

# ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 94 • 5/2013



**Cutting Edge**  
**Islands reumatologi**  
**Akademisering av länssjukhusen**  
**SRFs verksamhetsberättelse 2013**





## ReumaBulletinen

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

- Ansvarig utgivare** **Ralph Nisell**  
Reumatologiska kliniken  
Karolinska Universitetssjh  
171 76 Stockholm  
Tel 08-517 760 93  
ralph.nisell@karolinska.se
- Redaktör** **Tomas Bremell**  
Reumatologi  
Sahlgrenska Universitetssjh  
Gröna Stråket 12  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 33 78  
tomas.bremell@vregion.se
- Red.medlemmar** **Ido Leden**  
ido leden@telia.com
- Bengt Lindell**  
bengt@lindell.cc
- Milad Rizk**  
milad.rizk@ltv.se
- Ioannis Parodis**  
ioannis.parodis@karolinska.se
- Produktion** **Mediahuset i Göteborg AB**  
Marieholmsgatan 10C  
415 02 Göteborg  
www.mediahuset.se  
Tel 031-70719 30
- Annonser** **Dan Johansson**  
dan@mediahuset.se
- Olle Lundblad**  
olle@mediahuset.se
- Layout** **Gunnar Brink**  
gunnar@mediahuset.se
- Tryck** **Åkessons Tryckeri AB**  
Box 148  
361 22 Emmaboda  
www.akessonstryck.se
- Distribution** Distribueras som posttidning  
ISSN 2000-2246

### Utgivningsplan 2014

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

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

# Innehåll 5/2013

- 3 Redaktören har ordet**
- 5 Brev från ordföranden**
- 6 Brev från vetenskaplige sekreteraren**
- 9 Brev från utbildningsansvarig och ST-läkarrepresentanten**
- 11 Saras ST-krönika**
- 13 Akademisering av länssjukhusen – en begynnande trend**
- 17 Ioannis krönika**
- 18 Om stavning inom reumatologisk och medicinsk terminologi**
- 19 ST-cartoon**
- 20 Reumatologi på Island**
- 23 Reportage från Cutting Edge Rheumatology**
- 26 SRFs styrelse 2013**
- 27 Inbjudan till SCR 2014**
- 28 Inbjudan till Register- och Riktlinjedagarna**
- 29 Bokrecension – Reumakonsulten Aktuellt om levnadsvanor inom SRF**
- 30 Inbjudan till Reumadagarna i Örebro**
- 31 Historia med Ido: Lennart Torstensson**
- 37 SRFs Årsberättelse för 2013**
- 42 Reumatologi i Jämtland**
- 44 Aktuella avhandlingar**
- 46 "Ur vardagen" – fallbeskrivning**
- 48 Reumakalender Pottholtz funderingar**

### Omslagsbild:

Rödhave. Foto: Sven-Olov Ohlsson, Kristianstad.

# ANNONS



# Redaktören har ordet

## ReumaBulletinen utvecklas för var år.

Under 2013 har Inger Gjertsson, Thomas Mandl och Solveig Wällberg-Jonsson utvecklat konceptet ReumaBulletinen VETENSKAP där första numret kom som nr 4/2013. Under 2014 planeras två nummer av RB VETENSKAP (som nr 3 och nr 6) medan vanliga ReumaBulletinen kommer med fyra välmatade nummer (nr 1, 4, 5 och 7) och ett specialnummer (nr 2) för Örebro-dagarna 1-4 april 2014 innehållande program och abstrakt för denna vår första Reuma-vecka. Totalt räknar vi således med sju nummer under 2014 där vi också försöker få större spridning på RB VETENSKAP än ReumaBulletinen "classic". Dessutom planerar vi årlig ReumaMatrikel som tidigare. Matrikeln är uppskattad av många och ger god överblick över Reuma-Sverige inklusive mailadresser till alla Sveriges kliniskt verksamma reumatologer och forskare.

**I DETTA NUMMER** – julnumret – av Reuma-Bulletinen är fokus på akademiseringen av länsjukhusen och hur Reuma-Sverige kan använda den kompetens som finns ute på länsjukhusen i forskning och utveckling. Jag tycker mig se en trend av mer forskningsaktivitet och mer uppskattning av akademisk kompetens utanför universitetssjukhusen. Landstingen själva har ofta en mycket positiv inställning och den ökade högre utbildningen, där varje hyggligt stor stad har ett campus eller en högskola eller ett universitet, förstärker denna bild. Läkarutbildningens flytt ut till länsjukhusen förstärker de akademiska kraven.

**FRANK WOLLHEIM GER EN BILD** av Cutting Edge 2013 med många intressanta anföranden och diskussioner. Här redovisas föredrag rörande dendritiska celler, NETs vid infektion och SLE, mekanismer bakom osteoartrit, ACPAs patogenetiska roll vid RA, genetikens roll m.m.



» Jag tycker mig se en trend av mer forskningsaktivitet och mer uppskattning av akademisk kompetens utanför universitetssjukhusen.«

Scandinavian Congress of Rheumatology (SCR) 2014 äger rum Stockholm i slutet av september. I vårt tema *Inför SCR 2014* presenterar ordförande i Félag Islenskra Gigtarlaekna, docent och överläkare Gerdur Gröndal, reumatologin på Island och Ingrid Lundberg beskriver hur långt planering och förberedelser har löpt när det gäller denna kongress.

**IDOS HISTORIA HANDLAR OM** Lennart Torstensson – känd svensk krigsherre under 30-åriga kriget – och hans reumatiska sjukdom. Långt innan metotrexat och biologiska läkemedel.

I detta nummer publicerar vi även SRFs fylliga verksamhetsberättelse som kommer att föreläggas årsmötet 2013-12-04. Den visar på vitaliteten hos reumatologin i Sverige. Nästan varje reumatolog tycks ha något uppdrag eller ansvar.

ST-sidorna upptas av Aikaterinis cartoon och en spännande och underhållan-

de ST-krönika av Sara Wedrén, ST-läkare på Karolinska i Stockholm. Hon får gärna skriva mer i *ReumaBulletinen*. Under 2014 kommer Anders Lind från Gävle att skriva ST-krönikor.

