensk hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet för löpande lärande, förbättring, forskning samt ledning och kunskapsstyrning för att tillsammans med individen skapa bästa möjliga vård. Textutdrag från www.kvalitetsregister.se

Organisation

Organisationsbilden nedan visar SRQ som del i linjeorganisationen på den centralt personuppgifts-ansvariga myndigheten CPUA

enligt Patientdatalagen och SRQ:s samhörighet med SRF, som den professionella förankring nationella kvalitetsregister ska ha. Registerorganisationen i SRQ består av registerhållaren och det verkställande kansliet för daglig drift, samt styrgruppen för stöd i verksamhetens inriktning och genomförande. Styrgruppen har regionala reumatologrepresentanter, som är förankrade i sin region med verksamhetscheferna/företrädarna och dessas lokala personuppgiftsansvariga myndigheter LPUA. Verksamhetscheferna/företrädarna är ansvariga för lokal datakvalitet och täckningsgrad, liksom för förbättringsarbetet vid sin enhet.

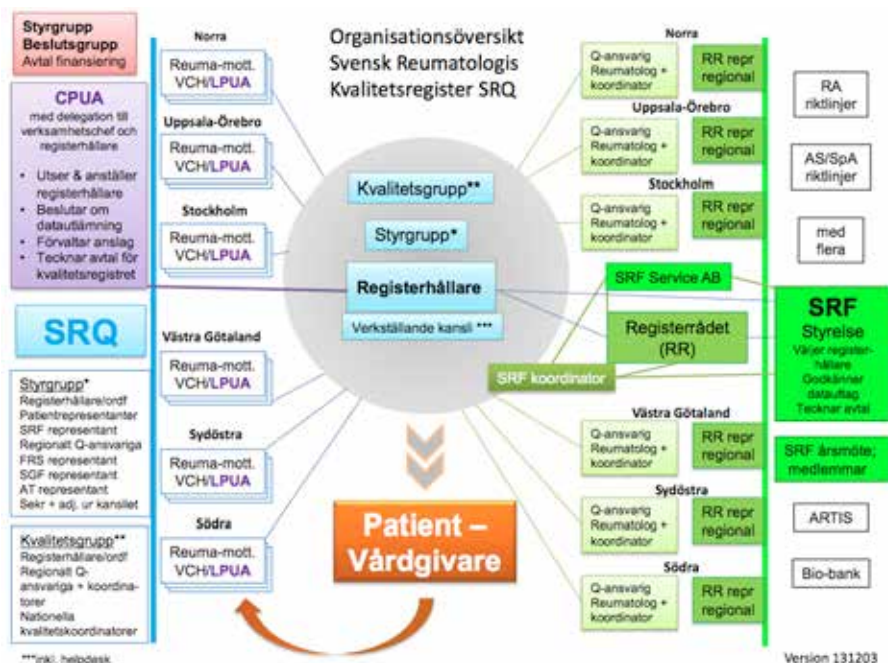
Registerhållarens roll är att:

- Vara huvudansvarig för registrets utveckling och drift och det är med registerhållaren som Beslutsgruppen gör sin överenskommelse vid utbetalningen av medel.
- Vara väl förankrad i berörda professioner och ha eventuella specialist-föreningar/sektioner bakom sig.
- Ha ingående kunskaper om registrets innehåll, funktionalitet och resultat och kunna företräda registret i olika sammanhang lokalt och nationellt (och i vissa fall internationellt), exempelvis i kontakterna med kompetenscentra och med Sveriges Kommuner och Landsting.

- Vara orienterad i de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet. www.kvalitetsregister.se

Styrgruppens (inkl. registerhållarens) roll är att:

- Som helhet, utöver adekvata specifika medicinska kompetenser, också ha relevant tvärvetenskaplig kompetens samt kunskap avseende statistik och i hur data kan användas i förbättringsarbete.
- Vara förankrad i eventuella specialistföreningar/sektioner. Styrgruppen ska också vara representativ för landet.
- I samarbetet med deltagande kliniker utforma registrets innehåll och design, göra registret användbart för förbättringsarbete och arbeta med registrets datakvalitet.
- Tillse en ändamålsenlig återrapportering till berörda målgrupper.
- Utveckla registret enligt den ansökan som lämnats till Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister och enligt de kriterier och inriktningsmål som finns för Nationella Kvalitetsregister.
- Arbeta med implementeringen av registret för att kontinuerligt öka registrets täckningsgrad.
- Hjälpa deltagande kliniker med analys av resultat och stötta klinikernas förbättringsarbete exempelvis genom metodstöd





och genom att förmedla kontakter mellan kliniker. Om behov och efterfråga finns från flera kliniker kan styrgruppen uppdraga att samordna projekt där flera inbjuds att delta för att skapa möjlighet till kunskapsöverföring mellan enheter och för att få synergier i förbättringsarbetet.

Vid SRQ leder registerhållaren arbetet med ovanstående punkter vid det *verkställande kansliet*.

För att läsa hela den komplexa organisationen var god se SRFs hemsida:

http://www.svenskreumatologi.se/kunder/srf/sites/default/files/49/SRQ_registerorg_201312191.pdf

Registerrådet

Registerrådet (RR) bildades av Svensk Reumatologisk förening 2013 med syfte:

1. att agera kontaktpunkt för reumaforskargrupper som vill bruka SRQ-data, med eller utan avtal med extern part.
2. att hantera och i samråd med SRFs registergrupper koordinera förfrågningar om uttag av data från SRQ och prover från SRQ biobank
3. att lyfta ärenden av mer strategisk karaktär för vägledning.

RR är en nationell samordningsgrupp och

består av 9 ordinarie representanter med rösträtt:

- 6 regionrepresentanter (förslag ska lämnas från respektive region via vchef (eller motsv.) på universitetsklinik (SRF styrelse utser).
- 2 SRF-representanter (ordf. + 1 som utses av SRF styrelse)
- 1 representant från patientföreningen (ordförande i Reumatikerförbundet)
- Ytterligare representanter utan rösträtt kan adjungeras till möten, t.ex. från SRQ, ARTIS eller motsvarande.

Aktuell representation i registerrådet hittar ni på SRFs hemsida

<http://www.svenskreumatologi.se/register%20C3%A5d>

ARTIS

AntiReumatisk Terapi I Sverige är en arbetsgrupp i SRF. ARTIS arbetar med uppföljning av anti-reumatiska terapier. ARTIS hämtar data ur SRQ, vilka berikas med data från t.ex. nationella hälsodatabaser, och hanterar biverkningsrapporteringen från SRQ. Arbetet sker vanligtvis utgående från krav som ställs av läkemedelsmyndigheter i Sverige, EU och USA, genom att forskare vid universiteten tecknar avtal med läkemedelsföretag eller myndigheter om uppdrag

att analysera data i ARTIS. Det är då viktigt att data i SRQ är av hög kvalitet. ARTIS samverkar med SRQ för detta och lämnar stöd till regionalt registerarbete med syfte att öka täckningsgrad och datakvalitet.

Vad händer nu?

Sedan 1 januari innehar Sofia Ernestam rollen som registerhållare och hon kommer att berätta om sina planer för SRQ i nästa nummer av Bullen. Utmaningen för oss reumatologer är att hitta arbetssätt där vi enkelt kan inkludera och följa alla våra patienter i registret. För att få detta att fungera finns flera framgångsfaktorer bl.a. att vi får 6 fungerande regionala kvalitetsansvariga och koordinators i våra 6 reumaregioner i Sverige som kan hjälpa till med utvecklingen och kvalitetsarbetet. Patientdelaktigheten via PER, PEP mm kan inte heller nog poängteras. För att få vårdflödena att fungera behöver vi även ha ett bra samarbete med primärvården, inte minst för att upptäcka nya fall tidigt – här visades ett intressant projekt på registerdagen som vi säkert får höra mer om. Utvecklingen går vidare!

BOEL MÖRCK
Vice ordförande SRF



Protokoll: Årsmöte

i Svensk Reumatologisk Förening, Stockholm 4/12 2013

- § 1. Årsmötet öppnades av Ralph Nisell
- § 2. Kallelse och dagordning godkändes
- § 3. Sittande ordförande Ralph Nisell valdes till mötesordförande samt Emma Swärdh som mötessekreterare.
- § 4. Tomas Bremell och Annika Teleman valdes till protokolljusterare.
- § 5. Övriga frågor lades till dagordningen information region Halland, SPUR-inspektioner, SRQ-organisationen, Scandinavian Congress of Rheumatology.
- § 6. **Styrelsens förslag till årsberättelse:** Under deltagare i professorskollegiet saknas Solveig Wällberg-Jonsson och under Övriga förtroendeuppdrag saknas redaktören för RB vetenskap. Justerades. I övrigt godkändes årsberättelsen.
- § 7. Revisorernas redogörelse lästes upp då ingen av revisorerna finns på plats. Redogörelsen godkändes och styrelsen fick ansvarsfrihet.
- § 8. **Val av styrelse**
Carl Turesson, representant för valberedningen redogjorde för valberedningens förslag:
2 st ledamöter, Britt-Marie Nyhäll-Wählin samt Gerd-Marie Alenius sitter kvar ytterligare 1 år. Omval: ordförande Ralph Nisell, Ann Knight, och Boel Mörck på 2 år respektive. Nyval: vetenskaplig sekreterare Christopher Sjöwall (Linköping) samt yngre läkare representant Yulia Stennikova (Östersund) på 2 år respektive. Nya styrelsen godkändes.
- Styrelsen 2014 består av:**
Ralph Nisell, ordförande (omval 2 år)
Boel Mörck, vice ordf. (omval 2 år)
Christopher Sjöwall, vetenskaplig sekreterare (nyval 2 år)
Gerd-Marie Alenius, facklig sekreterare (1 år kvar)
Britt-Marie Nyhäll-Wählin, kassör (1 år kvar)
Ann Knight, utbildningsansvarig (omval 2 år)
Yulia Stennikova, yngre läkare representant (nyval 2 år)
- § 9. **Val av två revisorer och en suppleant**
Valberedningens förslag av revisorer: Ido Leden sitter kvar ytterligare 1 år. Rolf Oding avgår.
Nyval: Lars Coster. Bernard Grewin sitter kvar 1 år.
Revisorerna godkändes.
Revisorer 2014:
Ido Leden (1 år kvar)
Lars Coster (nyval 2 år)
Bernard Grewin (suppleant, 1 år kvar)
- § 10. **Val av representant med suppleant till Läkaresällskapets fullmäktige församling**
Förslag: Ralph Nisell, suppleant Boel Mörck. Representanterna godkändes.
- § 11. **Val av valberedning**
Jörgen Lysholm avgår. Carl Turesson och Solveig Wällberg-Jonsson sitter kvar 1 år. Nyval: Tomas Bremell 2 år. Valberedningen godkändes.
- Valberedning 2014:**
Carl Turesson (1 år kvar)
Solveig Wällberg-Jonsson (1 år kvar)
Tomas Bremell (nyval 2 år)
- § 12. **Årsavgift** för år 2014 fastställdes. Oförändrat 500 ordinarie, 300kr associerade.
- § 13. **Rapport från SRFs grupper** (studiegrupper, arbetsgrupper, intressegrupper, nätverk) Detta kommer tas upp på Reumadagarna på förenings mötet för att få ett helt kalenderår. Bordlades.
- § 14. **Stadgeändring**
Ändringarna godkändes. Stadgeändringarna måste fastställas av Svenska Läkaresällskapet (SLS) och Sveriges Läkarförbund (SLF).
- § 15. **Motioner**
Inga motioner inskickade.
- § 16. **Övriga frågor**
Information region Halland
Annika Teleman gav information kring upphandlingen av länsreumatologi i Halland. Det har tidigare alltid varit upphandling men då utan konkurrens. I år kom det in ett lägre anbud från annat håll. Annika berättar att det var väldigt låga krav på upphandlingen. Upphandlingen på 5 år + 2 år, gick dock rätt till och är nu påskrivnen.
Capio tar över. FoU kommer finnas kvar som en enhet på Spenshult och fortsätta bedriva forskning förhoppningsvis i samarbete med Capio. Slutenvårdsrehabilitering som inte tillhör Halland finns kvar tex från Västra Götaland, Stockholm, och Skåne. Kungsbacka mottagningen läggs ner och ersätts av mottagning i Varberg i Capios regi.
- SPUR-inspektion**
Under 2013 har 2 kliniker inspekterats - Falun och Karolinska. För 2014 är inspektioner i Örebro och på Sahlgrenska inbokade och ytterligare flera inspektioner planeras under 2014.
- SRQ organisation**
SRF visade upp förslaget som det ser ut idag.
- First announcement
Scandinavian Congress Rheumatology 20-23/9 2014
Folkets hus, Stockholm. Ingrid Lundberg gav information om detta.
- § 17. SRF avtackade Registerhållaren SRQ, Staffan Lindblad som slutar vid årsskiftet.
- § 18. **Utmärkelser**
Årets ledstjärna
Årets ledstjärna blev Sofia Ernestam. Diplom delades ut.
Hedersmedlem
Styrelsen föreslog journalist Per Lundblad, och årsmötet biföll. Diplom delades ut.
- § 19. Avgående styrelseledamot Anna Rudin och Johan Karlsson avtackades.
- § 20. Årsmötet avslutas

EMMA SWÄRDH
Koordinator SRF
TOMAS BREMELL
ANNIKA TELEMAN
Justerare



Per Lundblad

Hedersledamot i SRF 2013

Motivering

Per Lundblad är journalist på Mediahuset och har aktivt följt svensk reumatologis utveckling sedan år 2009 dvs under de senaste 5 åren genom sitt arbete som journalist på ReumaBulletinen.

Per Lundblad har bevakat våra stora möten (Riksstämman, Höstkonferensen, Register- och Riktlinjedagar och vårmöte) i såväl text som bilder och därmed skapat ökad kunskap om våra möten såväl bland de som varit deltagare som de som inte haft möjlighet att delta.

Texterna är alltid vederhäftiga och klagörande exakta. Dessutom har Per gjort intervjuer med åtskilliga legendarer inom reumatologin och även själv tagit initiativ till texter.

Han har visat stort engagemang och alltid levererat sina manus i tid. Per Lundblad har därmed spelat en stor roll i att ReumaBulletinen har uppgraderats från en sällankommande "stenciltidsskrift" till ett modernt utåtriktat ansikte för svensk reumatologi.



Sofia Ernestam

2013 års Ledstjärna inom Svensk Reumatologi

Motivering

Med sin djupa förankring inom svensk reumatologi och våra kvalitetsregister med kunskaper om projektledning, verksamhetsutveckling och forskning med erfarenheter av arbete inom organisationer som SKL och Socialstyrelsen med innovativa idéer och ett brinnande intresse för e-hälsotjänster och sist men inte minst med ett tydligt patientfokus blir Sofia Ernestam det självklara valet som årets Ledstjärna inom svensk reumatologi.

Sofia är överläkare på Reumatologi Karolinska och fr o m 1 januari 2014 registerhållare för SRQ.



