

ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 102 • 1/2015



Riksstämman 2014
Svensk reumatologi och ortopedi i Indien
Utvecklings- Riktlinje- och Registerdagen 2015



ReumaBulletinen

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

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

Utgivningsplan 2015

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1 RB	30 januari	26 februari
Nr 2 RB Vetenskap	13 mars	15 april
Nr 3 RB	23 april	27 maj
Nr 4 RB	8 juni	3 juli
Nr 5 RB	11 september	16 oktober
Nr 6 RB Vetenskap	23 oktober	26 november
Nr 7 RB	11 november	18 december



Innehåll • 1/2015

3	Redaktören har ordet
4	Brev från ordföranden
5	Brev från vetenskapliga sekreteraren
6	Eular-on-line-kursen
7	SRF's stipendium till A.Tarkowskis minne
8	Presentation av ny ledamot i SRF's styrelse
10	Nor-Switch - Utbytesstudien
12	Saras ST-krönika
13	Ioannis krönika
14	Riksstämman 2014
19	Verksamhetsutvecklingsdagen 2015
24	Riktlinjedagen 2015
27	Registerdagen 2015
30	Webbtjänst underlättar kommunikation och mötet med vården
32	Svensk reumatologi och ortopedi i Indien
37	Eponymer med anknytning till reumatologi
40	Reumatologkliniken Danderyds sjukhus
45	Aktuell avhandling
46	Ur vardagen
48	Reumakalender

Omslagsbild: Svart Rödstart fångad på bild av Sven-Olov Ohlson en kylig dag i Kristianstad strax före årsskiftet. Normal uppehållsplats vid denna årstid är Västafrika.

Redaktören har ordet

Så har 2015 redan dragit igång! Vi är i full planering av årets nummer av ReumaBulletinen och även med en jubileumssbok inför SRF 70 år – 2016.

Starten för SRF skedde 1946 och reumatologi blev därmed den femtonde specialitetsföreningen inom Svenska Läkarsällskapet – så vi var tidigt ute. Organisationen av vården tog dock tid och de stora behandlingsmässiga framstegen dröjde flera decennier.

I detta nummer av ReumaBulletinen finns utförliga reportage från Riksstämman 2014 och från Utvecklingsdag/Riktlinjedag/Registerdag 21-23 januari 2015. Per Lundblad har som vanligt gjort fullödig och intressanta reportage. Eva Nordin berättar om Registerdagen. SRF ligger i den absoluta fronten vad gäller arbetet med årliga och förankrade riktlinjer, vilket bidrar till att vi kan ge våra patienter adekvat vård och ge oss fullgoda argument för de stora kostnader som våra läkemedel genererar.

Våra riktlinjer vilar på en vetenskaplig grund. Registrens potential i forskningshänseende bör ytterligare kunna stärkas så att vi går i spetsen för akademiseringen av länssjukhusen. Det tror jag är en viktig framtidsutveckling – såväl kompetensmässigt som för att rekrytera läkare och kunna

konkurrera om de akademiska tjänster som kommer att komma på länssjukhusen. Registren möjliggör ju forskning utanför universitetssjukhusen och ger länssjukhusläkaren tillgång till hela Sveriges patientdata.

Utvecklingsdagen innehöll intressanta diskussioner om vidareutbildning. Våra utbildningsansvariga tar i detta nummer också upp EULAR-on-line-kursen och dess förutsättningar.

Urban Rydholm – reumaortoped från Lund och hedersledamot i SRF – berättar om ett spännande projekt i Indien i såväl text som bilder. När man är utomlands noterar man verkligen hur förnämlig och or-

”Välkommen till ett nytt år med ReumaBulletinen”

ganiserad vår sjukvård är i Sverige.

Månadens reumatologenheter är Danderyd där nestorn Göran Lindahl berättar om verksamheten.

Historia med Ido fortsätter med eponymer signerat Ido själv.

Sara Wedrén är ny ST-kronikör för två nummer under 2015. Hennes texter läser

man med stort nöje. Vidare kan Du läsa Ioannis krönika och Ur vardagen – denna gång med ett fall från Göteborg.

Per Lundblad har intervjuat Tore Kvien om den norska NOR-SWITCH-studien dvs en studie för att titta på hur byte från originalpreparat till biosimilär fungerar. Denna studie kan påverka även hanteringen av biosimilärer i Sverige.

Som vanligt skriver Ralph ledaren och presenterar även SRFs nye kassaförvaltare Thomas Mandl. Christopher Sjöwall presenterar vetenskapsåret 2015. Nya avhandlingar presenteras.

Välkommen till ett nytt år – 2015 – med ReumaBulletinen!



Tomas Bremell
Redaktör

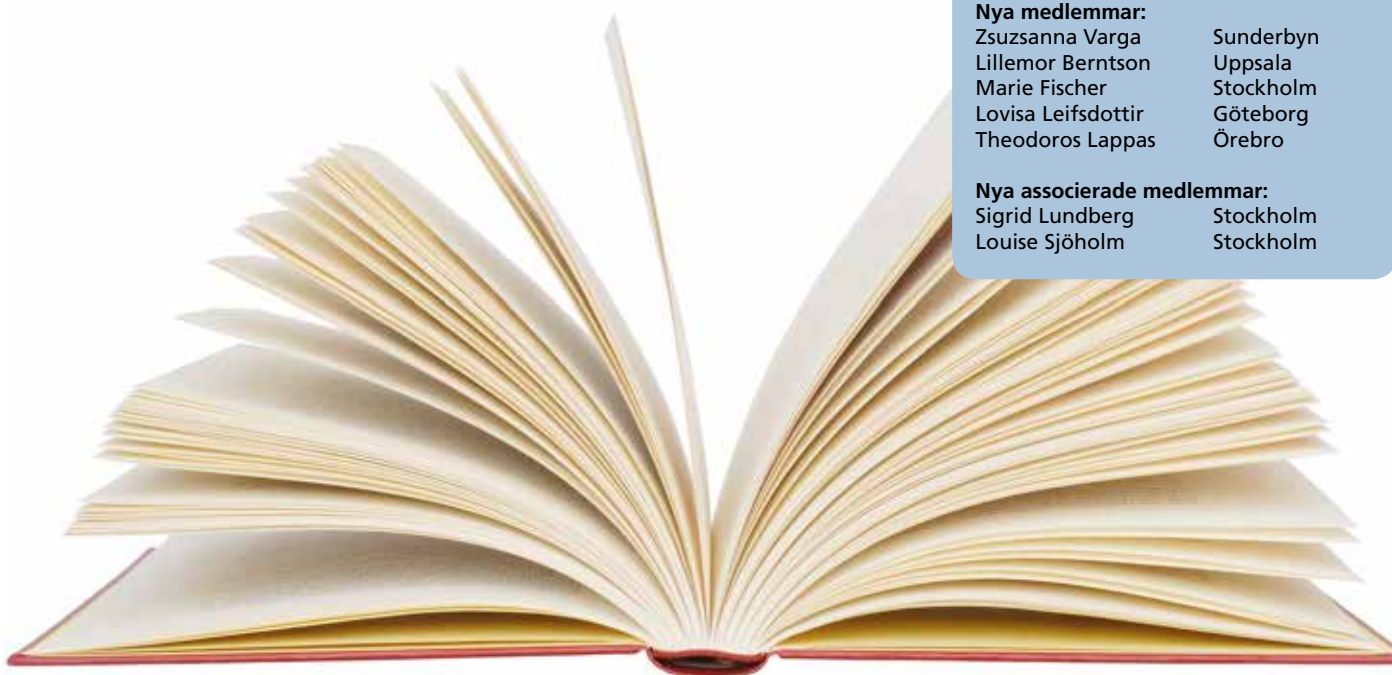
Antagna vid styrelsemötet 2015-01-20

Nya medlemmar:

Zsuzsanna Varga	Sunderbyn
Lillemor Berntson	Uppsala
Marie Fischer	Stockholm
Lovisa Leifsdottir	Göteborg
Theodoros Lappas	Örebro

Nya associerade medlemmar:

Sigrid Lundberg	Stockholm
Louise Sjöholm	Stockholm



Ett aktivt och händelserikt år

Denna friska vinterdag i slutet av januari ligger snön så där gnistrande vit över landskapet som i drömmarna. Det är vindstilla och flera decimeter orörd snö har stannat vackert kvar på trädgrenarna. De tre minusgraderna är inbjudande, och kroppen vill ut i det inbjudande vinterlandskapet och röra på sig. En skidtur vore toppen, men hjärnan säger att andra saker måste fixas först.

ReumaSveriges Utvecklings-Riktlinje- och Registerdagar i Stockholm (RESURRS-dagarna) har i sin nya form just avslutats.

Det har varit lärorika, spännande, interagerande, närverkande och utvecklande dagar med mycket diskussioner, bra kontakter och utbyte. Även en SRF sponsrad lyckad middag på Gondolen hölls denna vecka.

Dessutom har SRF styrelse hunnit med ett styrelsemöte också, och jag som ordförande har även sammankallat Registerrådet och deltagit i Professorskollegiet. Det har således varit en intensiv vecka med mycket på gång och det går framåt för svensk reumatologi och många utmaningar finns. Men vi är väl förberedda. Svensk Reumatologi har gott internt samarbete och en gemensam strategi. Jag återkommer till den nedan.

Utvecklingsdagen

På Utvecklingsdagen (som ersätter den tidigare "höstkonferensen") den 21 januari var temat på förmiddagen "Värdefull Vård" och SRFs vice ordf Boel Mörck modererade förtjänstfullt. Bland presentationerna kan nämnas att Eva Pilsäter Faxner föreläste inspirerande om moderna tidens IT-lösningar i vården och om e-hälsa. Reumatikerförbundets färgstarke ordförande Anne Carlsson gav oss lyssnare ett intresseväckande och tankeställande patientperspektiv med en framsynt inblick vad som väntar oss vårdgivare de kommande åren.

Morgondagens patient är något helt annat än gårdagens, så mycket mer kunnig, aktiv och deltagande i behandlingen. En utmaning för alla oss inom vården, och givetvis framför allt för läkargruppen.

Utvecklingsdagens eftermiddag modererades också den mycket förtjänstfullt av SRFs utbildningsansvarige Ann Knight.

Konsekvenserna av det nya LIF avtalet diskuterades och hur reumatologspecialistens fortbildning kan garanteras på alla de olika reumatologlinkerna i landet, och inte minst utanför universitetsvärlden. Det funderades och diskuterades kring dessa ut-

maningar på ett konstruktivt sätt. Kreativa idéer luftades och kanske finns "SRF-play" på vår Hemsida inom en snar framtid?

Riktlinjedagen

Riktlinjedagen hade sina vana trogen många besökare. Dryga 70 hade hittat till "Fakultetsklubben" på Karolinska Solna.

Lokalerna var kanske inte optimala för denna relativt stora grupp men trots detta och som alltid var stämningen hög och intresset stort. Föreslagna ändringar i våra guidelines diskuterades och SRFs årliga uppdateringar av riktlinjearbetet pågår kontinuerligt på ett föredömligt sätt. Tack alla som bidrar till detta viktiga arbete!

Tilläggsas kan att våra riktlinjer finns på Hemsidan och är bland de mest besökta sidorna där vilket understryker det stora impact och intresse de har även i den konkreta kliniska vardagen.

"Snön ligger gnistrande vit över landskapet som i drömmarna"

Registerdagen

Registerdagen som i år arrangerades av registerhållare sedan 1 år tillbaka - Sofia Ernestram - tillsammans med professor Johan Askling blev en lyckad och interaktiv tillställning, där även bl a läkemedelsindustrin var med och deltog fram till och med lunch. Vi var en bra bit över 100 deltagare i den trevliga och inbjudande lokalen vid Odenplan. På eftermiddagen blev det work shopping hur vi kan förbättra vårt kontinuerliga registerarbete som ju tar stor del av vår kliniska arbetstid och blir allt mer betydelsefullt både praktiskt kliniskt men även forskningsmässigt och internationellt. Givetvis är detta med fungerande register av stor, för att inte säga avgörande betydelse för att få bra flyt i framtidens rutinsjukvård där utvärdering, forskning och utveckling kommer att ske parallellt.

Vart är vi på väg inom svensk reumatologi? Det kan ibland vara svårt att se riktningen när man står mitt i arbetet. Tar vi ett eller två steg åt sidan eller möjligen bakåt blir det ofta lättare. Strategin är att fortsätta arbeta på i den linje vi har stakat ut, dvs fortsatt nationell samverkan och registerövergripande arbete, fortsatt satsning på reumatologisk forskning och gärna med internationell medverkan, fortsatt rekrytering av unga och duktiga ST-läkare

med höga ambitioner, fortsatt bra samarbete med Reumatikerförbundet, mm. Då kommer det att bli bra. Det finns givetvis inga enkla patentröslösningar för att svensk reumatologi ska lyckas på alla plan. Arbetet måste ske på flera olika sätt och vara seriöst. Svensk reumatologis vision är att bli världsledande på alla nivåer inom reumatologin och dessutom en förebild även för andra kliniska specialiteter. För att komma dit krävs hårt arbete av många SRF-are, och som drar i samma riktning, och i ett gott klimat med hög arbetsmoral och glädje. Vi är duktiga i Sverige på "ordning och reda", vi är välorganiserade och vi har personnummer på alla våra invånare. Följaktligen finns goda förutsättningar för en ljus reumatologisk framtid i Sverige.

Boka redan nu in "RESURRS"-dagarna 2016. Vi kör även då vecka 4 och Riktlinjedagen blir då den 27:e eller 28:e januari, och nästa år förhoppningsvis i Karolinskas Rolf Luft sal. Dessa reumatologiska samlingsdagar är viktiga och givande, och det är förstas betydelsefullt för svensk reumatologi att så många som möjligt deltar. Nästa år, 2016, firar dessutom SRF 70 år och det kommer att uppmärksammas på olika sätt. Ber att få återkomma om detta framöver.

Reumamöte i Tylösand

Men innan dess har vi nästa stora svenska Reumamöte i natursköna Tylösand strax utanför Halmstad. Under "Reumadagarna" (1-4 september), kommer bl a det vetenskapliga programmet med posters mm att genomföras, dvs det som förr om åren hölls i samband med Läkaresällskapets Riksstämman. Även SRFs årsmöte 2015 kommer att hållas under dessa Reumadagar, närmare bestämt onsdag eftermiddag den 2 september. Morgnarna blir ljusare. Dagarna längre. Den lågt stående solen bryter nu fram mellan träden. Nu ska kroppen få sitt. På med underställ och skaljacka. Pjäxorna snöras. Skidorna vallas med blått fäste. Det är bara att ge sig ut och köra, och ge allt...



Ralph Nisell
Ordförande SRF

Ett nytt år med nya utmaningar!

När dessa rader sammanställs har en dryg vecka passerat sedan Reumatologins Utvecklingsdagar i Stockholm avslutats. Tre välbesökta dagar med fullspäckat program fick inleda 2015 och detaljer om mötet beskrivs på annan plats i detta nummer av Reumabulletinen. 2015 kommer för övrigt att bli det första kompletta året med vår nya mötesordning, vilket bland annat innebär att vi inte har något ytterligare möte under vårterminen. Istället inleds hösten – den 1-4 september – med Reumadagarna i Tylosand då vi hoppas kunna slå rekord i antalet deltagare och abstract-bidrag. Gå gärna in på hemsidan (www.malmokongressbyra.se/reumadagarna2015) för att se hur arbetet med programmet fortskrider!

Svensk Reumatologisk Förening kommer således framöver att årligen arrangera två längre möten: Reumadagarna ligger i början av hösten och Reumatologins Utvecklingsdagar med register- och riktlinjefrågor som även framgent kommer att ligga i början av året.

Namnet på mötet i januari kan kanske uppfattas som lite långt och kantigt, men samtidigt beskriver det ju faktiskt mötets innehåll på ett korrekt sätt. När vår ordförande Ralph Nisell hälsade välkomna till den första dagen (verksamhetsutveckling) lanserade han förkortningen RURR.

Vi får väl se hur den förkortningen tas emot av reumatologi-Sverige och vilken livslängd RURR får!

Unikt riktlinjearbete i SRF

Det läggs ned ett ansenligt arbete inom svensk reumatologi på riktlinjedokumentation och dess årliga uppdateringar.

Därför är det roligt att konstatera att den mest besökta delen av vår hemsida är just riktlinjesidan. Jag vågar påstå att processen med arbetsgruppen som tar fram vetenskapligt underlag, värderar och formulerar ett förslag utefter svenska förhållanden vilket sedan vetenskapligt granskas av Professorskollegiet är unikt. Synpunkter från professionen är minst lika viktiga och inhämtas under Riktlinjedagen. Först därefter kan SRFs styrelse fatta beslut om att acceptera riktlinjedokumentet. För egen del deltog jag under det gångna året för första gången i en arbetsgrupp som tagit fram ett helt nytt riktlinjedokument. Jag vill särskilt betona att återkopplingen från både Professorskollegium och professionen är otroligt värdefull för att dokumenten ska förbättras och

vinna bred acceptans. Det kan aldrig bli för mycket feedback!

Riksstämman 2014 och framöver

Svensk Reumatologisk Förenings engagemang under Riksstämman har varit stort under många år, och 2014 var inget undantag. Trots att endast ca 1800 deltagare fanns på plats i Stockholm Waterfronts lokaler var SRF representerat med hela 5 symposier. Mest välbesökt av våra programpunkter var "Biosimilarer

"... bägge höll översiktsföreläsningar av hög klass"

– möjligheter och risker, för patienten och samhället" som lockade drygt 150 åhörare. Även de två samarrangemangen med Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi under torsdagen lockade en ansenlig publik. Under fredagens två symposier om "Graviditet och reumatisk sjukdom" respektive "IgG4-relaterad sjukdom" var det mer glest i bänkraderna.

Synd, tycker jag, eftersom många missade våra utländska föreläsare Monica Østensen och Tom Petterson, vilka bägge höll översiktsföreläsningar av hög klass. Jag vill även passa på att rikta ett varmt tack till alla föreläsare, moderatorer och paneldeltagare som bidrog till ett intressant program under Riksstämman i december!

Det är emellertid ett faktum att Riksstämman krympt väsentligt i storlek under senare år och inte längre utgör den allmänna mötesplats för Sveriges läkare som den gjorde på 80- och 90-talen. Svenska Läkaresällskapet har aviserat att man även 2015 kommer att arrangera Riksstämman. Huruvida det blir i samma form som tidigare eller inte är ännu så länge oklart. För SRFs del har vi numer vårt vetenskapliga program under Reumadagarna. Hur det blir med vårt engagemang på Riksstämman framöver är i dagsläget osäkert, men det är inte omöjligt att vi kommer att finnas med på något sätt men kanske huvudsakligen för att saluföra reumatologin för primärvård och andra specialiteter.

ST-enkäten sammanställs inom kort

Jag har tidigare informerat om den enkät alla Sveriges ST-läkare inom reumatologi uppmanats fylla i för att inventera intresset för forskning. Motivet är att försöka

belysa hur målbeskrivning avseende det "individuella arbetet enligt vetenskapliga principer" uppfylls. Glädjande är att vi nu fått in svar från ca 75% av alla ST-läkare.

Jag och utbildningsansvariga vill rikta ett stort tack till alla ST-läkare som fyllt i enkäten. Svaren kommer nu att sammanställas och vi planerar att presentera resultaten i Reumabulletinens särskilda ST-nummer senare under våren.

Stipendier och viktiga datum

Som jag tidigare skrivit om blir det svårare och svårare att engagera läkemedelsbolag i samarbeten för finansiering av SRF-stipendier och antalet sökbara stipendier på hemsidan har minskat dramatiskt. Inom SRF söker vi kontinuerligt nya lösningar för att på olika sätt kunna stödja och uppmuntra, framförallt unga, forskare inom reumatologi. Närmast att söka finns Svensk Reumatologisk Förenings stipendium till Andrzej Tarkowskis minne. Detta pris instiftades för att hedra Andrzej och delades första gången ut 2010. Numer delas det ut vartannat år och detaljer om stipendiet hittar Ni på separat plats i detta nummer av Reumabulletinen. Deadline för att söka är den 8 mars. SRF har även, bl.a. beroende på det nya LIF-avtalet, utökat antalet resestipendier till ordinarie medlemmar. Deadline för att söka är den 15 mars. Besök hemsidan för detaljer!

Ett annat viktigt datum att lägga på minnet är den 1 maj. Då infaller deadline för att skicka in abstract till Reumadagarna och i år hoppas vi förstås på rekordmånga bidrag.

Även 2015 kommer det att finnas möjligt att välja att abstract inte trycks i sin helhet i programboken, dvs. det går bra att skicka in originaldata som ännu inte presenterats på EULAR eller ACR. Vi kan även utlova fler abstract-pris i år än tidigare!



Christopher Sjöwall
Vetenskaplig sekreterare
christopher.sjowall@liu.se

Eular-on-line-kursen

Då vi fått en del frågor om EULARs on-line course on Rheumatic Diseases från några ST-läkare och deras handledare, har vi tänkt att det kan vara på sin plats med lite information och uppdatering av denna kurs. Vi har också intervjuat några ST-läkare om vad den allmänna uppfattningen om kursen är.

EULAR on-line course on rheumatic disease är en tvåårig kurs som är skapad av EULARs vetenskaplig kurskommitté. Kursen täcker hela området reumatologi, uppdateras kontinuerligt och rekommenderas för ST-läkarna som är i slutet av sin specialistutbildning. Den består av 42 moduler, var och en handlar om ett specifikt ämne och beräknas att ta ca 8 timmar för att genomföra. Hela kursen beräknas omfatta ca 336 arbetstimmar. Varje

modul består av en teoretisk bakgrund, update/review, referenser med bl a möjlighet till fördjupad läsning, patientfall och testfrågor. Man har möjlighet att delta i

”På vilket sätt får man tillgodoräkna sig EULAR kursen för specialistexamen?”

diskussion, få feedback och ställa frågor till en professor. Var 14:e dag kommer ett nytt ämne. Det är erkända namn inom reumatologi som håller i varje modul. Kursen pågår i två år och avslutas med en 90-minuters on-line tentamen och för de som klarar denna tentamen utfärdas ett EULAR-certifikat om godkänd kurs. Enligt kursens

webbsida är det 1782 aktuella deltagare på kursen i Europa.

Vad tycker våra ST-läkare om kursen?

För det första verkar det vara relativt få som gett sig in i detta långa och omfattande projekt bland svenska ST-läkare. (Vi har dock inga tunga sifferunderlag om kursfrekvensen, vi har bara helt ovetenskapligt hört oss för!). Det är dessutom ännu färre som slutför kursen. Många menar att kursen är bra, heltäckande, detaljerad, pedagogisk men samtidigt otroligt omfattande och tar väldigt mycket tid i anspråk. Det är svårt att hitta en lucka på 8 timmar (och kanske mer än så) i en redan överbokad och hektisk vardag. En del ST-läkare försöker göra det under sin schemalagda studietid, men för de flesta har det också krävts arbete under fritid.

Huvudfrågan från de som frågat har ju ändå varit denna: på vilket sätt får man tillgodoräkna EULAR kursen för specialistexamen? Kan den ersätta någon av de rekommenderade SK-kurserna och vilken i så fall? Vi har diskuterat frågan med regionala studierektorer under senaste möte. Tidigare har man sagt att kursen kan ersätta en valfri rekommenderad SK-kurs och den bedömningen står oförändrad. Men vi vill ändå påminna er att detta är en rekommendation från Svensk Reumatologisk Förening, det avgörande beslutet om godkänd specialistexamen tas av Socialstyrelsens granskare.

Sammanfattningsvis vill vi absolut inte avskräcka någon från att genomföra denna utomordentligt grundliga och ambitiösa kurs som är en utmärkt utbildningsmöjlighet. Det är 336 väl investerade timmar för en gedigen utbildning. Lokalt bör man kunna förhandla om att använda schemalagd utbildningstid för åtminstone en del av kursens genomförande.



YULIA STENNIKOVA
ST-läkarrepresentant
ANN KNIGHT
Utbildningsansvarig

SRF's stipendium till A. Tarkowskis minne



Andrzej Tarkowski arbetade på Reumatologkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset mellan 1977-2008 varav de tolv sista åren som professor och överläkare.

Han disputerade för medicine doktorsgrad 1985 och belönades med Syntex pris för bästa reumatologiska avhandlingsarbete i Skandinavien. I prismetivningen poängterades att arbetet bryggade över från laboratorium till klinik, dvs vad som idag kallas translationell forskning. Detta arbetssätt var ett signum för Andrzej i hans vidare arbete. Andrzej blev docent 1986 och innehade under många år forskartjänst och överläkartjänst vid både Reumatologkliniken och laboratoriet för klinisk immunolog i vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Andrzej producerade närmare 400 vetenskapliga arbeten och handledde ett 30-tal doktorander till disputation. Andrzej Tarkowski startade och byggde upp en omfattande och stor forskningsenhet för reumatologi och inflammationsforskning i Göteborg.