**MÅNADENS REUMATOLOGENHET** är Östersund som ställt upp med kort varsel. I detta nummer finns mycket om just Östersund eftersom vi skildrar den akademiska utvecklingen på Östersunds sjukhus också. På detta sätt utgör Östersund ett framtids-scenario i svensk sjukvård.

Ioannis Parodis är en aktiv redaktionsmedlem som förutom den egna krönikan även intresserar sig för hur vi stavar diagnoser (för detta behövs en klassiskt skolad grek). Ioannis har också hand om det kliniska fallet – Ur vardagen – där Nazanin Naderi från Kristianstad presenterar ett patientfall.

**DÄRUTÖVER FINNS LEDARE**, ett fylligt brev från avgående vetenskaplig sekreterare Anna Rudin (Annas "testamente") – tack för ett mycket omfattande och fullödigt arbete för svensk reumatologi, brev från utbildningsansvariga – tack Johan Karlsson för ett utomordentligt arbete som ST-ansvarig yngreläkare under tre år – en recension av Ido Leden, Pottholtz m.m.

Välkommen till en fullmatad jultidning!

**TOMAS BREMELL**  
Redaktör

### Nya medlemmar i SRF

Nya associerade medlemmar:  
Per Westlund, Stockholm  
Vivianne Eliasson, Göteborg



Sms:a **AKUT FILIPPINERNA till 72 900**  
och skänk 50 kr så är du med och räddar liv i Filippinerna!



# ANNONS

# ”Det är mycket just nu!”

**Uttrycket känns säkert igen. Använder det nog ganska ofta själv. Och det har ju faktiskt varit ovanligt mycket att göra senaste tiden. Helt enkelt svårt att hinna med alla arbetsuppgifter, faktiskt lite stressigt, eller som min son David 20 år lite ironiskt brukar säga när jag har det där lite jagade i blicken och svårt att koppla av även på kvällarna, dvs. sitter sent kvar framför datorn: ”Pappa! Har du det lite jäktigt just nu?”**

**D**et är skillnad på jäkt och stress. Att periodvis ha väldigt mycket att göra men med hyggligt god kontroll och överblick, klarar vi människor av ganska bra. Att ha mycket (men inte nödvändigtvis ”väldigt” mycket) att göra men med dålig struktur och överblick klarar vi betydligt sämre. Hur vi ska finna styrningen och balansen mellan arbetsmängd, innehåll och kontroll är en utmaning i sig som vi ständigt måste möta, inte enbart för egen del, utan även för vår omgivnings och medarbetares räkning, för att våra arbetsplatser och våra liv ska fungera så bra som möjligt.

**ÅRET BÖRJAR ONEKLIGEN** och obönhörligen att gå mot sitt slut. Dagarna blir kortare. Mörkret lägger sig tungt över vårt avlånga nordliga land. Det blir tid för eftertanke. SRFs årsberättelse 2013 har under november sammanställts. Läs den gärna i detta nummer av Bulletinen. Eller åtminstone bläddra igenom de många sidorna som vittnar om att en hel del har hänt i vår förening under året. Såsom en av SRFs styrelseledamöter sa nyligen till mig ”det är ju inte klokt vad mycket som har hänt och hur mycket vi har gjort detta år ... det måste vara rekord”. Jag blir själv lite funderksam och förmodligen också lite stolt över hur mycket vi faktiskt har hunnit med och utfört under året. Stort tack till alla i styrelsen, till alla medarbetare i olika arbetsgrupper och alla andra som på olika sätt hjälpt till i Reuma-Sverige. Och ett särskilt tack riktas till de två som nu i år avslutar sina uppdrag i SRFs styrelse: dels yngre läkarrepresentant Johan Karlsson, dels vetenskaplige sekreteraren Anna Rudin. Det har varit ett rent nöje att ha fått arbeta tillsammans med er. Jag är mycket impo-



nerad av er båda, er stora arbetskapacitet och klokskap.

**OM JAG SKA LYFTA FRAM** några speciella saker eller händelser från året så vill jag först nämna arbetet med våra nationella reumatologiregister. Att få bra struktur och upplägg avseende SRFs delaktighet och optimera verksamheten till ett verkligt ”win-win” jobbar vi hårt för. Registerrådet har skapats och vi har haft många bra och fruktbara möten under det första året som rådet har varit verksamt. SRFs koordinator (Emma Swärdh) är på plats sedan augusti och gör redan livet betydligt lättare för oss i styrelsen och för mig som ordförande. Staffan Lindblad har varit SRQs registerhållare i uppemot 20 år och kommer att avsluta detta uppdrag vid årsskiftet. Ett stort tack riktas till Staffan för hans gedigna arbete och den fantastiska utveckling han och hans medarbetare bidragit till och genomfört under denna period.

**EN ANNAN SAK SOM JAG VILL** uppmärksamma är RB Vetenskap och i spetsen här dess nya huvudredaktör Inger Gjertsson, som således arbetar parallellt med huvudredaktören för ”den vanliga” Reumabulletinen, Tomas Bremell. RB Vetenskap har nyligen utkommit med sitt första nummer (nov 2013) och vi hoppas och tror givetvis på en framgångssaga med det upplägg vi har. Tanken är att RB Vetenskap ska ges ut med två nummer under 2014 och därefter får vi se. Och här kommer en uppmaning till alla reumatologiska forskare och kliniker i Sverige: Skriv artiklar om din och an-

dras forskning, och intressanta rapporter om nya kliniska och vetenskapliga rön, för RB Vetenskap och helst inte för andra konkurrerande tidskrifter! Då gagnar du även svensk reumatologi bäst. Vår tidning är inte vinstdrivande i kommersiell bemärkelse. Eventuellt överskott från annonsintäkter i tidningen (Tack alla annonsörer! ni är viktiga för tidningen och för SRF) går i slutändan tillbaka till våra medlemmar och svensk reumatologi.