LIVI - Livsstilsmottagning för patienter med reumatisk sjukdom

Ett pilotprojekt vid reumatologkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Under senare år har vi fått ökade kunskaper om att vår livsstil kan påverka risken att utveckla reumatiska sjukdomar samt också att vår livsstil kan påverka utveckling och prognos av en etablerad reumatisk sjukdom. Mest kunskap har vi om livsstilsfaktorers betydelse vid reumatoid artrit (RA) men det finns även stöd för att livsstilen kan utgöra riskfaktor och även påverka förloppet vid andra reumatiska sjukdomar såsom systemisk lupus erythematosus (SLE) och myosit. Detta är bakgrunden till att vi under 2011 etablerade ett projekt "LIVI" som är en mottagning med syfte att ge patienter med reumatisk sjukdom stöd för att påverka skadliga hälsobeteenden (rökning, kostvanor och fysisk inaktivitet) för att på sikt förbättra hälsan och optimera läkemedelseffekter hos patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar.

Alla förändringar i positiv riktning understöds, men idealt eftersträvas:

- Totalt rökstopp
- Hälsosamma kostvanor enligt Socialstyrelsens kostindex (ref. Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011).
- Fysisk aktivitet 30 minuter dagligen på måttlig intensitet.

Målgruppen är i första hand patienter med RA i tidigt skede eller med etablerad RA i samband med nyinsättning av biologiska läkemedel, men vi erbjuder detta stöd även till andra patienter med reumatisk sjukdom som vill förändra sin livsstil. Patienter screenas utifrån Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011), och de som avviker från dessa riktlinjer erbjuds medverkan i projektet.

Information om livsstil

Interventionen är baserad på motiverande samtal. Som ett stöd för patienterna har vi tagit fram informationsmaterial om livsstil,



en broschyr om att sluta röka, en om kost och en om fysisk aktivitet. De som arbetar med patienter i projektet är en sjuksköterska, Marie-Louise Karlsson, med att sluta röka, en dietist, Louise Urban Britse, med kostinformation och sjukgymnast Håkan Berg med fysisk aktivitetdelen.

Ny koordinator till LIVI-projektet

Till våren 2014 har vi en ny koordinator i LIVI-projektet, Susanne Petterson, sjuksköterska och postdoc. Övriga medarbetare i projektet är professor Christina Opava, sjukgymnast, professor Ingiäld Hafström, reumatolog, docent Elisabet Welin Henriksson, sjuksköterska samt sjuksköterska Katarina Hertzberg-Nyquist.

Det första resultatet

LIVI-projektet började i långsam takt under hösten 2011 med "Sluta röka" -delen och har under det senaste året funnit sin form även för kost och fysisk aktivitetdelen. Vi följer patienter som inkluderas upp till två år. Som ett exempel kan vi se att hittills har 269 patienter med tidig RA screenats för rökvanor varav 56 var rökare och 26 tackade ja till att delta i LIVI. De första resultaten från LIVI hoppas vi kunna presentera vid Scandinavian Congress of Rheumatology i september i år.

INGRID LUNDBERG

Professor

Enheten för Reumatologi
Institutionen för Medicin, Solna

Du kan ge världens barn en bättre framtid!

Skicka ett sms med texten 50, 100 eller 200 till nummer 72 999, så skänker du motsvarande belopp till Världens Barns insamling.

 **Världens Barn**
Radiohjälpen 90 1950-6

BRIS Vuxentelefon - om barn

För dig som vill prata om dina egna eller andras barn.

Öppettider:
måndag-fredag
kl. 10-13

Telefonnummer:
077-150 50 50

BRIS
BARNENS RÄTT I SAMHÄLLET

Tänk gärna på
Sjöräddningssällskapet
pg 90 05 00-0

Minnesgåva sjoraddning.se
eller 077-579 00 00

ST-cartoon av Katerina Chatzidionsiou



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
Falu lasarett
791 82 Falun
Tel 023-49 27 22
britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se



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



Yulia Stennikova
**Ledamot, representant för
läkare under utbildning**
Östersunds sjukhus
Östersunds rehabcentrum
Remonthagen
Reumatologmottagningen
831 83 Östersund
Tel: 063-153000
yulia.stennikova@jll.se

Registerdagen 2014

När Sofia Ernestam - som är den nya registerhållaren för SRQ - hälsade välkommen, så beskrev hon arbetet med kvalitetsregistretsomatt "reumatologerna tar bollen och springer".

- Så sa en landstingsdirektör till mig för ett par år sedan. Staffan Lindblad tog register-bollen och började springa redan för 20 år sedan, tillade hon för att hylla Staffan som varit registerhållare under två decennier.

Staffan själv konstaterade att register är på ropet nu, och berättade att samma morgon som Registerdagen hölls, hade media på morgonen berättat att de svenska hjärtläkarnas register sparat 20 000 liv på tio år.

Dagen inleddes sedan med att Henrik Almqvist som är ordförande för Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister gjorde en exposé genom medicinhistorien. Med avstamp ur en tänkt årsberättelse från en provinsialläkare år 1863, gjorde Henrik sedan nedslag under olika epoker och åskådliggjorde den allt mer explosionsartade utveckling som varit sedan dess.

- Genom våra register kan vi se att sjukvården blivit så otroligt mycket *bättre*, slog han fast.

Staffan påpekade att entusiasmen för register ökat betydligt under de senaste åren, och berättade om en koloncancerscreeningstudie (SCREESCO) som just ska starta upp i Sverige.

- Vi känner inte till skadefrekvensen vid

koloskopi - därför ska man inrätta ett register för att ta reda på det. Systematisk uppföljning och insamlande av statistik är i ropet, konstaterade Staffan.

Win-win-win situation

Ralph Nisell uttryckte i egenskap av ordförande för SRF föreningens glädje över den här dagen - och det faktum att den återkommer varje år.

- Vi är en livaktig och vital förening! Sofia har nu tagit över som registerhållare för SRQ, och jag känner mig trygg att hon kommer att väl förvalta det fantastiska arvet från Staffan, sa Ralph.

Han fortsatte med att konstatera att SRQ är en guldgruva för forskning, och en föregångare för andra register i hela världen.

- Det ska vi vara stolta över! SRF är en viktig förening för SRQ, vår närvaro innebär att *hela* landet är med. Jag ser det som en win-win-win situation - den tredje vinnaren är *patienten* som får stora fördelar av den förbättrade kunskap som SRQ har gett oss, summerade Ralph.

Coaching med fokus på vårdutveckling

QRC Stockholm är ett nationellt och regionalt kvalitetsregistercentrum. De erbjuder tjänster för dem som vill starta eller vidareutveckla ett kvalitetsregister, samt till dem som arbetar professionellt i vården och vill använda kvalitetsregister i förbättringsarbete.

Detta berättade Susanna Lagersten som är projektledare på QRC. Hon fortsatte med att säga att de erbjuder coaching med fokus

på vårdutveckling och att 8 kvalitetsregister har anmält sitt intresse för detta. SRQ är ett av dessa register.

- Totalt i landet handlar det om 17 team som har valt en coach. Dessa ger stöd och skapar dialog under resans gång. Totalt sex reumateam i landet - Gävle, Västerås, Eskilstuna, Blekinge samt Malmö/Lund - har fått en coach, sa Susanna.

Coaching med fokus på vårdutveckling ska bl.a. stärka möjligheterna för ständig förbättring på den egna arbetsplatsen långsiktigt. Två av dessa coacher var på plats för att berätta om vad de arbetar med.

(Läs mer om arbetet med coaching i reportaget från Höstkonferensen i detta nr).

Rehabiliterande interventioner i SRQ

Elisabeth Lindqvist berättade om MORR (Modern Reuma Rehabilitering). Hon visade en bild på behandlingspyramiden - med förebyggande insatser i botten och teamrehabilitering i slutenvård i toppen.

- Det vi behöver veta för att avgöra om patienten ska röra sig uppåt i pyramiden, är data om försämring avseende funktion, smärta, trötthet och livsstil. Och det *har* vi ju - de finns i SRQ, påpekade Elisabeth.

Hon gav därefter ordet till Ingrid Thyberg som är sammankallande för gruppen för omvårdnad och rehabilitering.

- Det första vi i gruppen gjorde var att undersöka vilka variabler som fanns tillgängliga i SRQ och som har med funktion att göra. Vi lade även till ett antal, sa Ingrid.

HAQ-frågeformuläret har kritiserats, och Ingrid ansåg att det finns visst fog för det.



– Men vi har inget annat sätta in som ger en score. Därför vill vi ha med det i registret, fortsatte hon.

Gruppen har även arbetat med att ta fram ett antal rehabiliterande interventioner som de vill lägga in i registret.

– Frågan är var någonstans i registret de ska ligga. Vi har inte bestämt det ännu, och kommer att återkomma om detta.

SweMyoNet

Antalet patienter med myosit i SRQ ökade kraftigt när möjligheten till elektronisk registrering infördes. Det ökar fortfarande med cirka 100 per år, vilket Ingrid E. Lundberg tyckte var mycket imponerande.

Ingrid visade utdrag ur registret som beskrev patienter med myosit som stod på biologiska läkemedel. Hon hade funnit 148 patienter.

– Från början var det mest TNF-hämmare, men nu har rituximab passerat dessa, sa hon.

Med hjälp av registerdata kunde Ingrid visa att patienter som är Jo-1-positiva har en väldigt god respons (92%) för behandling med rituximab, medan motsvarande siffra för Jo-1-negativa patienter är 57%.

– Jo-1 kan alltså användas som en markör för behandlingssvar, och det visar att vi har god användning av våra register.

Registret MyoNet är ett internationellt multicenter-projekt. I september 2013 innehöll det mer än 2900 patienter från 20 Center i världen. Ingrid berättade att man nu – för att slippa dubbelarbete – arbetar fram en lösning så att man ett knapptryck kan exportera data från SRQ till MyoNet.

Minskad risk för Tbc

Nils Feltelius talade om ARTIS (Anti-Reumatisk Terapi i Sverige). Nils är reumatolog som arbetar på Läkemedelsverket, och han beskrev att myndighetens regulatoriska fokus har skiftat – från kontroll av läkemedlet innan det sätts på marknaden till livstids nytto- och riskvärdering.

– Reumatologin insåg redan på ett tidigt stadium att detta skulle ske, sa Nils.

Han fortsatte med att visa strukturen och arbetssättet för ARTIS.

Data från ARTIS visar att screening för Tbc vid insättande av biologisk behandling ger en mindre risk för patienten att utveckla Tbc, samt att biologiska läkemedel inte ökar risken för lymfom.

– Det är den bakomliggande sjukdomen som ökar risken för lymfom, konstaterade han.

– Vi måste också hantera introduktionen av biosimilarer – där det är viktigt att vi kan säkra spårbarheten och diskutera om det behövs en specifik uppföljning för dem.

Framtida uppgifter för ARTIS

Nils passade också på att reda ut skillnaden

mellan generika och biosimilarer.

– Generika är en substans, en liten molekyl som framställs på ett väl definierat sätt. För en bioteknologisk substans ska en tillverkningsprocess godkännas tillsammans med produkten, förklarade han.

Det innebär att utrustning, processparametrar och processkontroller bidrar till produktens karakteristika. Råmaterialet är av biologiskt ursprung.

Nils redogjorde för de dokumentationskrav som råder vid ansökan som biosimilarer samt för hur säkerheten för dessa följs upp.

– Ny lagstiftning, behov av kostnadskontroll och förändringar av nya läkemedel kräver alltså fortsatt systematisk uppföljning. Svensk reumatologi har goda förutsättningar att ha en ledande roll, sa Nils när han avslutningsvis resonerade kring ARTIS framtid.

Vi behöver inventera och hitta en gemensam nationell rutin för registrering av infusioner av biologiska läkemedel – deras s.k. batchnummer, tillade han.

– Därutöver behöver vi diskutera vad som utöver att säkra spårbarhet – behöver utvecklas i uppföljningen av biologiska läkemedel inom reumatologi, avslutade Nils.

Arbete i Blekinge

Marika Kvarnström visade modulen för kardiovaskulär risk, och hur man fyller i denna.

– Den innehåller några nyheter – vissa onödiga värden har försvunnit och vissa formuleringar håller på att bli omarbetade för att bli tydligare, berättade hon.

RA-patienter är jämställda med diabetespatienter när det gäller risk för kardiovaskulär sjukdom, fortsatte Marika.

Vad vill en verksamhetschef ha? Frågan utgjorde rubrik för Maria Söderlins föreläsning. Maria arbetar som reumatolog i Blekinge.

– De vill ha bättre behandlingsresultat, lägre kostnader, och bra resultat i Öppna jämförelser. De vill även ha del av kömiljarden, och de vill se forskning. Vi som arbetar är helt överens med chefen – vi håller helt med om detta, konstaterade Maria.

Hon fortsatte med att beskriva deras systematiska arbete, där SRQ var den första punkten på listan. PER-registreringen i Blekinge började i april 2012, och idag har man 692 patienter med RA, 189 patienter med PsoA, 47 med SpA, 46 med AS och 35 med SLE i SRQ.

Av RA-patienterna, så står 28 % av dessa på pågående biologisk behandling.

Man vill arbeta för att patienterna ska komma in tidigare i sjukdomsförloppet, och arbetar därför med information till primärvården.

– Vi vill även införa ”Tight control”, och det innebär att vi måste titta på läkarnas

och sjuksköterskornas roll samt minska administrationen, labb och röntgen. Alla som träffar patienten ska kunna arbeta med ultraljud, fortsatte Maria och avslutade:

– Inget av detta är ”rocket science” – men resultaten kan bli fantastiska!

Olika sätt att mäta täckningsgrad

SRQ är ett av totalt sju register som har fått täckningsgraden 1, påpekade Staffan och introducerade Johan Askling som beskrev hur Socialstyrelsens arbete med register går till.

– Socialstyrelsen har ett uppdrag att vara intresserade av vår verksamhet, och jag tror vi ska vara glada för det, sa Johan.

Ett av skälen är att de ska utvärdera sina egna riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Han underströk även att det är viktigt att definiera vad man menar med täckningsgrad – är det SRQ, eller patientregistrets täckningsgrad man menar?

– SoS vill hitta eventuella RA-patienter som finns i SRQ men inte i patientregistret!

– Och vilken täckningsgrad gäller för RA? Är det alla som någonsin fått en RA-diagnos, eller alla som vi ser på besök och behandlar med antireumatika? Eller nydebuterad RA – eller biobehandlad RA? Svaret är att det ser olika ut i olika delar av Sverige. Ingen har heller brytt sig om att ålderskillnaden också är väldigt stor, sa Johan.

När man talar om täckningsgrad – ofta hörs siffran 80 % – så är det en algoritmbaserad skattning, underströk han.

– Och det är vad som ingår i Öppna jämförelser. Vi ska sluta att bry oss om huruvida det står 81 eller 87 % – det är endast grova skattningar.