Hans huvudintresse låg inom artritforskningen med uppmärksammade insatser inom fr.a. septisk artrit. Samtidigt var han överläkare och ansvarig för de absolut svårast sjuka patienterna – en unik kombination. Andrzej Tarkowski avled efter en tids sjukdom den 1 juni 2008 mitt i sin gärning.

Svensk Reumatologisk Förening utannonserar härmed ett forskningsstipendium till Andrzej Tarkowskis minne. Stipendiet skall tilldelas en nyligen (för mindre än fem år sedan) disputerad forskare inom reumatologi som söker besvara kliniska frå-

geställningar med hjälp av integrerade molekylära, experimentella och patientnära vetenskapliga metoder. Med andra ord en forskare som i Andrzej Tarkowskis forskningsanda bidrar till lösningen av någon av reumatologins framtida utmaningar.

Vid värdering av forskningsmeriterna ska särskild vikt läggas vid koppling mellan laboratorieforskning och kliniska observationer och det aktuella projektets utvecklingspotential. Stipendiaten skall vara medlem eller associerad medlem i Svensk Reumatologisk Förening.

Stipendiesumman är 100 000 kr, och får användas till finansiering av forskningstid eller täckning av kostnader för resa till vetenskaplig kongress.

Ansökan

Ansökan skall innehålla CV (max två sidor), nomineringsbrev från senior forskarkollega och en kortfattad beskrivning av det aktuella projektet (max en sida). Ansökan skickas enbart elektroniskt till SRFs koordinator. E-post: koordinator@svenskreumatologi.se

Sista ansökningsdag är 2015-03-08

Nomineringarna bedöms av medlemmarna i SRF:s professorskollegium. Medlemmar som själva nominerat eller som har andra starka vetenskapliga kopplingar till någon nominerad medverkar inte i bedömningen. SRF:s styrelse utser stipendiaten efter att ha tagit del av professorskollegiets bedömningar. Stipendiet delas ut vid SRF:s Remadagar 2015.

SRF's STYRELSE 2015



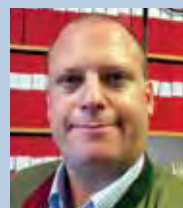
Ralph Nisell
Ordförande
Reumatologiska Kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
171 76 Stockholm
Tel 08-517 760 93
ralph.nisell@karolinska.se



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



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



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



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



Ann Knight
Utbildningsansvarig
Verksamhetsområde
Reumatologi, Hud- och
Könsjukdomar
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

Vetenskapliga sekreteraren i SRF

Presentation av ny ledamot i SRF's styrelse

I samband med Svensk Reumatologisk Förenings (SRFs) årsmöte den 4 december 2014 invaldes Thomas Mandl som ny kassör i styrelsen. Han ersätter på denna post Britt-Marie Nyhäll-Wählin som haft detta uppdrag i styrelsen de senaste fyra åren.

Arbetet som kassör innebär framför allt att hålla kontroll på föreningens ekonomi med intäkter och utgifter, vilket givetvis kräver sifferintresse parat med ordning och reda, dvs kamerala egenskaper som vår nye kassör har med sig i bagaget skulle man kunna säga. Thomas är nämligen känd för att vara en synnerligen ordentlig och pålitlig person och han tar nu på sig detta kassörs-uppdrag. Thomas trivs bra med att ordna bokslut, sammanställa siffror, mm. Detta visar sig även i hans fritidsintressen vilka det berättas mer om i denna text nedan.

Bakgrund

Thomas började studera medicin direkt efter gymnasiet och karriären har i princip sedan dess varit spikrak mot reumatologi och sedan vidare utveckling med uppdrag och tjänster inom denna vår specialitet.

Och inte har Thomas behövt göra någon militärtjänst heller eftersom han, som både är född och uppvuxen i Sverige, är österrikisk (och således inte svensk) medborgare. Thomas pappa kommer nämligen från Wien och Thomas är naturligt två-språkig.

Förutom tyska och svenska som modersmål pratar Thomas även flytande engelska och dessutom ganska god franska. Således en äkta mångspråkig europé med rötter i centraleuropa, och med klassisk musik såsom piano + fiol på repertoaren samt som sig bör intresse för öl och mat.

När Thomas i mitten av 90-talet hade kommit en bit in i sina medicin-studier blev han som kandidat inspirerad av de trevliga och projektsugna läkarna på Reumatologikliniken, med Rolf Manthorpe i spetsen.

Thomas lockades in i reumaklinikens Sjögrens-projekt samt forskningsverksamhet och har sedan dess inte släppt det intresset. Efter läkarexamen 1998 gjorde Thomas AT i Jönköping som hittills har blivit den enda avstickaren från Skåne under karriären, detta av "rättviseskäl" eftersom Jönköping ligger mitt emellan Stockholm och Malmö så det blev lika långt "hem" för Thomas

som för hans dåvarande fru. Efter AT 2001 blev det flytt tillbaka till Skåne och Thomas fortsatte inom reumatologin, blev reumatologspecialist 2007, disputerade 2008, specialist internmedicin 2009 och docent i reumatologi 2012 med inriktning på Sjögrens syndrom med dess neurologiska och inre organ manifestationer. Thomas är idag överläkare på Reumatologikliniken Skånes Universitetssjukhus och har en 50 % ALF tjänst samt arbetar kliniskt som överläkare på slutenvården i Lund ca 1-2 månader per år, därutöver mottagningsverksamhet i Malmö och bakjour internmedicin regelbundet. Inom SRF har Thomas redan hunnit vara aktiv såsom studierektor i Sydregionen under åren 2011-2013 och sedan ett år tillbaka redaktör i den nystartade RBV - Reumabulletint Vetenskap.

"Thomas Mandl är invald till ny kassör i SRF's styrelse"

Fritid

När jag frågar Thomas om han har några speciella fritidsintressen skruvar han lite på sig. Han tycker först att det känns något förargligt att prata om dem men "nördiga" sysslor har ju blivit inne på senare år och det kryper så småningom fram - och jag blir inte heller så förvånad - när han sedan berättar vad det handlar om. Thomas har ju ett starkt sinne för ordning och reda, och det har bland annat fått sitt uttryck i imponerande insektsuppsättningar där Thomas har samlat och systematiserat t ex fjärilar och skalbaggar. Även astronomi intresserar Thomas mycket, och han har ett 100-kg-teleskop hemma och när till exempel kometererna passerar förbi på den sydsvenska stjärnhimlen är Thomas ivrigt där och beskådar ljusspelet i teleskopet. Men även mer konstnärliga sysslor attraherar denna mångsysslade och vetgiriga nyblivna SRF-kassör. Förutom musiken som nämns ovan, läggs även en hel del tid på fotografering och bildutveckling.

Sågas kan även att Thomas och hans tidigare fru har under 2014 separerat. Tio-åriga dottern bor varannan vecka hos Thomas i villan i natursköna Höllviken som ligger 1-2 mil söder om Malmö. Dessa veckor med dottern blir ju Thomas då mindre "rörlig"



och mera bunden hemma, medan de andra veckorna blir desto mer arbetsaktiva.

Varför Reumatologi

Thomas anger tre skäl till att "det blev reumatologi":

1. Fångades in tidigt under studietiden, pga den spännande, utmanande och aktiva forskning som pågår inom reumatologin.
2. Så trevliga personer på Reumatologikliniken i Malmö, förutom Rolf Manthorpe som nämnts ovan anger Thomas även bl a Lennart Jacobsson och Christina Book.
3. Reumatologin är en bred specialitet som täcker det mesta och därför både mycket utvecklande och utmanande, vilket förstås är stimulerande och roligt.

Framtid

Det är svårt att veta vad som kommer bli nästa steg i karriär och yrkesliv för 41-åriga, ambitiösa Thomas. Han vet inte riktigt vad som väntar om 5-10 år men de närmaste åren vet vi. Då kommer Thomas vara flitig och aktiv kassör i SRF styrelse och vi ser fram emot att arbeta tillsammans med honom. Thomas hälsas således mycket välkommen till denna viktiga post i SRF styrelse.

Ralph Nisell
Ordförande SRF

NOR-SWITCH – utbytesstudien

Att det nu har kommit en biosimilar till Remicade® (infliximab) möjliggör sänkta läkemedelskostnader för stora patientgrupper som idag använder infliximab. Godkännandet av Remsima och Inflectra – eller CT-P13, som är det ursprungliga namnet är på substansen, har (genom upphandlingar) resulterat i avsevärt lägre kostnader i Norge, och en liknande utveckling kan förväntas i Sverige. CT-P13 godkändes av Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) och de norska hälsomyndigheterna hösten 2013.

Det bör påpekas att när EMA godkänner en biosimilar, är det en bekräftelse på att den har samma verkan som originalläkemedlet. Ett eventuellt byte från originalläkemedlet och det biosimilära preparatet hos patienter som redan får behandling är *inte* en del av godkännandet.

Frågan är om det är förenligt med patientsäkerheten att bara byta ut Remicade mot CT-P13 hos patienter som har ett bra terapivar på Remicade?

För att undersöka det har man i Norge skapat studien NOR-SWITCH, under ledning av Tore K. Kvien på Diakonhjemmets universitetssjukhus.

Reumabulletinen fick en intervju med honom.

Två olika produktnamn

– Utgångspunkten för NOR-SWITCH är det stora intresset för biosimilärer. Naturligtvis är det främst en fråga om kostnader, förklarar Tore.

Han visar med hjälp av en nyligen publicerad karta att det är stor skillnad i Europa när det gäller tillgången till biologiska läkemedel. Det råder en markant ojämlikhet mellan länderna, även om Norge tillhör de som placerat sig i topp när det gäller just tillgänglighet.

– Tillgången på biologiska läkemedel står i direkt korrelation till nationens BNP, påpekar Tore.

CT-P13 är utvecklat av det sydkoreanska företaget Celltrion, och det marknadsförs under två produktnamn – Remsima och Inflectra. Man kan inte direkt göra en jämförelse med vanlig generika – som är en exakt kopia av en molekyl – eftersom de biologiska läkemedlen framställs med avancerade biologiska metoder och består av en betydligt större molekyl. Detta innebär att det kan vara små skillnader och variationer i deras konstruktion, jämfört med de ursprungliga preparaten.



Tore K. Kvien

Debatten har varit stor kring dessa läkemedel, med flera som är för och emot. Rent teoretiskt kan de ju dessutom faktiskt även visa sig vara bättre än originalet (s.k. ”bio-betters”).

Förvärras sjukdomen av ett byte?

NOR-SWITCH är en randomiserad, dubbelblindad, parallell-grupp studie som ska utvärdera säkerheten och effektiviteten av att byta från original-infliximab till infliximab-biosimilar – jämfört med fortsatt behandlingen med original-infliximab hos patienter med RA, spondylartrit, psoriasis-

”Tillgången på biologiska läkemedel står i direkt korrelation till nationens BNP”

isartrit, inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös kolit och Crohns sjukdom) och psoriasis. Patienten måste ha stått på stabil behandling med Remicade för att kunna bli inkluderad i studien.

Det är endast sjuksköterskan som administrerar infusionen (samt den individ som kontrollerar läkemedlet) som vet vilket av preparaten som patienten får. Behandlingen fortsätter efter denna randomisering sedan som vanligt under 12 månader.

– Den primära endpointen med studien är att se om sjukdomen *förvärras* av ett byte. Det mäter vi med hjälp av en score för den aktuella sjukdomen. Endpointen kan också nås om det råder konsensus mellan läkaren och patienten om att en försämring

verkligen har skett, och att denna försämring leder till en ändring i behandlingen, fortsätter Tore.

Man vill också mäta kostnadseffektiviteten och ta prover till en biobank.

PLANETRA (för RA) och PLANETAS (för ankyloserande spondylit) är de två kliniska studier som ligger till grund för godkännandet av CT-P13 i Europa.

– Det vi vill se är om man kan *skifta* en patient som framgångsrikt behandlas med Remicade till CT-P13, om bytet är tryggt och effektivt för den *enskilde* patienten. På gruppnivå har man i de två tidigare studierna inte kunnat se någon skillnad, understryker Tore.

Han tillägger att det är den enda studie i sitt slag i världen som han känner till.

Måste kunna genomföras i den dagliga kliniska verksamheten

Totalt kommer studien att inkludera 500 patienter, och här kan Tore se att det kan uppstå ett problem.

– Patienten måste naturligtvis själv ge sitt informerade samtycke till att delta. En patient som står på en välfungerande behandling kanske inte är så villig till att byta...

De flesta aktuella avdelningar i Norge för reumatologi, dermatologi och gastroenterologi har uttryckt intresse för att delta i NOR-SWITCH. Totalt kommer det att bli 30 – 35 center. Det slutliga antalet vet man först när allt är på plats.

– Några få avdelningar anser det är säkert och tryggt att byta med den dokumentation som existerar, och har redan skiftat patienter från Remicade till Remsima och kommer därför inte att delta i studien.

Planläggningen av NOR-SWITCH startade redan i mars.

– Studien måste också designas på så sätt att den kan genomföras i den dagliga kliniska verksamheten – samtidigt som den måste ha en hög kvalitet, fortsätter Tore.

Dagen innan vårt besök (den 13/8) fick man slutligt godkännande av Läkemedelsverket och den regionala etiska kommittén Helse Sør-Öst, berättar han vidare.

– Vi räknar nu med att komma igång med studien i slutet av september – ett nationellt uppstartsmöte kommer att hållas den 10:e september.

Finansieras av norska staten

NOR-SWITCH har redan vällat internationell uppmärksamhet, och det finns även ett stort intresse från den farmaceutiska industrin, både i Norge och internationellt.

– Representanter för industrin har argumenterat för en mer komplicerad design, men då hade studien inte gått att genomföra, konstaterar Tore.

Den här typen av forskning blir normalt inte finansierad av kommersiella aktörer, och är för det mesta inte heller så attraktiv för forskargrupper att initiera. Därför har den norska staten gått in med 20 miljoner kronor för finansiering.

Tore citerar skrivningen i stadsbudgeten 2014 där man beviljar pengarna till studien: ”Formålet med studiene er å dokumentere hvorvidt slikt bytte er trygt”

– Den skrivningen har vi tolkat och uppfattat som så att man *inte* ska byta förrän dess att studien är gjord och resultatet presenterat, säger han.

EULAR har i sina uppdaterade riktlinjer sagt att biosimilarer är en del av behandlingen idag – men de har inga rekommendationer ännu, på grund av brist på studier.

European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) är mer skeptiska eftersom de två studierna som ligger till grund för

EMAs godkännande *inte* har inkluderat patienter med inflammatorisk tarmsjukdom.

– I Kanada är CT-P13 godkänt på samma sätt som i Europa – dock inte för inflammatorisk tarmsjukdom, berättar Tore.

Stor potential för sänkta läkemedelskostnader

Helse Sör-Öst RHF fick uppdraget att genomföra studien av Helse og Omsorgsdepartementet. Diakonhjemmets universitetssjukhus är koordinerande center, och Tore studiens huvudkoordinator.

– Men vi behöver stöd och engagemang från hälsoföretagen (det finns fyra sådana i Norge, och de kan sägas motsvara de svenska landstingen), reumatologer, gastroenterologer och dermatologer – så dessa specialiteter samt de fyra hälsoregionerna har representanter i projektgruppen, framhåller han.

Dessutom finns det representanter med specialistkompetens i statistik, immunitet och genomförande av strategiska studier i projektgruppen.

– De tre relevanta patientorganisationerna är också representerade som brukarrepresentanter. De har varit viktiga partners i diskussioner kring upplägget av studien, och framför allt när det gäller patientinformation. Norwegian Clinical Research Infrastructures Network (NorCRIN) har varit en mycket viktig samarbetspartner under planeringsfasen, och kommer att bidra med kompetens och praktiskt bistånd när det gäller genomförandet.

Monitoreringen av studien kommer att utföras av de regionala hälsoföretagen.

Det finns stora pengar att spara: Under 2014 var Remsima 39 % billigare än Remicade, för Inflectra var motsvarande procentsats 33 %.

Patentet för Remicade löper ut i de flesta länder inom EU i februari 2015 – så det finns all anledning att anta att vi kommer att få höra mer om denna studie framöver.

Per Lundblad



Välkommen till Nationella ST-dagarna 23-24 april 2015

Temat kommer att vara ultraljud och tidig artrit.
Intyg för ultraljudskurs utlovas.
Arrangeras denna gång av region Östergötland.

Vidare information om anmälan och schema kommer i separat mail till alla ST-läkare inom kort

Saras ST-krönika

Vad är egentligen meningen med livet? Nej, jag väjer inte för den stora frågan här. Vi behöver tänka på den ibland även om det känns mer akut prioriterat att hinna med de sista sju telefontiderna och ta ta sig hem till middagen (olagad eller ej). Mer specifikt, vad är meningen med ens liv som reumatolog? Vad är det som är viktigt?

Det tycks ligga i tiden att byta ut New Public Management. Värdebaserad vård tycks ligga bra till. Eller vad var det civilministern sa? System som bygger på tillit. Vad i hela världen menar han med detta?

Som reumatologer är vi ju ofta inte politiker. De flesta av oss är inte ens chefer.

Hur ska vi förhålla oss till förväntningarna från arbetsgivare, kollegor, övrig personal, patienter och anhöriga? Man har hört många svar på den här frågan från olika håll och många fler kommer att passera innan öronen ramlar av. De flesta går på ett eller annat sätt ut på att vi inte bara ska vara reumatologer utan också ekonomer, psykologer, socialarbetare, sekreterare, dietister, personliga tränare, forskare, goda medarbetare, lärare, maktutövare, medmänniskor och goda föräldrar och makor/makar och barn till gamla föräldrar. Helst på schema, gärna i treskift och inte med mer kontakt med varje enskild medmänniska än 30 minuter i stöten (inklusive administration och kisspaus).

Självupplevd omnipotens

Redan på läkarlinjen varnades det för läkarens vanföreställningar om självupplevd omnipotens (fast jag har känt till det sedan barnsben då pappa urologen var världsbäst på att skruva fast skidbindningar med skruvdragare, dränera om villan enbart medelst spade och fastslå samtliga hos en tonåring förekommande symtom som orsakade av cykling utan mössa). Jag står möjligen för nära för att få lov att uttala mig men jag tycker att många av oss är väldigt bra på att ta stort ansvar för sådant som läggs på oss utan att vi för den skull fått någon formell utbildning i det. Det är en positiv och social egenskap på många sätt. Och den besparar Landstingen mycket pengar även om den skulle kunna klassificeras som direkt självförbrännande och kanske inte alltid lika effektiv som man skulle kunna önska. I själva verket svarar läkare efter bästa förmåga på andras endast delvis medvetna önsknings om att det finns någon som kan allt och löser alla problem. Alla har



varit med om situationer där verklighetens ångvält krossar just den drömmens sköra blomma...

Den ständiga känslan av kris

Man har i det eftertänksamma och bananformade landet långt i öster tänkt fram att det trots allt är bättre om varje arbetsmyra gör det den är allra bäst på och det har vi sagt i årtal (är det verkligen meningen att läkarna ska kunna frankeringapparaten på den här värdcentralen!?). Den ständiga känslan av kris som ska leda till likaledes ständiga förbättringar är vi också väl bekanta med. Det finns en hel del poänger med Toyotafilosofin som åtminstone på Karolinska tar sig uttryck som Lean och flödesarbeten. Men det är ändå på något sätt svärgripbart vad som förväntas av oss (förutom att effektivisera 2 % per år alltmedan patientinflödet bara ökar). Toyotamodellens credo är att inte göra något som inte skapar värden. Men vad är värde? Det är nog lättare att förstå att en bil producerats så bra och exakt att den överlever sitt eget chassi och får ett liv efter detta i aktern på en long-tail boat i Thailand än att förstå om våra enskilda vårdinsatser var precis de avsedda och de bästa tänkbara i varje enskilt

sammanhang. Förhoppningsvis känner vi igen en ganska frisk och fullt arbetsför människa. Men det vore dumt att definiera varje icke helt frisk patient som går ut genom dörren som ett misslyckande som kräver att vår "produktion" stoppas, analyseras och förbättras.

Hur ska vi veta om vi skapar värden om vi inte bestämt vad det är? Och för vem? Vem ska bestämma vad som är viktigt att uppnå på reumatologiska mottagningen?

"Tillitsbaserade system". "Professionerna kunnande och yrkesetik". Jag vet fortfarande inte exakt vad han menar, Ardalán, men han verkar ha en tanke och jag hoppas att den bär. Goda idéer är goda, oavsett var i det politiska spektrumet de uppstår. Och jag hör ett anrop riktat till oss. Han verkar vilja att vi engagerar oss på allvar i styrningen av sjukvården och inte bara bli styrda.

Var det någon läkare som på allvar tänkte att max fyra timmars väntetid (oavsett tillstånd) var ett bra mått på sjukvårdskvalitet på akuten?

Sara Wedrén

ST-läkare

Karolinska Universitetssjukhuset

Ioannis krönika

Vi ska rita en teckning av något som ligger oss varmt om hjärtat och berätta om något personligt. Jag ritar en blyertspenna och ett aktuellt citat: "Je suis Charlie". Det är samma penna som jag håller i handen när dessa rader skrivs.

När jag inte är kliniker, när jag inte forskar, när jag inte är utbildningsansvarig, när jag inte tränar, då skriver jag krönikor till Reumabulletinen. Det har på något oförklarligt sätt blivit en del av min verklighet att fem gånger per år fullständigt göra bort mig i detta forum. Jag är lite osäker på om det bara är en vana eller om det rentav har blivit ett lustfyllt behov. Men kul är det i vart fall och här kommer årets första bekännelse.

Ritritualen äger rum på färjan till Helsingfors på välkomstmseminariet för de nya läkarstudenterna i kursen Klinisk Medicin. Några minuter senare väntar mig en stor överraskning från kursens studierektor Ann-Sofie Backman. Jag tilldelas det gångna akademiska årets pedagogiska pris för bästa kliniska handledarinsats. Kanske det bästa som hittills har hänt mig under min i och för sig inte så långa läkarkarriär! Denna utmärkelse delas ut varje termin av Karolinska Institutet och baseras på studenternas sammantagna omdöme i slutet av kursen. Det är deras uppskattning och tack för den vägledning, kunskap och feedback som de får av oss. Jag känner mig oerhört hedrad och blir röd om kinderna som ett litet barn av en härlig blandning av glädje och förlägenhet. Värsta fjärilsexantemet!

Däremot är jag osäker huruvida det är bra eller dåligt att utdelningen sker framför de nya studenterna. Det skapar antagligen höga förväntningar på mig och reumatologi-placeringen. Förra årets pris fick min vän Helga från Hjärtkliniken, en kollega som jag ser upp till för både hennes kunskaper och hennes förhållningssätt. Hon satte ribban högt för oss andra och min beundran för henne ger detta pris ett extra värde när jag nu står med det i handen. Jag hoppas att jag med allt mitt patos fortsatt ska kunna leverera det som ni prisade mig för – stort tack, mina unga stjärnor!

Vad det gungar på Östersjön. Det här blir en skakig krönika. Jag ligger i den här trånga sängen och svajar och klottrar ner tankar. Och när hjärnan blir tom av tankar passar jag på och läser om vad som händer i mina hemtrakter. Det händer historiska saker där nere. Saker som jag bara observerar. Det känns inte helt tillfredsställande att jag inte följer dessa händelser på närmare



Helsingfors. Från promenaden tillbaka till båten. En ensam figur skyndar fram längs med den frostiga strandkanten. Solen bakom verkar också ha brättom hem.

håll. Inte ens min röst fick vara med och påverka. Jag och de övriga cirka tio miljoner grekerna som bor utomlands fick inte rösta i landet där vi bor. Det gjorde i och för sig saken enklare för mig – jag slapp tänka så mycket på vad som vore rätt. Men tydligen tyckte grekerna att det var dags för en förändring.

Huruvida denna förändring är en förändring åt rätt håll har nog de flesta som satsade på den inte en susning om. Men bestämda var de. Och den där starka kraften som greken har när han, hon, hen trots alla skräckscenarion vågar säga "nej, hellre en Grexit än din tveeggade hjälp" blir jag mycket imponerad av. Det kanske inte kommer in några nya räddningspaket med saftiga räntesatser i syfte att betala de gamla paketens ockerräntor. Grekerna har kanske inte så mycket bröd att äta de kommande åren – men var kommer denna inre kraft ifrån, som övervinner all rädsla och gör att man hellre tar det hoppladdade osäkra framför det skräcktrygga säkra? Ännu vet jag inte huruvida detta var ett klokt beslut men en sak är jag säker på: jag är stolt över mina hetsiga medelhavsgener. Förhoppningsvis har krisen gjort att detta hetlevrade folks gener nu har genomgått några nödvändiga mutationer och producerar peptider med högre vett- och lägre korrupsionshalter i framtiden. För allas skull, men främst för de yngres.