**EN TREDJE HÄNDELSE** under 2013 som bör nämnas är den uppkomna problematik som innebär att det inte längre är givet att det finns någon officiell eller naturlig ”kontaktperson” för reumatologin vid klinikerna ute i landet, inte ens vid universitetssjukhusen. Den nationella linjeorganisationen inom vår specialitet, och även andra specialiteter, håller på att allvarligt upplösas. Som exempel kan nämnas att två av våra sex universitetsorter, närmare bestämt Uppsala och Linköping, inte längre har reumatologspecialister som verksamhetschefer, och nu riskerar även Malmö/Lund hamna i samma situation i samband med den organisatoriska förändring som äger rum på Skånes Universitetssjukhus. Se hemsidan avseende fortsättning på denna diskussion och problematik samt de brev som skickats till både Läkarsällskapet och Läkarförbundet där vi undrar över vad de tänker om detta och hur de avser att agera i frågan.

**DET FINNS MYCKET ANNAT** angeläget som hänt under året, bl.a. att den vetenskapliga reuma-sessionen flyttas från Riksstämman till Reumadagarna (Värmötet) som om ett par månader kommer att hållas i Örebro, den 1-4 april. SRF tar över huvudansvaret och kontrollen för genomförandet, och i gott samarbete med den lokala Reumakliniken. Eftersom vårt anlitade kongressföretag Congrex gick i konkurs under hösten har det varit full aktivitet att finna ny hjälp inför de kommande Reumadagarna, och det har nu löst sig.

I övrigt bör nämnas att utbildningsfrågorna har hög prioritet för SRF, liksom rekrytering av ST-läkare. Under året 2013 har antalet nykläckta reumatologspecialister minskat något jämfört med tidigare år. Långsiktigt strategiskt arbete för att stär-

ka möjligheterna till en god återväxt inom specialiteten är en av SRFs viktigaste uppgifter framöver.

**JAG VILL HÄRMED Å SRFS VÄGNAR** tacka alla våra medlemmar för det gångna året och även våra samarbetspartners såsom Reumatikerförbundet, Läkaresällskapet, Läkareförbundet, Health professionals m.m. Jag önskar er alla sköna jul- och nyårsledigheter. Vi ska nu vila upp oss och ladda

batterierna. Att ha mycket att göra i perioder, dvs. att vara lite "jäktad" och samtidigt bli lite lagom "stressad" är faktiskt ok och till och med nyttigt för vårt välbefinnande så länge det efter sådana perioder finns tid för vila och återhämtning. Och det måste vi på alla sätt se till att det gör. År 2014 blir med all säkerhet spännande, intensivt, mycket att göra och fullt av frågor och problem som ska lösas. Då gäller det förstås att vara utvilad i början av året och laddad för

att ta itu med utmaningarna. Ser mycket fram emot detta och det kommande året 2014. Hoppas vi ses på Register- och Riktlinjedagarna i januari i Stockholm!

God Jul och Gott Nytt År!

**RALPH NISELL**

Ordförande SRF

ralph.nisell@karolinska.se

**VETENSKAPLIGE SEKRETERAREN** *Anna Rudin*

## Hur har det varit och vart är vi på väg?

**Detta är mitt sista brev till Reumabulletinen som vetenskaplig sekreterare och därför lite längre än vanligt. Det innehåller en sammanfattning av en del av det som jag arbetat med under de senaste två åren och en spaning framåt över vad som händer under 2014 och 2015.**

**M**ina huvudsakliga ansvarsområden i SRFs styrelse har varit våra nationella vetenskapliga möten, våra vetenskapliga stipendier och insamlande av och presentation av våra nya riktlinjer vid föreningsmötet. I början gick energin åt att sätta sig in i arbetsuppgifterna och förvalta dem, det vill säga försöka upprepa det tidigare konceptet. Ganska snart inträdde dock behov av utveckling och arbetet gick in i en ny fas. Således har en stor del av arbetet bestått av problemlösning och därför har det varit både givande och utvecklande för mig personligen. Jag kan inte sticka under stol med att det konsumerat mycket tid men jag rekommenderar ändå starkt detta förtroendeuppdrag till alla kolleger som intresserar sig för reumatologin ur ett vidare perspektiv än sin egen forskning eller sin egen klinik.

**DET STÖRSTA UTVECKLINGARBETET** har varit förändring av våra mötesformer och en plan för successiv förändring till och med 2015. Redan under andra halvåret 2012 arbetade vi med denna plan, vilken presenterades och diskuterades under årsmötet i samband med Riksstämman 2012 och beslutades vid styrelsemötet därefter. Den därefter av SLS beslutade förändringen av Medicinska Riksstämman med neddragning till två dagar och fokus på specialitetsövergripande ämnen



(se bild Reumatologmöten 2013) passade som hand i handske med vår nya plan där reumatologins sektionsspecifika program inklusive abstracts flyttas till vårt gamla Vårsmöte, som nu kallas Reumadagar och utökas med en dag (se bild Reumatologmöten 2014). Vi har under Riksstämman 2013 haft ett stort engagemang från vår sektion där vi tagit initiativ till och organiserat flera specialitetsövergripande symposier. Hur stort engagemanget kommer att bli under Riksstämman 2014 får utvärderas efter mötet.

**EN YTTERLIGARE FÖRÄNDRING** 2014 är att Höstmötet kommer att skjutas fram till januari 2015 och slås samman med våra Register- och Riktlinjedagar. Detta möte blir därför tre dagar och kallas istället SRFs Register- och utvecklingsdagar (se bild Reumatologmöten 2015). Under dessa dagar kommer SRFs årsmöte att placeras, medan SRFs föreningsmöte förläggs under SRFs Reumadagar ett halvår senare under början av september 2015. Med denna plan kommer vi att ha ett tredagars nationellt SRF-möte på var sin sida om året. Om

Medicinska Riksstämman finns kvar 2015 är oklart eftersom SLS hittills beslutat att driva den i dess nya form under två år och sedan utvärdera. Under slutet av september 2014 är Stockholm värd för Scandinavian Congress of Rheumatology, vilket ger möjlighet till att tillfälligt förlägga SRFs årsmöte där under detta övergångsår.