Nils Feltelius

När det gäller biopenetration vid RA finns det två sätt att mäta: Antingen är det patienter med biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen – eller så gäller det patienter med biologiska läkemedel i procent av en RA-population, påpekade Johan till sist.

20 år med registrering

Från *STYRA till SRQ idag* – en resa under 20 år var titeln på en föreläsning av Anna Engström Laurent och Staffan Lindblad.

Anna är reumatolog som arbetar som lärare och professor vid Umeå universitet. Hon förklarade att hennes karriär inom reumatologin började år 1976.

– På 70- och 80-talet var det en specialitet som inte var särskilt glamorös. Vi behandlade ”knotiga ben”, och det hade inte högsta status, inledde Anna.

På den tiden utgjorde guldslut, penicillamin och det nya mirakelmedlet kortison den medicinska behandlingen.

– Sedan fick vi höra att det skulle komma nya läkemedel, som skulle förändra sjukdomen och behandlingen, fortsatte hon.

Anna förklarade att de då började intressera sig för kvalitetssäkring – att ge rätt medicin till rätt patient.

– Det var ett hett ämne i USA, och uppmärksammat av Socialstyrelsen.

Vid den tiden arbetade Anna i Falun, och de bestämde sig för att börja registrera.

– Det gjorde även andra – vi var inte ensamma, tillade hon.

Från RAMONA till SRQ

Tanken var att man skulle följa vad som hände med patienterna i förlängningen.

– Vi måste *följa* upp patienterna för att ha glädje av dokumentationen, fortsatte Anna.

Syftet var att förbättra omhändertagandet av patienter med tidig RA, och målet var att skapa ett nationellt RA-register med gemensam mätstandard. Vid Riksstämman

1993 bildades därför Styrgruppen för nationella uppföljningsprogram för RA – STY-RA.

– Vi satte igång direkt. I februari 1994 samlades gruppen på Spenshult, och några då närvarande är också här idag.

Efter ett antal möten hade de fått med sig kollegorna i södra Sverige, och till sist hade man enats om en gemensam datainsamling.

– Alla data skulle skickas till en central. Föreståndare för denna central blev Staffan.

Anna berättade också att de från början kallade sig för RAMONA – RA Monitoring Assessment.

– Nu heter vi SRQ – och jag tycker det mer låter som ett svenskt attackflygplan...

Tack vare ett gemensamt arbete har vi idag ett väl utformat och fungerande register, summerade Anna.

– Jag vill även lyfta fram och tacka alla patienter som lät sig bli registrerade – och därmed på sikt fick en bättre behandling, avslutade hon.

Flera effekter

Staffan tog över och påpekade att syftet med registret har utvecklats under åren.

– Det har skett en förskjutning från vård till hälsa, sa han.

Syfte och mål med SRQ idag är att ge en radikalt bättre hälsa och en säker vård för patienter med reumatiska sjukdomar som behandlas hos specialist.

Drivkraften för arbetet är de nya behandlingsmöjligheterna. Det handlar om kombinationsbehandling, tidig behandling, biologisk behandling och nya som är på väg.

Effekterna av detta är många: Vi har fått en halverad sjukdomsbörda, men också nya krav på vården från allt friskare patienter. Nygamla interventioner som rökstopp och fysisk aktivitet har blivit allt viktigare. Dessutom har ett behov av skraddarsydda interventioner tillkommit – med biomarkö-

rer och gener.

– Vi behöver möta den utvecklingen – hur ska man hantera det, frågade Staffan.

Export till USA?

Patienters egna registreringar och insamlade biologiska data växer explosionsartat. Mångfalden av intressenter växer också.

– Det är patienter och deras anhöriga – men även vårdens professioner, kliniska forskare, vårdens ledare och vårdproducenter, myndigheter och nationella organ samt näringslivet! Staffan kunde också berätta att en amerikansk finansär – Robert Wood Johnson Foundation – vill införa SRQ i USA. De har instiftat ”The SRQ approach planning grant”.

– Framtiden är här, men den har inte nått ut överallt, konstaterade han.

QRC och 4D (= ett samverkansprojekt som bland annat ska leda till att forskningsresultat snabbare omsätts till nya behandlingar) föreslår ett skyltfönster som visar upp en framtid där patienten medverkar i sin egen vård, där vården utgår från kunskap och uppföljning av hälsa samt där vården förhindrar sjukdom, summerade Staffan.

Bra exempel

Sofia Ernestam är den som har tagit över efter Staffan som registerhållare, och hon presenterade SRQ-kansliet och de som arbetar där. Hon visade hur man kan lägga in förbättringsförslag via en särskild flik i registret.

– De regionala representanterna bevakar sedan frågan. Hur vi ska prioritera bland dessa förslag ska styrgruppen diskutera under våren.



Efter 20 år som registerhållare avtackades Staffan Lindblad



Sofia Ernestam

Johan Askling talade sedan om forskning med stöd av SRQ, och började med att slå fast en viktig punkt om ARTIS:

– Vi har inte två register i svensk reumatologi. SRQ är själva registret, i vilket vi insamlar information om diagnos och behandling – inklusive biobehandling. ARTIS är inte en del av SRQ, utan en *grupp inom SRF* som på SRF:s uppdrag studerar aspekter av biologisk behandling och som har upprättat en *forskningsdatabas* bestående av delar av SRQ kopplat till andra register.

Johan fortsatte med att presentera aktuella frågeställningar kring säkerhetsdata man har arbetat med.

– Det är farligt att ha RA, men det har blivit mycket *mindre* farligt att använda anti-TNF *läkemedel*. Det beror på att vi har ändrat vårt beteende, konstaterade Johan.

För malignt melanom kan man vid anti-TNF-behandling se en liten riskökning i absoluta tal – 1 - 2 årligen i Sverige. För bröstcancer har man visserligen endast preliminära data att tillgå, men dessa indikerar inte någon skillnad i risk.

– Jag tycker detta är bra exempel på hur man med klinisk information och registerdata kan svara på en relevant klinisk fråga, sa Johan.

Projekt om tocilizumab

Helena Forsblad d'Elia beskrev RoActemraprojektet.

– Relativt många kliniska prövningar om RoActemra (tocilizumab) fanns publicerade, men få sammanställningar om hur preparatet fungerade i den kliniska vardagen. Kollegor hade varierande erfarenheter av behandlingseffekten, berättade Helena.

Därför startade en registerstudie, baserad på data från SRQ/ARTIS år 2011. Man hade tre frågeställningar: Hur länge kvarstod patienterna på tocilizumab och hur var drug adherence? Hur var den kliniska effekten utifrån EULAR respons? Fanns prediktorer



Johan Askling

för att avsluta tocilizumab och för klinisk effekt?

Resultatet Helena redovisade var att 64 % av patienterna stod kvar på läkemedlet efter ett år. 80 % uppnådde EULAR respons.

– Variabler vid baseline som predikerade kortare behandlingstid var lågt CRP, hög HAQ och tidigare biobehandling – men inte samtidig DMARD, summerade hon.

Biobank på plats

Thomas Berggren är koordinator för SRQ:s biobank.

– Bakgrunden är ett förslag från SRF:s arbetsgrupp för biobank på en gemensam storskalig biobank kopplad till SRQ. Två viktiga principer för biobanken var att den ska vara transparent, gemensam och juridisk korrekt – samt storskalig, kvalitets-säkrad och kostnadseffektiv. Den ska också orsaka så *lite* merarbete i klinisk rutinsjukvård som möjligt, sa Tomas.

För att starta denna biobank har man genomfört ett antal förberedelser: Nödvändiga tillstånd har erhållits, reumatolog-kliniker och enheter har informerats och försetts med material för att samla in biobanksprov, förberedelser för logistik har genomförts och en biobanksmodul har utvecklats för SRQ.

– Det är 9 deltagande kliniker i dagsläget, och ett flertal andra som förbereder deltagande, fortsatte Tomas.

Ger alla patienter en möjlighet att bidra till forskningen

Vid tidpunkten för Registerdagen var totalt 576 patienter provtagna, och man hade 70 - 80 nytillkomna patienter per månad. Rekryteringen av patienter sker i samband med besök på mottagningarna,

– Beslutsstödet i SRQ påminner automatiskt om att patienten kan rekryteras till biobanken. Men det är inte tvingande, utan kan stängas ned.

Man samarbetar med BBMRI.se - en av Vetenskapsrådet finansierad organisation att standardisera och kvalitetssäkra biobanking.

– Kostnaderna är relativt låga och systemet är enkelt, robust och standardiserat. Antalet provtagna patienter per dag är inte betungande, sa Tomas.

Biobanken ger *alla* patienter möjlighet att bidra till forskningen och ökar användningen av SRQ – och innebär dessutom en möjlighet att återföra resultat till SRQ, summerade han.

”Framtiden ligger framför oss”

Dagen avslutades med att professor Lars Klareskog talade om svenska reumaregister, kunskapsutveckling och forskning.

– Att lära från sjukdom är en gammal tradition. Det finns många kvalitetsregister – t.ex. hjärtregistret som vi hört talas om idag



Thomas Berggren

har gjort ett jättearbete och inneburit goda resultat.

Men det registret har inte forskat på varför sjukdomen uppkommer, vad som sker innan diagnos – dvs. det som kallas translationell forskning, underströk Lars.

– Det har däremot reumaregistret gjort!

Utvecklingen inom informatik ger helt nya möjligheter att lära från patienters och sjukvårdens erfarenheter – och det är en fundamental förändring.

– En annan fundamental förändring är att den molekylära revolutionen ger helt nya möjligheter att utveckla nya exakta metoder för prevention och behandling, fortsatte Lars.

Kombinationen av dessa två utvecklingslinjer ger svensk medicinsk forskning – här reumatologin – bäst möjligheter att bidra till internationell kunskapsutveckling och tillämpning av denna kunskap i Sverige.

– Det är förvånansvärt få i världen som gör det! Den bästa immunologiska forskningen görs med register som hjälp.

Användning av register i klinisk och translationell forskning har förbättrat Sveriges internationella konkurrenskraft.

– Och jag räknar med att detta bara är början. T.ex. så måste man ha uppgifter om huruvida patienten är rökare eller inte för att göra biomarkörstudier. Framtiden ligger framför oss, avslutade Lars.

Och med dessa inspirerande ord var 2014 års Registerdag till ända.

PER LUNDBLAD

Riktlinjedagen

Det har blivit flera förändringar i den årliga kalendern för SRF:s gemensamma möten, men Riktlinjedagen 2014 ägde rum helt traditionsenligt dagen efter Registerdagen.

I sitt inledande anförande, berättade Ralph Nisell att det förmodligen var sista året med detta upplägg.

– Fr.o.m. nästa år kommer det att vara Utvecklingsdagen som följs direkt av Riktlinjedagen.

Ralph påminde också om att det inte är något som klubbas under Riktlinjedagen – den är till för diskussion och synpunkter.

– Besluten tas sedan på Reumadagarna under våren, sa han.

Låg evidens – men det finns konsensus

Moderator för förmiddagen var Gerd-Marie Alenius, som gav ordet till Carl Turesson som i sin tur presenterade arbetsgruppen för RA och deras förslag till riktlinjer. Carl började med att presentera evidensgradering enligt GRADE.

– Vi har fått frågor om det, förklarade han.

Flera RCT av hög kvalitet med konsistenta resultat ger hög evidensstyrka. Observationsstudier startar på låg evidensstyrka – men graderingen kan höjas vid stor effekt, alternativt sänkas vid motstridiga resultat eller låg kvalitet, förklarade han.

Han gjorde ett viktigt förtydligande när det gäller skrivningen *”Täta kontroller och aktiv behandling som styrs av kvarstående sjukdomsaktivitet har visats bidra till bättre utfall för patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet (Låg evidensstyrka)”*

– Det är låg evidensstyrka, men det finns konsensus kring detta. Det är troligen därför som det inte finns fler studier. Det ska dock inte tolkas som att det inte har någon betydelse – det är en central del av riktlinjerna, slog Carl fast.

Hänvisningar till EULARs nya riktlinjer

Nyheter i 2014 års uppdatering är följande:

Förändrad text om abatacept och tocilizumab som första biologiska läkemedel, uppdaterad diskussion om direkta jämförelser mellan olika behandlingregimer samt att observationella studier med jämförelser av olika TNF-hämmare i register diskuteras.

– Dessutom innehåller de uppdateringar om prognostiskt värde av MR, DXR och ultraljud. Även hänvisningar till EULARs riktlinjer för behandling av RA från 2013, och i vissa fall modifieringar i texten utifrån dessa. Vi måste förhålla oss till dem,

fortsatte Carl. Andra nyheter är att prednison i tablettform med modifierad frisättning (Lodotra) nu är registrerat inom läkemedelsförmånen, och diskuteras under rubriken kortisonbehandling vid tidig RA.

– Ett nytt stycke om biosimilarer har infogats, med relevanta referenser. Avsnittet om säkerhetsaspekterna på behandling med biologiska läkemedel har uppdaterats.

Licensförskrivning av tofacitinib möjlig

Till slut informerade Carl om tofacitinib. Registreringsansökan blev som bekant avslagen av EMA, trots att det är registrerat i USA och ett antal andra länder.

– Vi nämner inte tofacitinib i riktlinjerna – vilket är konsistent med tidigare förfarande, t.ex. certolizumab och golimumab.

Han påpekade dock att licensförskrivning är möjlig, och att ett s.k. ”compassionate use program” finns tillgängligt från Pfizer.

Detta program godkändes av LMV 131204, men offentliggjordes inte på myndighetens hemsida förrän 140115.

– LMV uppfattar det inte som sin plikt att aktivt informera om det här, mer än att programmet finns, sa Carl.

Det går ut på att vuxna patienter med RA och måttlig till svår sjukdomsaktivitet och som med tillgängliga godkända behandlingsalternativ antingen inte uppnått adekvat behandlingseffekt, eller inte kan behandlas pga. biverkningar eller kontraindikationer, kan få tofacitinib på licens.

– Vårt förslag är därför att vi gör ett kort tillägg i riktlinjerna där detta nämns – men ingenting om evidens eller rekommendationer, sa Carl.

Under presentationen blev det flera diskussioner, bl.a. om graderingen ”låg evidens”.

Diskussion om ustekinumab

Lennart Jacobsson rapporterade om nyheter i riktlinjerna för spondylartriter.

Certolizumab har erhållit godkänt för AS och non-radiographical axial-SpA. Man planerar även en noggrannare beskrivning av entesit-utvärdering, berättade han.

Lennart gick igenom olika nivåer för behandlingssvar vid axial sjukdom. Han underströk betydelsen av att kunna avgöra om patienten befinner sig i remission.

– Det är *då* vi kan minska dosen TNF-hämmare, sa Lennart.

När det gäller den kliniska effekten av TNF-hämmare, så finns det ingen anledning att rekommendera en specifik framför någon annan.

Det blev diskussion om begreppet ”non-ra-

diographical axial SpA”.