Vad politisk jag blev så här mitt på havet! Lika bra att jag försöker sova en stund så att jag är pigg i morgon när vi ska träffa vår reumatologkollega professor Tom Petersson på Mejlans sjukhus. Dessutom får jag låta bli att skapa ovänner inom svensk reumatologi; mina åsikter om krisen i Grekland är knappast opartiska. Tiden då jag var politiskt engagerad är ett förbibläddrat kapitel i mitt liv och får hemskt gärna förbli



Helsingfors. Från promenaden tillbaka till båten. Figuren här har inte lika brättom och skänker platsen ett hoppingivande lugn. Månens ljus har överunnit solnedgångens kval över mörkret som aldrig kom.

det. Jag lägger hellre allt mitt fokus på min forskning, speciellt nu när jag borde sätta fart inför min halvtidskontroll som planeras till slutet av maj. Jag kan sedan några dagar tillbaka vara stolt över att min första avhandlingsartikel är ute till allmän beskådan och just nu känner jag mig oerhört taggad för nya utmaningar. Jag vill leka med mina data, räkna statistik, rita kurvor och låta mig inspireras. Nästa gång du ser mig, önska mig lycka till!

Tills dess, överlåter jag makten till drömmarnas gudar. Medan jag färdas in till Morfeus färgglada rike hinner jag i all hast påminna dig om att du gör världen vackrare när du ler. Fortsätt med det!

IOANNIS PARODIS

ioannis.parodis@karolinska.se

Riksstämman 2014

Reumatologin var även detta år representerad i det vetenskapliga programmet under Medicinska Riksstämman som hölls på Stockholm Waterfront Congress Center den 4-5 december.

Det första symposiet SRF genomförde var anordnat i samarbete med Läkaresällskapets sektion för dermatologi. Titeln för det var *Psoriasis och psoriasisartrit – två sidor av samma mynt?* Per Larsson, reumatolog, var moderator och hälsade alla välkomna.

20 – 25 % av psoriasisfall kräver systemisk behandling

Professor Mona Ståhle inledde med att tala om psoriasis. Det är en vanligt förekommande sjukdom som drabbar 3 – 4 % av befolkningen. I Sverige finns det 250 000 patienter med diagnosen. Prevalensen varierar i världen – och är som högst i Norra Europa där den kan vara upp till 7 %. Siffran kan jämföras med infödda amerikaner i Sydamerika, som har en prevalens på 0,1 %.

Mona fortsatte med att berätta att den vanligaste lokaliseringen är hårbotten, där efter kommer knä.

– Diagnosen ställs kliniskt, det finns inget blodprov. Biopsi och histologi kan vara stödjande. Det är vanligt att debuten sker vid unga år, men man kan drabbas under hela livet.

Ofta är psoriasis ganska lindrig. Mellan 20 och 25 % av fallen är medelsvåra till svåra och kräver systemisk behandling. Mona beskrev de kliniska variationsformerna med bilder, och visade även med bilder hur man kan behandla med monoklonala antikroppar mot T-celler och få ett gott resultat.

– Det finns en risk för metabolt syndrom vid psoriasis. Redan 2004 kunde vi visa på att sjukdomen ledde till en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom – men vi vet inte ännu om vår behandling innebär att denna risk minskar, avslutade Mona.

Anti-T-cellsterapi läker ut sjukdomen

Patogenesen för psoriasis beskrevs av professor Charlotta Enerbäck.

– När det gäller patogenesen står vi inför ett paradigmskifte: Från keratinocytdriven sjukdom till T-cellsmedierad sjukdom, sa Charlotta.

Keratinocyter är en viktig del i det medfödda immunsystemet – det är en aktiv immunologisk cell, förklarade hon och fortsatte:



– T-hjälparcellen har visat sig vara central i psoriasis. Den frisätter IL-17 och får vid kronisk sjukdom keratinocyterna att dela sig. Detta blir till en ond cirkel som måste brytas.

Därför läker anti-T-cellsterapi ut sjukdomen, och Charlotta beskrev transplantationsstudier som utförts på mus.

– Vid benmärgstransplantation fann man utläkning av psoriasis efter transplantation från frisk donator – och tvärt om, avslutade hon.

PsA kan drabba under hela livet

Dr Gerd-Marie Alenius fortsatte med att tala om psoriasisartrit.

– Förekomsten i befolkningen är ofullständigt känd, sannolikt ligger den på 0,2 – 1 %, sa hon.

PsA är en T-cellsmedierad sjukdom, men detta är inte lika entydigt som vid hudpsoriasis och andra seronegativa sjukdomar. De vaskulära faktorerna vid PsA omfattar ökad kärlbildning, förtjockning av kärlväggar, utvidgade och slingriga kärl samt fibros i kärlväggen.

– Patienten med PsA kan få ryggsymptom liknande de vid ankyloserande spondylit – med entesit, sacroiliit eller spondylit. Skillnaden är att AS har symtomdebut före 45 års ålder, medan PsA har ingen sådan tidsgräns.

Symptombilden är mild – artriterna är ofta symtomfattiga.

– Men entesiterna är ofta mycket smärt samma, påpekade Gerd-Marie.

Komorbidityten kan omfatta andra organ som ögon, tarmen och slemhinnor. Patienterna kan också drabbas av kardiovaskulär sjukdom.

Den farmakologiska behandlingen består dels av NSAID som basbehandling – det ges alltid om inte kontraindikationer finns.

– De minskar stelhet, smärta och är inflammatoriska. Ofta räcker det. Om inte, behandlar man med DMARD – sulfasalazin, metorexat, leflunomid eller guld, avslutade Gerd-Marie.

Rekommendationer för sjukvården

SwePsa står uttytt för svenska psoriasisartritregistret. Docent Ulla Lindqvist berättade om en kohort de skapat och sedan följt.

– Den första publiceringen vi gjorde var en sammanfattning av resultat efter två års uppföljning. Där konstaterades bl.a. att patienter med PsA uppvisar låg inflammatorisk aktivitet i huden. Polyartrit förelåg i lika hög frekvens som mono- och oligoartrit efter två år, och patienterna hade efter samma tidsrymd hög inflammatorisk aktivitet.

Man fann även att smärtbilden vid PsA och polyartrit kvarstod, och påverkades inte av klinisk behandling.

Ytterligare en uppföljning gjordes efter fem år. Den visade att en tredjedel av patienterna stod på metorexat, samt att antalet med biologisk behandling hade ökat. Po-



Fr.v. Per Larsson, Charlotta Enerbäck, Lars Erik Kristensen, Gerd-Marie Alenius, Ulla Lindqvist och Mona Ståhle.

sitiva kliniska prediktiva faktorer var bl. a. kort sjukdomsduration vid inklusion och manligt kön.

– Män har ofta lindrigare sjukdom än kvinnor.

Ulla berättade också att de hade bidragit till framtagandet av Caspar-kriterierna genom att leverera data på ett antal patienter.

Hon avslutade med att ge ett antal rekommendationer för sjukvården.

– Patienter med psoriasis och leddsmärta eller svullnad, inflammatorisk ryggsmärta och/eller inflammatorisk entesit ska bedömas möjlighet att erhålla bedömning av specialist i reumatologi!

Bedömningen ska genomföras tidigt under sjukdomsförloppet. Patienter med mono- eller oligoartrit kan följas upp i primärvården med NSAID och lokala injektioner vid behov.

– Patienter med polyartrit skall följas upp hos specialist i reumatologi och behandlas

enligt SRFs riktlinjer, var Ullas sista rekommendation.

Nya läkemedel

Symposiet avslutades med att docent Lars Erik Kristensen via ett patientfall summerade de riktlinjer som finns för behandling av PsA.

– Konventionella DMARDs är inte lika effektiva på leder som på huden. Anti-TNF är ofta bra behandling. När det gäller att byta anti-TNF – en s.k. switch – så kan det löna sig att göra det en gång. Det fungerar i knappt 50 % av fallen, men en andra switch är knappast lönt att göra, sa Lars-Erik.

De nya läkemedlen ustekinumab, apremilast och secukinumab, som har ett annat sätt att angripa sjukdomen, har visat sig effektiva, summerade han.

– Secukinumab är en nyhet som presenterades på SCR tidigare i år. Det må vara ett intressant alternativ, avslutade Lars-Erik.

Tillverkningsprocessen ligger bakom godkännande

Biosimilarer – möjligheter och risker, för patienten och samhället var rubriken för nästa symposium. Docent Christopher Sjöwall, vetenskaplig sekreterare i SRF, var moderator och han gav även en introduktion till ämnet.

– Introduktionen av biologiska läkemedel har revolutionerat behandlingen av våra patienter. Men det är också en realitet att de har medfört ökande kostnader för landstingen, påpekade Christopher.

Eftersom preparatens patent nu börjar gå ut kan vi därför stå vid ett skifte, fortsatte Christopher och underströk att SRF:s syn på biosimilarer finns att läsa på föreningens hemsida.

Docent Nils Feltelius är reumatolog och specialistläkare vid läkemedelsverkets enhet för läkemedelssäkerhet. Han inledde med att definiera vad biologiska läkemedel är.

– Det är bland annat vacciner, blodprodukter, antiserum mot olika typer av gift, antikroppar – poly- eller monoklonala, enzymer och peptider, exemplifierade Nils.

Godkännandet av biologiska läkemedel i Europa sker via en central procedur av European Medical Agency (EMA) och Committee for Human Medicinal Products (CHMP) som rekommenderar ett utslag till EU-kommissionen som är den instans som slutligen godkänner. Omfattande farmaceutisk och bioteknologisk dokumentation krävs för ett godkännande.

En *biosimilar* är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel (referensläkemedlet) men som inte är identiskt, fortsatte Nils.

– Den komplicerade tillverkningsmetoden för biologiska läkemedel ger upphov till viss variation – för såväl referensprodukt som biosimilar. Det är därför ett unikt läkemedel – till skillnad från generiska produkter av kemiskt framställda läkemedel – där den aktiva substansen är identisk med referenspreparatets, berättade han.

För närvarande finns det två biosimilarer – båda är till infliximab. De heter *Inflectra* (marknadsförs av Hospira) och *Remsima* (marknadsförs av Celltrion HealthCare).

För utbyte finns det inget godkännande

Det är olika regelverk för att godkänna generiska och biosimilarer. Generika är en kemisk substans – en väldefinierad liten molekyl – och biosimilaren är en bioteknologisk substans där *processen för att ta fram den* godkänns tillsammans med produkten. Substansen definieras av tillverkningsprocessen.

– Dessa substanser är betydligt större och består av mer komplexa molekyler, och svårare att karaktärisera. De har därför en större variabilitet i produktion, fortsatte Nils. ➤



Främre raden fr.v. Nils Feltelius, Johan Askling och Magnus Thyberg, enhetschef Läkemedelshuset Stockholms Läns Landsting. Bakre raden fr.v. Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet, Christopher Sjöwall, Michael Eberhardson, specialist i gastroenterologi, och Carl Turesson.

Han framhöll också det faktum att Remicade genomgått fler än 35 förändringar i tillverkningsprocessen sedan läkemedlet godkändes.

När en biosimilar godkänns krävs att alla likhetskrav för farmaci, preklinik och klinik är uppfyllda och att referensprodukten är godkänd på alla dessa indikationer. Extrapolering kan göras till andra, för referensprodukten godkända, indikationer.

– Farmakokinetiken kan vara olika, men det får inte finnas några skäl att anta att det finns någon skillnad mellan biosimilar och original. Detta gäller också säkerheten – som kan vara olika för olika indikationer men inte ha några skillnader mellan biosimilar och original.

Nils underströk att detta gäller för godkännande av läkemedlet som sådant. Det finns inget godkännande för utbytbarheten.

– Inga biologiska läkemedel bedöms idag vara utbytbara – inte ens där ”biosimilaritet” visats! Förskrivande läkare avgör.

En ”Risk Management Plan” (RMP) upprättas för säkerhetsuppföljningen.

Endast studier på RA och AS

Remsima och Inflectra är två olika marknadsföringsnamn på samma substans som heter CT-P13. Dr Carl Turesson redogjorde för evidensen för CT-P13 vid RA. Studien godkännandet grundar sig på heter PLANETRA. Det var en s.k. non-inferiority studie, den skulle alltså visa att biosimilaren inte är *sämré* än infliximab, förklarade Carl.

I studien ingick patienter med aktiv RA trots behandling med metotrexat. Det var en fas III studie med 606 patienter, 83 % var kvinnor och medianåldern 50 år. De randomiserades 1:1 till 3mg/kg infliximab eller 3mg/kg CT-P13. Studien genomfördes 2010 – 2011 vid 100 centra från 19 länder och var dubbelblindad.

– Resultatet i de två armarna var väldigt likartat. Man såg inga betydande skillnader i EULAR respons eller andel som uppnådde klinisk remission. Inte heller i farmakokinetik eller farmakodynamik – och inga skillnader i förekomst av läkemedelsassocierade ogynnsamma händelser, sa Carl.

PLANETAS studerade CT-P13 vid ankyloserande spondylit och var en fas I studie på 250 män med AS, 81 % var män, medianåldern var 38 år. Även här var randomiseringen 1:1 – antingen 5 mg/kg infliximab eller 5 mg/kg CT-P13. Inga betydande skillnader kunde konstateras mellan armarna.

– Det finns däremot inga publicerade studier vid psoriasisartrit, psoriasis eller vid inflammatorisk tarmsjukdom – sjukdomar där man också använder sig av infliximab.

Trots detta har EMA, i enlighet med gällande praxis, fastställt samma indikationer för CT-P13 som för original-infliximab, förklarade Carl.



F.r.v. Elisabet Svenungson, Vilija Oke, Aladdin Mohammad, Tore Särnhult och Chris Anderson.

Alla TNF-hämmare är inte likvärdiga

SRF har tagit fram ett policydokument för biosimilarer, och Carl citerade ur detta:

”SRF:s ståndpunkt är att byte från originalpreparat till biosimilar av kostnadsskäl vid behandling som har gett avsedd effekt inte kan rekommenderas, om inte evidens för bibehållen effekt och tolerabilitet vid sådant byte föreligger”.

– Så frågan är om alla TNF-hämmare är likvärdiga? Vi lever i en föränderlig värld, och det kommer ständigt nya data, fortsatte Carl och visade ett antal registerstudier

registerstudier från Nederländerna, Grekland och Italien – med fler behandlingsavbrott för infliximab än för etanercept och för adalimumab.

– Men vi ser ett annorlunda mönster i studier från Nordamerika: Där finns inga skillnader i andel som kvarstår på behandling – istället kan man se bättre behandlingsöverlevnad för infliximab i ett register. Frågan är om dessa skillnader är betingade av sjukvårds- och ersättningsystem?

Carl summerade med att det finns evidens för att biosimilaren CT-P13 är likvärdig med original-infliximab hos RA-patienter med otillräcklig effekt av metotrexat, och i viss mån vid AS. Det saknas dock evidens för CT-P13 vid andra indikationer för infliximab.

– Ett växande antal registerstudier indikerar att alla TNF-hämmare *inte* är likvärdiga vid RA. Tillgängliga data talar för lägre sannolikhet för framgångsrik långtidsbehandling av RA för infliximab, än för etanercept och adalimumab, konstaterade han.

”Inga biologiska läkemedel bedöms idag vara utbytbara”

som jämför TNF-hämmare vid RA.

Direkta randomiserade, kontrollerade, studier som jämför TNF-hämmare saknas. I skandinaviska registerstudier kvarstår fler patienter under lång tid på behandling med etanercept, jämfört med infliximab. Man kan också se likartade resultat i europeiska

Antikroppar mot biologiska läkemedel

Begreppet immunogenicitet avser immun-



F.r.v. Alf Kastbom, Alex Karlsson-Parra, Anders Bengtsson, Per Eriksson, Tom Pettersson och Morgan Andersson.



Fr.v. Elisabet Svenungson, Monika Östensen och Elisabeth Nordborg.

systemets förmåga till antikroppsproduktion mot främmande substanser – som t.ex. vacciner och biologiska läkemedel, sa Christopher Sjöwall.

Han fortsatte med att beskriva anti-drug antinö (ADA) – alltså antikroppar mot läkemedlet. Förekomst av ADA är mer eller mindre starkt kopplad till avtagande effekt, lägre läkemedelskoncentration samt ökad risk för infusions- och injektionsrelaterade biverkningar. FDA i USA och EMA kräver studier av immunogenicitet för att godkänna ett nytt läkemedel.

– ADA är inte ett nytt fenomen. Redan 1986 visades antikroppar mot läkemedlet interferon vid cancerbehandling, sa Christopher.

Det finns många olika sätt att mäta ADA – flera metoder som mäter olika saker, som fritt ADA alternativt fritt anti-TNF. Den potentiella effekten av ADA är att det kan neutralisera läkemedlet.

– Men Metotrexat *hämmar* immunogeniciteten mot ADA vid RA, förklarade Christopher.

En publikfråga var om alla reumatologer monitorerar ADA hos sina patienter.

– Jag tror jag kan tala för de flesta av oss när jag svarar att man inte gör det, svarade han.

Goda möjligheter att följa upp biosimilärer i Sverige

Professor Johan Askling berättade att cirka en av tre patienter med RA kommer att bli behandlad med biologiska läkemedel.

– Denna siffra verkar vara ganska konstant i olika sjukvårdssystem som inte har en extrem styrning, konstaterade han.

När det gäller biosimilärer finns det ett antal frågor att ställa sig. Hur är säkerheten och effekten i klinisk praxis – både i största allmänhet och jämfört med originalsubstansen?

– För att följa upp effekt och säkerhet krävs en systematisk insamling av behandlingsdata, stora jämförelsekohorter av pa-

tienter som fått originalsubstans eller annan behandling.

Det krävs också data avseende effekt och säkerhetsutfall och en möjlighet att skilja original från similar.

– Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) är väl rustat för denna uppgift!

Ytterligare frågor kring användandet av biosimilärer är *vem* som får reda på vad patienten de facto erhåller.

– Blir det patienten? Förskrivaren? Den som administrerar läkemedlet? Eller apoteket, landstingens inköpsavdelningar, landstingspolitiker, SKL eller staten?

Johan avslutade med det är nödvändigt med systematisk uppföljning av både biologiska läkemedel och biosimilärer – *för varje ny similar*.

– Det har vi unikt goda möjligheter till i Sverige. Men det måste drivas från den kliniska professionen – och det blir svårhanterat om vi riggar systemet fel.

Efter föreläsningarna tog en panel bestående av talarna, samt andra representanter från olika grupper med intresse för biosimilärer, plats på scenen för debatt.

Immunosuppression och hudcancer

I samarbete med dermatologin arrangerades ett symposium om dermatologiska manifestationer av reumatisk sjukdom.

– Huden är kroppens största – och tyngsta – organ. Genomsnittliga siffror är att den väger mer än 9 kg och har en yta på 1,7 m², sa moderator docent Elisabet Svenungson.

Professor Chris Anderson beskrev de olika hudmanifestationer som är associerade med olika sjukdomar. Vid RA kan dessa bl.a. inkludera tunn atrofisk hud, nagelförändringar, röd handflata och reumatoida noduli. Han redogjorde också för skillnaden mellan urtikaria och eksem.

– Båda ger klåda och erytem (hudrodnad). Men de har helt olika genetiska ursprung. Urtikaria är inte en allergisk reaktion, utan en autoinflammatorisk, sa Chris.

Differentiala diagnoser till urtikaria är

autoinflammatoriska sjukdomar samt pyoderma gangreosum. Bakomliggande sjukdom är RA, inflammatorisk tarmsjukdom eller hematologisk sjukdom.

Chris talade även om immunosuppression och hudcancer.

– Det är uppenbarligen en mycket mindre problem vid reumatologiska sjukdomar jämfört med organtransplanterade. Det finns dock en viss riskökning, och vi vet kanske inte allt. Så var på er vakt, avslutade han.

Solkänslighet är en fördröjd reaktion

Dr Aladdin Mohammad talade om hudvasculiter.

– Den histopatologiska definitionen är att det är en process i blodkärl eller i blodkärlsväggen – antingen inflammatoriskt infiltrat i kärlväggen eller destruktion i form av fibrin-inlagring eller endotelcellnekros.

Behandling går ut på att eliminera eventuellt utlösande faktor, ge lokala behandlingar och symptomlindrande med anti-histamin.

– Colchicin och hydroxiklorokin finns beskrivet i studier med varierande resultat. De kan användas som tillägg, fortsatte Aladdin.

Prednisolon kan ges med 0,5 g/kg och sedan trappas ned under 4 – 6 veckor.

– I resistent fall kan man ge azatioprin, metotrexat eller mykofenolat mofetil.

Dr Vilija Oke beskrev lupus erytematosus i huden (CLE).

– Kronisk CLE har flera subtyper, vanligast är diskoid lupus erytematosus (DLE).

Solkänslighet på huden anses vara dåligt definierat, och Vilija har själv forskat på experimentell fotoprovokation. Ett av hennes resultat är att solkänslighetskada på huden är en *fördröjd* reaktion med en genomsnittlig tid på 8 dagar. Hon underströk också att en SLE-patient kan ha multipla hudmanifestationer.

I sin sammanfattning betonade hon betydelsen att patienterna ska handläggas av ett *team*.

– Man ska ha både en hudläkare och patolog vid bedömningen. Prevention är ett område som är mycket viktigt för dessa patienter, avslutade Vilija.

TNF-blockerare kan ge psoriasisforma huderuptioner

Samverkan mellan dermatologer och reumatologer var även något som Dr Tore Särnhult ville slå ett slag för. Han talade om psoriasis och psoriasisforma läkemedelsreaktioner.

– IL12 och IL23 är viktiga i patofysiologin, och därmed ett viktigt fokus för att ta fram läkemedel. Jag känner hopp inför framtiden, berättade han.

Hur hittar en reumatolog psoriasis? Tores råd var att titta på naglarna, helst finger- ➤

naglarna. Även titta på naveln och hudveck som axiller, ljumskar, under bröst.

– Och genitalt – det är vanligare än du tror.

Alla TNF-blockerare kan ge psoriasiforma eruptioner oavsett grundsjukdom. Oftast är det hos reumatologiska patienter – men det kan bero på att de utgör den grupp med flest behandlingar.

– Det är inte som med vanliga läkemedelsreaktioner i huden – att de oftast uppstår de första dagarna. De kan komma efter månader eller år. Vanligast är efter 10 månader. Histologin är densamma som för ”riktig” psoriasis, sa Tore.

SLE och graviditet

Ett symposium handlade om graviditet och reumatisk sjukdom. Docent Elisabeth Nordborg, som också var moderator, beskrev ett patientfall.

En 30-årig kvinna blev diagnostiserad med SLE med aktiv nefrit, dålig njurfunktion och var trippelpositiv för antifosfolipid antikroppar (aPL). De mål man primärt satte upp för att åtgärda var att justera blodtryck, behandla nefrit och aPL.

– Patienten uttrycker också en stark önskan att bli gravid, fortsatte Elisabeth.

Trots att ha blivit avrådd, uppvisade snart patienten ett positivt graviditetstest, och blev då uppmanad att avsluta graviditeten – men vägrade. Under graviditeten hade hon sedan tät kontakt med specialistmödravården, och fick avancerad läkemedelsbehandling. Akut sectio gjordes, p.g.a. svår preeklampsi graviditetsvecka 25 plus fyra dagar. Sonen vägde drygt 700 g.

Vid 3 månaders ålder var vikten 2,8 kg och sonen genomgick en ögonoperation.

– Barnet är idag 2 år och mår bra, men är lite sent i utvecklingen, summerade Elisabeth.

Diskutera familjeplanering – vid varje besök

Denna fallbeskrivning kommenterades sedan av professor Monika Östensen från Trondheim. Hon inledde med att tala om de generella risker som finns för SLE-patienter under graviditet.

– En amerikansk stor studie visar på mellan 2 och 8 gånger så stor risk för komplikationer under graviditeten för SLE-patienter, sa Monika.

Hon påpekade att preeklampsi är ett av de största problemen för dessa patienter

– Det är en sjukdom i placenta. Risken är kopplad till njurfunktionen. En studie visar på signifikant riskökning för SLE-patienter med nefrit, jämfört med SLE-patienter utan nefrit.