**UNDER REUMADAGARNA** i Örebro kommer symposier och gästföreläsare att ta upp PMR/TA (klassifikation, epidemiologi, diagnostik och behandling), tyrosinkinashämmare (läkemedlens angreppssätt, resultat av studier inom reumatologi och erfarenheter inom hematologi), samt behandling av SLE (inklusive erfarenheter nationellt av benlysta). Därutöver kommer abstracts och nya avhandlingar att presenteras samt stipendier att delas ut tillsammans med presentationer av stipendiaternas forskning. Pfizers stora forskningsstipendium inom reumatologi kommer att vara ett av de många reumatologistipendier som delas ut. Det finns möjlighet att under jul- och nyårshelgerna i lugn och ro fundera över och skriva på era abstracts i och med att deadline har skjutits upp till 13 januari för att så många abstracts som möjligt ska komma in till våra första Reumadagar. Abstractsidan finns på mötetets hemsida [www.reumadagarna2014.se](http://www.reumadagarna2014.se) och nås också via SRFs hemsida med klick på banner "Reumadagarna i Örebro". Observera att ni denna gång kan välja bort att publicera ert abstract i Reumabulletinen såvida ni tänkt skicka detta även till EULAR i Paris. Det kommer att finnas möjlighet att delta vid mötet under färre dagar till reducerat pris vilket kan vara attraktivt för de forskarstuderande eller forskare i reumatologi som inte är kliniskt aktiva eller har svårt att närvara vid hela mötet.



**VAD HAR DÅ HÄNT** under de senaste två åren vad gäller stipendier? Totalt sett har de summor som anslås till stipendier från läkemedelsföretagen reducerats något. Pfizers stora forskningsstipendium delas från och med 2012 ut vartannat år och Abbvie-stipendierna delas ut endast till två forskare som dock får dubbelt så stor summa. Å andra sidan innebär detta att konkurrensen ökar och att meritvärdet per stipendium därmed blir högre. Vi har också fått ett nytt stipendium från Pfizer 2013 som är tänkt att uppmuntra samarbete nationellt inom reumatologisk forskning. I detta nummer av *Reumabulletinen* finns annonser för alla tre Pfizerstipendier för 2014 samt för Abbvie-stipendierna 2014. Samtliga kommer att delas ut under Reumadagarna i Örebro, där även MSD-stipendiet 2013 och Pfizer-stipendiet för yngre forskare 2013 kommer att delas ut. Så vill ni träffa våra pristagare så är det Örebro som gäller!

**UNDER MIN TID I STYRELSEN** har jag också arbetat med SRFs hemsida vad gäller stipendier och riktlinjer. Stipendierna är nu kort beskrivna i text i anslutning till länk till aktuell annons. Alla tidigare stipendier är också listade under länk för respektive stipendium. Vad gäller riktlinje-sidan så har förutom sedvanliga uppdateringar tillkommit en process för riktlinjearbetet med information om till vilka grupper texterna ska skickas på remiss före och efter Riktlinjedagarna och datum för deadline vid de olika tillfällena. Det är nödvändigt att ha samma rutiner för alla riktlinjegrupper för att processen fram till beslut vid föreningsmötet ska fungera väl.

**AVSLUTNINGSVIS VILL JAG SKRIVA** lite om en av min hjärtefrågor: integration av klinisk forskning och utveckling i reumatologisk vård. Jag har arbetat med denna fråga praktiskt under flera år och äntligen kan jag nu göra detta med stöd från sjukhusledningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Visserligen betyder verksamhetschefens stöd allra mest, men den högsta ledningens stöd gör att jag nu kan arbeta mot mindre motstånd på mitt universitetssjukhus. Det borde vara självklart att universitetssjukhusets roll är att fördela lika stor vikt vid forskning, undervisning och utveckling, dvs. vård till framtidens patienter, som till vård av dagens patienter. Jag tycker att detta uppdrag även bör kunna utföras vid de länssjukhus som har forskarutbildade läkare och utlokaliserad läkarutbildning. Jag anser att klinisk forskning bör kunna delfinansieras

av den ordinarie sjukvårdsbudgeten såvida den är mycket relevant för patienternas vård. Sådana investeringar sparar framtidens vårdkostnader samtidigt som kvaliteten ökar. Det är således kontraproduktivt att separera forskningen från vården. Tid att tänka, planera och driva forskningsprojekt bör till viss del kunna göras inom det ordinarie sjukvårdsarbetet. Klinisk forskning är inte en lyx som man kan göra om man vill, utan en nödvändig och mycket viktig del av vården. Jag tycker också att det är en fördel att på samma klinik bedriva många olika typer av forskning med olika inriktningar. Detta ger möjlighet till

korsbefruktning och diskussion. Så även om det är dystert på många sjukhus får professionen inte ge upp utan måste fortsätta att envist driva vikten av integration mellan forskning och vård. Reumatologin har en unik möjlighet att gå i fronten även här eftersom vi har så hög aktivitet och god kvalitet på vår kliniska forskning i hela Sverige. För detta syfte är också samarbete med reumatologins starka patientförening av mycket stort värde.

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

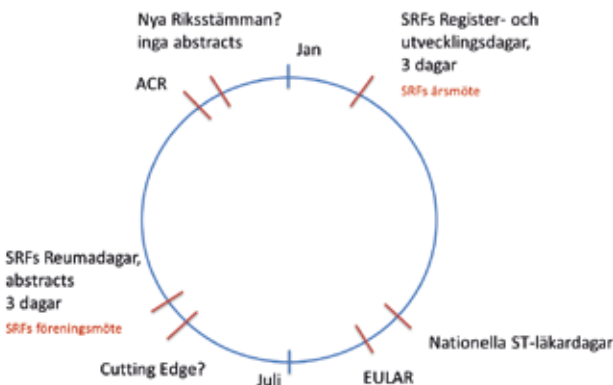
## Reumatologmöten 2013



## Reumatologmöten 2014



## Reumatologmöten 2015





# ABBVIES STIPENDIUM FÖR YNGRE FORSKARE INOM REUMATOLOGI

I syfte att stödja vidareutveckling och rekrytering inom reumatologisk forskning delar Svensk Reumatologisk Förening (SRF) i samarbete med AbbVie ut stipendier för nydisputerade forskare.

Två stipendier per år delas ut. Stipendiaten skall vara medlem i SRF, kliniskt verksam inom reumatologi, ha disputerat under de fem senaste åren och bedriva aktiv forskning inom området inflammatoriska sjukdomar inom reumatologi. Vid prioritering av stipendier skall hänsyn tagas till såväl den sökande forskarens meriter som projektets originalitet och utvecklingspotential.