– Termen är olycklig. Men evidensen använder den här nomenklaturen, förklarade Lennart.

Nytt i SRQ är att där finns en ny kriterielista för AS, SpA och PsA.

– Vi behöver också diskutera hur vi ska



Lennart Jacobsson



Carl Turesson

förhålla oss till ustekinumab och abatacept. I underlaget man har skickat ut har man inte nämnt ustekinumab.

– Ska vi inte ta ställning? Eller säga att vid svikt på DMARD och TNF-hämmare och hög sjukdomsaktivitet kan i första hand ustekinumab och i andra hand abatacept övervägas? Det är främst det alternativet jag vill ha diskussion kring, fortsatte Lenart.

Det blev det också. En deltagare ansåg att det var ”något svalt” skrivet.

– Det står inte att det finns *indikation* för ustekinumab, ansåg han.

En annan föreslog en ”varningstext”.

– Där det framgår att det är ett lite ”svagare” preparat än anti-TNF.

Beslut tas som sagt på Reumadagarna.

NSAID och coxiber

Gruppen för riktlinjer för kardiovaskulära sjukdomar vid kronisk inflammation berättade att man i år kommer att ha ett förtydligande om mått för bukfetma.

– Måttet ska tas med patienten *liggande*. Risken ökar om det är över 94 cm för män och över 80 cm för kvinnor. Risken ökar *mycket* om det är över 102 cm för män och över 88 centimeter för kvinnor, sa Elisabet Svenungson.

Behandling med NSAID respektive coxiber ska ske med så låg dos som möjligt under kortast möjliga tid. Dessa läkemedel är behäftade med en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom vid studier på normalbefolkningen, och bör förskrivas med försiktighet till patienter med ökad risk för kardiovaskulär sjukdom.

– Den ökade kardiovaskulära risken med NSAID respektive coxiber kvarstår flera

veckor efter avslutad behandling hos patienter med reumatisk sjukdom, sa Anna Södergren.

Risken för tbc-exponering hög före 1950

Eva Baecklund är ordförande i arbetsgruppen för läkemedelssäkerhet. Hon inledde med att beskriva screening för tbc före biologisk terapi.

– I vårt förslag för 2014 finns inga principiella förändringar. Vi har ett tillägg om anamnes och skrivning om den svenska tbc-studien, och har gjort några smärre textförbättringar, sa Eva.

Frågor som kommit in till gruppen var om det kan räcka att bara använda Quantiferon-test, och inte PPD.

– En annan frågeställare undrar om alla som är födda i Norden före år 1950 verkligen tillhör riskgrupp för att vara tbc-exponerad?

Enligt Judith Bruchfeld, som är lungläkare och var närvarande under just den här presentationen, finns det fog för det.

– Sverige och Finland hade samma incidens för tbc då, som Somalia har idag, påpekade hon.

Risken för tbc har minskat

Arbetsgruppen hade även bjudit in en annan gäst – Elisabeth Arkema.

Hon presenterade en studie om patienter med RA fortfarande har en förhöjd risk för tbc och vilken roll biologisk behandling spelar för detta.

Studien hade försökt bedöma risken för RA-patienter att få tbc, och jämfört denna risk med bakgrundsbefolkningen. De hade också undersökt risken för tbc hos patienter som varit exponerade för biologiska läkemedel i tbc-screeningens era under åren 2002 – 2011. Slutligen hade man jämfört risken mellan olika biologiska läkemedel.

– Vi fann att RA-populationen som är naiva för biologiska läkemedel har en fyrfaldig riskökning för tbc, jämfört med bakgrundsbefolkningen, sa Elisabeth.

Hon fortsatte med att konstatera att RA-patienter som varit exponerade för dessa läkemedel hade en riskökning på 4, 4 – och att värdet för riskökning varit nedåtgående sedan år 2002.

– Av de vanliga TNF-hämmarna är expo-

nering för etanercept associerat med den lägsta risken.

Hennes konklusion blev att risken för tbc med TNF-hämmare har minskat med tiden, men att ökad medvetenhet och screening inte helt har eliminerat den.

– Många fall av tbc hos RA-patienter förekom hos biologiskt naiva patienter, vilket understryker vikten av att vara vaksam för tbc även i denna patientgrupp, summerade Elisabeth.

Debatt om rutinemässiga ögonkontroller

Gruppen presenterade sedan rekommendationerna för ögonkontroller vid klorokinterapi. Den tidigare riktlinjen är från 2001.

Det man är vaksam på är klorokinrelaterad retinopati. Ögonsjukdomen kan progrediera trots utsättning.

Det finns ny information om prevalens av klorokintoxicitet, och nya, bättre diagnostiska undersökningsmetoder. Långtidsbehandling med klorokinpreparat blir eventuellt också allt vanligare. Sammantaget utgör detta ett stöd för nya rekommendationer, vilka framtagits i samarbete med Sveriges Ögonläkarförening (Leif Tallstedt).

Gruppen presenterade därför ett förslag till sådana. En av punkterna i det var att efter cirka 5 års behandling – och därefter med ett års intervall – skriva remiss till ögonläkare för uppföljning enligt vårdprogram. Det vållade debatt.

– Dessa remisser till ögonläkare som redan är överbelastade är ett elände! Med så låg incidens, har de säkert mycket bättre saker att göra, var en åsikt.

– Ögonläkarna själva vill ta utgångsstatus och se patienten efter fem år, kontrade en annan.

– Problemet existerar! Det finns idag ett 20-tal fall hos Patientskadenämnden, framhöll en tredje.

– Det är oerhört bra att det här diskuteras, ansåg en fjärde.

Från arbetsgruppen påpekade man att det nya förslaget stämmer väldigt bra med vad EULAR och ACR rekommenderar.

– Sverige har varit avvikande från dessa tidigare.

Utöver detta diskuterades även provtagningsrutiner vid DMARD-behandling, vaccination, hepatit B.

En riktlinjegrupp för behandling av SLE har påbörjat sitt arbete och lämnade en lägesrapport.

Dagen avslutades sedan med en rapport från arbetet med indikatorer för uppföljning av implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.



Gerd-Marie Alenius



Höstkonferensen

SRF:s traditionsenliga höstkonferens hölls lite senare på året än brukligt. Dagen var vald för att passa med Riksstämman, där reumatologin hade sitt program dagen efter. Årets teman var olika aspekter på ledarskap, samt värdebaserad vård och verksamhetsutveckling.

Ralph Nisell hälsade alla välkomna, och han konstaterade att det var fler deltagare än vanligt denna höstkonferens.

– Det tycker vi är väldigt roligt, sa Ralph.

Han fortsatte med att förklara den övergripande målsättningen för programmet under dagen.

– Hur kan vi i svensk reumatologi skapa miljöer för att utveckla – och behålla – goda ledare?

”En egenskap man är född med”

Därefter presenterade Ralph dagens första föreläsare. Det var Gunnar Nemeth – professor i ortopedi med lång erfarenhet som ledare från Capio, där han fortfarande sitter i styrelsen.

Gunnar inledde med att understryka att det gäller att skilja på begreppen.

– Ledare är en *position*, chef är en *befattning* som man får. En informell ledare är något helt annat, och det går inte att utbilda

någon till det eftersom det är en egenskap man är född med.

Därför är jag skeptisk till chefskurser, sa Gunnar.

För en ledare är det viktigt att man förstår allt i organisationen – hur det hela fungerar, fortsatte han.

– Om det t.ex. inte fungerar i kassan på akuten, så måste man *själv* gå dit och sätta sig för att lösa problemet.

Man måste också förstå *kulturen* – därför är det viktigt att en ledare kommer från vården.

– En person som kommer utifrån har mycket svårt för det.

Om man tittar på en enhet med dålig kvalitet, så har den nästan alltid även en dålig ekonomi. I sådana fall måste man därför börja arbeta med kvaliteten, slog Gunnar fast.

En chef per enhet

Det är viktigt att som ledare förstå vilka värden man måste slå vakt om och respektera.

– För en ledare är det fundamentalt att bli respekterad för sin kompetens, och att etablera ett förtroende om att man tillvaratar patientens intressen. Man ska vara transparent och förutsägbar – samt närvarande, sa Gunnar.

Det handlar även om att en ledare måste kommunicera och lära ut:

– Alla vill göra ett bra jobb, och förstå varför de gör det på det sättet som de gör.

Förklara därför problem, presentera bakgrunden för dem. Människor har lättare att acceptera ett negativt beslut om de förstår *varför* det tas!

Han tillade att om man inte har känsla för detta, så fungerar ledarskapet helt enkelt inte.

– Därför ska det vara *små* enheter – och *en* chef per enhet. Man kan inte vara chef för två, för då är man inte närvarande hälften av tiden.

Ta tillvara på, och använd, intern kompetens, var hans råd.

Men Gunnar ansåg att så inte alltid sker idag.

– Det är också viktigt att uppmuntra ”lokala hjältar” på kliniken, gärna i småsaker – inte bara i stora projekt med nyckelord i beskrivningen. Så följ upp, följ upp och följ upp var hans mantra.

Försök att skapa positiva incitament inom de ramar som finns.

– Som klinikchef ska ni informera minst en gång i månaden. Men ös inte över medarbetarna med negativ information.

Som chef måste man delta i arbetsplats-träffar, och det gäller att man inte glömmar nattpersonalen.

Det kan därför behövas att man genomför samma möte två gånger.



Fyra utvecklingsområden

Gunnar presenterade en lista med ytterligare krav för framtida ledare. Den första punkten handlade om E-hälsa.

– Det kommer att komma allt mer. Därför måste man veta vad det är man vill ha ut av E-hälsa, så att man kan driva just det.

En annan punkt som han berörde var patientens känsla för den service som vården erbjuder.

– Vad är det patienten möter *först* – är det en order om att ta på sig skoskydden, eller är det ett ”Välkommen”?

Ytterligare punkter är att inse att patienter idag utvecklar sin individualism och att det krävs att man förstår de sociala faktorer som påverkar arbetet.

Myndigheten för Vårdanalys har sammanställt fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Gunnar avslutade med att presentera dessa.

Första området är att kunna prioritera mellan administrativa krav. Då måste ledaren känna till hur verksamheten leds, och vara insatt i den administrativa infrastrukturen, underströk han.

– Nästa område är att förbättra IT-stöden. Då måste ledaren vara förtrogen med data-teknik.

Område nr tre handlar om att utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper.

– Det innebär att man måste ha ett intresse för ”andras” arbete, att man är en teamarbetare och att man har en social förmåga.

Det sista området är att optimera bemaningen utifrån patienternas behov.

Gunnar avslutade med att påpeka att sjuksköterskor oftare har de lämpliga personliga egenskaperna som krävs för att bli en bra ledare, jämfört med läkare.

– Men de arbetar inte närmast i produktionen, konstaterade han.

Läkarna är mycket viktiga

Från en stor vårdkoncern gick programmet sedan vidare till ett länslasarett.

Helena Hellström beskrev hur det är att vara verksamhetschef i reumatologi på ett sådant. Hon har varit verksamhetschef på kliniken för reumatologi vid Falu lasarett under sex år. Kliniken har 35 medarbetare, varav 11 är läkare. Man har fem egna slutenvårdplatser under måndag till fredag och dagrehab, infusionsmottagning samt en osteoporosenhet.

– Vi blev en egen klinik år 1974, och sedan dess har det alltid varit en läkare som är verksamhetschef.

Det har gått mellan 6 och 7 år mellan byten på posten, och det har alltid funnits en ”aktiv biträdande” – vilket jag tycker är jätteviktigt, förklarade Helena.

Andan som gäller i Falun är att man ”turas om att dra”, fortsatte hon.

Det är flera olika fokus som man som chef måste ha – inom reumatologin är det SRF, patientföreningen, riktlinjer och kvalitetsregister mm.

Men även på ekonomi, budget, produktionsplanering, köer och väntetider.

– Reumatologikliniken utgörs av alla medarbetare. Men läkargruppen är mycket viktig, utan den blir vi väldigt splittrade, konstaterade Helena.

Måste förbereda den som ska ta över

Läkargruppen i Falun består av elva olika personligheter i olika åldrar. De har ett fredagsmöte där allt diskuteras i stort som i smått.

– Det handlar om allt, men framför allt om *verksamheten*. Många och olika åsikter framförs. Vi tycker olika i olika frågor för att vi är en heterogen grupp – men oftast är vi en skapligt homogen grupp när mötet är slut.

Ett annat område som är viktigt är vår *specialitet*, fortsatte Helena.

– Här är SRF mycket viktigt för oss. Vi lägger också stor vikt vid att ha en bra relation till patienterna, så därför träffar jag patientföreningen två gånger om året.

Hon sammanfattade med att det finns flera kompetenta medarbetare som passar för, och har förutsättningar att vara, verksamhetschef.

– Det ska vara en läkare som är inställd på att göra en period. Därför är det viktigt att man måste arbeta på att förbereda en kommande chef, och vi måste ha en anda som innebär att vi andra ”hejar på”. Vi behöver vara starka och välfungerande för att göra oss hörda, summerade Helena.

Ledarskapsrollen ständigt närvarande i läkaryrket

Kajsa Öberg är nybliven specialist i reumatologi, och hon arbetar på kliniken i Falun. Kajsa gav sin syn på en chefskarriär och framtidens ledarskap.

– Mer bestämt: Vad skulle göra *mig* sugen på en chefstjänst i framtiden, förtydligade hon.



Gunnar Nemeth, Helena Hellström och Kajsa Öberg

Det bestod av tre punkter, varav den första var den viktigaste – att chefsuppdraget *synliggörs*. En chef som syns på kliniken och är närvarande. Kajsa ville ha en vardaglig och kontinuerlig introduktion av det faktiska uppdraget, t.ex. veckovisa träffar med översiktlig genomgång av det som händer på – och runt – kliniken.

– Om man inte förstår vad chefsuppdraget innebär, blir man lätt rädd och stoppar huvudet i sanden. Det är viktigt att man redan som ST-läkare får kontinuerlig information om vad chefskapet innebär!

Ledarskapsrollen finns med i allt man gör som läkare – därför är det viktigt att man får utbildning också i ledarskap, fortsatte Kajsa.

– Som ST bör man alltså också få små praktiska uppgifter som hör ihop med ledarskap.

Men oftast är det först efter läkarutbildningen, AT och ST som man höjer blicken. Man kanske bör göra det tidigare.

Den som ska vara chef måste vara någon som förstår reumatologi (eller den egna basspecialiteten) – någon som alltid har patienten och arbetet kring denne i främsta fokus.

– Därför bör det vara en läkare. Jag tror att om man bara *tänker tanken* på att bli chef, så blir man också en bättre läkare, avslutade hon.

Oftast roligt att vara verksamhetschef

Hur är det att vara chef på ett universitetssjukhus? Elisabet Lindqvist har varit verksamhetschef på Reumatologiska kliniken vid Skånes Universitetssjukhus (SUS) i nio år.