Patienten i Elisabeths fall hade en för tidig födsel – och det är också en vanlig komplikation vid SLE.

Hon trodde att utgången i detta fall troligen

inte hade kunnat undvikas.

– Patienten fick mediciner som var adekvata för att förbättra och kontrollera hennes tillstånd. Den enda möjliga preventionen hade varit att avbryta graviditeten. Rådgivning om graviditet för dessa patienter är alltså av den yttersta vikt!

Monika underströk att mellan 30 och 50 % av graviditeter är oplanerade. För SLE-patienter bör man skjuta upp eller avsluta graviditet vid aktiv sjukdom, vid organmanifestationer eller skador samt när man måste använda sig av embryotoxiska eller fetotoxiska läkemedel.

– Så ta upp frågan om familjeplanering för varje kvinna med SLE i fertil ålder. Ge rådgivning om effektiva preventivmedel, och understryk vikten av att de använder dem. Se till att de förstår riskerna! Och se till att upprepa denna information vid varje besök, avslutade Monika.

Risk för trombos även efter nedkomsten

Elisabet Svenungson talade om aPL och antifosfolipidsyndrom (APS).

– De vanligaste kliniska symptomen på APS är lungemboli och stroke, konstaterade hon.

Behandlingen vid graviditet och APS före

”Alla TNF-blockerare kan ge psoriasiforma eruptioner oavsett grundsjukdom”

graviditeten består av ASA. Om patienten står på Waran, ska man byta ut det mot lågmolekylärt heparin (LMWH) som t.ex. Fragmin.

– Under graviditeten ska man undvika steroider – använd dem endast om de behövs för att behandla mamman för SLE, fortsatte Elisabeth.

Man ska ge en kombination av LMWH och ASA under graviditeten, och eventuellt hydroxyklorokin. Efter förlossningen ska man fortsätta med LMWH och ASA under 6 – 8 veckor, alternativt kan man återinsätta Waran.

– Glöm inte detta! Mamman har fortfarande stor risk för trombos.

LMWH, ASA, Waran, hydroxyklorokin och prednison är OK att ge när modern ammar.

Elisabet avslutade med att ansluta sig till de två tidigare talarna och underströk även hon vikten av planering när det gäller graviditet för dessa kvinnor.

Antikroppsmedierade sjukdomstillstånd

Det sista symposiet ägnades åt IgG4-relaterad sjukdom.

– Det är en ny klinisk entitet, och ett ämne som utvecklas i rasande fart, sa professor Tom Pettersson från Helsingfors.

IgG4-reaterad sjukdom är en inflammatorisk systemsjukdom, ofta med inslag av fibros. Den kännetecknas av organinfiltration av lymfocyter och plasmaceller och en dominans av IgG4-positiva plasmaceller, fortsatte Tom.

– Sjukdomen ses framförallt hos medelålders och äldre män, har oftast en smygande debut och ger oftast upphov till endast lindriga allmänsymptom. Den kan angripa nästan alla organ, och orsakar ansvällning av angripna organ – inflammatoriska pseudotumörer.

I anamnesen finner man ofta allergi, atopi, kronisk rinit eller sinuit eller astma. Den histopatologiska analysen är avgörande för diagnostisering. Fynd av granulomatös inflammation talar dock *emot* IgG4-relaterad sjukdom.

Behandlingen består av glukokortikoider, som ofta har bra effekt. Relaps ses dock hos 25 – 50 %. Vid behov ges annan immunosuppressiv medicin, i allmänhet azatioprin.

– Vid svårbehandlade fall har god respons på rituximab rapporteras, sa Tom.

Multidisciplinärt omhändertagande är viktigt

Docent Per Eriksson berättade om njurar och nervsystem vid IgG4-relaterad sjukdom. Han beskrev ett fall de själva stött på i kliniken i Linköping, och som visade sig vara pakymeningit.

Per beskrev även hypofysit och kranio-facial tumor vid IgG4-relaterad sjukdom.

Tubulointerstitiell nefrit (TIN) ger ofta kreatininstegring med minimala urinynd.

TIN är väldigt vanligt vid primär Sjögrens.

Docent Anders Bengtsson, reumatolog, och docent Morgan Andersson, öron-näsahals specialist, bägge från Lund, presenterade flera fall som de tillsammans utrett.

– Samtliga hade IgG4-relaterad sjukdom, sa Anders.

Han beskrev att de plötsligt började hitta flera fall.

– Det beror på att vi har tänkt på möjligheten och ställt frågan. Sannolikt finns det många ännu inte diagnostiserade – och de har funnit där hela tiden.

Ett multidisciplinärt omhändertagande – med öron-näsahals, reumatolog, patolog, gastroenterolog, lungmedicinare och bra imaging – var det som Anders ansåg vara sättet att ta hand om dessa patienter.

I den efterföljande paneldiskussionen återkom man till vikten av detta.

Därmed var reumatologins program på 2014 års Medicinska Riksstämman till ända.

Verksamhetsutvecklingsdagen

Den 21:e januari hälsade moderatorerna Ralph Nisell och Boel Mörck välkommen till den första Verksamhetsutvecklingsdagen, som från och med i år ersätter höstkongressen.

– Målgruppen är enhets- och verksamhetschefer eller andra med ledarfunktion. Men alla som är intresserade är väldigt välkomna, sa Ralph.

Tema för förmiddagen var *Värdefull vård*.

– Hur ska vi mäta att vi skapar ett värde för patienten, frågade Boel inledningsvis.

Hon fortsatte med att slå fast att det har man hållit på med länge inom svensk reumatologi, och hänvisade bl.a. till kvalitetsregistret SRQ och arbetet bakom de nationella riktlinjerna. Boel underströk också att värdebaserad vård handlar om just *värde* – inte om pengar.

Hur hittar patienterna till reumatologin? Boel visade ett självskärningsverktyg som heter *Ont i lederna?* och uppmanade samtliga närvarande att titta på det och sedan uttala sig om huruvida de anser att det är något att rekommendera till primärvården. (Adressen är www.ontilederna.nu).

Förslag på kvalitetsindikatorer

Efter detta, presenterade Helena Forsblad d'Elia och Cecilia Carlens en rapport från ett konsensusmöte som hölls 19 november om Socialstyrelsens arbete med indikatorer och målnivåer.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram målnivåer för indikatorer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Det främsta syftet är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagets intentioner, berättade de.

– För RA föreslår expertgruppen att man ska använda tid i dagar mellan symptom och besök hos specialist som leder till RA-diagnos. Målet är att denna tid ska kortas, vilket ju inte är något nytt förslag, sa Helena.

Konsensusgruppen hade uttalat att de ansåg att detta är ett bra förslag och att tiden från symptomdebut till diagnos inte ska överstiga 12 veckor. Det förekommer viss diskussion kring om 12 veckor kanske är lite väl snävt, men de arbetar vidare med detta.

Cecilia och Helena fortsatte med att presentera andra förslag till indikatorer. Nästa



Boel Mörck och Ralph Nisell

handlade om andelen patienter med hög sjukdomsaktivitet (definierat med DAS28 högre än 5.1) vid första besöket som inom 4 – 12 månader uppnår låg aktivitet (definierat som DAS28 lägre än 3.2) bör vara över 50 %.

– Det är bra att det är *målet* – och inte åtgärden – som följs upp, ansåg Cecilia och Helena.

Konsensusgruppen bedömer att indikatorn kan vara lämplig för målnivå, men att målnivån inte är aktuell i nuläget. Den behöver omformuleras och kompletteras med ytterligare dataunderlag.

– Expertgruppen bedömer att indikatorn är viktig och intressant att följa, men att datakvaliteten i SRQ avseende täckningsgrad, brister i registrering och missing data måste förbättras väsentligt innan den eventuellt kan målsättas.

Fortsättning följer

Tredje indikatorn handlar om biologiska läkemedel – andelen av patienter med RA som fått behandling med dessa. Expertgruppen har bedömt att ytterligare data behövs innan förslag till målnivå kan sättas – och konsensusgruppen instämmer. De var eniga om att indikatorn i dagsläget är olämplig för målnivå.

– Att sätta målnivåer är svårt – vi vet inte vad som är det optimala. Det är ofta en avvägningsspåra, förklarade Helena och Cecilia.

De presenterade också ett förslag på ytterligare en indikator – andelen patienter med nyinsatt behandling som har uppföljande registrering i SRQ inom 2 – 6 månader.

– Det är av största vikt att insatt behandling utvärderas på ett strukturerat sätt vid adekvata tidpunkter.

Expertgruppen bedömer att en majoritet av patienterna bör ha en sådan registrering, men att ytterligare data behövs innan för-



Cecilia Carlens och Helena Forsblad d'Elia



Eva Pilsäter-Faxner

slag till målnivå kan sättas.

– Konsensusgruppen bedömer indikatorn som lämplig och viktig för målnivå. Socialstyrelsen tar tillsammans med expertgruppen fram underlag och återkommer med ett förslag till konsensusgruppen via webbenkät under våren 2015. Så fortsättning följer, summerade Helena och Cecilia.

Efter den 19:e november har tiden för arbetet förlängts, och expertgruppen har också fortsatt sitt arbete. Remissunderlaget bör vara klart under mitten av februari.

e-Hälsa

Boel visade sedan twitterflödet som kan nås från SRFs hemsida.

– Här kan ni omedelbart kommunicera med alla reumatologer i Sverige, berättade hon.

Boel presenterade Eva Pilsäter-Faxner som höll ett föredrag om hur man kan vässa verksamheten med e-Hälsa. Eva inledde med att beskriva förväntningar på tekniken – vad är det man vill *ha* av denna elektroniska tjänst?

– Där ska finnas användbar information, och e-Hälsa ska kunna skapa interaktivitet med vården för medborgare och patienter. Framför allt ska det ställa ett beslutsstödsystem till förfogande – som effektiviserar

vårdens processer och frigör tid till patientarbete, ansåg Eva.

Hon visade exempel på e-Hälsotjänster via Mina Vårdkontakter. Dessa inkluderar webb-tidbok och webbskattningar, men även bl.a. rådgivning, tillgång till den egna journalen samt e-tjänster för stöd och behandling.

– Vi måste utbilda våra medarbetare så att de kan använda och driva detta, underströk Eva.

Hon fortsatte med att visa ett projekt – *Kompetenslyftet e-Hälsa* – som bedrivits i Stockholms läns sjukvårdsområde under 2011 – 2013. Syftet med det EU-finansierade projektet var att höja medarbetarnas e-Hälsa-kompetens.

Framtidens patient redan här

Efter att ha redovisat erfarenheter från diabetesvård via e-Hälsa i primärvården, fortsatte Eva med att förklara att nästa steg var att undersöka hur patienterna mår – undersöka deras livskvalitet – via en webbskattning.

– Det är en enkät om levnadsvanor som enkelt förs över till patientens journal. Patienterna gör jobbet själv – och det är något som kommer mer och mer.

Resultatet leder i sin tur till en uppföljningsrapport som innebär att man kan se om man sätter in rätt åtgärder.

En webbenkät till 86 verksamhetschefer (med 80 som svarade) gav vid handen att 71 % upplevde att de börjat förändra sättet att utföra arbetsuppgifter med stöd av e-Hälsa.

– Och 96 % upplever att de fått en ökad förståelse för vad e-Hälsa har för möjligheter!

Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet talade sedan under rubriken *Framtidens patient*.

– Framtidens patient är redan här, slog hon fast.

– Problemet är att sjukvården inte är det, utan är kvar i 90-talet, tillade Anne.

Hon utvecklade vikten av arbetet med att patienten ska vara delaktig i vården, och beskrev fördelarna med journal via nätet.

– Det patienterna kan bidra med är inte diagnos och behandling – det är det ni som är bäst på – utan det gäller andra områden som självskattning och rapportering. Patientens egen provtagning (PEP) och registrering (PER) är exempel på det, sa Anne.

Debatt

Därefter tog Boel, Eva, Anne och Linnea Höper, ST-läkare, plats i en panel och det blev diskussion där även åhörarna deltog. Här följer ett urval av vad som sades.

– Patienten är en outnyttjad resurs som kan hjälpa oss att lösa våra problem. Det är en kultur- och ledarskapsfråga, sa Eva.

Linnea trodde att man kanske är rädd för



Anne Carlsson

att det ska ta mer resurser i anspråk – att vi får mer arbete – om patienten ska sköta mer själv.

– Men det kan innebära en *besparing* av resurser, sa hon.

Från en av deltagarna kom synpunkten att IT-systemen är en stor Berlinmur.

– Vi vill detta – men IT-systemen måste i så fall både fungera och stödja oss bättre!

Utvecklingsprogram för ledarskap

Ann-Marie Calander berättade vad som har skett i Levnadsvaneprojektet (LVP) – Reumatologi. Det visade sig vara en hel del.

– Vi har gett ut informationsbroschyrer, haft MI-utbildning i 4 regioner, artiklar i Reumabulletinen, genomfört en ”levnadsvanedag” – som även kommer att äga rum i år, var bland det Ann-Marie räknade upp.

LVP och Modern ReumaRehabilitering (MORR) går lite in i varandra, konstaterade hon.

– När det gäller levnadsvanor och e-Hälsa finns det ett jättejobb att göra – men också en jättepotential, sa Ann-Marie.

Förmiddagen avslutades med att Catharina Lindholm redogjorde för Reumatologins Utvecklingsprogram för ledarskap – RULE. Syftet med projektet är att stärka reumatologin i Sverige genom att skapa en grupp motiverade reumatologer med intresse för ledarskap samt ett starkt nationellt nätverk.

– Vi behöver bra ledare, sa Catharina.

18 reumatologer från sex regioner ska följa programprocessen. De är nominerade från sin region. Tre internat under två dygn vardera är inplanerade, det första ska hållas i Göteborg under början av februari. *Reumabulletinen* återkommer med ett reportage om detta i nästa nummer.

Det nya Lif-avtalet

Eftermiddagens tema var fortbildning. Vem ansvarar för läkares fortbildning, och hur ska den organiseras – och vad är SRFs roll?

Ann Knight var moderator och hon inledde med att presentera det nya samverkansavtal som slutits mellan SKL, Lif, Swedish Labtech och Medtech.

– Det nya avtalet stipulerar tydligt att det är *huvudmännen* som har huvudansvaret



Ann-Marie Calander

för vår fortbildning. Men vi har inte lyckats hitta något landsting som satt av medel för det, konstaterade Ann.

Det nya Lif-avtalet ersätter alla gamla avtal. Det gäller all offentligt (helt eller delvis) finansierad vård. Det slår fast att inga sociala aktiviteter är tillåtna för industrin att erbjuda, arrangera eller stödja ekonomiskt. Måttfull måltid kan dock erbjudas i samband med fortbildning som sker i samverkan med industrin.

– Det som vållat mest oro är att 50 % -regeln är borta. Inga resor till kongresser, studiebesök etc. får betalas av industrin. Industrin får inte heller ombesörja, boka eller arrangera resor och logi till tredje parts möte eller kongress.

Avtalet omfattar också regler för sammankomst arrangerad av industrin samt för sammankomst arrangerad av sjukvården eller tredje part.

Fem kriterier för kvalitet på fortbildning

Ann fortsatte med att säga att hon trodde att de allra flesta känner till detta idag.

– Men man bör också känna till att det finns ett nytt yrkeskvalifikationsdirektiv (YKD).

Sverige, Portugal och Malta är de länder som idag inte har någon reglering av legitimerade yrkesgruppers upprätthållande av kompetens. De övriga länderna i EU har det.

– YKD ställer högre krav på ansvarstagande och fortbildning, och innebär en harmonisering med EU. Det innebär att det ställs krav på nationella åtgärder, fortsatte Ann.

Hon berättade att Socialstyrelsen tar fram en föreskrift på uppdrag av utbildningsdepartementet. Proposition skall vara klar i januari 2015, men Ann trodde att den skulle bli något försenad. Systemet ska vara implementerat i januari 2016.

– YKD har engagerat Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet *mer* än Lif-avtalet, sa Ann.

Läkarförbundet har koncentrerat sig på att ta fram kriterier för kvalitet för fortbildning – sedan rankar de hur sjukhusen fort-



Annika Teleman

bildar. Kriterierna är följande:

Grundförutsättningar – tillgång till relevant utbildning och information, handledning och kvalificerade kollegor.

Lärandemiljö – struktur för fortbildning och utbildningsklimat.

Styrning – plan för kompetensutveckling för varje enhet.

Resurser – dvs. tid och pengar.

Individuell årlig uppföljning – med årlig översyn, dokumentation och ny plan.

– Som ni förstår, är detta inte helt enkelt att mäta, påpekade Ann.

SRFs roll

Svenska Läkaresällskapet (SLS) har också tagit fram en skrift: *Läkaryrket – en kontinuerlig professionell utveckling*. I den slår man fast att behov identifieras av den enskilde läkaren, kliniken, patienterna och samhället. De ska konkretiseras i en årlig utvecklingsplan, och dokumentation av genomförd utbildning ska ske i en portfolio.

– Det börjar alltså mer likna det system som finns i andra länder, fortsatte Ann.

Specialistföreningarna tar fram relevanta aktiviteter, viktning och nivå. I samverkan med föreningarna skapar SLS en organisation för granskning av fortbildningsportfölion med regelbundet intervall.

Så vad ska SRF göra?

– Specialistföreningens roll blir att inventera behov och önskemål om fortbildning. Vi gjorde det för knappt två år sedan. Men det arbetet måste pågå hela tiden – kunskapsmassan förändras ständigt.

SRF ska också ta fram relevanta fortbildningar – med eller utan samverkan med industrin. Även medverka till att fortbildning ges kontinuerligt – samt annonsera och samla relevanta utbildningar.

– Det finns många frågetecken: Ska SRF också kvalitetssäkra och följa upp fortbildningen? Det är sådant vi måste diskutera, underströk Ann.

Hon avslutade med att påminna om SRFs resestipendium. Det kan sökas av alla ordinarie medlemmar i SRF, stödjer och uppmantrar deltagande i vetenskapliga konferenser och består av sex stipendier á 15 000 kronor per år.



Maria Pihl och Rickard Pellas

– Sista ansökningsdag för samtliga stipendier är 15:e mars, sa Ann.

Fortbildningen ska inte försämmas

Fortbildningens framtid i en landstingsdriven verksamhet var rubriken för Cecilia Carlens föredrag. Hon beskrev hur det ser ut där hon arbetar som verksamhetschef idag – reumatologen på Karolinska universitetssjukhuset.

– Väldigt mycket fortbildning sker på kliniken hos oss eftersom vi är en universitetsklinik, konstaterade hon.

Cecilia beskrev all regelbunden vidareutbildning som sker på hennes klinik för alla läkare. Hon talade också om den egna utbildningsverksamheten för andra.

– Den innebär att man också lär sig *själv*.

Rekommendationen för specialister på Karolinska är fem dagars extern utbildning per år – men det kan vara mer ett år och mindre nästa.

”Specialistföreningens roll blir att inventera behov och önskemål om fortbildning”

– Många är på kongresser och möten i samband med sin forskning – och andra deltar som föreläsare i nationella utbildningar t.ex.

Reumatologen på Karolinska har ambitionen att Lif-avtalet *inte* ska innebära en försämring av fortbildningen – man har visst utrymme kvar i budgeten, berättade Cecilia.

– Vi har sparat utrymme i fonderna, och mycket av fortbildningen ingår i både forskning och klinik. Vår ambition är att samarbeta med företag om utbildningar fortsätter – de *får* betala föreläsare och lokaler. Läkarlönen har vi alltid stått för, och nu får vi se till att fixa resekostnaderna, summerade hon.

Lärande miljö en gång i veckan

Annika Teleman tog över och beskrev fort-

bildning i privat verksamhet. Annika är verksamhetschef för reumatologi vid Capio Movement i Halland.

– Jag har arbetat under tre olika privata ägare under min livstid, och jag har inte upplevt att utbildningen har skilt sig från de offentliga arbetsgivarna – åtminstone inte tills nu, sa hon.

I år får de fem dagar, och de har även 1,5 timma i veckan för intern utbildning, berättade Annika.

IT kommer att få stor betydelse för fortbildningen på mindre enheter i framtiden, trodde Annika.

Begreppet ”lärande miljö” var något hon ville ha en diskussion kring, eftersom den idag enligt henne ofta är bristfällig. Man har så lite *tid* till att mötas vid kaffet för att diskutera en patient t.ex.

– De kaffepauserna har i princip försvunnit. Idag har vi endast en och en halv timme kvar på torsdagar. Lärandemiljö råder endast då!

Två typer av sammankomster

Rickard Pellas är Compliance officer på Lif, och han hade bjudits in för att mer i detalj redogöra för det nya avtalet om läkemedelindustrins möjligheter till samverkan kring fortbildning. Rickard har själv varit med och förhandlat fram den nya överenskomsten.

– Jag vill trycka på det faktum att det är första gången som det finns ett gemensamt avtal innefattande såväl läkemedelsindustri som medicintekniska företag, sa han.

Rickard koncentrerade sig på den del som omfattar övriga sammankomster – t.ex. terapinriktad utbildning, vetenskaplig sammankomst, kongresser och symposier.

Dessa är uppdelade i två typer av möten:

– Det är sammankomster arrangerade av, eller i samarbete med, industrin – industrins egna möten eller tydliga samarrangemang.

Alternativt sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part – framför allt sponsring och kongresser.

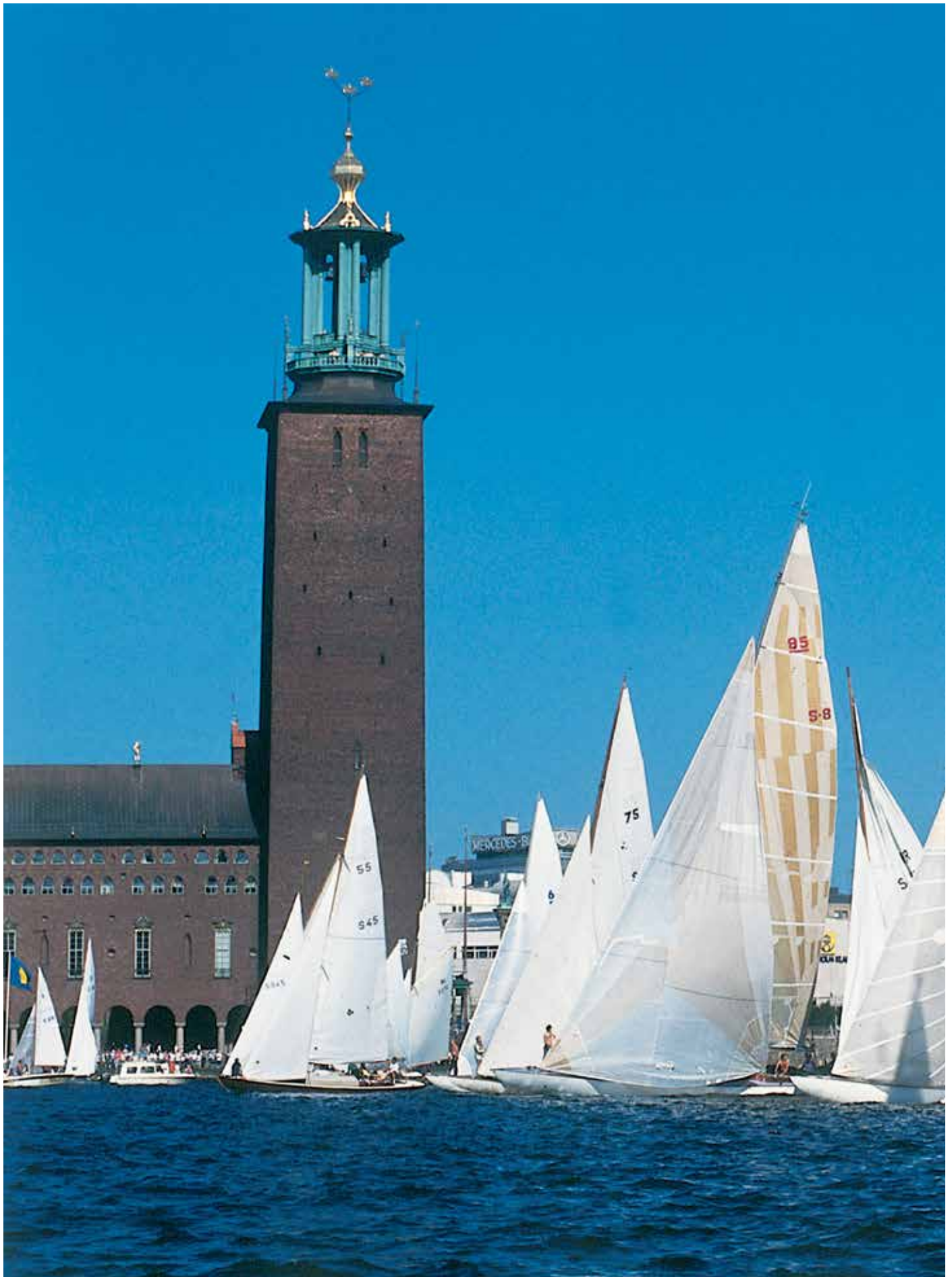
För de förstnämnda gäller bl.a. att det vetenskapliga och yrkesinriktade programmet ska utgöra den dominerande delen av och syftet med sammankomsten. Läkemedelsföretag kan bekosta lokal, föredragshållare, studiematerial, måltider och liknande som är nödvändigt för sammankomstens genomförande – dock inte resor och logi.