Varje stipendium är på 200 000 kronor och skall användas för att finansiera ledighet för heltidsforskning under det kommande året. Stipendiatens arbetsgivare fakturerar SRF för lönekostnader inklusive sociala avgifter.

Stipendiaterna utses av SRF:s styrelse på förslag från stipendiejuryn, som består av de medlemmar i SRF:s professorskollegium som inte har jävsförhållanden som påverkar bedömningen.

Ansökan skall innehålla CV (max 2 sidor) och en kortfattad beskrivning av forskningsprojektet (max 1 sida). Intygande från verksamhetschef, att sökande kommer att beredas uttag av forskningsledighet motsvarande en lönekostnad av 200 000 kronor, skall bifogas ansökan.

## Ansökan skickas till:

SRF:s koordinator Emma Swärdh,  
E-post: [emmaswardh@svenskeumatologi.se](mailto:emmaswardh@svenskeumatologi.se)

Stipendiaterna offentliggörs vid en ceremoni vid SRF:s Reumadagar i Örebro 1–4 april 2014, varvid de utsedda stipendiaterna förväntas medverka och kort presentera sitt projekt.

Sista ansökningsdag 2014-02-07.



abbvie

# Rapport från utbildningsansvariga

**Tre år senare... Tre år och en hel rad intressanta upplevelser, möten och intryck senare. År och erfarenheter som gett en långt mycket djupare insyn i hur svensk sjukvård i stort och svensk reumatologi i synnerhet fungerar och utvecklas än det lilla jag (Johan) hade med mig från förut.**

**E**tt stort tack för förtroendet! Tack till alla jag fått förmånen att arbeta tillsammans med och lära av, och inte minst till alla er som på olika vis driver ST-utbildningen, dess organisation och kurser framåt runt om i landet! När jag nu lämnar stafettpippen som ST-representant vidare är det ingen tvekan om att jag på många sätt kommer att sakna uppdraget. Mycket har varit inspirerande att få ta del av – arbetet med den nya (men ännu ej sjösatta) målbeskrivningen, ST-kursöversynen, fortbildningsplanerna som alltmer börjar ta form o.s.v. – men inte minst har det varit roligt att delta i de stora utvecklingsspår som pågår för fullt inom SRF, med en helt ny mötesorganisation, den nya registerorganisationen, skapandet av registerrådet och SRF Service etc.

**I MÅNGA AVSEENDEN** känns det som att vi är på helt rätt väg inom specialiteten. Möjligheterna att behandla våra patienter ökar stadigt, svensk reumatologisk forskning är i världsklass och trots vår relativa litenhet som specialitet tar vi för oss och syns i debatten. Vad gäller utbildning gav vårens ST-enkät en hel del positiva besked med bl.a. ökad handledartid, bättre kurs-tillgänglighet och ökad självständighet från internmedicinen jämfört med 2011. Känslan är också att många yngre kollegor lockas av reumatologin och att vi blir alltmer attraktiva som specialitet. På EULAR i Madrid omnämndes en brittisk studie som visat att landets reumatologer var de läkare som var mest nöjda med sitt arbete – och åtminstone jag kan förstå dem! Likväl förblir rekryteringsfrågan en av de allra mest centrala inför framtiden. Även om vi växer så sker det inte tillräckligt fort för att fylla det ökande behovet och de luckor som kommer skapas av förestående pensionsavgångar. Tyvärr är det ofta

sjukvårdens allt stramare ekonomiska tyglar som begränsar rekryteringen, och inte minst där har SRF ett viktigt lobbyarbete att fortsätta bedriva framgent.

**PLANERINGEN INFÖR 2014** börjar alltmer falla på plats. Vad gäller ST-kurser ser det ut att landa på Inflammatoriska systemsjukdomar i Göteborg i februari, Immunologi för ST-läkare sent under våren (OBS preliminär tidpunkt) även det i Göteborg, samt ytterligare en omgång av Farmakoterapikursen i Lund under höstterminen. Därutöver hoppas vi också få till en kortare kurs i Barnreumatologi, medan den tilltänkta nya kursen kring ovanligare systemsjukdomar och vaskuliter preliminärt kommer att debutera först under 2015. De nationella ST-dagarna kommer 2014 att arrangeras i Umeå, medan det diagnostiska provet vilket som brukligt går av stapeln under v 12 kommer att sättas samman av kollegorna i Uppsala.

**FÖR ATT FORTSÄTTA** på ST-temat: jag (Ann) kommer just i denna stund från ett informationsmöte sammankallat av Socialstyrelsen med anledning av att den nya föreskriften för specialiseringstjänstgöringen för läkare blir ytterligare tidsförskjuten. Måldatum är nu 2015-01-01. Det betyder också att den nya specialitetsindelningen inte kommer att vara klar förrän då. Orsakerna till tidsfördröjningen förklaras huvudsakligen av de nya uppdrag Socialstyrelsen fått i anslutning till den nya föreskriften, nämligen att utreda om Beroendemedicin ska få bli egen specialitet (det verkar så), samt att man tagit över ansvaret för SK-kurshandlingen från gamla IPULS. Särskilt för de specialiteter som hoppas bli egen bas-specialitet, liksom för de specialiteter som delar "common trunk" ställer ju detta till stora bekymmer, men även för reumatologi kan det bli problem med att utlysa nya ST-block under 2014, när man inte riktigt vet hur krav och målbeskrivning kommer att se ut. Ytterligare ett informationsmöte om ST-föreskriften kommer under Läkarestämman nu i december, och förslaget kommer att skickas ut på remiss under nästa sommar(!) till specialitetsföreningarna.

**PÅ FORTBILDNINGSSIDAN RÄDER** också full aktivitet både nationellt och inom föreningen. Såväl LF som SLS arbetar med fortbildning och harmonisering med EU-krav och vi kan bara hoppas att ansträngningarna koordineras och utmynnars i gemensamma förslag. Enligt uppgift är det för närvarande bara Sverige och Portugal som har "oreglerad" fortbildning och saknar av myndighet utförd uppföljning av fortbildningen (t.ex. CME-poäng och/eller re-evaluering). Det faktum att LIF-avtalet omformuleras 2014 gör också att det ekonomiska ansvaret för fortbildningen måste tydliggöras. Här kommer ett stort ansvar att falla på våra arbetsgivare framöver. Kostnaden för all utbildning måste finnas med i verksamheternas budget! Läkärförbundet har ett fortbildningsnätverk där vi är representerade och jag hoppas kunna fortsätta att rapportera vad som händer där framöver.