– Universitetssjukhuset har tre ben att stå på: Sjukvård, forskning och undervisning. Som verksamhetschef måste man ha koll på allt – ekonomi, personal, produktion, administration, och jag vill även lägga till logistik, sa Elisabet.

Det är även viktigt att man har kunskap, och därför ansåg Elisabet att det är en fördel om man är läkare. Hon lyfte fram att det är en styrka att reumatologin står enad i SRF.

– Det gäller också att man är visionär, så man kan ligga steget före, samt att man är uppfinningsrik – så man kan hitta de bästa möjligheterna inom givna ramar.

Det Elisabet tycker är det allra roligaste som verksamhetschef är att driva förändringsarbete.

– Då måste man lyssna på sin personal och arbeta i team. Det finns en enorm kraft i förbättringsarbete med tvärprofessionella team. Förbättringar måste ske hela tiden – inte bara i projekt, för de tar slut, framhöll hon.

Chefen ska *skapa* teamet – multidisciplinärt och tvärprofessionellt. Teamet ska sedan styra, mäta och utveckla sitt eget arbete.

– Chefen måste gilla förändringar och visa flexibilitet, samtidigt som man måste veta vad man står för och vad gränsen går, sa Elisabet och avslutade med följande konstaterande:

– Det är kul att vara verksamhetschef – oftast!

Diskussion och frågor

Därefter blev det gruppdiskussion kring ett

antal förberedda frågor, som sedan samlades upp under en återsamling och kommenterades av en panel som bestod av morgnens fyra föreläsare.

Här följer några få axplock från det som sades:

Bl.a. blev det diskussion om den oroande utvecklingen med att det införs fler mellanchefer – mellan verksamhetschef och sjukhusledningen.

– Det leder till att verksamhetschefen mer blir som sektionsledare. Ett förslag är att bjuda in sjukhus- och landstingsdirektörer till en sådan här dag. Men det är nog tveksamt om de kommer...

En konkret fråga till panelen var hur man identifierar nästa chef. Svaret var att det gör man via medarbetarsamtal.

– När de är identifierade, bör man ge dem projekt som de får styra. På så sätt kan de själva känna sin förmåga – och samtidigt uppleva att det är både roligt och spännande.

En annan fråga var hur man bemöter att man "tar patienttid" om man ger en ST eller en annan kollega ett projekt eller uppgift som de ska leda.

– Det handlar om en attitydfråga som vi måste arbeta mera med. Som doktor arbetar man med en patient i taget, men som chef arbetar man för *flera* patienter på *en gång* – genom att skapa strukturer som möjliggör att de får ett bra omhändertagande! Det är en inställning som man bör framhålla och understryka, var svaret från panelen.

QRC:s utvecklingsprogram

Värdebaserad vård – enligt professor Mi-



Katarina Almedh, Annika Granath och Monica Rapp

chael Porter som har skrivit en bok om ämnet – ska mäta hur mycket en patient får ut av satsade pengar. Frågan är om detta är en modell för Sverige?

– Kanske det, det tycker i alla fall vår nya sjukhusdirektör i Göteborg, sa Boel Mörck. Hon fortsatte med att ställa ytterligare en fråga.

– Vad är då värde för *patienten*, och hur mäter vi det?

Boel beskrev ett pågående utvecklingsprojekt, QRC, som är baserat på registerdata, och presenterade Sofia Ernestam som talade om värdebaserad vård.

– I boken *Redefining health care*, av Porter, så finns det ett enkelt sätt att mäta värdet: Det får man om man dividerar utfallet med kostnaden, förklarade Sofia.

Det finns ett antal principer för proces-



sen: Bl.a. att vården organiseras över medicinska tillstånd och hela vårdcykler samt att man använder standardiserade utfalls- och kostnadsåtgång som är specifika för sjukdomstillstånd.

– Ett exempel är bröstcancerkedjan, där olika specialiteter länkas ihop och man enas om att mäta samma saker, fortsatte Sofia.

I mångt och mycket är det ett amerikanskt system, med många olika aktörer, som beskrivs. Det är svårt att översätta till svenska förhållanden. Men Sofia ansåg dock att man kan plocka vissa delar som kan fungera här.

Porter anser att patientens rapporter är mycket viktiga, och Sofia påpekade att svensk reumatologi i detta avseende ligger väldigt långt framme.

Utvecklingsarbete i Västerås

– Arbetar vi värdebaserat – och *vill* vi göra det? Svaret på dessa två frågor är ja. Utmaningen här är ersättningssystemen, som alltid utnyttjas fel, återkom Boel.

Hon berättade att en undersökning från QRC, som utvärderar kvalitetsregister, har gett förbättringsteam i uppdrag att se hur man kan förbättra värdet för *patienten*.

Annika Granath är sjuksköterska på reumatologmottagningen i Västerås, och hon berättade om förbättrad patientdelaktighet med stöd av SRQ.

– I Västerås ligger vi bra till i många parametrar – dock inte i PER (Patientens Egen Registrering), och vi vill jobba med detta, sa Annika.

Målsättningen för förbättringsarbetet i Västerås är förbättra delaktigheten för patienterna på reumatologmottagningen. Man vill att patienterna ska registrera i PER hemma i lugn och ro.

– Idag är det i genomsnitt 9 patienter i månaden som gör det, och det antalet vill vi förbättra.

Därför måste de bli bättre på information, förklarade hon.

– Vi måste fundera på hur vi ska ge den rätt – och *när* vi ger den. Det krävs nya tag: I mötet med patienten ska alla informeras om nyttan med PER.

Annika beskrev de mål de har satt upp.

– Vi ska varje år fördubbla antal PER-registreringar via Mina Vårdkontakter. Vi ska mäta antalet registreringar en gång i månaden, och alla patienter – oavsett diagnos – ska registreras i SRQ. *All* personal tar nya tag med att informera patienterna, och ska använda SRQ aktivt i patientvården.

Förhoppningen är att man ska få väl, och korrekt, informerade patienter som känner större delaktighet och intresse av sin behandling och sin hälsa.

– Vi förväntar oss en ökad användning av SRQ, av både personal och patienter, som ett beslutsstöd för behandling och uppföljning – samt bättre compliance. Men det är

ett långsamt arbete, där vi inte får ha för bråttom, konstaterade Annika.

Utvecklingsarbete i Göteborg och Malmö

Katarina Almehed är sektionsschef för öppenvårdsreumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. För att öka användandet av SRQ i patientnära arbete, samt av patienterna själva, har de bl.a. tagit fram en idébank.

– Det är en metod för att få fram olika sätt att öka registreringen i PER och SRQ.

Hon presenterade en schematisk översikt på förbättringsidéer man arbetar med i nuläget.

– Nästa steg är nu att fortsätta att fördjupa oss i RA-processen med fokus på där SRQ utnyttjas. Vi ska fortsätta att precisera delmål och arbeta med att ”beta av” specifika idéer från idébanken, sa Katarina.

Monica Rapp är coach från QRC, som arbetar vid Reumatologiska kliniken på SUS.

– Anledningen till att vi startat detta projekt är att vi vid audit år 2013 avseende biologiska behandlingar fann att endast mellan 60 och 80 % av dessa var registrerade i registret. QRC:s projekt passar perfekt för att få igång en förbättring, sa hon.

Arbetet har som övergripande mål att öka täckningsgraden i SRQ, öka patientens delaktighet i sin behandling samt att utvärdera sjukdomar och behandling på ett standardiserat sätt.

Man har arbetat med att kartlägga patientens väg under besöket.

– Vi har identifierat och förbättrat kassans roll, förbättrat lotsning till PER-station och installerat färgskrivare vid stationen – och uppmuntrat patienterna till att skriva ut och ta med sig utskriften in till doktorn.

Man har ändrat i kallelsen – patienten uppmanas nu att komma 15 minuter *innan* så de hinner med att registrera i PER.

– Och ringledningar för att påkalla hjälp vid PER är på gång, sa Annika som avslutade med att nästa steg är bl.a. att skapa en lathund för läkare som ska ligga inne på mottagningen.

Dagen rundades av med en ny bikupediskussion som landade i nya förslag på hur man ska gå vidare med arbetet.

– Det är viktigt att vi inte slår oss till ro nu, utan fortsätter att utveckla och förbättra det nationella kvalitetsregistret – så att vi kan ge patienten en bättre vård, göra verksamhetsuppföljning och bättre forskning, avslutade Boel.

annons

Reumatologi på Riksstämman

Medicinska riksstämman hade år 2013 koncentrerat mötet till två dagar, och flyttat in till mer centralt belägna Stockholm Waterfront Congress Centre. SRF hade ytterligare koncentrerat *sin* medverkan – till den första av de två dagarna.

Denna dag inleddes med ett symposium med titeln *Osteoporos – diagnostik och behandling vid annan kronisk sjukdom*. Anna Ramnemark var moderator.

Frakturer är manifestationen

Mattias Lorentzon inledde med att beskriva benförlust och åldrande – hos kvinnor går processen fortare, jämfört med män. Han fortsatte sedan med en kort beskrivning av benremodellering.

– Det är en cykel som fortgår hela tiden, sa Mattias.

Den viktigaste delen i diagnostiken är benthetsmätning med DEXA – vilket förde honom in på hur man definierar osteoporos, enligt WHO:s kriterier från år 1994.

Man jämför med medelvärdet för bentheth hos unga, friska kvinnor och använder begreppet standardavvikelse (SD) från detta värde.

– Är värdet högre än -1 SD, betraktas det som normalt. Ligger det mellan -1 och -2,5 är det osteopeni, och *lägre* än -2,5 SD definieras som osteoporos, sa Mattias.

Han tillade att en patient som har lägre än -2,5, samt tidigare haft fraktur, anses ha manifest osteoporos.

– Osteoporos i sig är inte farligt – det är *frakturer* som är manifestationen. 70 000

frakturer sker årligen i Sverige, fortsatte Mattias. De flesta av dessa sker på underarmen (36 %), därefter kommer höft med 26 %.

Höga kostnader för samhället

Naturalförloppet för frakturer är att de vanligen sker i en hierarkisk ordning med ökande svårighetsgrad.

– Vi som bor på Island, i Sverige och i Norge har högst frakturrisik i världen. Varför det är så vet man inte, det beror i alla fall inte på isen eftersom Finland ligger långt ner på samma lista, fortsatte Mattias.

Endast cirka 50 % av höftfrakturpatienterna återfår sin funktionella status ett år efter frakturen. Dödligheten första året efter höftfraktur ligger på 20 % för kvinnor och 30 % för män. Det råder även en ökad sjuklighet och dödlighet hos kotfrakturpatienter.

– Osteoporos kostar samhället mellan 5,5 och 6 miljarder per år!

Finns det en historia av frakturer hos mamma eller pappa, är det en riskfaktor. Ju högre ålder, ju högre är riskfaktorn. En ackumulering av riskfaktorer ökar frakturrisiken.

– Anamnesen är därför mycket viktig!

Rekommenderad behandling kan ge besparingar

Kalcium och D-vitamin är den vanligast förekommande förebyggande behandlingen.

– *Tyvärr* är det så! Det är en ineffektiv behandling om man ger den utan att veta om patienten har brist på det, underströk Mattias.

Förutom att sådan behandling har ingen, alternativt liten, förebyggande effekt hos

postmenopausala kvinnor, föreligger också en risk för biverkningar.

Aledronat har däremot god effekt.

– Det finns god evidens för det. Preparatet stoppar osteoclaster att bryta ner ben, fortsatte Mattias.

Han visade också goda studieresultat för zoledronsyra (Aclasta) och för denosumab (Prolia).

Mattias avslutade med en hälsoekonomisk analys, där han förutspådde att en ökad läkemedelsbehandling är att vänta. Det kommer att innebära en kostnadsökning som på kort sikt beräknas till 70 miljoner kronor per år.

– På längre sikt leder dock det till besparingar – till följd av ett minskat antal frakturer – på cirka 270 miljoner kr per år.

Det innebär alltså en total besparing på 200 miljoner kr årligen.

– Detta förutsatt att vi skulle behandla enligt dessa rekommendationer – vilket inte sker idag, avslutade Mattias.

Behandla inflammationen optimalt

Helena Forsblad d' Elia beskrev därefter osteoporos vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar – RA och AS – samt vid kortisoninducerad osteoporos.

Hon nämnde studier som visar på ett samband mellan låg bentheth (BMD) och erosivitet och leddestruktion vid RA.

– Det finns en mängd faktorer som ökar risken, eller har samband med, frakturer vid RA. Några av dessa är lång sjukdomsduration, lågt BMI, hög ålder, pågående kortisonbehandling och tidigare fraktur, sa Helena.

Behandling med biologiska läkemedel minskar risken för fraktur.

– TNF-hämmare har en positiv inverkan på benthethen.

Men en stor nordamerikansk populationsbaserad kohortstudie fann dock *inte* någon skillnad i antal frakturer mellan patienter som behandlats med TNF-hämmare och inte, tillade Helena.

– Det finns också data som pekar på att Aclasta har en skyddande effekt vid RA.

Patienter med AS har både osteoporos och osteoproliferation parallellt, vilket ger en ökad risk för frakturer.

Manligt kön, hög ålder samt lång sjukdomsduration var några riskfaktorer vid AS som Helena räknade upp.

– Var uppmärksam på problematiken, och var frikostig med utredning! Behandla inflammationen optimalt och behandla patienter med ökad risk för frakturer, var hennes råd för både RA- och AS-patienter. ➤



Fr.v. Helena Forsblad d' Elia, Mattias Lorentzon, Ylva Pernow och Östen Ljunggren.

Kortison ger ökad överlevnad av osteoclaster

Kortisoninducerad osteoporos är ett latrogen tillstånd och den vanligaste orsaken till sekundär osteoporos.

– Upp till 4,6 % av postmenopausala kvinnor står på kortison, påpekade Helena.

Det är ett underdiagnostiserat och underbehandlat tillstånd som innebär en snabb förlust av bentätheten det första året – i ländrygg upp till 20 % benförlust.

– Sedan tycks det plana ut. Riskökningen för fraktur är störst för kotkompressioner, och patienten frakturerar vid en högre bentäthetsnivå.

– Men det är viktigt att komma ihåg att det är en delvis reversibel benpåverkan och frakturrisk. Kortisonbehandling ger en ökad överlevnad för osteoclaster – risken för fraktur ökar redan efter tre månaders behandling. *Hur* man ska behandla dessa patienter är ett område där det idag inte finns internationell konsensus. Därför kunde Helena endast ge några generella råd.

– Reducera om möjligt dosen och överväg steroidsparande medicinering och annan administreringsväg. Förmå patienten att undvika rökning och hög konsumtion av alkohol, och sätt in fallpreventiva åtgärder.

Celiaki, IBD och KOL

Det finns även *andra* sjukdomar och läkemedel som kan leda till osteoporos, påminde Ylva Pernow publiken om.

Skelettet påverkas av nästa alla sjukdomar, och Ylva fortsatte med att tala om celiaki.

– 40 % av dem som får diagnosen celiaki vid vuxen ålder har låg BMD. En studie från 2007 visar att de även får en ökad frakturrisik.