Rickard påpekade att deltagare fr.o.m. i år *själva* ansvarar för arbetsgivarens godkännande – inga underskrifter eller kryssrutor behövs längre.

– För sammankomst arrangerad av hälso- och sjukvården eller tredje part gäller bl.a. att vid förfrågan om sponsring ska fullständig budget tillhandahållas för aktiviteten.

Utfallet redovisas inom sex månader.

Överskott ska som regel återbetalas. Man ►



får inte gå med vinst på sponsring!

Bokning av resa och logi får heller inte ombesörjas av industrin.

Inga större skillnader för sponsring

Rickard beskrev även ett antal myter kring det nya avtalet.

– Industrin får precis som tidigare arrangera sammankomster och utbildningar – både som ensam arrangör och som samarrangör med vården. Samverkan för en givande fortbildning *uppmuntras* i den nya överenskommelsen!

Den enda skillnaden är att industrin *inte* längre får bekosta kongressavgift, samt 50 % av hälso- och sjukvårdspersonalens resa, kost och logi.

– Den nya överenskommelsen innebär egentligen inga större skillnader beträffande sponsring, jämfört med tidigare. Bara en ökad tydlighet.

Rickard underströk att köp av utställningsplats *är* sponsring.

– Således får kostnaden för montern enbart gå till direkta yrkesmässiga kostnader förknippade med sammankomsten. För att veta detta krävs alltså en budget där detta specificeras.

Han förklarade också att ett arrangemang *kan* gå med vinst – dock inte på industrins sponsring. Vill en specialistförening medvetet ta ut en högre deltagaravgift än nödvändigt av sina medlemmar är detta föreningens ensak.

Rickards konklusion var att det är klart att industrin och vården ska fortsätta att samverka – bara inte om resor och logi.



Rickard Pellas, Annika Teleman, Maria Pihl och Ann Knight

Läkemedelsindustrin är fortsatt intresserad

Maria Pihl är produktchef för inflammation-reumatologi på Pfizer, och var på plats för att berätta om bolagets roll i fortbildningen av reumatologer.

”Rätt använda läkemedel sparar pengar till samhället, men mer kunskap behövs”

– Jag uppskattar att ni vill öppna upp för en dialog med oss. De flesta bolag har ungefär samma uppfattning om samverkan som oss på Pfizer, sa Maria.

Hon beskrev utvecklingen från idé till

läkemedel och påpekte att *rätt* använda läkemedel sparar samhället pengar – men att kostnaderna för *felaktig* läkemedelsanvändning är höga.

– Mer kunskap behövs! Därför är läkemedelsindustrin intresserad av att samarbeta med er.

De flesta läkemedelsbolag är intresserade av att fortsätta att vara med och samverka kring fortbildning, de vill ha en dialog om detta, konstaterade Maria.

– Med det nya avtalet behöver vi alltså inte lägga ner allting, summerade Ann efter den avslutande diskussionen.

Därmed var den första Verksamhetsutvecklingsdagen till ända.

Per Lundblad



Riktlinjedagen 2015

Ralph Nisell hälsade en stor skara deltagare välkomna till Riktlinjedagen, som gick av stapeln efter Verksamhetsutvecklingsdagen.

– Det var en ny, spännande dag vi hade igår. Idag blir det mer traditionellt. Det finns dock en skillnad gentemot tidigare: Det är SRFs styrelse som kommer att klubba riktlinjerna på sitt nästa möte, eftersom Reumadagarna har flyttats från våren till hösten, berättade Ralph.

Först ut var Eva Baecklund som talade om riktlinjerna för läkemedelssäkerhet. Förutom de redan existerande, presenterade hon också ett nytt förslag.

– Det handlar om utsättning av antireumatiska läkemedel vid elektiv reumakirurgi. Ett dokument om detta är under utarbetande.

Ingen gemensam praxis

Uppdraget har gruppen fått från styrelsen. Det vetenskapliga underlaget har sina begränsningar, enligt Eva, och är delvis motsägelsefullt. Nuvarande praxis skiljer sig åt mellan olika kliniker.

– Vad vi förstår så är det bara Lund som har utvärderat, fortsatte Eva.

Förslaget har varit uppe på professorskollegiet, och där ansåg flera att SRF bör avstå från nationell rekommendation.

Orsaker till ett eventuellt läkemedelsuppehåll inkluderar risk för postoperativ infektion, försämrad sårsläkning och annan postoperativ problematik som påverkad lever och njure samt läkemedelsinteraktioner.

Mer en anpassning av dos än uppehåll

Efter att ha gått igenom de data som finns, landade Eva i de rekommendationer man formulerat. Den första av dessa underströk vikten av en individuell bedömning av riskfaktorer för infektion, typ av ingrepp, risk för skov vid uppehåll mm.

Den andra tog upp syntetiska immunmodulerande läkemedel.

– Vi rekommenderar att man inte gör ett uppehåll. Undantag är cyklofosamid och klorambucil där rekommendationen är sista dos en vecka före ingrepp, med återinsättning 1-2 veckor vid okomplicerat förlopp eller sårsläkning baserat på preparatens biverkningsprofil med risk för benmärgshämning mm. sa Eva.

Den tredje och sista handlade om biologiska läkemedel.

– Ingrepp kan ske med hänsyn till tid-

punkt för nästa planerade dos. Undantaget är rituximab där ingen exakt tidsgräns kan fastslås, men principen är ingrepp *så långt som möjligt* från senaste dos. I normalfallet återinsättning 1 – 2 veckor efter ingrepp/vid sårsläkning för samtliga biologiska läkemedel.

Eva tillade att detta egentligen inte är ett uppehåll i traditionell mening, utan mer en anpassning av dos.

– Man försöker lägga kirurgin så långt bort från senaste dos som möjligt.

Efter denna presentation ville Eva höra deltagarnas synpunkter.

Diskussion för och emot

Det var många som hade åsikter, och här följer ett axplock av det som sades:

– Det är ett bra arbete från gruppen, men jag är tveksam om det vetenskapliga underlaget är tillräckligt för rekommendation, var en deltagares kommentar.

– Det är riktigt, men det ser väldigt olika ut idag och vi får många frågor från kirurgerna, kontrade en annan.

– Det blir konstigt om man antar ett dokument som man sedan inte rättar sig efter, sa en tredje.

– Man kan skriva att man inte har evidens, men att så här ser klinisk praxis ut, ansåg en annan.

– Jag tycker det känns tryggt att arbetsgruppen satt detta på pränt, var ytterligare en kommentar.

– Det faktum att vi sitter här och diskuterar pekar på att detta är angeläget och att det finns ett behov, var en åsikt.

Ralph summerade med att styrelsen ska ta upp detta på nästa möte.

Evidens för fysisk aktivitet vid flera reumatiska sjukdomar

När det gäller screening för Tbc inför insättande av biologiska läkemedel är det ingen förändring av rekommendationerna, endast två nya referenser har tillkommit. Det blev diskussion ändå – om de olika rutiner som finns i landet när det gäller detta.

Enligt riktlinjerna kan man avstå från screening i utvalda fall, där ingen misstanke om Tbc finns. Det har lett till att man i Stockholm screenar *alla*, medan man i Göteborg och Lund *inte* gör det.

Elisabet Lindqvist presenterade sedan rekommendationerna från Modern Reumatolog Rehabilitering (MORR).

– Nyheter för 2015 är att vi har utvidgat rekommendationerna att omfatta flertalet inflammatoriska reumatiska sjukdomar.



Anders Bengtsson

Framför allt för fysisk aktivitet finns viss evidens även för andra sjukdomar än artrit. Det handlar om SLE, Sjögrens syndrom, myosit och systemisk skleros.

Gruppen har också uppdaterat med nya referenser, men inte gjort någon ändring innehållsmässigt.

– Men vi har ett nytt stycke om e-Hälsa, och om läkares samtal om levnadsvanor har det kommit nya broschyrer, berättade Elisabet.

SLE – en komplex sjukdom

Riktlinjegruppen för behandling vid SLE presenterade sina rekommendationer via sin ordförande Anders Bengtsson. Han började med att förklara varför dessa behandlingsriktlinjer behövs.

– Det har aktualiserats på grund av ett nytt registrerat läkemedel med SLE som indikation, och jag är ganska säker på att det kommer fler inom några år.

Anders framhöll också att SLE är en komplex sjukdom där det finns behov av riktlinjer även för övriga läkemedel.

Strukturen för riktlinjedokumentet är att det finns ett kapitel om behandling och monitorering för vart och ett av de specifika organsystemen, dvs. ett kapitel om nefrit, ett om antifosfolipid syndrom osv. Sedan finns det ett kapitel om varje specifikt läkemedel i sig. Anders påpekade också att inte alla de läkemedel som vi använder idag har SLE som godkänd indikation.

Riktlinjerna är evidensbaserade när detta är möjligt, annars har man hållit sig till konsensus.

– Det istället för att skriva ”vi vet inte...”.

Målsättning är att skapa ett dokument som är användbart i den kliniska vardagen i hela landet.

– Det ska vara praktiskt och konkret – med förslag på t.ex. dosering och utvärdering, fortsatte Anders.



Lennart Jacobsson



Tomas Zweig

Tydligare än FASS om belimumab

När det gäller nefrit finns det mycket lite evidens för rituximab – men bra klinisk erfarenhet via registret. Det blev viss diskussion kring detta.

När det gäller belimumab vid SLE ger FASS viss vägledning, men inte tillräckligt, sa Anders.

– Därför har vi skrivit så här: Belimumab är ett alternativ som kan övervägas vid medelsvår terapiresistent SLE, och det är främst aktiva symptom från hud, slemhin-

nor och leder och i viss mån hematologiska manifestationer som studerats. Med tanke på FASS-textens formulering där exempel på sjukdomsaktivitet anges vara positiva antikroppstest och lågt komplement bör det påpekas att behandlingsindikationerna primärt är kliniskt relevanta symptom, och inte laboratoriefynd, men dessa laboratoriefynd vägs in i den totala bilden och förekomst av serologisk aktivitet ökar behandlingsindikationen.

I diskussionen efterlystes skrivning om hur länge man skall behandla olika organmanifestationer vid SLE.

Nyheter för spondylartriter

Lennart Jacobsson presenterade riktlinjerna för spondylartriter.

En nyhet för 2015 är att etanercept är godkänt för non-radial-axial-SPA.

– Etanercept är även uppgraderat i Soci- alstyrelsens riktlinjer 2015, sa Lennart.

Ett nytt preparat – apremilast – har visats ha effekt vid PsA. Det blir därmed ett alternativ till ustekinumab och abatacept. EMA rekommenderar att det ska bli tillgängligt.

Lennart visade en studie på apremilast vid PsA, och kommenterade den så här:

– Det ser ut som ett andrahandsalternativ till TNF-hämmare. Vi har bedömt att apremilast har ungefär samma terapieffekt som ustekinumab.

Ytterligare en nyhet är att riktlinjerna har nya bedömningar av nivåer för utvärdering av behandlingssvar vid axial sjukdom.

Lennart påminde om att detta finns i SRQ.

Den sista nyheten handlar om positiv effekt av co-medicinering med DMARD (metotrexat) vid AS.

– Det är ett resultat från ARTIS. Liksom vid RA har konstaterat en positiv drug ad-

herence vid samtidig medicinering med DMARD.

Efter ett antal diskussionsfrågor, avslutade Lennart med att efterlysa nya medlemmar i arbetsgruppen, bl.a. p.g.a. pensionsavgång.

Bättre och sämre behandlingsöverlevnad

Nyheter i 2015 års uppdatering av riktlinjerna för behandling av RA presenterades av Carl Turesson.

– Biosimilaren CT-P13 ingår i rekommendationerna, med referens till SRFs policydokument om biosimilarer, berättade han.

I kapitlet *Val av TNF-hämmare* finns ett uppdaterat avsnitt om jämförelser av olika TNF-hämmare i observationsstudier. Konklusionen är att det finns evidens för sämre behandlingsöverlevnad för infliximab, fortsatte Carl.

– Flera registerstudier visar att behandlingen står kvar över tid bättre för etanercept, jämfört med infliximab.

I USA kan man dock inte se denna skillnad – ingen skillnad i en studie och en högre andel kvar på infliximab i en annan.

Dock har dessa högre doser och kortare intervaller.

– Det utkristalliserar alltså en skillnad mellan USA och Europa. Det kan vara så att ersättningssystemen spelar in, kommenterade Carl

En annan nyhet är definition av erosiv sjukdom i ACR och EULARs klassifikationskriterier. De innehåller även ny nomenklatur för DMARDs och en uppdatering om uttrappning/avslutning av biologiska DMARDs – med nya studier och systematiska översikter.

Andra nyheter i riktlinjerna är en uppdaterad skrivning om behandling med TNF-



hämmare och immunogenicitet, tocilizumab för subkutan behandling och registerstudier av tocilizumab.

– För metotrexate innehåller de ändrade formuleringar om upptrappning och dos.

Andra synpunkter

Från första remissrundan redovisade Carl ytterligare synpunkter som han ville ha en diskussion kring. Den första handlade om att ta fram en kortfattad, populär version på t.ex. 2 sidor till invärtesmedicinare, allmänläkare m.fl. betitlad ”Så bedömer vi och behandlar RA 2015”.

– I gruppen är vi inte säkra på att det ingår i vårt primära uppdrag. Frågan är vilken nytta det skulle ha, sa Carl.

En deltagare sa att han trodde att reumatologen som kommer ut på vårdcentralen är en bättre lösning. En annan ansåg att det finns andra kanaler att kommunicera via – t.ex. Internetmedicin.

– Det låter som om vi inte har det uppdraget nu. Vi får se vad styrelsen kommer fram till, summerade Carl.

”Lagen säger att alla måste följa upp sina behandlingar”

En annan synpunkt var att man efterlyste mer kvantitativa skrivelser om tidpunkt för evaluering efter insatt behandling – mer av ett nationellt vårdprogram – som hjälp i dragkamp om resurser.

– Är det viktigt i det här sammanhanget – eller kanske det hör hemma någon annanstans, undrade han.

– Jag tycker det borde lyftas fram bättre – det står idag, men inte samlat, ansåg en deltagare.

– Nyinsatt behandling måste naturligtvis

följas upp – men sedan bör det ske vid behov, var en annan kommentar.

– Det står i hälso- och sjukvårdslagen att man *måste* följa upp sina behandlingar. Behöver det verkligen formuleras ytterligare, löd ett tredje inlägg.

SRFs riktlinjer anammas av annan specialitet

Arbetsgruppen för anti-inflammatorisk och immunmodulerande behandling i samband med graviditet och amning har inga ändringar i sina skrivelser i år, berättade Tomas Zweig.

– Men det har kommit ny kunskap som kan medföra ändringar de kommande åren, sa han.

När det gäller manlig användning av metotrexate visade Tomas en studie, publicerad 2013.

– Det är första gången man gjort en prospektiv studie på detta. Det var 94 män med pågående MTX-behandling vid konception, och 412 graviditeter i kontrollgruppen. Man fann ingen skillnad mellan grupperna.

En annan, mindre och enklare studie utan kontrollgrupp, ger inte heller något underlag för teratogen effekt.

– Varningen finns kvar – ingen har vågat ta bort den. Men jag tror den kommer att försvinna inom några år, siade Tomas.

När det gäller certolizumab pegol så pågår stora studier kring graviditet och amning, och resultat väntas inom ett och ett halvt år.

Tomas avslutade med att berätta att Svenska Föreningen för Obstetrik och Graviditet (SFOG) har antagit SRFs dokument.

Registrering av batchnummer

Dagen avslutades med att Christopher Sjöwall redogjorde för hur arbetsgruppen för biosimilarer har arbetat så här långt.

– CT-P13 kommer om några veckor att



Christopher Sjöwall

finnas på svenska marknaden, påpekade han.

Så här långt har arbetet bl.a. resulterat i ett policydokument – som Christopher underströk inte är att förväxla med riktlinjer – som finns publicerat på SRFs hemsida. Även i ett mycket välbesökt symposium på Riksstämman. (Se separat artikel i denna tidning, reds. anm.).

En fråga berör spårbarhet och uppföljning i SRQ. Gruppen har skrivit brev till Läkeemedelsverket den 29:e april 2014, och efterlyst anvisningar från dem om hur batchnummer från infusions- och receptläkemedel ska registreras i den kliniska verksamheten och kunna föras vidare till Läkeemedelsregistret.

– Läkeemedelsverket hänvisar till EU-direktiv med ny lagstiftning inom 2 – 3 år. 2D-kod på förpackning möjliggör spårbarhet på förpackningsnivå.

Under en övergångsperiod behöver sjukvårdens huvudmän se över hur man skulle kunna möjliggöra registrering av batchnummer. Om inte en annan lösning är möjlig, kan detta ske i patientens journal.

– Det är ju lämpat för infusionspreparat. När etanercept-similarer kommer om några år, blir det en helt annan situation, kommenterade Christopher.

Samma tid nästa år

I den efterföljande debatten påpekades det bl.a. att priset på infliximab har gått ned kraftigt, så den ekonomiska skillnaden mellan originalpreparatet och similar blir inte så stor.

Därmed var Riktlinjedagen slut, och Ralph tackade alla som kommit.

– Jag tycker vi inom svensk reumatologi ska vara stolta att vi har den här processen med årliga uppdateringar, och vi bör fortsätta det arbetet.

Han avslutade med att man siktar på att genomföra de totalt tre reumatologidagarna under vecka 4 nästa år, dvs. 27-29 januari 2016.

– Onsdag, torsdag och fredag – förhoppningsvis ses vi då!



Per Lundblad

Swedeheart inspirerade på välbesökt Registerdag

Registerdagen som arrangerades den 23 januari av Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ, lockade cirka 150 deltagare. På plats var representanter för svensk reumatologi, men också företrädare för regioner och landsting samt life science- industrin.

Först ut på programmet var Tomas Jernberg, överläkare vid hjärtkliniken på Karolinska universitetssjukhuset samt ordförande för Swedeheart, ett samlande kvalitetsregister för fem olika hjärtregister: Riks-HIA, SCCAR, SEPHIA, Svenska hjärtkirurgiregistret, samt registret för kateterburen klaffintervention. Syftet med registren är i första hand att ge återkoppling till vården.

– Vi har i många år arbetat hårt med kvalitetsfrågor och visat att genom att mäta resultat och jämföra olika faktorer kan vården bli bättre. Vi har mycket bra kvalitetsregister i hjärtsjukvården och då är det dem vi ska använda, vi behöver inte uppfinna hjulet igen, säger Tomas Jernberg.

Täckningsgraden den viktigaste

För att kunna göra bra och relevanta jämförelser över landet, krävs dock en hög täckningsgrad. Först då kan kvalitetsregister vara en drivande motor för att utveckla och utvärdera sjukvårdens kvalitet, menar Tomas Jernberg.

– Varje år delar vi ut diplom till sjukhus med hög täckningsgrad.

Genom att visa och rangordna resultat framgår det vilka som deltar i detta arbete. De sjukhus som inte bryr sig om att registrera hamnar längst ned på listan, och det tror vi är ett bra sätt att stimulera kliniker till att föra in data i registren, säger Tomas Jernberg.

Swedeheart arbetar metodiskt med datakvalitet och har till sin hjälp sju monitorer som åker runt och granskar hur väl journaldata stämmer överens med inrapporterade data till kvalitetsregister.

– Granskningar visar att det finns en cirka 96 procentig överensstämmelse mellan journal och register, säger Tomas Jernberg.

Varje år rapporteras 80 000 patientfall till Swedeheart; cirka 55 000 av dem registreras i RIKS-HIA.

– Det har varit enormt framgångsrikt och medfört stora kvalitetsförbättringar i svensk hjärtinfarktvård. Ett viktigt skäl är att vi lyckats skapa sammanfattande mått



Tomas Jernberg

på vårdkvalitet, säger Tomas Jernberg.

Några av kvalitetsindikatorerna är till exempel: kranskärslröntgen hos målgrupp vid mindre hjärtinfarkt, ASA eller blodförtunning vid hjärtinfarkt, betablockerare vid hjärtinfarkt. Ju bättre följsamhet till riktlinjer, ju högre poäng får kliniken.

– I början väckte den här poängsättningen en del protester, men i dag upplever de flesta att det är ett bra sätt att motivera sjukhus att vara med i registerarbetet, säger Tomas Jernberg.

”Medicintekniska produkter är inte lika hårt reglerade som läkemedel”

Patientupplevelser

Det ekonomiska mät- och styrsystemet som präglat svensk hälso- och sjukvård, har länge fokuserat mer på kvantitet snarare än på kvalitet; vid uppföljningar används processmått istället för utfallsmått, det har varit viktigare att titta på produktion av vårdtillfällen, snarare än att titta på det faktiska hälsoutfallet, det vill säga resultatet för patienten.

– Processmått är viktiga och behövs även fortsättningsvis, vi måste veta att vi gör rätt saker. Men ännu viktigare är att vi mäter det som verkligen spelar roll för patienten i slutändan, det vill säga utfallsmått som visar effekten av en viss åtgärd eller behandling. I dag kommer processerna först och sedan patientutfallet, när det egentligen borde vara tvärtom, säger Tomas Jernberg.

Även sekundärpreventiva utfallsmått finns med i Swedeheart: rökstopp efter hjärt-

infarkt, deltagande i fysiska träningsprogram, blodfetter som LDL, samt systoliskt blodtryck efter 12- 14 månader.

– Det blir ett slags mått på hur väl vi lyckas ge våra patienter verktyg för framtiden.

I Swedeheart kan patienter även själva rapportera in PROM-data (Patient Reported Outcome Measures), det vill säga hur de upplever sin sjukdom och sin hälsa efter behandling eller annan intervention.

– Genom att konsekvent efterfråga patientperspektivet kommer hälso- och sjukvårdens kunskaper och attityder att förändras, säger Tomas Jernberg.

Kvalitetsregister i forskning

Sverige ligger i många fall i topp internationellt när det gäller den akuta vården, men när det gäller sekundärprevention ligger vi efter många andra länder.

– Här finns en stor förbättringspotential.

Till exempel fortsätter 50 procent av rökarna som haft en hjärtinfarkt att röka, det är skrämmande siffror.

Tomas Jernberg lyfte även fram kvalitetsregistrens betydelse för forskning och utvärdering av medicintekniska produkter. Ett exempel är stentar som används på patienter med för trånga kranskär. Vissa stentar är sämre än andra och ger högre risker.

– Medicintekniska produkter är inte lika hårt reglerade som läkemedel. Det är en viktig uppgift att se till att de utvärderas i den kliniska vardagen för att säkerställa att den rapporterade effekten verkligen kvarstår över tid.

Tomas Jernberg lyfte fram RRCT (Register Randomized Clinical Trials) och dess betydelse för forskning och utvärdering av behandlingsmetoder.

En av flera pågående RRCT-studier är DETO₂X – AMI- studien. I dag är tillförsel av syrgas en etablerad del av behandlingen vid misstänkt akut hjärtinfarkt.

– Det finns en brist i den vetenskapliga dokumentationen och det saknas evidens för syrgasbehandling. Det finns till och med studier som talar att det skulle vara skadligt med syrgastillförsel. Det finns därför ett stort behov av att kombinera registerdata med randomiserade studier för att besvara frågan om syrgasens roll vid akut hjärtinfarkt, säger Tomas Jernberg.

Framtida utmaningar

Swedeheart har i dag ett högt anseende, så

väl nationellt som internationellt. Utmaningarna för framtiden är att förbättra återkopplingen till vårdgivare, beslutsfattare och allmänhet genom att en snabbare feedback, snyggare presentationer och en större interaktivitet.

– Vi vill också att patienter i större utsträckning rapporterar själva in i systemet och att vi på sikt använder inte bara webbenkäter utan också appar och biosensorer. En viktig förutsättning är också att det blir en bättre integration mellan journalsystem och register.

Det finns även en ambition att skapa ett internationellt samarbete genom Euroheart, en slags metadatabas med nationella register från olika länder.