**INOM SRF ÄR JU** Vårmötet/Reumaveckan i Örebro i april samt vår "snurra" med återkommande fortbildningskurser de konkreta åtgärder vi sjösätter för att garantera en bra fortbildning för reumatologspecialister. Fortbildningsdagen på Vårmötet/Reumaveckan hoppas jag ska kunna utvecklas till ett tillfälle för erfarenhetsutbyte, spridning av spetskompetens och förnyelse. Detaljerat program kommer!

För övrigt vill jag passa på att tacka Johan för det fantastiskt roliga och givande samarbete vi haft med utbildningsfrågor under vår gemensamma tid i SRFs styrelse. TACK Johan! Och jag välkomnar med varm hand Johans efterträdare som kommer att utses på Årsmötet.



**ANN KNIGHT**  
Utbildningsansvarig  
**JOHAN KARLSSON**  
ST-läkarrepresentant

## PFIZERS STORA FORSKNINGSTIPENDIUM INOM REUMATOLOGI

**Tid:** 2014

**Summa:** 400 000 SEK – utdelas som forskningsstipendium och förvaltas av stipendiatens forskningsinstitution. Notera att Pfizers Stora Forskningsstipendiet från och med 2012 kommer delas ut vart annat år (jämnt år).

**Arrangör:** Pfizer AB i samarbete med Svensk Reumatologisk Förening

**Målgrupp:** Högt meriterade forskare inom klinisk reumatologisk forskning, verksamma i Sverige.

**Beskrivning:** Med en prissumma på 400 000 kronor är Pfizers stora forskningsstipendium ett av Sveriges största inom medicin och det största som är specifikt inriktat på reumatologi. Stipendiet delas ut vart annat år (jämnt år). Genom stipendiet vill Pfizer stödja framstående klinisk reumatologisk forskning i Sverige.

**Nominering:** En komplett nominering på engelska innehållande:

- nomineringsbrev från annan senior forskare
- sammanfattning av tidigare forskning
- kort forskningsprogram
- detaljerad meritförteckning och bibliografi

**Offentliggörande:** Vid Svensk Reumatologisk Förenings ”Reumadagarna” i Örebro 1-4 april 2014.

**Stipendiekommitté:** Pfizers stora forskningsstipendium delas ut vart annat år och stipendiaten utses av en grupp internationellt sakkunniga tillsatta av Svensk Reumatologisk Förening.

**Sista nomineringsdag:** 17 januari 2014

**Skicka ansökan till:** Emma Swärdh, Koordinator SRF,  
E-mail: emmaswardh@svenskreumatologi.se



ENB20130910PSE02

## PFIZERS STIPENDIUM FÖR YNGRE FORSKARE INOM REUMATOLOGI

**Tid:** 2014

**Summa:** 100 000 SEK – utdelas som forskningsanslag och förvaltas av stipendiatens forskningsinstitution.

**Arrangör:** Pfizer AB i samarbete med Svensk Reumatologisk Förening.

**Målgrupp:** Nybliven specialist eller blivande specialist (ST-läkare) inom reumatologi som har disputerat under de senaste tre åren eller skall disputerat inom ett år och som bedriver aktiv och framgångsrik forskning inom ett vetenskapligt område som är betydelsefullt för reumatologin. Sökande ska vara medlem i Svensk Reumatologisk Förening.

**Nominering skall innehålla:**

- Kort presentation sökandens forskningsprojekt på max en A4-sida
- CV med publikationslista
- Ett nomineringsbrev från handledare eller annan senior forskare
- Avhandling alt 4 vetenskapliga arbeten i form av manuskript eller särtryck

Vid bedömning av nomineringarna kommer särskild tonvikt läggas på forskningens vetenskapliga kvalitet och potentiella betydelse för reumatologins utveckling. Stipendiaten utses av Svensk Reumatologisk Förening

**Offentliggörande:** Vid Svensk Reumatologisk Förenings ”Reumadagarna” i Örebro 1-4 april 2014.

**Stipendiekommitté:** Professorskollegiet inom Svensk Reumatologisk Förening.  
Stipendiet utdelas årligen.

**Sista nomineringsdag:** 7 februari 2014

**Skicka ansökan elektroniskt till:** Emma Swärdh, Koordinator SRF,  
E-mail: emmaswardh@svenskreumatologi.se



ENB20130910PSE02



# Saras ST-krönika

**Häpp, då har man gjort premiär på ACR. Jag sitter på LAX (Los Angeles Airport) i ett hörn och väntar på mitt ganska försenade plan mot Europa. ACR Annual Meeting 2013 i San Diego är över.**

**E**n utmärkt konferens, med floder av spännande och lärorika föredrag. Som förstagångsdeltagare brottas man med det enorma och till stora delar parallella utbudet. Är det någon som har räknat ut hur många procent av innehållet som en enskild person maximalt kan exponeras för? Jag uppskattar att det rör sig om färre än 10%, kanske färre än 5%. I värsta fall rör det sig om mindre än en hundraedel (kanske kunde jag räkna mer seriöst på detta och återkomma med en poster nästa år?).

På amerikanskt manér var allt i jätteformat; konferenscentret vid San Diego Bay svalde utan problem de 15 000 konferensdeltagarna, där saknades helt trängsel, dålig luft och toalettköer. Planeringen var minutiös, tekniken fläckfri, tillgången på ohälsosamma kalorier nästan obegränsad (om man visste var man skulle söka). Bortsett från dessa världsligheter konstaterar jag att det forskas och tänks och undervisas och utvecklas febrilt på kliniker och forskningsenheter runt om i USA och världen, inklusive Sverige. Representer från alla inblandade yrkesgrupper ifrågasätter gamla sanningar, klassificerar om, räknar på ekonomiska och mänskliga konsekvenser, rotar ännu djupare i de immunologiska uppkomstmekanismerna och testar nya molekyler mot både den ena och den andra sjukdomen. Superspecialiserade möter likasinnade, generalister njuter av bredden. Och det saknas inte gudabenådade föreläsare.