Behandlingen för celiaki är glutenfri diet – får de det, återhämtar patienten benmassa. Kalcium och vitamin D är också viktigt, och man kan överväga bisfosfonat, antingen som veckotablett eller intravenöst.

Inflammatorisk tarmsjukdom är en annan viktig diagnos som kan leda till osteopeni och osteoporos. Ylva visade en sammanställning publicerad i *Gastroenterology & Hepatology* där mellan 22 och 55 % av patienter med Crohns sjukdom också hade osteopeni – mellan 3 och 6 % av dem hade osteoporos.

– 32 – 67 % av patienter med ulcerös kolit har osteopeni, och 4 – 50 % av dem hade osteoporos.

KOL-patienter är en annan riskgrupp. En holländsk studie fann en prevalens för osteoporos på 32,4 % för denna grupp, att jämföra med 11 % i normalbefolkningen.

Genomför bentäthetsmätning vid misstanke, samt behandla grundsjukdomen var hennes sammanfattande råd.

– Se till att patienten slutar röka, har en god nutrition och uppmåna till fysisk aktivitet, summerade Ylva.

Benbiopsi rekommenderas för njursjuka

Sista talare på detta symposium var Östen Ljunggren som föreläste om osteoporos vid njursjukt.

– Om njuren börjar svikta, får vi brist på D-vitamin. Renal osteodystrofi leder till skelettsjukdom som är något *annat* än osteoporos, konstaterade Östen.

För osteoporosbehandling av njursjuka patienter, vill man minska mängden fosfat och ger därför fosfatbindare och D-vitamin, men dosen bör individualiseras. Perorala bisfosfonater tycks vara säkra ner till 15 ml/min i glomerulär filtration, berättade han vidare.

– DXA är svårtolkad vid dialys. En benbiopsi rekommenderas därför före insättande av behandling.

Det finns dock inga frakturdata från studier på dialyspatienter, avslutade Östen.

Hitta nålen i höstacken

Ryggsmärtan – är den inflammatorisk?

Frågan utgjorde rubriken för ett symposium som anordnades av SLS sektion för reumatologi tillsammans med sektionerna för allmänmedicin och bild- och funktionsmedicin. Helena Forsblad d' Elia var moderator.

– Ryggsmärtor är vanligt förekommande. Hur ska man utreda, och hur ska man gå vidare, frågade Helena när hon hälsade välkommen.

Stefan Bergman inledde med att tala med om ryggsmärta från ett primärvårdsperspektiv, och redogjorde för ett genomsnitt av den enskilde allmänläkarens ettårsperspektiv:

– Det är 2000 personer i ”min” befolkning. 460 av dem har långvarigt ont i ländryggen, och 80 av dem kommer att få diagnos ländryggsmärta. 6 av dessa har symptom på inflammatorisk ryggsmärta, sa han.

– Anamnesen är väldigt viktig – det gäller att vara uppmärksam på ”inflammatoriska” symptom. Vilka patienter remitterar jag till radiologen? Vilken hjälp har jag av radiologi? Det var två frågor som Stefan skickade vidare till de kommande två föreläsarna.

Anamnesen är avgörande

Spondartrit (SpA) har en prevalens på 0,5 % av befolkningen, och cirka 50 % av patienterna har inflammation i ryggen, berättade Lennart Jacobsson.

Inflammatorisk ryggsmärta kännetecknas av smygande debut tidigare än vid 40 års ålder, nattlig smärta, att man blir förbättrad av fysisk aktivitet men inte vid vila, en sidoväxlande gluteal smärta, morgonstelhet samt att NSAIDs ger god effekt.

– Dessa kriterier räcker en bit – men inte ända fram! Bilddiagnostik är därför att föredra, sa Lennart.

Eftergranska tidigare bilder och använd MRI – möjligen CT – av SI-lederna – men inte röntgen. Testning av HLA-B27 är värdefullt om osäkerhet föreligger.

– En noggrann anamnes är avgörande vid diagnos – speciellt vid tidig AS/SpA, var Lennarts huvudbudskap.

Mats Geijer talade om bilddiagnostik vid sacroilit och spondylartrit. Han höll med om att slättröntgen inte är bra.

– Röntgen har låg sensitivitet – det är känt sedan länge. Men det har också låg specificitet, vilket inte är så välkänt, sa Mats.



Fr.v. Stefan Bergman, Helena Forsblad d' Elia, Mats Geijer och Lennart Jacobsson.

Sammantaget så är ungefär mellan en fjärdedel och en tredjedel av röntgenutlåtanden som omnämner sacroiliacaledernas status felaktig, underströk han.

– Personligen tycker jag CT är en utmärkt metod att ställa diagnos med. Det ger en lägre stråldos än röntgen, och har hög sensitivitet och specificitet för kroniska sacroiliit-förändringar, sa Mats och fortsatte med att visa exempel på detta.

Radiologist's delay

MR är ändå tveklöst den allra bästa metoden, enligt Mats.

– Patologin vi hittar är samma som vid CT, dvs. ankylos och erosioner – *plus* benmärgsödem och fettinfiltration.

Man kan även använda MR för att bedöma ödemutveckling efter behandling. Mats visade exempel på behandlingseffekt av infliximab efter 16 veckor.

– Patienten har blivit helt smärtfri, och det finns inga benmärgsödem kvar!

Mats påpekade att det i tillägg till patient's delay och doctor's delay finns något han kallade för "radiologist's delay".

– Frågeställningen på remissen är mycket viktig.

Stämmer sedan inte röntgensvaret med den kliniska bilden, kan det vara motiverat att ställa frågan igen – eventuellt till en annan röntgenläkare.

MR är den säkraste metoden att bedöma aktiv inflammation och fettinfiltration. CT är den säkraste metoden att bedöma usurer och skleros i sacroiliacalederna, sammanfattade Mats.

– Och vid tveksamhet – diskutera med röntgenavdelningen, avslutade han.

Blev fast för forskning

Arv, miljö och sjukdom – exempel från utforskandet av RA, var titeln på en föreläsning som Lars Klareskog gav.

– Forskning om miljö och sjukdom kan förändra mycket, sa Lars inledningsvis.

På 1950-talet var olycksfall den viktigaste orsaken till handikapp och död hos barn. Ragnar Berfenstam (barnläkare och socialmedicinare i Uppsala) undersökte miljöerna där olycksfallen hade inträffat.

– Han inte bara samlade och publicerade sina fynd – han medverkade också till *förändring* av miljöerna. Resultatet blev att olycksfall som orsak till handikapp och död minskade drastiskt i Sverige, fortsatte Lars.

– Ragnar var en person som jag inspirerades mycket av när jag började arbeta, tillade han.

Lars berättade att han tidigt i sin karriär kom in på studier på transplantationsantigener. När han fann att Langerhans celler i huden kan presentera transplantationsantigen – då blev han "fast för forskningen".

Det ledde till att Lars snart kom in på RA. Försök på möss visade att det fanns många sätt att få artrit – och många, men olika, sätt att bota mössen.

Behandlingen av RA har utvecklats mycket idag, men det man gör är att man bromsar *effekterna* av sjukdomen – man gör inget åt själva grundproblemet, dvs. insjuknandet.

– Det bästa vi har för att lösa gåtan är svenska reumatologiregistret – patientens information samlad i ett nationellt nätverk, förklarade Lars.

Lungorna är viktiga

Vi måste veta vilka våra patienter är, och

vilka genetiska uttryck de representerar. Vi är ju alla olika.

– Arv och miljö vid RA kan nu studeras på nya sätt, sa Lars och presenterade EIRA (Epidemiologiska studier av riskfaktorer för RA). Det är en populationsbaserad studie baserad på nydebuterade patienter inkluderade i det nationella RA-registret.

– När teknikexplosionen för att sekvensera humant genom kom under åren 2006-2007, då hade vi i RA-registret redan materialet att applicera denna teknik på!

Vad beträffar miljön, så är det känt sedan tidigare att rökning är en riskfaktor för RA – men också stendamm, asbest mm. Om man både röker *och* har antitransplantationsgenerna, är risken för att få RA mycket stor. Har däremot patienten *inte* antikroppar mot citrullinerade proteiner är risken inte lika stor.

– Rökning kan dock bara förklara en tredjedel av fallen. Det är ett modernt påfund, men RA har funnits mycket längre. Det måste alltså finnas något annat. En undersökning på malajsiska kvinnor – som inte röker – pekade mot textildamm. Därför verkar det som om *lungorna* är viktiga.

Vill hitta patienterna innan de blir sjuka

Lars förklarade att genom att studera gener och omgivning i epidemiologiska studier och kombinera resultaten med immunologi, kan man föreslå ett förlopp som förklarar varför RA börjar i lungorna.

– Bästa sättet att minska prevalensen för RA är att stoppa rökning – att helt enkelt förbjuda den, underströk han.

Det finns många options för prevention och behandling av RA – dock ingen *bot*.



Anders Eklund, Anca Catrina, Ingrid Lundberg, Johan Grunewald, Tomas Olsson och Lars Alfredsson.



Reumaveckan i Örebro

1-4 april 2014

Nu har registreringen öppnat. Välkommen att anmäla dig.

Riksstämmeprogrammet och Vårmetet har sedan länge varit huvudpunkterna i SRFs årskalender. Det har varit ett lyckat koncept där de två programmen har haft olika karaktärer och kompletterat varandra men nu när Riksstämman i sin gamla form har gått i graven så blir det ett naturligt tillfälle att tänka om och pröva något nytt. Därför kommer dessa två möten att i år slås samman och samtidigt utökas till ett fyradagarsmöte med namnet Reumadagarna.

Det känns både spännande och utmanande för oss i Örebro att få vara värdklinik för den första upplagan av reumadagarna. Det kommer att bli ett välfyllt och varierat program som rymmer såväl temaföreläsningar som postersessioner och fortbildning blandat med stipendieutdelningar med mera. Även i år kommer SveReFo, FRS och Reumatikerförbundet att hålla i ett eget program under en del av mötet med fokus på patient, omvårdnad och rehabilitering.

Vi hälsar er alla varmt välkomna!
Sara Magnusson-Bucher och Marie Vallgård

www.svenskreumatologi.se

annons

– Ett arbete för att identifiera dessa patienter med hjälp av gener och biomarkörer pågår. Detta för att sätta in livsstilsförändringar och terapi *innan* de blir sjuka. Men vi är inte där ännu...

RA är en sjukdom som är lämpad för just sådana studier.

– Det existerar ett stort samarbete mellan USA och Kanada om detta – och svensk reumatologi är med i detta arbete, avslutade Lars Klareskog.

Rökning riskfaktor för MS

Lungorna stod i centrum även för det sista symposiet som var ett samsymposium mellan reumatologi, lungmedicin och neurologi. Ingrid Lundberg var moderator.

Lars Alfredsson berättade mer om EIRA.

– Hittills har vi inkluderat cirka 3700 fall och 5900 kontroller. För 85 % av fallen har det gått kortare tid än ett år från sjukdomsdebuten till inklusion i EIRA, sa Lars.

Rökning interagerar med den viktigaste genetiska riskfaktorn för RA, avseende risk för att utveckla RA.

– För dem med genetisk disposition är riskökningen 60 %!

En systerstudie till EIRA är EIMS, som han också presenterade. EIMS syfte är att studera betydelsen av miljöfaktorer och genetik och dess interaktion, avseende risk för att utveckla MS.

– Rökning interagerar även med de två viktigaste genetiska riskfaktorerna för att utveckla MS, fastslog Lars.

Effekten av genetiska faktorer kan bero på den miljömässiga kontexten och vice versa.

– Vad vi idag kallar RA tycks bestå av flera olika sjukdomar med olika etiologi. Inflammatoriska sjukdomar – RA och eventuellt MS – kan i en del fall sannolikt starta i lungan, var hans slutsats.

Interstitiell lungsjukdom

Anti-citrullinerade-protein-antikroppar (ACPA) är den mest specifika biomarkör för RA (98 %) som vi har just nu, konstaterade Anca Catrina.

Citrullinering är en post translationell modifiering av proteiner – arginin aminosyra förvandlas till citrullin.

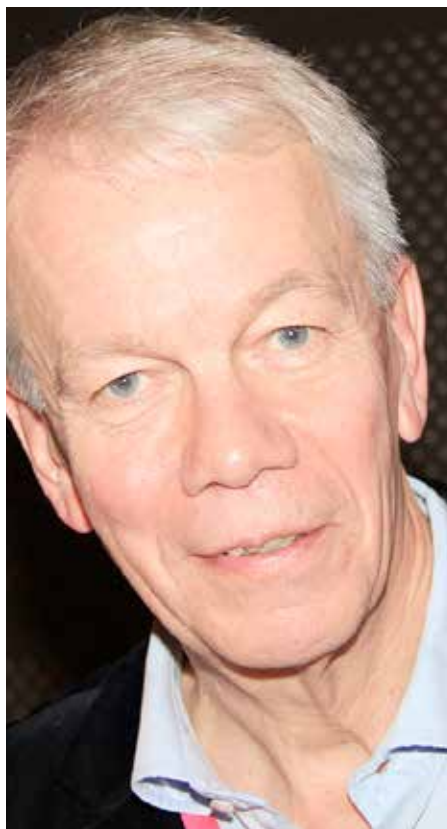
– Vi har positivt värde för ACPA i upp till 70 % av alla RA-patienter, och endast hos 2 % av friska kontroller, sa Anca.

Hon visade också att lungförändringar förekommer hos ACPA-positiva friska individer som ännu inte har RA.

Ingrid Lundberg talade om lungsjukdom vid myosit.

– Interstitiell lungsjukdom (ILD) kan vara debutsymptom vid myosit/antisyntetassyndrom. Antisyntetassyndrom kan förekomma utan myosit – antikroppar är viktiga för diagnosen.

ILD är vanligt vid myosit, och vid nydebu-



Lars Klareskog

”Rökning interagerar även med de två viktigaste genetiska riskfaktorerna för att utveckla MS”

terad ILD ska man tänka på myosit. Nydebuterad myosit bör undersökas med HRCT och lungfunktionstest.

Autoantikroppar kan vägleda till diagnos, sammanfattade Ingrid.

– Lungan kan vara det organ där inflammationen startar. Rökning kan ha en roll i patofysiologin för utveckling av anti-Jo-1 antikroppar, summerade hon.

Snus skyddar mot MS

Tomas Olsson talade om omgivningsfaktorer, gener och rökning vid MS.

Prevalensen för MS ligger mellan 0,1 och 0,2 % i Sverige – totalt handlar det om ungefär 17000 fall.

Man uppskattar att kostnaden för samhället ligger på sju miljarder kronor årligen – endast 10 % av denna summa utgörs av läkemedelskostnader. Huvuddelen går till den personliga assistans som patienterna behöver.

– Ändå är forskningsanslagen för MS mycket blygsamma, påpekade Tomas.

Rökning ökar risken för MS, och risken ökar med ökad kumulativ dos av rökning.