– Här finns en hel del utmaningar. Många vill gärna uppfinna hjulen på nytt. Och det finns även vissa föreställningar om att det är svårt att skicka data mellan länder. Men det stämmer inte, vi har ett EU-direktiv som möjliggör detta i Europa, säger Tomas Jernberg.

Registerrådets arbete

Registerrådet är en nationell samordningsgrupp inom svensk reumatologi som bildades 2012. Det leds av en styrelse med sex regionala representanter, samt två från SRFs styrelse och en representant från Reumatikerförbundet. Huvudsyftet med Registerrådet är att agera kontaktpunkt mellan reumaforskargrupper som vill bruka SRQ-data, att i samråd med SRFs registergrupper koordinera förfrågningar om uttag av data från SRQ samt från SRQ biobank, och att vara vägledande och lyfta ärenden av mer strategisk karaktär.

– Registerrådet bildades i syfte att vara en garant för att uttag av data görs på ett bra och tillförlitligt sätt och följer de riktlinjer och principer som finns. Vi kom i gång på allvar under 2013 och nu börjar arbetat fungera väl. Vårt mål är att det högst ska ta två veckor från ansökan till besked, säger Ralph Nisell, överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset samt ordförande för Registerrådet.

Registerrådet träffas fyra gånger per år, vid sidan av regelbundna telefonmöten. Under 2013 godkändes två nya ansökningar. Under förra året hanterades sex ansökningar, varav tre blev godkända, en fick avslag och två uppmanades att komplettera sina ansökningar.

I år har det hittills inkommit en ansökan. – Vi får bland annat in ansökningar från externa forskare utan anknytning till SRQ. Det finns en begränsad kunskap fortfarande om vad som ingår i registret och hur det ska användas. Det är viktigt att understryka att uttag av data ska användas till forskning och inget annat, säger Carl Turesson, överläkare vid Skånes universitetssjukhus samt regional representant för södra Sverige.



Lars Klareskog och Frank Wollheim

Biobank kopplad till SRQ

Under senvåren 2013 påbörjade Reumatologkliniken vid Karolinska universitetssjukhuset en insamling av biobanksprov. Därefter har 13 reumatologiska kliniker och enheter anslutit sig och samlar in prover till biobanken. Syftet är att skapa en transparent, kostnadseffektiv och storskalig gemensam biobank kopplad till SRQ.

För att underlätta rekryteringen av patienter till biobanken finns ett beslutsstöd som är integrerat i SRQ. Det påminner om att patienten kan tillfrågas att lämna fyra blodprov. Proven (två EDTA plasma rör, ett serumrör och ett helblods rör för DNA extraktion) skickas till BBMRI.se biobank för beredning och långtidsförvaring i frysar.

– Uppslutningen har varit mycket bra och de flesta patienterna tackar ja till deltagande i biobanken vid förfrågan, säger Thomas Bergman, molekylärbiolog och verksam som samordnare för SRQ Biobank vid Karolinska Institutet.

De patienter som är aktuella för biobanken är samtliga patienter som inkluderats i SRQ på grund av reumatoid artrit och alla som startat behandling med biologiskt läkemedel från 2010 och senare.

Det är Registerrådet som bestämmer över provernas användning, inte landstingen eller regionerna.

– Vi har multicenteravtal som reglerar ansvaret för proverna. Vi har också en provinsamlingsansvarig. Vi har ännu inte gjort några uttag ur biobanken, vår preliminära ansats är att börja med analyser som vi alla kan ha behov av, exempelvis CCP-typning och GWAS, säger Thomas Bergman.

Det fortsatta utvecklingsarbetet handlar bland annat om att åstadkomma en smartare samtyckeshantering, att kunna beställa biobanksprov via journalen. Vi verkar även för att på sikt kunna möjliggöra regional biobankning för att höja provens kvalitet

PER och PROM

I dag utförs alltför mycket dubbeldokumentation på grund av att patientens egen registrering av journaler och register inte är



Erika Törnvall, Tor-Björn Stevrin, produkt-specialister på Orion Pharma.

integrerade.

– I Stockholms läns landsting används journalsystemet Take Care, vilket innebär att vårdpersonalen slipper extraarbetet att klippa och klistra. Nu är flera andra journalsystem är på gång och inom några få år kommer sannolikt journalsystemen att vara integrerade med registren, säger Ann-Charlotte Elkan, forskare vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik på Karolinska Institutet.

Under registerdagen berättade hon om nyheter och vad som är på gång i arbetet med SRQ. Ett arbete handlar om registrering av telefonbesök som visas i patientöversikten och som ger den behandlande läkaren och patienten ett underlag för fortsatt behandling. Det finns även möjlighet att komplettera med CDAI, Clinical Disease Activity Index, ett validerat instrument som informerar om patientens sjukdomsaktivitet.

– I patientöversikten vill vi även få in vardagsmotion, fysisk aktivitet och stillasittande, men också rehabiliteringsinterventioner som ortosutprovning, handträning och motstånds- och pulshöjande träning. Vi ska även starta PROM, Patient Reported Outcome Measures, för att undersöka vad patienterna vill mäta och hur de vill följa sin vård och hälsa.

Ambitionen är också att undersöka vilka områden som saknas i PER (patientens



Anne Carlsson, Marie Vallgård och Cecilia Carlens.



Johan Askling och Inger Rising

egen registrering) och hur dessa ska mätas samt tillsammans med patienterna föra in fler PROMS i PER.

– Vi försöker utveckla en PER light så att det inte ska bli övermäktigt för patienten, vi jobbar också för en individualisering, säger Ann-Charlotte Elkan.

En fråga som kvarstår att lösa är vad som händer med inrapporterad data om patienten byter vårdgivare och går över till en privat klinik.

– För att kunna göra uppföljningar är det viktigt för vårdgivaren att kunna ta del av data. Vi arbetar nu med att se vilka lösningar som finns för att eventuellt ha kvar data, även om patienten flyttar.

SRQ och industrisamverkan

På plats under registerdagen var även Nils Feltelius och Maud Rütting från Läkemedelsverket. De berättade bland annat om biverksrapportering och säkerhetsövervakning av läkemedel samt om betydelsen av att dokumentera batchnummer vid biverkningsrapportering.

Reumatiska läkemedel utmärker sig i statistiken över mest rapporterade läkemedel. I topplistan återfinns Waran/Warfarin, Pandemrix, Remicade och Humira.

– Men det är också viktigt att understryka att vi har en bra biverkningsrapportering, säger Nils Feltelius, docent och specialistläkare vid Läkemedelsverket.

Huvudbudskapet var en uppmaning att fortsätta rapportera biverkningar, såväl för original som similar.

– Vi vill gärna att ni använder möjligheten att registrera batchnummer och deltar i ARTIS-baserade uppföljningsprojekt. Vi är också tacksamma för era förslag om hur återkoppling kan förbättras, säger Nils Feltelius.

Sofia Ernestam, reumatolog och registerhållare för SRQ, redogjorde för vilka data som finns i SRQ och om olika former av industrisamverkan med kopplingar till kvalitetsregistret.

Många hör av sig till registret med förfrågningar om uttag.

– Allt bygger på köp av tjänster, det förekommer ingen sponsring och det går inte att få tillgång till rådata. Däremot gör vi bland annat analyser av data och sammanställer rapporter. I dag har vi avtal med åtta läkemedelsföretag och fler är på gång, säger Sofia Ernestam.

Register för forskning och kvalitet

Lennart Jacobsson, reumatolog och överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset berättade om spondartritregistrering i SRQ.

Spondartrit är ett samlingsnamn för sjukdomar där inflammationer i ryggradens leder och ledband, inflammationer i senfästerna samt perifera ledengagemang kan förekomma.

– När det gäller Ankyloserande spondylit, AS, ser vi en prevalens som motsvarar knappt 0,2 procent av befolkningen. AS medför en ökad dödlighet, såväl hos män som kvinnor. Det finns en något ökad risk för kardiovaskulära händelser, men den risken är inte lika stor som för patienter med reumatoid artrit, säger Lennart Jacobsson.

På plats var även Maryam Dastmalchi, reumatolog och forskare vid Karolinska institutet, som berättade om den svenska nationella satsningen, (SweMyoNet), ett nätverk som vill utveckla forskningen kring myosit och förbättra omhändertagandet av patienter.

Flera studier är på gång, varav några har

avslutats och är under bearbetning.

– Under 2015 kommer vi att analysera hela SF-36 från samtliga kliniker anslutna till SweMyoNet, med fokus på trötthet och smärta.

Registerdagens eftermiddag var reserverad för professionerna och Reumatikerförbundet. Medverkade gjorde bland andra Inger Rising från QRC i Stockholm som berättade om vad som hänt i halvtid i kvalitetsregistersatsningen. Monika Rapp och Annika Alveflo redogjorde för lyckade exempel på regionala datakvalitetsarbeten.

Förbättringspotentialer för SRQ

Maria Malm, projektledare vid konsultföretaget AllPerform, har gjort en genomlysning av SRQ under hösten 2014.

Arbetet har bland annat omfattat intervjuer med vårdgivare och patienter, dokumentation från workshops, möten och utredningar, en omvärldsanalys av register-, journal-, och röntgensystem. Hon har också tittat på den tekniska plattformen och teknikutveckling.

– Många tycker att SRQ är bra och viktigt, man får stöd inför patientmötet. Patienterna lär sig mer och mer för varje möte och deras upplevelser kan vila på fakta. Händelseförlopp syns över tid och registret ger en bra översikt och helhetsbild.

Det finns dock förbättringspotentialer, underströk Maria Malm.

– Att enbart vara nöjd driver inte utvecklingen framåt. I samband med intervjuer framkom att vissa tycker att utseendet är förfärligt, att många saker ligger på fel ställe och att det skulle behövas mer dynamik i diagram och flexibla uttagsmöjligheter.

För stort antal moduler medför också en risk för urvattning av vad som registreras.

Det finns även stora förbättringar att göra när det gäller att integrera IT-systemen och göra det enklare för användarna. Ett spännande projekt är journalsystemet Cosmic Connect, menade Maria Malm.

– Förhoppningen är att SRQ blir helintegrerat med våra journalsystem, att vi får harmoniserade IT-miljöer, att användargränssnittet är modernt, snyggt och enkelt och att man slipper lägga onödig tid på att scrolla, hoppa mellan och leta knappar.

Det vore också bra om det fanns definitioner av vad som är komplett registrering för att uppnå en högre datakvalitet. Och att det fanns beskrivningar och definitioner av formler, mått, beräkningar och diagram som går att slå upp, menar Maria Malm.

Registerdagen avslutades med en workshop där deltagare samlades i arbetsgrupper för att diskutera och prioritera de viktigaste önskemålen vad gäller SRQs fortsatta utvecklingsarbete.

Eva Nordin

Webbtjänst underlättar kommunikation och mötet med vården

Ontilederna.nu är en digital webbtjänst, utvecklad av olika professioner tillsammans med patienter. Tjänsten som har testas på vårdcentraler i Stockholm visar att den ger stöd till patienter att söka vård samt underlättar remiss till specialist. Tjänsten är fri att använda i alla landsting och regioner.

En av hälso- och sjukvårdens utmaningar vid många sjukdomar är att det tar lång tid innan patienterna får diagnos och kan starta behandling. Inom reumatologin kan det ta många år innan patienter med artritsjukdom, kanske främst spondartriter, kommer till reumatolog och får rätt diagnos och kan starta specifik behandling.

4D är ett projekt som drivs av Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Ett av målen är en bättre informationsstruktur i syfte att ge såväl patienter, vårdgivare och forskning bättre och mer sammanhängande IT-stöd. Arbetet drivs inom fyra diagnoser: artrit, bröstcancer, diabetes typ-2 och hjärtsvikt. En gemensam målsättning för samtliga diagnoser är tidig diagnostik och att hitta nya vägar för patienter på webben.

För att bättre förstå hur den långa vägen genom hälso- och sjukvården kan te sig för en patient med artritsjukdom, genomfördes en kartläggning av ett drygt tiotal patienters resa till diagnos. Arbetet genomfördes av Ocean Observations, ett digitalt tjänsteföretag som utvecklat webbstöd inom många andra branscher. Utifrån resultatet utvecklades tillsammans med patienter, primärvård, fysioterapeuter, reumatologer, sjuksköterskor och sjukvårdsupplysningen en digital webbtjänst, ontilederna.nu, som från och med januari hittas på 1177 Vårdguiden.

Den nya tjänsten syftar till att ge patienten värdefull kunskap och en överskådlig sammanställning av sina symtom att ta med vid ett läkarbesök. Det är inte ett diagnostiskt verktyg utan ger patienten stöd att söka vård och ska understödja besöket i hälso- och sjukvården. Resultatet kan skrivas ut och tas med till mötet med läkaren som ett kunskapsunderlag. Förhoppningen är att webbstödet ska vara ett bra hjälpmedel som underlättar mötet med vården och bidrar till att förkorta tiden till diagnos.

Tjänsten har testats på några vårdcentraler i Stockholmsområdet för att säkerställa att tjänsten är meningsfull, uppskattas och



tillför värde för patienter och vårdpersonal i primärvården och inom reumatologin.

Frågorna uppfattades som relevanta och gav patienten möjlighet att sortera sina tankar och förbereda sig inför mötet. Även kommunikationen i mötet mellan patient och läkare förbättrades. Patienten var förberedd på vad läkaren vill veta och utskriften gav en bra sammanfattning av besvären och dess konsekvenser för patienten. Detta medförde även mer tid vid mötet att diskutera nästa steg i processen. Från primärvården sida kunde man se att den information om patienten som tjänsten genererar underlättade remiss till specialist. Vi arbetar vidare med att den information som patienten matar in ska kunna sparas ned i journalen direkt.

När reumatologikliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset, tillsammans med Reumatikerförbundet, arrangerade öppet hus, bjöds invånare in för att testa webbstödet. Under några timmar fick 100 personer

träffa en reumatolog; besöken underlättades av resultatet från webbstödet.

Tjänsten är fri att använda i alla landsting och regioner. Vi är nu mycket nyfikna på hur tjänsten fungerar inom primärvård i olika landsdelar med olika förutsättningar.

Hör gärna av er med synpunkter och erfarenheter!

Mer information finns här:

<http://www.vardgivarguiden.se/ontilederna.nu>

Kontaktperson: Sofia Ernestam
sofia.ernestam@karolinska.se

Malin Regardt, projektledare
Sofia Ernestam, registerhållare SRQ.

Svensk reumatologi och ortopedi i Indien

Rapport från Shakuntala Hospital i Balasore, Odisha

Odisha med 44 miljoner invånare är en delstat vid bengaliska viken på Indiens östkust, och är den 9:e största delstaten i Indien med Bhubaneswar som huvudstad.

Här finns en nästan 50 mil lång obruten kust mot bengaliska viken men få hamnar. Den relativt smala kustremsan rymmer merparten av befolkningen. Staden Balasore med ca 200 000 invånare ligger 20 mil norr om Bhubaneswar och 25 mil söder om Kolkata (förr Calcutta) och är administrativt centrum för Balasore-distriktet med 2,5 miljoner invånare. Öster om staden ligger vidsträckta sandstränder med tidvatten som gör att strandlinjen varierar med flera kilometer under dygnet. 95 % av befolkningen är hinduer. Läskunnigheten är ca 80 %. Andelen människor som lever under fattigdomsgränsen i Odisha uppgår till 45 %. Det är dubbelt så mycket som medeltalet i Indien.

Rabi från Balasore

Jag hade glädjen att under flera år samarbeta med doktor Rabinarayan (Rabi) Dash på barnreumatologiska avdelningen på barnsjukhuset i Lund. Han övergick till verk-

samhet som privatpraktiserande reumatolog i Malmö något år innan jag gick i deltidspension för 3-4 år sedan. Tidigt föddes hos oss en idé att starta ett sjukhus i hans hemtrakter i Balasore där tillgången till sjukvård för människor med kroniskt inflammatoriska ledsjukdomar är i princip obefintlig. Han drevs av behovet att hjälpa det folk bland vilket han själv vuxit upp och jag av lusten att fortsätta hjälpa patienter med reumatiska sjukdomar efter fullgjorda uppdrag på hemmaplan. Sålunda ägnade vi 2 år att bilda och registrera stiftelsen *Indo-Swedish Rheumatology Foundation* i

”Upp till 100 patienter kan undersökas och vid behov behandlas varje dag”

Indien och denna är numera också en registrerad svensk samlingsstiftelse. En hel del pappersarbete krävdes parallellt med att Rabis familj bekostade byggandet av en trevånings sjukhusbyggnad i den stad han vuxit upp. Stiftelsen får nu hyra lokalerna

för en blygsam månadskostnad.

I oktober 2013 kunde vi under bevittnande av hälsoadministratörer, indiska läkarkolleger och universitetsrepresentanter från långväga i Odisha högtidligt inviga sjukhuset, som namngavs efter dr Dash's nyligen avlidna moder Shakuntala Dash. Ett stort antal journalister och sjukvårdsinresserade personer deltog.

Sjukhuset är nu helt färdigställt (*bild 1*). Mottagningslokalerna rymmer väntrum, undersökningsrum och lokal för ledinjektioner (*bild 2*). Upp till 100 patienter kan undersökas och vid behov behandlas - varje dag! En operationssal kommer att kunna tas i drift under innevarande år, förutsatt att stiftelsen kan samla medel för transport av begagnad sjukvårdsutrustning från Sverige. Vi hoppas då kunna börja med artrodeser och resektionsartroplastiker i fot och hand under regional anestesi på Shakuntalsjukhuset. Lokal för postoperativ vård finns, liksom lokaler för patientundervisning och sjukgymnastik. Den rymliga sjukhusbyggnaden ger också plats för konferensrum och en liten lägenhet med badrum och kök för tillrest kollega, liksom en mycket liten bostad på taket av byggnaden med utsikt över staden och omgivande natur.



Bild 1. Shakuntala Hospital. Det är trångt mellan husen i Indien!



Bild 2. Knäledsinjektion under överinseende av dr Rabi Dash. Undersökningsbritten nyttillverkad av lokala snickare.



Bild 3. Free Health Camp efter färd långt ut på landsbygden med hjälp av vår jeep.



Bild 4. Free Health Camp i by utanför Balasore. Notera kvinnornas färgglada och vackra saris. Även den fattigaste indiska kvinna äger en fin sari!

Doktor Rabi Dash tjänstgör på sjukhuset så fort han har möjlighet och jag har nu varit nere i flera tvåveckorsperioder tillsammans med annan pensionerad ortopedkollega, Birger Bylander.

Free Health Camps

Förutom mottagning på sjukhuset har vi tack vare en jeep (bild 3) som bekostats av Reumatikerförbundet kunnat företa resor ut på landsbygden och bedriva *Free Health Camps* (bild 4,5) i de allra fattigaste områdena i distriktet. Vi har då kunnat sortera ut och vidare remittera svårt sjuka patienter till vår mottagning på sjukhuset för lokala

ledinjektioner och medicinering efter provtagning och röntgen och ibland MR-undersökning. Det finns god tillgång till fristående laboratorier, röntgenkliniker och apotek. De allra fattigaste har erhållit av oss själva inköpta mediciner, medan övriga har försetts med recept på DMARD preparat och biologiska läkemedel, vilka till stor del produceras i Indien, merparten dock för export! Endast ett fåtal av våra patienter talar engelska och de ofta i förväg uppträckta journal och receptblocken vittnar om detta (bild 6).

Knäartros är mycket vanligt förekommande ned i unga åldrar och vi hoppas

mycket på att kunna få igång artrosskola med inhemsk sjukgymnast. Det är mycket få av patienterna med avancerad artros som har ekonomisk möjlighet att få proteskirurgi utförd på de få större sjukhusen i distriktet.

Registrering och journalföring

Ett problem har varit registrering och enkel journalföring, eftersom flertalet av patienterna (speciellt på *health camps*) inte riktigt vet när de är födda utan bara kan ge en grov uppskattning av sin ålder. Alla patienter registreras med namn och diagnos samt mobiltelefonnummer! Ytterst få patienter har en aning om sin exakta ålder och absolut inte vilken specifik dag på året de är födda. Även de mycket fattiga har däremot tillgång till mobiltelefon! Antalet mobilabbonemang i Indien närmar sig 1 miljard (befolkning 1,2 miljarder) Vi har därför använt deras telefonnummer som registerkod.

Många patienter kan hjälpas med ledpunktion, tömning av exudat och installation av Lederspan. Vi har hitintills köpt detta på apotek i Sverige, men håller nu på att skapa kontakt med indiskt läkeme-



Bild 5. Free Health Camp i mindre stad. Alltid ordentlig skyltning och varmt välkomnande! Förf, dr Birger Bylander och dr Rabi Dash.



Bild 6. Förbeställda uppträckta journal/receptblock. Indisk tolkning av dr Rabi Dash, Urban Rydholm och Birger Bylander



Bild 7. Medelålders kvinna, nysjuknad i svår polyartikulär RA. Släktingar är nästan alltid med vid konsultationen. Här dotter och svärson.



Bild 8. 13-årig pojke med juvenil RA drabbande höger knäled



Bild 9. Medelålders kvinna med elephantiasis. Kronisk svullnad av fot och underben.



Bild 10. Ung fluorförgiftad pojke med korta nedre extremiteter, lång torso och stora fötter. Rörelseinskränkning i armbågar, axlar, höfter och knän.

delsproducent (det finns åtskilliga sådana!) som producerar triamcinolonhexacetonid i något annan koncentration än vi är vana vid, men som i alla fall skulle kunna avlasta behovet av transport hemifrån och också spara pengar. 1 ml Lederspan kostar i Sverige nästan ca 150 kronor!

Under svensk frånvaro upprätthålls mottagningsarbetet av indiska invärtesmedicinare med reumatologiskt intresse. De svårast sjuka patienterna registreras och erbjuds ny tid för ställningstagande till specifik behandling i samband med dr Dash's regelbundna närvaro på kliniken. För att annonsera svensk närvaro planeras återbe-

sök via SMS och och nybesök via textremsa på lokal TV.

Patientfall från mottagningen

Jag vill passa på att relatera några specifika patientfall från vår mottagning på sjukhuset.

42-årig man med 15 års anamnes på svår psoriasisartrit drabbande stora leder. Ingen diagnos tidigare ställd och ingen behandling. Hade övervägt suicid. Fick ett antal leder sprutade, sattes in på prednisolon och methotrexate och hade vid återbesök oövertygliga smärtor och alla tankar på suicid bortblåsta.

Medelålders kvinna, nysjuknad i svår poly-artikulär RA (*bild 7*). Hon fick lyftas in i undersökningsrummet av anhöriga. Mycket höga inflammationsparametrar (CRP 270) och svår anemi. Erhöll ledinjektioner och sattes in på högdos prednisolonbehandling och methotrexate per os. Återkom efter en vecka gående till mottagningen. Hon hade varit förlorad utan behandling.

13-årig pojke med juvenil RA och svår hö-sidig knäartrit (*bild 8*). Skulle obehandlad få en tilltagande valgusdeformitet och



Bild 11. 40-årig man med svår skelettfluoros. Den kliniska bilden är svår att skilja från mb Bechterew.



Bild 12. Ca 40-årig man med stenosis i halsryggen och incipient tetrapares. Uppvuxen i by med mycket höga fluorhalter i dricksvattnet.

förlängning av höger ben med betydande funktionsförlust i vuxenlivet. Efter intra-artikulära steroider och peroralt metotrexate och prednisolon dramatiskt förbättrad och med god prognos.

Fria mottagningar på landsbygden

På våra fria mottagningar på landsbygden

ser vi många patienter med filarios (elefantsjuka) vilket ger upphov till oftast ensidig kraftig underbensvullnad (bild 9). Orsakas av en mask som sprids med myggor. Sjukdomen bromsas effektivt av medicin i tablettform i 6-veckors kur vilket resulterar i kraftigt minskat lidande för patienten.

Fluor är visserligen viktigt för tänder och skelett men är giftigt i höga koncentrationer. I Indien är flera miljoner människor funktionshindrade på grund av skeletal fluoros, ett tillstånd som innebär att kroppen töms på kalk med åtföljande missbildningar och ledsmärtor. Vi har träffat många barn med fluorosmissbildningar och vuxna med svår fluoros med rigida leder och kotpelare. Förhöjd fluorhalt i dricksvattnet blir speciellt bekymmersamt i tropiska områden där det dricks mycket mer än i tempererade områden. Problemet spåds ytterligare på av att teplantor tar upp stora mängder fluor och indierna är ett tedrickande folk. Fluor reagerar i matsmältningssystemet med väte och bildar en svag syra, vätefluorid vilken levern har svårt att bryta ned. I skelettet bildar vätefluorid och kalcium ett salt som kroppen måste tvätta ur och därmed försvinner också kalcium ur skelettet. Skelettfluoros leder förutom till benskörhet till typiska tillväxtstörningar hos barn (bild 10) och i högre ålder till förbening av ligament, speciellt i kotpelaren (bild 11). Vid vårt senaste besök kom några bybor till mottagningen med en ca 40-årig man sittande på en cykelbår (bild 12) med total pares i nedre extremiteterna och partiell i armarna. Han var helt fixerad i halsryggen och svårt ångestfylld. På medföljande CT-bilder (det är lätt att få en CT-undersökning gjord även i fattiga delar av Indien) kunde vi konstatera utbredd förbening i hela halsryggen och kraftig stenosis på C4-C5 nivå. Mannen var på väg att klämma av medulla och är med säkerhet inte längre i livet.