**Jag tror inte att jag är** rätt person att försöka sammanfatta ACR Annual Meeting 2013 men jag måste säga att jag åker därifrån väldigt inspirerad. Reumatologi är en vansinnigt kul specialitet! Det är hett, dynamiskt, rafflande och centralt för hela organismen människan! Med konferensglöden i färskt minne borde vi omedelbart skriva en rekryteringsannons, en annons för ST-läkare i reumatologi. Den skulle kunna bli så bra att vi kunde bada

i ansökningar och fylla våra mottagningar med glada och hungriga ST-läkare. Jag är tacksam över att ha valt rätt specialitet och över att jag fick chansen att åka till ACR och bli påmind om det.

Många fick, kunde eller ville inte åka. Risken är förstås stor att de inte känner sig lika inspirerade som jag. De fick jobba dubbelt så hårt för att många inte var på plats. Nu undrar jag, finns det något sätt som vi som åkte skulle kunna föra över lite av vår inspiration till er som blev hemma? Ni tappar som gnot vidare den senaste veckan, vad kan vi göra för er?

Förutom inspirerande har veckan varit mycket lärorik. Polletten har ramlat ner flera gånger och det är lika härligt varje gång. Det är ett av privilegierna med vårt yrke, det oupphörliga lärandet. Men ibland undrar jag om inte detta privilegium kämpar för sin existens utanför teorin, framförallt för specialisterna. Lärandet definierar ST-utbildningen och med vår målbeskrivning i högsta hugg har vi ST-läkare möjlighet att se till att kunskaper rullar in med hög och jämn fart. Men när man äntligen uppnår specialistkompetens försvinner plötsligt kraven och strukturen. Gissningsvis är många hänvisade till läkemedelsluncher, kanske något företags sponsrat kvällsföredrag. Någon dokumentation eller formella krav finns inte. Man kan tycka att en vuxen specialist i reumatologi borde kunna ta ansvar för sin egen vidareutbildning. Och det tror jag definitivt att de kan.

**Men för att vidareutbildning** ska bli verklighet krävs någorlunda förutsättningar. Tar våra uppdragsgivare sitt ansvar för vår fortbildning? För amerikanska läkare finns ett poängsystem för vidareutbildning, Continuing Medical Education, och krav på mellan 12 och 50 timmar vidareutbildning per år (varierar mellan stater) för återregistrering av specialistbeviset (recertification). Det finns fiffiga elektroniska verktyg för att registrera sina aktiviteter och underlätta administrationen. Uppmaningar och påminnelser om att samla ihop CMEs är allestädes närvarande på ACR-konferensen. Möjligen följer oändlig byråkrati med kraven på återregistrering, men kunde man inte använda någon liknande

struktur för dokumentation av själva fortbildningen av svenska läkare? (I nuläget finns det på Karolinska åtminstone önskemål om registrering med jämna intervaller av webbaserad brandskyddsutbildning och miljöutbildning. Och även om det är viktiga kunskaper att ha är de möjligen inte de viktigaste för vårt arbete.)

Jaja, jag håller med om att deltagande i en kurs inte är någon garanti för att man lärt sig något, men håll med om att risken är väldigt stor att man plockar upp ett och annat om man kontinuerligt utsätter sig för olika former av lärandeaktiviteter, särskilt om man är intresserad och har valt aktiviteten själv. I den mycket läsvärda skriften "Fortbildning för läkare" (<http://www.sls.se/Global/cpd/cpd2011.pdf>), gemensamt utgiven av Svenska läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund, noteras också att det saknas evidens för att deltagande i kongresser ger garanterad effekt på kompetens och kunskapsnivå. Men är det bästa alternativet till ett perfekt system för fortbildning verkligen inget system alls?

**Givet att de flesta** specialistläkare av naturen är på ständig kunskapsjakt, och mest troligt använder alla sina luckor i verksamheten till att läsa på, kanske huvudvinsten med att styra upp lärandet i läkarkåren är klart artikulera krav som även våra arbetsgivare måste ta hänsyn till. I nuläget utgör läkemedelsföretagens informationsmöten, t.ex. över lunch, en stor del av vidareutbildningen och företagets bidrag är sannolikt centrala för att många svenska läkare kan delta i stora konferenser i Europa och USA.

Det säger sig självt att företagssponsrad information inte alltid är komplett och idealisk. Dessutom säger ryktet att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inte tänker tillåta att företagen sponsrar deltagande i konferenser i framtiden. Hur kommer möjligheterna till vidareutbildning – och stundom välbehövd inspiration – då att se ut? Är det dags att vi själva talar om hur vi skulle vilja ha det?

**SARA WEDRÉN**  
ST-läkare i reumatologi  
på Karolinska i Solna

# ANNONS

# Akademisering av länssjukhusen – en begynnande trend

Under senare år har vi sett en begynnande akademisering av länssjukhusen. ReumaBulletinen har därför sammanställt ett antal frågor i en enkät som skickats ut till alla enhetsföreträdare på läns- och länsdelssjukhus avseende akademisk kompetens men även beträffande hur mycket utbildning som ges till läkarstudenterna ute på länssjukhusen. Resultaten redovisas nedan. I artikeln presenteras också intervjuer om möjligheter till akademisk utveckling på länssjukhusen med Christine Bengtsson – universitetslektor i Östersund – och Johan Askling – professor i Stockholm.

## Varför akademisering av länssjukhus?

Flera faktorer bidrar till ett ökat akademiskt intresse ute på länssjukhusen:

- i) Utbildningsplatserna på universitetskliniker räcker inte till för den kvantitativt ökade läkarutbildningen. Denna lokaliseras då delvis ut till länssjukhusen.
- ii) Alla länskliniker finns i städer med universitet eller högskola. Exempel på universitet är Linnéuniversitet (Växjö, Kalmar), Luleå universitet, Mittuniversitetet (Östersund, Sundsvall) och Karlstad universitet.
- iii) Sjukhusen inser att en god FoU-verksamhet bidrar till rekrytering av ny personal och att personal stannar samt höjer statusen på verksamheten. Många landsting ger därför mycket gynnsamma betingelser för forskning med 25–50% betald forskningstid under många år.
- iv) Forskning – och den kompetens forskningen ger – gynnar utvecklingen av sjukvården.
- v) Digitaliseringen underlättar att arbeta på distans från den stora universitetskliniken. Det gör mindre skillnad idag om man sitter i Huddinge eller Hudiksvall.
- vi) Utbyggda register ger verktyg för forskning på stora patientmaterial – mycket större än vad den egna kliniken genererar.