– Passiv rökning ökar också risken. Risken består dessutom i upp till tio år efter rökstopp. Nya data pekar även på att rökare har en sämre sjukdomsutveckling jämfört med icke-rökare. Däremot förfaller snus ha rakt motsatt effekt – bruk av snus *skyddar* mot MS.

– Och det rejält! En studie med 8000 MS-patienter och 9000 matchade kontroller visade att *hög* snuskonsumtion dessutom innebar den största risksänkningen och att *låg* konsumtion gav en mindre risksänkning. Det är alltså dosberoende, vilket understryker effekten, sa Tomas.

Rökning skyddar mot sarkoidos

Symposiet avslutades med att Johan Grunewald talade om rökning och sarkoidos. Lungorna verkar ha en väldigt viktig roll.

– I lungorna tycks T-cellerna förvärva en kapacitet att migrera till specifika organ och där skapa autoimmunitet, sa Johan.

Sarkoidos drabbar ofta unga vuxna. I Sverige handlar det om mellan 1500 och 2000 nya fall årligen, varav en tredjedel har Löfgrens syndrom.

– Vanliga symtom är hosta, andfäddhet och trötthet. C:a 90 % har lungengagemang. Etiologin är dock okänd.

– Bronkoskopi ger oss en möjlighet att studera inflammation ”på plats”, och det har öppnat många dörrar, fortsatte Johan.

Både arv och miljö är av betydelse för att utveckla sarkoidos. Varianter av HLA påverkar risken för kronisk sjukdom, alternativt en bättre prognos.

– Rökning är den enskilt starkast associerade omgivningsfaktorn för sarkoidos: Rökning ”*skyddar*” mot sarkoidos! Ökad risk ses bland lantbrukare, samt vid exponering för insektsmedel och mögel.

Nikotin kan påverka makrofager. ”M2”-fenotyp, som har anti-inflammatoriska egenskaper, nedreglerar IL-12 men stimulerar IL-10 och har en dämpande effekt på T-celler.

– En studie där man under 12 veckor behandlade patienter med aktiv sarkoidos med nikotinplåster visade att TLR-funktionen normaliserades samt att nivåerna av T-regulatoriska T-celler normaliserades. Behandling med nikotin av patienter med icke-aktiv sarkoidos, eller av friska, gav inte samma effekt, avslutade Johan.

Och därmed var SRF:s program på Riksstämman 2013 slut.

PER LUNDBLAD

Reumatologin i Västerås

Reumatologkliniken i Västerås, den yngsta, modernaste och mest framgångsrika länskliniken i landet?

Bakgrund

Reumatologkliniken har ett länsövergripande ansvar för utredning och behandling av reumatiska sjukdomar i Västmanland. I kliniken ingår slutenvård och öppenvård inklusive paramedicinsk enhet; arbetsterapi, kurator och sjukgymnastik. Under en fyraårsperiod, 2008 - 2011 var reumatologkliniken en sektion i medicinkliniken på grund av oönskade omständigheter och viljan från ovan att bilda en gigantisk och allsmäktig medicinklinik. Kliniken är nu återuppbyggd som en suverän, modern och framgångsrik klinik. Närmare detaljer om den tuffa kampen att återupprikta en självständig klinik finns i Reumabulletinen nummer 84. 5/2011 (Reumatologkliniken i Västmanland återuppstånden).

I Västmanland finns fyra sjukhus, i Västerås, Köping, Sala och Fagersta varav endast de i Köping och Västerås fungerar som akutsjukhus. Västmanlands sjukhus Köping har tyngdpunkten på akut internmedicin och ortopedisk dagkirurgi men vissa specialiteter finns representerade på öppenvårdsmottagningar. Västmanlands sjukhus Västerås är länets största sjukhus, ett länsjukhus med tillgång till akutsjukhusets alla resurser och specialiteter inklusive reumatologi. All reumatologisk verksamhet bedrivs i Västerås. I Västerås finns även en halvtids privatreumatolog.

Vårt upptagningsområde, Västmanland, har ca 260 000 invånare. Kliniken har cirka 3000 aktiva patienter som har någon form av planerad uppföljning.

Medarbetare

Vi är totalt 33 medarbetare fördelade på nio läkare inkl. verksamhetschefen (sju överläkare, en specialitistläkare och en ST-läkare) sex sjuksköterskor inklusive avdelningschef för mottagningen och dagsjukvården, tre undersköterskor, fyra medicinska sekreterare, sex sjukgymnaster (fyra och en halv heltidstjänster inkl. avd.chef för paramedicinska enheten), fyra arbetsterapeuter (tre heltidstjänster) och en kurator.

Verksamhetsutvecklingen

Utvecklingen går mer och mer över till immunmodulerande behandling med biologiska läkemedel och mindre slutenvård.

Kliniken har idag tillgång till fyra vårdplatser på en medicinavdelning men vi utnyttjar endast två sängplatser och vissa

dagar har vi ingen slutenvårdspatient alls. Slutenvårdsrehabilitering upphörde 2010 och klimatvården för reumatiker upphörde 2011 (FoU) som resultat av preliminära nationella riktlinjer. Flera försök till att introducera ultraljud som ny undersökningsmetod under 2008 - 2011 misslyckades totalt då reumatologen var sektion i medicinkliniken.

Som självständig klinik med verksamhetschef som reumatolog visade det sig att det inte var så omöjligt som det verkade att äska pengar till en ultraljudsapparat när man framförde de rätta argumenten, och inte heller svårt att under upphandlingen få ytterligare medel för att få ihop till två apparater. Vi har nu totalt fyra ultraljud, två moderna, GE S8 och S7, samt två äldre fullt dugliga apparater som vi under upphandlingsprocessen ärvt av röntgenavdelningen.

Tack vare nationella riktlinjer har kliniken fått beviljat GAP-medel (extra budgetmedel som fyller upp gapet mellan nuläget och det egentliga behovet utifrån en GAP-analys) på 5 Mkr/år i 3 år, 2013-2015, dels för att täcka de ökade kostnaderna för biologiska läkemedel och dels för att anställa en extra sjuksköterska och en läkare som redan är rekryterade.

Kliniken har, i skrivande stund, 2041 inkluderade patienter - alla diagnoser - och 2358 besök i SRQ senaste året. 672 patienter får någon form av biologisk behandling, vilket betyder att vi delar en topp placering med region Skåne, vi förskriver mest biologiska läkemedel (325,8 pågående bio-behand-

lingar per 100 000 invånare över 18 år) källa dynamiska diagram SRQ, 2 februari 2014.

Kliniken bedriver avancerad och specialiserad reumatologisk sjukvård och behöver mycket sällan av medicinska skäl remittera patienter till universitetssjukhus. Läkargruppen på lite drygt fem heltidstjänster under 2013 producerade totalt 5379 läkarbesök varav 659 nybesök.

Vi tar emot två läkarkandidater T7 per vecka från Uppsala under deras regionplacering. Vi handleder många randande ST-läkare från andra kliniker och primärvården. Vi har nyligen startat en sprutmottagning en dag per vecka för att lära AT-läkare under ortopediplacering injektionsteknik.

Kliniken deltar i flertalet kliniska nationella och internationella provningar som t.ex. NORDSTAR- och SPACE-studierna.

Samverkan med primärvården utvecklas kontinuerligt och kliniken har varit aktiv för att få ett gemensamt levande samverkansdokument i hela Uppsala-Örebro regionen. Kliniken har även god samverkan med läkemedelsindustrin, vilket resulterat i flera lyckade projekt, bl.a. web-baserad e-learning till primärvården (reumatologi i primärvården) i samarbete med Pfizer.

Detta program, som finns på www.primareuma.se, innehåller tre avsnitt med teori och interaktiva patientfall. Under 2013 har vi fått totalt 1251 remisser och knappt 19 % direktbesvarades. Motsvarande andel 2008 var ca 30 % av remisserna.

Ett annat lyckat projekt i samarbete med reumatologen i Danderyd och AbbVie är utbildningen i ledstatus för sjuksköterskor



På Stora Torget i Västerås står Bengt-Göran Broströms skulptur ASEA-strömmen (1989) med stadshotellet och domkyrkan i bakgrunden. Foto: Milad Rizk

och totalt har vi utbildat ca 65 sjuksköterskor i syd och mellan-Sverige.

Reumatologmottagningen och dagsjukvården

Dagvårdsavdelningen är nu öppen måndag-fredag dagtid. Huvuddelen av verksamheten består av infusionsbehandlingar, ca 1500 behandlingar/år (biologiska, Cyklofosfamid, Ilomedin, Aclasta m m). Vi har även möjlighet att ta emot patienter under utredning. Eftersom Västerås inte har patienthotell gäller det patienter som inte har behov av övernattnings.

Sjuksköterskemottagningen hade ca 1900 besök 2013 och erbjuder läkemedelsinformation och undervisning inför start av nytt läkemedel, vaccinationer, PPD och telefonuppföljning efter insättning av DMARD. Sedan 2008 följs även patienter med artritdiagnos och biologisk behandling upp med sjuksköterskebesök en gång/år (ca 300 besök/år). Alla sjuksköterskor har ledstatusutbildning och arbetar aktivt i SRQ.

Vi arbetar också aktivt med livsstilsfrågor och kliniken driver sedan 2011 en egen livs-



Läkare vid Reumatologiska kliniken i Västerås. Fr. v. öl Brua Weice, öl Ewelina Hoenl, öl Irena Mahmoodi, öl Maria Zajaczkowska, öl Fredrik Markros och verksamhetschef Milad Rizk. På bilden saknas öl Ann Olofsson Sahlqvist, specialistläkare Ewa Gorzkowska och ST-läkare Jonna Wesamaa. Foto: Milad Rizk.



Västmanlands sjukhus Västerås. Reumatologmottagningen finns i den korta enplansbyggnaden mitt för det gamla lasarettet, som ses mitt i bilden. Foto: Landstinget Västmanland.

stilmottagning (208 besök 2013). Flertalet sjuksköterskor har utbildning i MI (motiverande samtalsteknik).

Telefonrådgivning är en annan betydande del av sjuksköterskemottagningen. Mottagningen har två linjer öppna dagligen mellan kl 08:00-15,30, en för rådgivning och en för tidsbokning. 2013 tog vi emot 9300 samtal.

Tillgänglighet är ett fokusområde för kliniken och vi garanterar att patienten får kontakt med oss samma dag de ringer.

Klinikens undersköterskor arbetar i receptionen, där de bl. a. ansvarar för inkommande remisser och post. De tar även emot samtal gällande tidsbokning och assisterar patienterna när de fyller i uppgifter på de två PER-stationerna.

Klinikens medicinska sekreterare arbetar förutom journalskrivning även med remissbevakning, läkarscheman m. m. Vi har som mål att "gårdagens diktat ska skrivas idag". Detta mål uppfylls nästan alltid.

Under 2014 är våra fokusområden ur ett patientperspektiv; delaktighet, levnadsvanor och tillgänglighet. Vi kommer att arbeta med att utveckla individuella vårdplaner ("Min vårdplan"). Flertalet patienter som besöker mottagningen kommer att få frågor om levnadsvanor och adekvata råd.

För att öka patientens delaktighet arbetar vi aktivt med att patienten ska registrera sig i SRQ via PER istället för blanketter. Vi har idag två datorer på mottagningen för patientregistrering och arbetar intensivt med att patienten ska registrera uppgifterna hemifrån via "Mina vårdkontakter". Kliniken deltar sedan våren 2013 i ett nationellt förbättringsprojekt via QRC (Kvalitetsregistercentrum) för att stödja utvecklingen av nationella kvalitetsregister.

Paramedicinska enheten

Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kura-

tor är sedan många klinikanslutna år, till skillnad mot den vanligare organisationsformen rehabiliteringskliniker. Samverkan sker istället mellan olika klinikers enheter som delar en fin och stor nybyggd (2010) rehabiliteringsanläggning med bassänger samt en träningshall med nya maskiner.

Utvecklingen med nya biologiska läkemedel möjliggör träningsformer med högre belastning och det är viktigt att patienterna tidigt får kunskap om vikten av såväl grundläggande fysisk aktivitet som fysisk träning.

Konditionstest utförs numera i mycket hög utsträckning.

Sjukgymnasterna har på delegering av verksamhetschefen utvecklat fotteamet tillsammans med ortopedtekniker.

De senaste åren förskrivs ortopedtekniska skohjälpmiddel enbart av sjukgymnasterna och detta har gett både ökad kvalitet och balans i budget.

MI är en bra grund för alla i teamet, sjukgymnaster och arbetsterapeuter har numera dessutom möjlighet att fördjupa sig i beteendemedicin via Mälardalens högskola. Ibland finns en djupare problematik bakom livsstilen hos patienten. Klinikens kurator tillämpar gärna KBT i det stödjande samtalet. Kunskap i all ära utan motivation kommer patienten inte långt. De beteendemedicinska inslagen har de senaste åren vuxit och kommit för att stanna.

Det stora flödet av patienter kommer polikliniskt, men även en dagsjukvårdsform finns. Reuma-rehab har funnits i många år och ingår numera som ett åtgärdspaket i klinikens livsstilmottagning. Under en intensiv fem veckors period kommer en grupp om åtta patienter (blandade artritdiagnoser), tre dagar/vecka för teoridelar och praktiska träningspass.

Tema dagar (en heldag), två-tre tillfällen per år erbjuds av teamet för mer diagnos-specifik kunskapsförmedling.

Utmaningar

Ekonomi i balans har hittills inte varit något problem men ständiga hot om förändrade ersättningssystem enligt DRG-modellen gör att man känner ovisshet inför budgetarbetet 2015.

Ständiga besparingskrav främst på läkemedelskostnader samtidigt som vi får extra GAP-medel för bl a dyra biologiska läkemedel, lite paradoxalt kan man tycka.

Vi har idag sjukhusets mest attraktiva lokaler vid huvudentrén vilket vi är väldigt glada över, den lyckan kommer tyvärr att ta slut vid årsskiftet 2014/2015 då vi tvingas att flytta till nya lokaler högre upp i huset för att ge plats till en ny och modern huvudentré samt ny personalmatsal.

MILAD RIZK
Januari 2014

Systemic sclerosis

Novel molecular and epidemiological features of disease

Kristofer Andréasson

Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund. Avdelningen för Reumatologi. Lunds universitet.

Akademisk avhandling som för avläggande av doktorexamen i medicinsk vetenskap vid medicinska fakulteten vid Lunds universitet offentligen kommer att försvaras fredagen den 20 december 2013 kl 13.00, i föreläsningssalen, Reumatologiska kliniken, Kioskgatan 3, Lund. Fakultetsopponent: Professor Dr. Ulf Müller-Ladner, Justus-Liebig-Universität Giessen, Tyskland

Systemic sclerosis (SSc) is a systemic rheumatic disease with significant mortality and morbidity. Different estimations of disease prevalence and incidence have been presented from various parts of the world.