Invånarna fortsätter dricka det egna brunnsvattnet

Indiska staten erbjuder tankvagnar med dricksvatten till de värst drabbade områdena, men invånarna använder detta för att vattna sina grödor och fortsätter dricka sitt eget brunnsvattnet. Vatten kan relativt enkelt filtreras fritt från fluor och en utveckling av billiga filter är planerad på miljöavdelningen på närbelägna Fakir Mohan University, med vilket vi inlett samarbete och redan nu har vi tillgång till indisk sköterska på våra health camps. Hon informerar alla patienter om sambandet mellan dricksvatten och missbildade barn och svår ledsjukdom hos vuxna. Vår förhoppning är nu att kunna samla in medel för inköp av auto-analyser för mätning av fluor i blod och urin på vår mottagning där vi regelmässigt ser ett stort antal unga individer med svår artros, speciellt i knälederna. Fluoros

är en tänkbar förklaring till förtida artros och intensifierad upplysning och hjälp med vattenfilter kan förhoppningsvis rädda en del funktion hos dessa svårt drabbade människor.

Vi har tillgång till ett antal donerade TENS-apparater och en traktionsapparat och hoppas nu kunna knyta en indisk sjukgymnast till oss så att fysikalisk verksamhet upprätthålls även under perioder då någon läkare inte finns på plats.

Vi arbetar utan ersättning och har hitintills själv bekostat resor och uppehålle, liksom inköp av läkemedel. Vi behöver nu ekonomisk hjälp att anställa indisk personal (vaktmästare/chaufför, sjukgymnast och sjuksköterska). Detta sker till en kostnad som understiger 1/10 av motsvarande

”Höga halter flour i dricksvattnet är speciellt bekymmersamt i tropiska områden”

kostnad i Sverige! Vi hoppas därför på bidrag till vår insamlingsstiftelse via bankgiro 371-6610, gärna med tydligt angivande av givaren.

Som reumakirurg har vi hitintills fått nöja oss med att hjälpa till med tolkning av röntgen- och MR-bilder samt ge ett stort antal ledinjektioner. Förhoppningsvis kommer möjligheterna för kirurgi att uppstå och då kan, förutom reumatologer, yngre ortopedkolleger erbjudas möjligheter till praktik och uppleva tillfredsställelsen att kunna hjälpa medmänniskor med svåra och ofta onödiga funktionsbortfall till ett bättre liv. Förhoppningen är att vi ska kunna vidareutbilda indiska läkare som på sikt kan ta över verksamheten.

Jag har under hela min tid som reumakirurg i Sverige kunnat behandla reumatiker med betydande funktionsförluster och smärtproblem med kirurgiska insatser. Mötet med medmänniskor helt utan tillgång till hälso- och sjukvård och tillfredsställelsen av att kunna hjälpa med rätt enkla medel ger nya dimensioner åt livet! Vi behöver hjälp av fler kolleger och välkomnar i första hand (pensionerade) reumatologer till vårt sjukhus. Kontakta gärna Rabi Dash för information (rabi.dash@gmail.com).

Mer information finns också på vår hemsida www.shakuntalahospital.com. Det finns flera sjukhus i Indien med detta namn så se upp att du hamnar på rätt adress (Balasore).

Urban Rydholm

Professor och f.d. överläkare

Ortopediska kliniken,

Skånes Universitetssjukhus i Lund

Eponymer med anknytning till reumatologi (del 6)

Botaniserandet bland eponymer har denna gång lärt mig att ett flertal helgon är knutna till olika sjukdomstillstånd.

I spansktalande länder är *St Gervasius sjukdom* liktydigt med "reumatism".

Det visar sig också att det finns en olympisk guldmedaljör (NO Silfverskiöld) bland de svenska läkare som förevigats genom en eponym. Hör gärna av er om ni känner till andra svenska läkare som vunnit OS medaljer. I denna omgång förekommer också en världsberömd författare, George Simenon. Hans roman (ej deckare!) "Klockorna i Bicêtre" som publicerades 1963 ger nyttig eftertanke åt alla, som är verksamma inom sjukvården.

Röntgen, Wilhelm Conrad (1845-1923), professor (figur 1) i fysik (Würtzburg) och den som 1901 erhöll det första nobelpriset inom detta ämnesområde för sin epokgörande upptäckt november 1995 av det fenomen som sedan dess bär hans namn, *röntgenstrålningen*. Redan året efter Röntgens upptäckt installerades i Stockholm landets första röntgenapparat för kliniskt bruk (1).

Sacks, Benjamin (1896-1939) amerikansk internist som 1923-4 tillsammans med sin lärare Emanuel Libman beskrev de non-mikrobiella hjärtklafförändringar hos SLE patienter som senare kallats, *Libman-Sacks endokardit*, se också Eponymer del 3, ReumaBulletinen (RB) 4/ 2009. Parentetiskt kan nämnas att E Libman behandlade många prominenta personer bla Gustav Mahler, som avled 1911 till följd av bakteriell endokardit.

Schaudinn, Fritz-Richard (1871-1906) tysk bakteriolog som 1905 beskrev den spiroket, *Treponema pallidum*, som ger syfilis, *Schaudins sjukdom*.

Schaumann, Jörgen (1879-1953) svensk dermatolog som 1914 visade att sarkoidos är en systemsjukdom (2). Därefter användes i Skandinavien ofta beteckningen *Boeck-Schaumanns syndrom* fram till 1960 då man vid en internationell konferens i Washington enades om termen sarkoidos.

Detta begrepp hade redan 1899 föreslagits av den norske dermatologen Caesar Boeck (1845-1917). Andra eponymer förknippade med sarkoidos är: *Morbus Besnier*,



Fig 1. W C Röntgen var till sin läggning till bakadragen och lät sig först övertalas att komma till Stockholm när man lovat att han som pristagare skulle slippa att hålla den obligatoriska nobelföreläsningen. "Inför 50 års jubileet av röntgenstrålarnas upptäckt framställer Fysikaliska-medicinska sällskapet i Würtzburg önskemål om ett frimärke avbildande Röntgen"(1). Detta avstyrktes av ansvarig minister för post & telegraf (fd fysiker och elev till en av Röntgens medtävlare till nobelpriset 1901) med motiveringen att sådant endast var förbehållet särskilt högt värderade personer. Ironiskt nog har Röntgen blivit en av de vetenskapsmän som oftast avbildas på frimärken! Nationernas förbund, som efter Versaillesfreden 1919 förvaldade den polska staden Gdansk under beteckningen "Die Freie Stadt Danzig", hade redan 1939 givit ut ett frimärke, se bild. För övrigt det sista frimärket som utgavs under denna beteckning.

lupus pernio, som är en särskild form av hudsarkoidos, *Heerfordts syndrom*, febris uveoparotidea subchronica efter den danske ögonläkaren Christian Heerfordt (1871-1953) och *Löfgrens syndrom* efter den svenske internisten Sven Löfgren (1910-78), se RB 4/2009. Ernest Besnier (1831-1909) var verksam som dermatolog i Paris.

Scheuermann, Holger Werfel, (1877-1960) dansk ortoped och radiolog som 1921 beskrev kyfosis juvenilis, *Morbus Scheuermann*, en av många juvenila osteokondroser.

Schirmer, Otto (1864-1918) tysk ögonläkare verksam i Greifswald där han 1896 ef-

terträdde sin fader Rudolf S på "the chair of Ophthalmology" (3). 1903 utvecklade han ett test med hjälp av sterilt filterpapper för mätning av tårsekretionen, *Schirmers test*. Metoden används än idag framförallt vid diagnostisk av *Sjögrens syndrom*.

Schlatter, Carl (1864-1934) schweizisk kirurg som 1903 tillsammans med RB Osgood (se RB 2/2010) beskrev en annan juvenil osteokondros lokaliserad till tuberositas tibiae, *Osgood-Schlatters sjukdom*.

Schmorl, Christian (1861-1932) tysk patolog som fått ge namn åt de intrakorpala diskhernieringar i kotkroppar, *Schmorls kroppar*, som han 1927 rapporterade om efter sina noggranna obduktioner(4).

Schnitzler, Liliane *19?? fransk professor i dermatologi som beskrivit ett sällsynt syndrom med kronisk urtikaria, intermittent feber, artralgi/artrit och monoklonal IgM ökning, *Schnitzlers syndrom* (5).

Schober, Paul (1865-1943) tysk reumatolog som i flera artiklar i slutet på 1930-talet (6) beskrev ett enkelt test för gradering/mätning av rörligheten i ländrygggraden, *Schobers test*. Detta används framförallt vid undersökning av patienter med spondartrit. Han var kurortsläkare i Bad Wildbad och gift med en svensk sjuksköterska, Signe Elbe (6).

Schulman, Lawrence (1919-2009) amerikansk reumatolog som beskrivit eosinofil fasciit, *Schulmans syndrom*.

Schüller, Artur (1874-1957) österrikisk neurolog och radiolog som liksom de amerikanska läkarna Alfred Hand (1868-1949) och Henry A Christian (1876-1951) beskrev fall av vad som senare kom att kallas *Hand-Schüller-Christians sjukdom*.

Hand publicerade sitt fall på 1890-talet och ansåg då att det sannolikt rörde sig om en ovanlig form av tuberkulos. Först långt senare insåg han likheten med de fall Christian och Schüller senare publicerade oberoende av varandra (7).

Schönlein, Lukas (1793-1864) tysk professor i medicin, först i Würtzburg och sedan Berlin. Han observerade fall med purpura reumatica, som senare kom att kallas *Henoch-Schönleins purpura* och som idag klla- ➤



Fig 2. Semmelweis föddes i dåvarande Buda, Ungern. Han läste medicin i Wien och blev klar med sin examen 1844. Åren 1846-1850 tjänstgjorde han på barnbördshuset som tillhörde Allgemeines Krankenhaus. Detta var delat i två avdelningar. Den ena var läkarledd och här utbildades läkarstudenter, som ofta gick direkt från obduktionssalarna till de nyförlösta. På den andra utbildades barnmorskor av egna yrkesföreträdare. Antalet dödsfall i barnsängsfeber på dessa avdelningar uppvisade en förfärande skillnad, dryga 10 % på den första avdelningen mot 2-3% på den andra. Semmelweis visade att handtvätt med klorkalk (desinficerande) innan man undersökte de nyförlösta reducerade antalet dödsfall till vad som förekom på barnmorskesidan. Försöksuppläggningsmetoden med systematisk hypotesprövning har blivit skolbildande. Frimärke utgivet i Ungern 1954.

sificeras som småkärlsvaskulit (för ref. se Henoch, RB 3/2009).

Seegmiller, Edwin (1920-2006) amerikansk läkare och biogenetiker som gjorde grundläggande arbeten gällande den biokemiska och genetiska orsaken till Lesch-Nyhan-Syndromet. Se under Lesch och under Kelly (RB 4/2009) för *Kelly-Seegmillers syndrom* (män med partiell HGPRT defekt).

Semmelweis, Ignáz Philip (1818-1865) ungerskfödd gynekolog (fig 2) som i slutet av 1840-talet visade att barnsängsfeber är en form av septikemi och att förebyggande åtgärder (handtvätt, *Semmelweis metod*) dramatiskt kan reducera antalet dödsfall bland nyförlösta (8).

Som regel brukar barnsängsfeber inte åtföljas av eponymen *Semmelweis sjukdom*, men här görs ett undantag eftersom hans gärning och forskning är central inom vetenskapshistorien.

Sever, James Warren (1878-1964) ännu en läkare (amerikansk ortoped) som fått ge namn åt en osteokondros, *Severs sjukdom*. Barn i 6-10 års ålder får hälbensförändringar, apophysitis calcanei.

Silverskiöld, Nils Otto (1888-1957) svensk docent i ortopedi, verksam i Stockholm, som 1925 och 1926 publicerade två artiklar i vilka beskrevs totalt fem fall av en domi-

nant ärftlig och ovanlig form av kondrodysplasi som framförallt drabbar extremiteterna, *Silverskiölds syndrom*, ibland skrivs *Morquio-Silverskiölds syndrom* (9.1). Som kuriosum kan nämnas att Nils S är olympisk guldmedaljör (9.2).

Han ingick i den svenska trupp som vid sommarolympiaden i Stockholm 1912 vann truggymnastiken. Hans dotter Monica gifte sig med den berömde jazzmusikern och saxofonisten Stan Getz (1927-91).

Simenon, Georges (1903-89) världsberömd fransk deckarförfattare och novellist vars namn länkats till ett begrepp Clérambaults syndrom eller *Simenons syndrom*, som innebär att en yngre kvinna utan orsak upplever att äldre rik man är attraherad och uppvaktar henne. Den senare är många gånger inte medveten om hennes existens.

Tillståndets har också benämnts psykose passionelle och Simenon har skönlitterärt skildrat detta i en novell 1942 (10).

Siwe, Sture (1847-1966) utnämndes 1936 till professor i pediatrik i Lund. År 1933 publicerade han en fallrapport med titeln: Die Reticuloendotheliose - ein neues Krankheitsbild unter den Hepatosplenomegalien. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1933;55:212-47). Senare kom detta sjukdomstillstånd att kallas *Letterer-Siwes sjukdom*, se vidare under Langerhans, Letterer (RB 4/2009) och Schüller.

Sjögren, Henrik (1899-1986) svensk ögonläkare som fått ge namn åt den syndromkonstellation han beskrev i sin avhandling 1933 och som över hela världen som regel benämns *Sjögrens syndrom* (11-13).

Se också under Mikulicz, RB 1/2010.

Smith, Carl Henry (?-?) amerikansk hematolog som 1967 tillsammans med sin kollega Virginia Canale beskrev det som senare kallats autoimmunt lymfoproliferativt syndrom (ALPS), *Canale-Smiths syndrom*. Ett sällsynt genetiskt sjukdomstillstånd, som orsakas av en defekt i den Fas medierade apoptosen.

Smith, Stephanie (1947-1969) ung kvinna som har fått ge namn till ett antigen (Sm) som är patognomont för SLE. Hon fick sin SLE diagnos 1959 och behandlades vid Rockefeller universitetet i New York av doktor Kunkel och Tan. 1966 kunde dessa visa att hon bildade antikroppar mot ett särskilt kärnantigen, som de kallade *Smith antigen* (Sm ag)(14).

Solente, Gabriel (1890-19??) fransk läkare vars namn är bundet till ett osteodermopatiskt syndrom (15) som kännetecknas av "bull-dog-scalp lesions", ökad tillväxt av såväl långa rörben som händer och fötter,

periostala förändringar och trumpinneffingrar, *Touraine-Solente-Golés syndrom*. Hans landsman Albert Touraine var dermatolog. Mina källor ger ingen uppgift om specialitet för den andre landsmannen Laurent Golé (1903-19??).

Speed, Spencer James (1890-1970) amerikansk ortoped som har fått ge namn åt ett provokationstest för diagnos av bicipitendinit, Speeds test. Testet beskrivs närmare i en mycket instruktiv artikel på nätet som avhandlar det mesta värt att veta om klinisk undersökning av skulderleden (16). Här visas ex också en mycket talande bild/foto (fig 7 i artikeln) på en så kallad *Millwaukees skuldra*, se RB 1/2010. För utförliga biografiska data om Speed se (17).

St Gervasius led martyrdöden på 100-talet e Kr, under kejsar Neros regim. I spansktalande länder är *St Gervasius sjukdom* liktydigt med "reumatism".

Han och tvillingbrodern Protasius är Milanos skyddshelgon. De förföljdes som tidig kristna, dömdes till döden och avrättades genom halshuggning. Inom katolska kyrkan högtidlighålles deras dödsdag varje år den 19 juni.

Steinbrocker, Otto (1898-1987) född i Wien, men två år gammal flyttade han med föräldrarna till New York. En stad han blev trogen. Här utbildade han sig för att sedan bli verksam som reumatolog med många förtroendeuppdrag.

År 1949 (18) skapade han ett system för funktionsklassindelning av RA patienters handikapp, *Steinbrockers funktionsklasser* (fyra stycken I-IV). Patienter i F I klarade det dagliga livets krav utan hinder, medan de som tillhörde F IV var helt invalidiserade, rullstols- eller sängbundna. Steinbrockers syndrom är liktydigt med skulder-hand syndrom.

Steinhardts tecken enligt Dorland missfärgning av mjuka gommen som ses vid förvärdad syfilis.

Stevens, Albert Mason (1884-1945) amerikansk pediatriker som 1922 tillsammans med kollegan Frank Chambliss Johnson (1894-1934) beskrev ett syndrom som karakteriseras av erythema multiforme liknande förändringar hudförändringar, slemhinneulcera, feber, huvudvärk och artralgi, *Stevens-Johnsons syndrom*.

För de svårare formerna, vilka kan vara fatala, används termen toxisk epidermal nekrolys. Flertalet fall är idiopatiska, men läkemedel och mikrober anses kunna vara utlösande (19).

Still, Georg Frederic (1860-1941) engelsk barnläkare som 1906 utnämndes till Eng-

lands första professor i pediatrik. 1897 publicerade han en sammanställning över olika ledsjukdomar hos barn. En av dessa hade flera systemiska symtom och började snart kallas för *Stills sjukdom*. Jag skulle gärna läst hans avhandling som sägs handla om kronisk artrit hos barn (20), men den har inte gått att lokalisera. Gåttfullt är att såväl titel som tryckår inte finns dokumenterade i traditionella arkiv (21).

Stieda, Alfred (1869-1945) tysk läkare som tillsammans med sin italienske kollega Augusto Pellegrini fått ge namn åt den halv-måneformade förkalkning man ibland vid röntgenundersökning kan se i knäledernas mediala kollaterala ligament, *Pellegrini-Stiedas sjukdom*, se också under Pellegrini i RB 2/2010.

Straus, Lotte (1913-1985) tyskfödd amerikansk patolog som 1951 tillsammans med kollegan Churg beskrev den vaskulitsjukdom som bär deras namn, *Churg-Straus syndrom*, se också RB 2/2009.

Strümpell, Adolf von (1853-1925) tysk neurolog verksam i Leipzig som på 1880-talet liksom Bechterew i Ryssland bidrog till att avgränsa den ankyloserande spondyliten från andra kroniska artriter, se under Bechterew RB 2/2009.

I Tyskland skrivs ofta *Strümpell-Bechterews sjukdom*.

Sudeck, Paul Herman Martin (1866-1938) tysk kirurg verksam i Hamburg som beskriver en särskild form av Sympatisk reflexdystrofi (RSD), *Sudecks dystrofi*.

De första fallen som beskrevs i slutet av 1800-talet hade uppkommit efter större trauma ofta skottskador. Liknande tillstånd observerades senare utan att dessa föregåtts av nämnvärt trauma.

Uppkomstmekanismerna oklara och sannolikt multifaktoriella. Sedan 1993 används beteckningen *Complex Regional Pain Syndrome* (CRPS) (22).

Sweet, Robert Douglas (1917-2001) engelsk dermatolog som 1964 beskrev en hudsjukdom av okänd etiologi, *Sweets syndrom*. Denna kännetecknas av smärtande hudförändringar i form av papler och plaque där PAD visar granulocytinfiltration, feber och granulocytos i blod (23).

Swediaur, Francois Xavier (1748-1824) österrikisk läkare av svensk härkomst som polemiserade med den berömde John Hunter i England (24). Swediaurs rapport om blonorrhagia arthritica ("gonorrhoeal arthritus") anses vara den första sedan William Musgraves fallbeskrivning 1703 (24). Swediaur ondgjorde sig över att Hunter inte förtecknat detta tillstånd i sin lärobok 1786. Dorland anger att *Swediaurs sjukdom* betecknar inflammation "of the calcaneal bursa". I FP anges att det är det fråga om den övre subachilära bursan (25) och därmed det sjukdomstillstånd vi här i Sverige kallar *Haglunds sjukdom II*, se RB 3/2009.

Ido Leden

Referenser

- Fransson S-G. Mannen bakom metoden: Wilhelm Conrad Röntgen. Motvillig nobelpristagare. Läkartidningen 1994; 91: 145-7.
- Hanngren Å, Wiman L-G. Caesar Boeck och Jörgen Schaumann – Männen bakom sarkoidosyndromet. Läkartidningen 1993; 90: 2989-92.
- <http://www.mrcophth.com/ophthalmology/halloffame/schirmer.html>
- Schmorl, G. Über die an den Wirbelbandscheiben vorkommenden Ausdehnungs- und Zerreißungs- vorgänge und die dadurch an ihnen und der Wirbelspongiosa hervorgerufenen Veränderungen. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie 1927; 22: 250-62. (Innehåller 20 illustrationer med tillhörande text.)
- <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=10697> (Schnitzlers syndrom)
- Keitel, W. Ein Mann mit eigenen ansichten – Paul Schober (1865-1943). Zeitschrift für Rheumatologie, 2007, 66 (2): 157-162. (Artikeln innehåller foto av PS.)
- Fadeel B, Olsson S, Jakobson Å, Hjorth L, Öst-erlundh G, Henter J-I. Langerhans' cellhistiocytos: nytt ljus över patogenesen. Läkartidningen 2008; 105: 3737-42.
- Leden I. Semmelweis – barnsängsfeberns bekämpare. Sydsv Med Hist Årsbok 2009: 125-32.
- <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/2110.html> (Silfverskiölds syndrom)
- http://en.wikipedia.org/wiki/Nils_Silfverski%C3%B6ld
- <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/2539.html> (Simenons syndrom)
- Wollheim F. Henrik Sjögren and Sjögrens syndrome. Scand J Rheumatol 1986; Suppl 61: 11-16.
- Manthorpe R. Henrik Sjögren klarlade tårproduktionens betydelse för ögat. Läkartidningen 1987; 84: 3937-8.
- Carlsson C. "True love" (Medicinhistorisk paus). Läkartidningen 2001; 98: 3437.
- <http://en.wikipedia.org/wiki/LSm> (Smith antigen)
- Athappan G et al. Touraine Solente Gole syndrome: the disease and associated tongue fissuring. Rheumatology International 2009; 29: 1091-3.
- <http://www.maitrise-orthop.com/viewPage.us.do?id=1010>
- <http://www.ejbs.org/cgi/reprint/52/7/1498.pdf> (Speed biografi: J Bone Joint Surg Am. 1970; 52: 1498-1499.)
- <http://www.nytimes.com/1987/01/21/obituaries/dr-otto-steinbrocker-led-arthritis-research.html?pagewanted=1>
- <http://www.avimedi.net/en/> (Stevens J)
- Persson J. Mannen bakom syndromet: George F Still. Förste professorn i barnmedicin. Läkartidningen 1993; 90: 1061-7.
- Leden I. Kronisk artrit hos barn – historik med skånska inslag. Sydsv Med Hist Årsbok 2010: 129-137.
- <http://www.lj.se/index.jsf?childId=10321&nodeId=31496&nodeType=12> (Sudeck)
- http://en.wikipedia.org/wiki/Sweet's_syndrome
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1033698/> (Kelly M. Med Hist 1967; 11: 170-4.)
- <http://www.fpnotebook.com/ortho/ankle/AchlsTdnBrsts.htm>

Reumatologkliniken Danderyds sjukhus

Danderyds sjukhus är ett stort akutsjukhus som ligger 7 km norr om centrala Stockholm utefter E18 mot Norrtälje och med egen tunnelbanestation och närliggande stor bussterminal som ansluter till nordöstra delarna av vårt län. Sjukhuset öppnades 1922 under namnet Stockholms Läns Centrallasarett i Mörby, till vardags kallat Mörby Lasarett.

Den reumatologiska verksamheten i Stockholm inleddes i liten skala av Gunnar Kahlmeter på Åsö sjukhus under 1930-talet och början av 1940-talet och från 1943 på Södersjukhuset. Olle Löfgren byggde upp en reumatologisk verksamhet på S:t Eriks sjukhus. Den första renodlade reumatologkliniken invigdes på Karolinska sjukhuset 1954. Reumatologisk verksamhet med inriktning mot rehabilitering fanns även vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn.

Reumatologkliniken vid Danderyds sjukhus har en lång och vindlande historia. Mörby Lasarett bytte namn till Danderyds sjukhus 1964 i samband med öppnandet av de nya sjukhusbyggnader som fortfarande utgör kärnan i sjukhuset. Den reumatolo-

giska verksamheten inleddes på 1960-talet med en reumadispensär som hade mottagningsverksamhet fem timmar per månad. Dispensären bemannades till att börja med av den pensionerade överläkaren från Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, senare av dr Renée Norberg-Stenbeck, vilken alla äldre reumatologer känner till som professor emerita i immunologi vid Statens Bakteriologiska Laboratorier (SBL). En fast överläkartjänst i öppenvårdsreumatologi tillsattes 1972 med doc Olle Strandberg, utbildad under Börje Olhagen på Karolinska sjukhuset. Vid öppnandet fick kliniken inga egna lokaler, utan inhystes i långvårdsmottagningen som även fick bistå med personal. Tre år senare fick reumatologin egna mottagningslokaler och personalen utökades till en överläkare, en sjuksköterska, en undersköterska, en sekreterare och en sjukgymnast, totalt fem personer. Idag är vi 19 anställda (varav åtta läkare) plus arbetsterapeuter och sjukgymnaster som köps in från ortopedkliniken.

Utöver egna patienter var kliniken även konsultinstans till infektionskliniken på Roslagstulls sjukhus och rehabiliteringen vid Saltsjöbadens sjukhus. Slutenvårdsplatser saknades, men enstaka patienter

kunde vid behov vårdas på medicinkliniken eller infektionskliniken.

Den ensamme läkaren Olle fick 1977 förstärkning av den då bitr. överläkaren Erika Szanto med ett förflutet i centraleuropeisk reumatologi, samt av en arbetsterapeut och en kurator. De efterlängtnade egna slutenvårdsplatserna tillkom med en reumatologisk avdelning med 15 vårdplatser 1981, varvid läkarkåren förstärktes med Håkan Ström som kom från Karolinska sjukhuset och dessutom en sidotjänstgörande underläkare.

Verksamheten växte under åren med ett nära samarbete med gemensamma ronder tillsammans med barnläkare där även speciallisttandvården var engagerad, ortopedkliniken, handkirurgerna på Sabbatsbergs sjukhus, senare Södersjukhuset, hudläkarna samt deltagande i smärtmottagningens interdisciplinära smärtteam.

Konsultationer med besök på primärvårdsmottagningar startades av Erika Szanto 1977, och hon bedömde då regelbundet patienter i Norrtälje och i Hallstavig, 10 mil norr om vårt sjukhus. Hon var även tidigt igång med att använda methotrexate mot RA i större skala, kanske först i landet i början av 1980-talet.



Större delen av reumatologens personal. Från vänster bakre raden: Amel Guenifi, Hossein Badiei, Elisabeth Allenbrant, Guozhong Fei, Kristina Albertsson, Maria Undén Morein, Caroline Wedar, Annsophie Ericsson, Marie Salin, Kerstin Bjällstrand. Nedre raden: Petra Neregård, Lena Karlsson, Bitanour Nourzian, Cecilia Winblad von Walter, Göran Lindahl, Eva Hallberg. Saknas: Payam Azali, Göran Sidenvall, Morteza Nasari, Toja Heidrich, Janet Zangui, Ann-Charlott Lundberg, Sara Göth.



Danderyd sjukhus. Våra lokaler ligger i den ljusgrå byggnaden längst bort till höger. Vår dagvårdsavdelning utnyttjar patienthotellet, den bortre ljusgula byggnaden till höger om den höga skorstenen. Foto: Staffan Larsson

Trots att sjukhuset var ett kliniskt inriktat länssjukhus pågick forskning, och Erika lade fram klinikens första avhandling 1979 – "Quantitative ^{99m}Tc-pertechnetate scanning of the sacro-iliac joint"

När Serafimerlasarettet stängdes 1980 blev Danderyds sjukhus undervisnings-sjukhus med akademisk anslutning till Karolinska institutet, och även vår klinik involverades i undervisningen av läkarstudenter. Från 90-talet har vi utbildat tre egna ST-läkare i reumatologi, och en fjärde har just påbörjat sin utbildning.

Den självständiga kliniken inkorporerades som sektion i medicinkliniken i slutet av 1988. Som en följd av ett politikerbeslut att all högspecialiserad vård skulle koncentreras till regionsjukhusen stängdes våra slutenvårdsplatser 1995 och ersattes med

10 dagvårdsplatser och organisatoriskt överfördes vi 1996 till Reumatologkliniken på Karolinska som en egen sektion. Fyra år senare bolagiserades flera av Stockholms-sjukhusen varvid vi från 2000 blev en sektion inom ortopedkliniken vid Danderyds sjukhus AB. Nya omorganisationer följde – vi fick bilda en gemensam klinik med njurmedicin, infektionsenheten, hudkliniken och logopederna och numera ingår vi i verksamhetsområdet Hud-Reuma-Infektion med gemensam klinikledning.

Inte nog med alla omorganisationer – efterhand som sjukhuset växt och andra kliniker behövt större lokaler har vi flyttat runt och bytt lokaler fem gånger sedan 1995.

Efter Erika Szantos arbete med konsultbesök i primärvården under 1980-talet, fick

dessa en nystart 1995. Fram till 2008 gjorde vi omkring 600 patientbedömningar årligen i samverkan med primärvårdskollegorna.

Vi kom tidigt igång med datajournaler, från 1995 introducerades Melior som byttes till TakeCare 2010.

Verksamheten växer ständigt, traditionellt fick vi patienter från nordöstra delen av landstinget med 335 000 inv, men nu finns ej längre någon geografisk uppdelning mellan sjukhusen i Stockholm. När Olle Strandberg var ensam läkare 1975 hade han 1780 besök per år. 2001 hade vi 4100 "äkta" patientbesök, dvs patient som träffade sin läkare på mottagningen, och 2100 dagvårdsbesök, vilket ökat till att ligga på över 20 000 vårdkontakter för alla personal-kategorier. Produktiviteten per läkare mätt i patientmöten var alltså mycket högre på 70-talet, men då fanns inte alla våra effektiva farmaka med kontrollbehov, ingen undervisningsplikt, inga vårdplatser och mycket enklare journalföring, inte så många möten och ingen rapportering till register.

Samtidigt som verksamheten växer har även mycket försvunnit – reumatologienheterna på S:t Eriks och Nynäshamns sjukhus samt Södersjukhuset är stängda. Förr sände vi patienter för rehabilitering till RMRs sjukhus Spenshult, Löt, Östersund, till Sättra Brunn och adventistsamfundets anläggning i Nyhyttan. Klimatvård fanns i Spanien, Kroatien, Israel, Kanarieöarna och Tunisien. Allt detta utom Vintersol har upphört. Hur man ska organisera rehabiliteringen för framtiden är något som specialistrådet arbetar med. Landstinget lade ner våra uppskattade primärvårds-konsultbesök 2008. Friskare patienter respektive kollegor som flyttat har inneburit slutet för våra gemensamma konferenser med ortopedier, handkirurger, barnläkare, hudläkare och smärtmottagningen, medan gemensamma lungronder tillkommit och samarbetet med infektionskliniken ska öka.

Vi ser ljus på framtiden och ser att reumatologin har en självklar plats på akutsjukhuset. Vi får möjlighet att expandera med ökad läkarbemanning. Vi satsar på en utvecklad verksamhet för muskuloskeletalt ultraljud med målet en apparat per två läkare i slutet av nästa år. Utöver undervisning av läkarstudenter har vi genomfört två nationella kurser i ledstatus för sjuksköterskor som ska kunna bedöma patienter mellan läkarbesöken.



Kristina Albertsson i patientmöte.

Göran Lindahl, överläkare
Reumatologkliniken
Danderyds sjukhus AB

Bilden har fotografen tagit,
utan någon ersättning.

Annonssidan är
skänkt av tidningen
du läser.

Havet är fritt.

Radarn och sökarmylset
är också gåvor.

Räddningsbåten är
skänkt av en
privatperson.

Frivilliga sjöräddare
ställer upp utan lön.

Kläderna har de
frivilliga betalt själva.

Livflotten har vi fått
av en medlem.

Rubriken är gjord av reklambyrå
som jobbar ideellt.

Texten kostar heller
ingenting. Skribenten skickar
inga fakturor.

Logotypen tog designbyrå
fram utan kostnad.

ALLT I DEN HÄR ANNONSEN ÄR GRATIS.

Så mycket pengar som möjligt ska gå till att rädda liv. Och så lite som möjligt till administration och andra omkostnader – som till exempel reklam. Det är målet för Sjöräddningssällskapet. Vi får nämligen inga bidrag av staten utan litar helt på gåvor och frivilligt arbete.

Ett bra sätt att stödja oss är att bli medlem på sjoraddning.se. Du kan också ringa 077-579 00 90 eller sätta in en slant på pg 90 05 00-0. Även om den här annonsen är gratis, behöver vi pengar till allt från bränsle och reservdelar till utrustning och utbildning.



SJÖRÄDDNINGSSÄLLSKAPET

SWEDISH IMAGING SUMMIT

SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING - REUMATOLOGISK BILDDIAGNOSTIK

Plats:

Clarion Hotel Arlanda Airport

Datum:

29 april 2015

Mötet arrangeras av Svensk Reumatologisk Förenings bilddiagnostiska grupp med stöd av AbbVie. I fokus står bilddiagnostik vid preklinisk/tidig RA och uppföljning av RA.

Program

- 9.30-10.00 Registrering, kaffe
10.00-10.30 Tidig RA: vad händer immunologiskt –
Thomas Skogh (reumatolog, Sverige)
10.35-11.05 Nyttan av ultraljudsundersökning vid tidig RA –
Hilde Berner Hammer (reumatolog, ultraljudsspecialist, Norge)
11.10-11.40 Why and how to include imaging findings of RA in registry,
experience with X-ray.
Assessments – Anne Grethe Jurik (radiolog, Danmark)
11.45-12.15 Panel: Radiologisk bedömning av sjukdomsprogressen
(användbart för register?): förenklad Larsen – bara erosionsräkning?
Remission med ultraljud?
12.30-13.30 Lunch
13.30-14.15 Praktiska övningar Larsen/SENS resp. ultraljud
14.20-15.05 Praktiska övningar Larsen/SENS resp. ultraljud
15.10-15.30 Kaffe
15.30-16.30 Avslutande diskussion/er

I enlighet med avtalet mellan SKL och Läkemedelsindustrin och Läkemedelsindustrins etiska regelverk, kapitel 2 artikel 4b, stödjer AbbVie AB Svensk Reumatologisk Förenings utbildningsmöte.

Resan bokas och betalas av deltagaren.

Välkommen!

Michael Ziegelash, Linköping.

Tel 070- 385 39 09, michael.ziegelasch@regionostergotland.se

Kristina Forslind, Helsingborg

Tel 070- 574 75 90, kforslind@hotmail.com

Maria Andersson

Tel 076-766 87 87, maria.andersson@abbvie.com





Välkommen till Tylösand

Reumadagarna 2015 · 1-4 september på Hotell Tylösand



För andra gången arrangerar Svensk Reumatologisk Förening (SRF) sitt största möte i sin nya form - Reumadagarna - i samarbete med övriga professioner och patientföreningar. Detta år är mötet förlagt till första veckan i september, en tidpunkt som är tänkt att permanentas.

Det känns spännande och roligt att mötet hålls i Halland, där reumatologin fått en nystart. Reumadagarna kommer innehålla allt man kan tänka sig i form av ny kunskap, praktisk handläggning, registerarbete, nätverksbyggande och blickar mot framtiden.

Anmälan öppnar 1 mars och görs på www.reumadagarna2015.se

Inlämning av abstracts pågår från 1 mars till och med 1 maj.

Varmt välkomna!

Boel Mörck
Ordförande i programkommittén
Vice ordförande SRF

www.reumadagarna2015.se



Sök SRF's resestipendier!

Ansökan ska vara tillhanda senast den 15 mars 2015.

Mer information finns på hemsidan: www.svenskreumatologi.se

Health economics and its measures in rheumatoid arthritis

Författare: Johan A Karlsson Doctoral Dissertation by due permission of the Faculty of Medicine, Lund University, Sweden. To be defended at the Lecture Hall of the Rheumatology Department, Lund University Hospital, on December 5, 2014, at 13.00.
Fakultetsopponent: Professor Annelies Boonen, Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, The Academic Hospital of Maastricht, Maastricht, the Netherlands.

Objectives

To study: (I) the impact on cost-utility analyses of applying different national EuroQol 5-Dimensions (EQ-5D) preference sets; (II and III) whether, in methotrexate-refractory, early rheumatoid arthritis (RA), the addition of infliximab results in superior health-related quality of life (HRQoL) and may be considered cost-effective, as compared to adding sulfasalazine and hydroxychloroquine; (IV) how costs relate to disability (measured by the health-assessment questionnaire, HAQ), disease activity (28-joint disease activity score, DAS28) and HRQoL (EQ-5D) in RA.

Methods

In the observational SSATG register, one-year quality-adjusted life-year (QALY) accumulation of two interventions was compared according to the UK, US, or Danish EQ-5D preference sets. Two-year QALY accumulation and incremental cost-effectiveness were compared between the treatment arms of the SWEFOT trial, randomising methotrexate-refractory, early RA patients to addition of infliximab or sulfasalazine

and hydroxychloroquine. Linking SSATG data to register-derived costs of anti-rheumatic drugs, patient care, and work loss, the associations of HAQ, DAS28, and EQ-5D scores to costs were compared by correlation and regression analyses.

Results

Applying the UK, rather than the US or Danish preference sets, resulted in a 50% higher incremental QALY estimate. In the SWEFOT trial, no significant between-group differences were seen regarding QALY accumulation or work loss costs, while drug and healthcare costs were higher in the infliximab arm, resulting in very high incremental cost-effectiveness ratios for the infliximab strategy. Regardless of analysis method, societal RA costs were more closely related to HAQ than DAS28 or EQ-5D scores.

Conclusions

Results of cost-utility analyses may vary depending on the national EQ-5D preference set used. In the SWEFOT trial, similar HRQoL effects were observed in both

treatment arms, and the infliximab strategy was not cost-effective over two years. HAQ disability was a better marker of RA costs than DAS28 disease activity or EQ-5D HRQoL.

Key words

Rheumatoid arthritis; Health economics; Cost-utility analysis; Cost-of-illness; Quality of life; EuroQol 5-Dimensions; Antirheumatic agents; TNF inhibition; Outcome assessment; Disease activity, Disability.

ISSN and key title

1652-8220

ISBN

978-91-7619-064-7

List of papers

1. National EQ-5D tariffs and quality-adjusted life-year estimation: comparison of UK, US and Danish utilities in south Swedish rheumatoid arthritis patients. *Karlsson JA, Nilsson JÅ, Neovius M, Kristensen LE, Gülfe A, Saxne T, Geborek P. Ann Rheum Dis. 2011;70:2163–2166.*
2. Addition of infliximab compared with addition of sulfasalazine and hydroxychloroquine to methotrexate in early rheumatoid arthritis: 2-year quality-of-life results of the randomised, controlled, SWEFOT trial. *Karlsson JA, Neovius M, Nilsson JÅ, Petersson IF, Bratt J, van Vollenhoven RF, Ernestam S, Geborek P. Ann Rheum Dis. 2013;72:1927–1933.*
3. Cost-effectiveness of infliximab versus conventional combination treatment in methotrexate-refractory early rheumatoid arthritis: 2-year results of the register-enriched randomised controlled SWEFOT trial. *Eriksson JK*, Karlsson JA*, Bratt J, Petersson IF, van Vollenhoven RF, Ernestam S, Geborek P, Neovius M. Ann Rheum Dis 2014 Apr 15. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-205060. [Epub ahead of print]. * Contributed equally.*
4. Costs in relation to disability, disease activity, and health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Karlsson JA, Eriksson JK, Nilsson JÅ, Olofsson T, Kristensen LE, Neovius M, Geborek P. Manuscript.*



Ur vardagen

Bakgrund: Rökande man född 1953, tidigare väsentligen frisk.

Anamnes: Insjuknade under Thailandsvistelse med svullnad och smärta i höger fotled två dagar in på resan. Ett par dagar senare även svullnad i höger knä och vänster fotled. Vid hemkomst, inläggande vård på infektionskliniken efter en initial dos Bensyl-PC på akuten på grund av misstänkt erysipelas. Blod-, feces-, ledvätskeodling, kristaller, Widal, HIV, hepatit negativa. Klamydia PCR och gonokockodling från uretra negativa. Lungröntgen utan anmärkning. Initialt kraftig inflammatorisk reaktion med leukotrombocytos och lätt anemi, samt CRP 180, SR 99, LPK i ledvätska 63, varav neutrofila 59. I samråd med Reumatologen till slut bedömts som misstänkt reaktiv artrit. Patienten förbättras på Leder-spaninjektion i knä och Prednisolon 10 mg dagligen och skrivs hem.

Nybesök på reumatologen 2 veckor senare CRP och SR i sjunkande. ANA, ENA, RF, anti-CCP negativa. ACE utan anmärkning. Nu försämrad igen. Utebliven effekt av kortisoninjektioner.

Under de nästkommande månaderna flertalet kontakter med Reumatologen, både inläggande, planerat och jourbesök. Be-

svären i fotlederna försvinner, men höger knä försämras snarast. Ingen effekt av Salazopyrin. SR mellan 48-91, CRP 11-67. Förnyad ledvätskeodling utan fynd. TB-odlingar negativa. Patienten sätts in på metotrexat utan effekt. Röntgen av knät visar nyttillkomna erosioner. Diskussioner förs angående insättning av anti-TNF. Patienten planeras först för en artroskopi för vävnadsbiopsi, TB-, och svampodling.

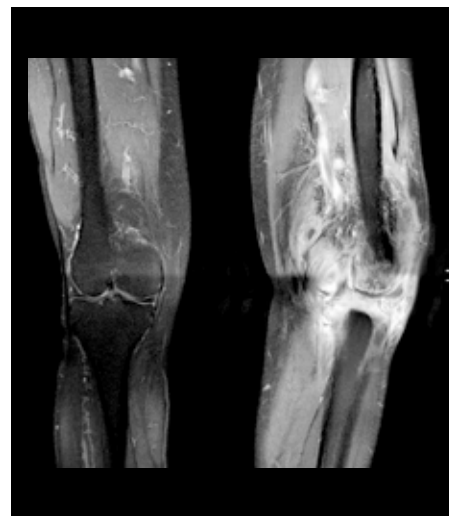
Artroskopi en månad senare (sju månader efter insjuknandet) visar mycket aggressiv synovit med grava usurer och destruktioner. Artroskopisten bedömer att det måste röra sig om någon form av infektion. MR lårben med kraftig artritbild, misstänkt abscess. PAD, bakteriespecifik PCR, 16s RNA från ledvätska och TB-odlingar dock negativa. Patienten läggs åter in på reumatologavdelning för vidare utredning. Morfinkrävande smärta. Går med rollator.

Vad gör du nu?

Vilka är differentialdiagnoserna?

Vad är den mest sannolika diagnosen?

Linnea Höper och Mats Dehlin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg



MR av båda knäna för jämförelse: Aggressiv bild med stora usurerande förändringar, framförallt i tibia. Även betydande ödem och kontrastuppladdning i kringliggande mjukdelar. Misstänkt abscessbildning i anslutning till knät. Septisk artrit kan inte uteslutas.

Facit till Ur vardagen RB 7/2014

Ledvätskans utseende med seg grön-gul konsistens talade starkt för en septisk artrit. Så även högt CRP och hastigt insjuknande samt smärta i lederna. Dock är det svårt att skilja mellan kristallartrit och septisk artrit vid analys av ledvätska. I denna ledvätska sågs högt antal leukocyter vilket är ett typiskt fynd vid septisk artrit men kan även ses vid kristallartrit.

Upp till 26 % av patienter med kristallartrit kan också ha högt antal leukocyter i ledvätska. Kristaller fanns i ledvätskan men även det har visat sig vara av varierande signifikans och beror mycket på vem som tittar i mikroskopet. Glukos i ledvätska togs inte men även med detta prov är det svårt att skilja mellan septisk artrit och kristallartrit då en kraftig inflammation sänker glukos i ledvätska oavsett agens. Vidare är 85 % av septiska artriterna monoartriterna och vår patient hade en bilateral höftledsartit. Men septisk artrit kan naturligtvis involvera flera leder.

Vanligaste agens vid en septisk artrit är stafylokocker och strepto-

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



kocker. Dessa bakterier interagerar med i leden förekommande matrixkomponenter. Ledskada premierar infektion; exponering av matrixkomponenter gör det lättare för bakterier att binda in till vävnaden. Patienter med RA har högre risk att insjukna i septisk artrit jämfört med normalbefolkningen. *Bacillus species* växte i en odling från vår patient och det finns fallrapporter av septisk artrit med detta agens. Men vi bedömde att det mer sannolikt handlade om kontamination. Uteblivet napp i odlingar är dock inte heller entydigt. I fall där man vet att en bakterie finns i leden (inokulerade möss) är det ändå bara i 50 % av odlingar som man får napp.

Vi bad röntgenkliniken att utföra en dual energy-DT över höftlederna. Tanken med det var att använda en mjukvara som kan få kristaller att "lysa" på bilderna. Vår patient var en av de första på KS som testades med denna teknik och något konklusivt svar kunde vi dessvärre inte få då tek-

niken är så ny att man ännu inte är van vid att tolka det man ser.

Vad hade då vår patient för diagnos?

Sannolikt hade hon en pyrofosfatartrit men något säkert svar kommer vi aldrig att få. För denna diagnos talar den väldigt snabba förbättringen av symtom och CRP i samband med ledtappning samt ett lågt procalcitonin. Pyrofosfatkristaller fanns i leden och bakteriellt agens hittades inte vid odling. Patienten var aldrig allmänpåverkad vilket hon rimligen borde ha varit vid en bakteriemi. Hon tappades på högvisköns ledvätska medan man i de flesta fallen av septisk artrit ser lågvisköns sådan.

I efterhand gör den sammantagna bilden av klinik och provsvar att pyrofosfatartrit är en mer sannolik diagnos och det är denna diagnos som står i vår epikris. Hade man vågat låta bli att ge antibiotika i akutskedet? Troligen inte.

Referenser

1. Baker DG, Schumacher HR. Acute monoarthritis. *N Engl J Med* 1993; 329: 1013-20.
2. Cibere J. Rheumatology: Acute monoarthritis. *Can Med Ass J* 2000; 162: 1577-83.
3. Gupta MN, Sturrock RD, Field M. A prospective 2-year study of 75 patients with adult onset septic arthritis. *Rheumatology* 2001; 40: 24-30.
4. Söderquist B, Jones I, Fredlund H, Vikerfors T. Bacterial or crystal-associated arthritis? Discriminating ability of serum inflammatory markers. *Scand J Infect Dis* 1998; 30: 591-6.
5. http://infektion.net/sites/default/files/pdf/Vardprogram_led_och_skelett_2008.pdf

ANNA-KAJSA SJÖBERG

ST-läkare i internmedicin/
reumatologi i Västervik
För närvarande randande
på Reumatologkliniken, KS

www.svenskreumatologi.se

Surfa in på hemsidan för Svensk
Reumatologisk Förening och hitta
uppdaterad information
om allt som händer

Finns även som app i din telefon



ReumaKalender

2015

2016

19 mar Fortbildningskurs, Modern handläggning av SLE
19-20 mars
preliminär kursort Stockholm

22 apr RULe-internat 2
22-24 april
Nötesjö konferenscenter, Malmö

23 apr Nationella ST-dagarna i Reumatologi 2015
23-24 april
Östergötland

10 jun EULAR 2015
10-13 juni
Rom, Italien
www.congress.eular.org

1 sep Reumadagarna 2015
1-4 september
Tylösand

16 sep RULe-internat 3
16-18 september
Eklundshof, Uppsala

21 sep SK-Kurs, Akut endokrinologi
21-25 september
Stockholm

28 sep Inflammatoriska systemsjukdomar
SK-liknande kurs
28 sept-2 okt
Göteborg

12 okt SK-kurs, Differentialdiagnostik vid
inflammatoriska sjukdomstillstånd
12-16 oktober
Stockholm

6 nov ACR/ARHP Annual Meeting
6-11 november
San Fransisco

9 nov SK-kurs, Akutmedicin och medicinsk intensivvård
9-13 november
Stockholm (Rekommenderas av SRF)

16 nov SK-kurs, Koagulationssjukdomar
16-20 november
Malmö

27 jan SRFs RESURRS-dagar
27-29 januari



Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på

www.svenskreumatologi.se