While lung involvement is a common cause of SSc-related death, a majority of SSc patients suffer from symptoms originating in the gastrointestinal (GI) tract.

By combining data from a population based register with individual case ascertainment, we investigated the epidemiology of SSc in a defined region in southern Sweden comprising one million adult inhabitants.

The investigation was performed by using classification criteria presented in 1980 and in 2013 respectively. SSc prevalence was estimated to 305 per million and the annual incidence 19 per million and year by application of the 2013 classification criteria.

We show that the novel criteria identify SSc subjects who were overlooked by the previous criteria. Usage of either criteria set resulted in prevalence estimates that are

higher than previous reports from northern Europe, but similar to reports from southern Europe.

Cartilage oligomeric matrix protein (COMP) is a promising biomarker of skin fibrosis in SSc. We have investigated the potential for S-COMP to serve as a biomarker for SSc associated lung fibrosis and as a predictor of SSc survival. S-COMP showed only minimal associations with the development or presence of pulmonary fibrosis. SSc patients with pathological S-COMP in early SSc were at an increased risk of death.

To further explore the mechanisms behind COMP and fibrosis, we investigated skin fibrosis in mice deficient in COMP. These mice were not resistant to skin fibrosis.

GI disease is a common visceral manifestation of SSc. The inflammatory protein complex S100A8/A9, also known as calprotectin, has been associated with several rheumatic diseases. Faecal calprotectin (FC) is a validated biomarker in inflammatory bowel disease. We have explored the biomarker potential of FC in SSc. FC cor-

related with SSc manifestations in the GI tract. FCs showed little variation upon repeated testing. FC was higher in SSc compared to other rheumatic diseases.

The development of inflammation and fibrosis was investigated in reference to S100A8/A9 in an experimental mouse model. S100A8 and S100A9 were found to localise to inflamed and fibrotic skin tissue.

Using the same model, we could not identify any significant reduction of inflammation or fibrosis in S100A9 deficient mice.

I suggest that FC, a feasible biomarker already available in routine clinical care, could be a valid biomarker of GI disease in SSc. Further studies are warranted to elucidate the mechanisms behind pathological FC testing in SSc.

ISBN 978-91-87651-21-2

List of papers

This thesis is based on the following communications:

1. Andréasson K., Saxne T., Bergknut C., Hesselstrand R., Englund M.: Prevalence and incidence of systemic sclerosis in southern Sweden: population-based data with case ascertainment using the 1980 ARA criteria and the proposed ACR-EULAR classification criteria. *Ann Rheum Dis*, [epub ahead of print] Jul 29. doi:10.1136/annrheudis-2013-203618
2. Hesselstrand R., Andréasson K., Wuttge DM., Bozovic G., Scheja A., Saxne T.: Increased serum COMP predicts mortality in SSc: results from a longitudinal study of interstitial lung disease. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51(5):915-20
3. Andréasson K., Scheja A., Saxne T., Ohlsson B., Hesselstrand R.: Faecal calprotectin: a biomarker of gastrointestinal disease in systemic sclerosis. *J Intern Med* 2011;270(1):50-57
4. Andréasson K., Saxne T., Scheja A., Bartosik I., Mandl T., Hesselstrand R.: Faecal levels of calprotectin in systemic sclerosis are stable over time and

are higher compared to primary Sjögren's syndrome and rheumatoid arthritis. Submitted manuscript under revision.

5. Andréasson K., Gustafsson R., Roth T., Vogl J., Ivars F., Hesselstrand R., Saxne T.: S100A8/A9, a damage associated molecular pattern (DAMP) protein, is not essential for the development of inflammatory associated skin fibrosis in mouse. Manuscript.

Some additional observations not previously presented have been included in the Results and Discussion sections of this thesis. The articles are reprinted with permission from the publishers.

I have also contributed to the following communications, prepared during my Ph.D. studies, not included in the thesis:

Rydell-Törmänen K., Andréasson K., Hesselstrand R., Risteli J., Heinegård D., Saxne T., Westergren-Thors-

son G.: Extracellular matrix alterations and acute inflammation; developing in parallel during early induction of pulmonary fibrosis. *Lab Invest* 2010;92(6):917-25

Hesselstrand R., Wildt M., Bozovic G., Andersson-Sjöland A., Andréasson K., Scheja A., Westergren-Thorsson G., Bjermer L., Wuttge DM.: Biomarkers from bronchoalveolar lavage fluid in systemic sclerosis patients with interstitial lung disease relate to severity of lung fibrosis. *Respir Med* 2013;107(7):1079-86

Agarwal P., Schulz JN., Blumbach K., Andréasson K., Heinegård D., Paulsson M., Mauch C., Eming SA., Eckes B., Krieg T.: Enhanced deposition of cartilage oligomeric matrix protein is a common feature in fibrotic skin pathologies. *Matrix Biol* 2013;32(6):325-31

Shoulder function

and activity limitations in patients with early rheumatoid arthritis

Författare: Annelie Bilberg, Leg sjukgymnast, annelie.bilberg@vgregion.se, Avdelningen för Reumatologi och Inflammationsforskning, Sahlgrenska Akademien, Institutionen för Medicin, Göteborgs Universitet.

Huvudhandledare: Kaisa Mannerkorpi, Docent, kaisa.mannerkorpi@rheuma.gu.se

Bihandledare: Tomas Bremell, Docent, tomas.bremell@vgregion.se

Titel på avhandling: Shoulder function and activity limitations in patients with early rheumatoid arthritis.

Tid och plats: Fredagen 13/12, kl 9.00, Hjärtats aula, Vita stråket 12, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska.

Fakultetsopponent: Professor Karin Harms-Ringdahl, Karolinska Institutet, Stockholm.

Det finns begränsat med kunskap om skulderfunktionen och aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand vid tidig RA samt hur dessa påverkar patientens förmåga till arbete.

Det övergripande syftet med denna avhandling var att undersöka skulderfunktion och aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand hos patienter med tidig RA.

Resultaten av denna avhandling baseras på fyra delstudier (se nedan) och visar att mer fokus bör riktas mot skulderfunktionen vid tidig reumatoid artrit (RA). Skulderfunktionen är nedsatt hos patienter jämfört med åldersmatchade friska personer. Skulderstyrkan var nedsatt till 65% hos patienterna.

Skulderysymtom är underrapporterade hos patienter med tidig RA då skulderfunktionen, framförallt styrkan var nedsatt även hos patienter som inte rapporterade skulderysymtom. Patienter med tidig RA rapporterade även mer aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand jämfört med matchade friska personer. Den nedsatta skulderfunktionen kan förklara varför

patienter med tidig RA upplever svårigheter med mer fysiskt belastade aktiviteter.

Avhandlingen visar att arbetsförmågan korrelerade med skulderfunktion, mekanisk arbetsbelastning och aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand hos patienter med tidig RA. Bassängträning två gånger per vecka under 12 veckor förbättrade muskelfunktion, axelrörlighet, aktivitetsbegränsningar samt livskvalitet.

Delstudierna

Delstudie I är en metodstudie där syftet var att undersöka validitet och reliabilitet för frågeformuläret Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) som bedömer aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand.

Delstudie II är en kontrollerad tvärsnittstudie där syftet var att undersöka skulderfunktionen och eventuella aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand hos patienter med tidig RA jämfört med ålders- och könsmatchade friska personer.

Delstudie III är en tvärsnittstudie där syftet var att undersöka samvariationen mellan arbetsförmåga och skulderfunktion, me-

kanisk arbetsbelastning och aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand.

Delstudie IV är en kontrollerad randomiserad träningsstudie där effekterna av medelintensiv bassängträning utvärderades utifrån kondition, muskelfunktion, ledrörlighet, livskvalitet och aktivitetsbegränsningar.

Slutsatser

Bedömning och uppföljning av skulderfunktionen bör initieras redan från sjukdomsdebut eftersom huvuddelen av alla patienter med tidig RA uppvisar nedsatt skulderfunktion och aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand.

Arbetsförmågan är nedsatt hos patienter med tidig RA och korrelerar med nedsatt skulderfunktion, högre mekanisk belastning och aktivitetsbegränsningar relaterade till skuldra, arm och hand.

Bassängträning kan ge förbättrad muskelfunktion, axelrörlighet, minskade aktivitetsbegränsningar samt ökad livskvalitet hos patienter med RA.

ISBN 978-91-628-8813-8

List of papers

1. Bilberg A, Bremell T, and Mannerkorpi K. (2012). Disability of the Arm, Shoulder, and Hand questionnaire in Swedish patients with rheumatoid arthritis: A validity study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 44, 7-11
2. Bilberg A, Bremell T, Balogh I, and Mannerkorpi K. Shoulder function is impaired in early Rheumatoid Arthritis - a controlled study. Submitted
3. Bilberg A, Bremell T, Balogh I and Mannerkorpi K. (2013). Work status in patients with early rheumatoid arthritis; emphasis on shoulder function and mechanical exposure. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, nov 03 [Epub ahead of print]
4. Bilberg A, Ahlmén M, and Mannerkorpi K. (2005) Moderately intensive exercise in a temperate pool for patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *Rheumatology*. 44, 502-508



Ur vardagen

Maria har RA. Hon söker akut på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge på grund av neurologiska symptom.

MRT hjärna: Svårbedömd patologisk glios i vit hjärnsubstans (pilar). Tumör? Metastas? Abscess?



Kön: Kvinna
Ålder: 71 år
Socialt: Gift. Har två vuxna barn. Pensionerad gymnasielärare.
Ärftlighet: Modern har RA.
Tobak: Har rökt.
Överkänslighet: Allergi mot sulfa.

Tidigare sjukdomar: Lungtuberkulos som barn. Bröstcancer för tre år sedan som bedöms vara av låg risk. Strålbehandling. Inget recidiv hittills.

Reumatologisk sjukdom: RA som diagnostiseras i samband med cancerdiagnosen. Några veckor efter avslutad strålbehandling initieras antireumatisk behandling med Methotrexate och Plaquenil. Plaquenil tolereras ej och sätts ut. Methotrexate 20 mg/vecka kombineras då med Prednisolon 5 mg och viss men inte fullständig effekt uppnås. För två år sedan drabbas patienten av lungsjukdom, oklar genes. HRCT lungor visar interstitiella infiltrat som bedöms bero på strålbehandlingen. Prednisolondosen ökas till 40 mg och Methotrexate seponeras. Tilltagande ledbesvär under nedtrappningen av Predniso-

lon. TNF-hämmarbehandling diskuteras men väljs bort på grund av canceranamnesen. Mabthera sätts in, patienten erhåller två infusioner á 1000 mg med 15 dagars mellanrum, sista infusionen för 9 månader sedan. Är besvärsfri sedan dess.

Aktuellt: Inkommer till akuten på grund av tilltagande talsvårigheter, minnesluckor och förvirring. Maken medföljer och uppger att patienten besvärats av fluktuerande feber, huvudvärk och illamående under de senaste fyra veckorna.

Status: Gott. Patienten är opåverkad. Är orienterad men har svårt att finna ord. Anisokori, vänster pupill 5 mm i diameter, höger pupill 4 mm. Reagerar normalt på ljus och vid konvergens. Ingen nystagmus. Normal trigeminus- och facialisfunktion. Normal tungmotorik. Något nedsatt styrka i höger hand och arm. Finger-näsförsök med svårigheter på höger sida, utan anmärkningar på vänster. Sensibilitet i armar och ben utan anmärkning. Vid gång obalans och ataxi. Babinskis tecken negativt bilateralt. Lungorna och hjärtat auskulteras utan anmärkning. BT: 140/80 mm Hg. Lab: CRP 56 mg/l, Hb 118 g/l, LPK 13,3x10⁹/l. Ingen växt i allmänna odlingar från blod, NPH och urin. LP: I likvor ses inga atypiska celler. Inga tecken till B-cellslymfom. Negativ Borreliaserologi och inga positiva fynd avseende enterovirus, adenovirus, herpes, varicella och TBE.

Frågor

1. Vilken diagnos misstänker du i första hand? Differentialdiagnostik?
2. Hur vill du utreda vidare?
3. Hur bör patienten behandlas?

NANCY VIVAR
ClinTRID, Karolinska Institutet

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

Skicka in en kort sammanfattning, stimulerande frågor och facit till ioannis.parodis@karolinska.se.
Tills dess, njut och le!

IOANNIS PARODIS

Ur vardagen



Facit till fallbeskrivning ur RB nr 5/2013

I juni 2013 stiger SR plötsligt till 43 (från 9 - 34) och CRP till 48 (från 6,6 - 9,8) under behandling med Prednisolon 2,5 mg varannan dag och 5 mg (2,5 mg x 2) varannan dag. Vid telefonkontakt framkommer en något annorlunda anamnes: Svea insjuknade med framför allt värk i benen från ljumske ned till fotled som snart spred sig och engagerade hela kroppen. Under en period även vänstersidig huvudvärk. Besvären försvann snabbt efter insättning av kortison. Vid recidiv efter denna första gång har hon aldrig mer haft besvär i form av huvudvärk. Hon uppger smärta i lärmuskulaturen även innan den strukturerade nedtrappningen påbörjades. Smärtan tilltog vid dosminskning av kortison. Hon uppger även värk i överarmar sedan cirka en månad och ont dock inte svullnad i höger handled sedan cirka 3 veckor. Hon har alltid haft mer ont i högra än vänstra kroppshalvan, även nu.

Anamnesen inger nu misstanke om temporalisarterit och patienten utreds med temporalartärbiopsi som visar typisk bild för temporalisarterit och PET-CT som visar bilateralt engagemang av vertebralkärl, ställvis i karotider och iliaca, samt bilateralt engagemang av femoraliskärlen, ända ned till poplitea, dock inga fynd i aorta.

Undertecknad känner inte till något tidigare dokumenterat fall med så lång sjukdomsduration. Sjukdomen verkar inte vara förutsebar avseende förlopp respektive utläkning, vare sig med eller utan behandling. Intressant även att bildiagnostik och biopsi var diagnostiska efter långtids kortisonanvändning. Bakomliggande storkärlsengagemang bör misstänkas hos patienter med PMR eller TA som blossar upp gång efter gång eller där uttrappning av kortison inte är möjligt och modern bildiagnostik bör användas mer generöst.

NAZANIN NADERI
Centralsjukhuset, Kristianstad

ReumaKalender



2014

- 1 april** **SRF:s Vårmöte**
1–4 april, Örebro
www.svenskreumatologi.se
- 19 maj** **Nationella ST-dagar i reumatologi**
19–20 maj, Umeå
Tema: Infektioner som orsak till och komplikation vid reumatisk sjukdom.
- 11 juni** **EULAR Congress 2014**
11–14 juni, Paris
www.eular.org
- 21 sept** **Scandinavian Congress of Rheumatology**
21–23 september, Stockholm
- 16 okt** **Cutting Edge Rheumatology Symposium**
16 oktober, Lund
- 14 nov** **ACR/ARHP Annual Meeting**
14–19 november, Boston



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

Pottholtz funderingar
enligt Tomas Weitoft