**Hur vanliga är med.dr på länssjukhus?**

Totalt finns på 27 undersökta läns- och länsdelssjukhus 16–17 medicine doktorer varav flera med docentkompetens. Dessa har antingen disputerat på universitetsklinik och därefter flyttat till länssjukhus eller doktorerat under tiden som läkare på länssjukhuset. Exempel på det senare är t.ex. Tomas Weitoft (Gävle), Maria Söderlin (då Växjö, nu Karlskrona; nybliven docent), Christine Bengtsson (Östersund; nu universitetslektor), Björn Löfström (Eskilstuna) och Britt-Marie Nyhäll-Wåhlin (Falun). Jag tror att dessa är föregångare till en ny trend där vi kommer att se många efterföljare. Forskning understöds av landstinget men ställer också andra krav. Forskning tar tid och ställer krav på schemaläggare. Kliniken måste överanställa inom ekonomisk ram så att inte forskning medför läkarbrist ute på kliniken.

**Utlokaliserad läkarutbildning**

I och med den allt mer utbyggda läkarutbildningen i kombination med minskad slutenvård på de flesta sjukhus finns ett ökat behov att läkarstudenterna tjänstgör på länssjukhus. Vi kan se två varianter på detta – nämligen där hela läkarutbildningen utlokaliseras från termin 6 eller det andra alternativet nämligen utlokalisering av delar av utbildningen men där studenten har sin huvudplacering på universitetssjukhuset. Det första alternativet används i Norrland – med Umeå som bas – där Sunderby, Östersund och Sundsvall har läkarstudenter termin 6–11. En hel del undervisning sker med videolänk med alla fyra platserna med. I Skåne finns ett liknande arrangemang där Helsingborg tar emot studenter från Lund under termin 6–11. I undervisningen ingår reumatologin som ett delmoment.

Vidare finns ett mer begränsat åtagande på flera länssjukhus där läkarstudenterna kommer ut under några dagar/en vecka vardera. Sådant arrangemang finns i Västra Götaland (Uddevalla, Skövde, Borås) där hälften av studenterna under medicinkursens reumatologiavsnitt åker ut till länssjukhuset tre dagar (tisdag-torsdag) för klinisk undervisning i reumatologi. Andra hälften får den kliniska undervisningen på Sahlgrenska. Liknande finns i t.ex. Falun, Västerås, Gävle, Västervik, och Eskilstuna medan Danderyd har mer frekventa hela veckor med kandidater.

**Universitetskarriär i Östersund**

En som disputerat och samtidigt arbetat



Christine Bengtsson

på länssjukhus är Christine Bengtsson i Östersund.

Ursprungligen skåning arbetade Christine i Östersund 1988–1997, återvände då till Lund 1997–2003 och startade avhandlingsarbete med Ola Nived och Gunnar Sturfelt som huvudhandledare rörande kardiovaskulär sjuklighet vid SLE. Hon flyttade åter till Östersund 2003 och fick då ett kombinationsavtal med landstinget medförande upptill 25% forskning i tjänsten och hade detta fram till disputation 2010. De senare arbetena i avhandlingen hade Norrlandsfokus (SLE i Norrland – incidens och prevalens av kardiovaskulär sjukdom) och med Solbritt Rantapää-Dahlqvist som bihandledare. Tidvis har det varit svårt att ta ut de 25 procenten forskningstid men det blev nödvändigt under senare åren i avhandlingsarbetet. Dilemmat att kombinera klinik och forskning är tydligare på länssjukhusen än på universitetssjukhusen, men därmed inte mindre viktigt. Avhandlingen i december 2010 hade titeln “*SLE with focus on vascular wall changes, cardiac risk factor awareness and cardio-vascular events*”.

Christine har nu lektorat vid Umeå universitet, inrättat för RLU (Regionaliserade Läkare Utbildningen), termin 8, med placering Östersund. Lektoratet innebär 1/3 klinik, 1/3 undervisning, 1/3 forskning.

**Hur påverkas klinikens arbete?**

1. Förstärkt samarbete med universitetssjukhuset men också nationellt – ett av redskapen för detta är videolänk-utrustningen, som utvecklats och är väl fungerande på alla sjukhusen i Norra regionen.
2. En av förhoppningarna med RLU var en ökad rekrytering där också flera underläkarvikariat bemannas av läkarstudenter och till sommaren 2014 anställer

Reumatologkliniken sin första underläkarvikarie (läkarstudent). Vi börjar nu se även rekryteringsvinster av RLU; de första AT-läkartjänsterna kommer 2014 att bemannas av nyutexaminerade läkare från den regionaliserade läkarutbildningen. Dessutom har ett flertal doktorander registrerats av RLU-studenterna, med handledare i Östersund.

3. Bra grund för att vidareutveckla befintliga och bygga nya forskningsnätverk.
4. Ett ökat behov av läarkollegor på kliniken för att fylla de ”hål” forskningstiden skapar. Det har ännu inte fungerat fullt ut men är för klinik- och sjukhusledning en väl påpekad konsekvens.

**Läkarutbildningen:**

Regionaliseringen från Umeå sker från termin 6–11, dvs. 6 terminer varav termin 10 är för vetenskapliga arbetet (Umeå ansvarar för detta). Studenterna väljer under termin 3 var de vill gå från termin 6.

Vid inrättande av regionalisering av läkarutbildningen från Umeå till Sunderby, Sundsvall och Östersund erhöll respektive länssjukhus 10 lektorat var (två/termin) bekostade av Umeå universitet och respektive landsting. Minimikrav för lektorstjänsten är att vara disputerad, dvs. lägre krav än vid universitetssjukhuset (där krävs docentur). Reumatologi ingår i termin 8 (rörelseorgan, infektion, hud, allmänmedicin). Videoföreläsningar gemensamt för de fyra sjukhusen fungerar bra. Östersund försöker ordna handledning för termin 10-arbetet och Christine har haft ett under vårterminen 2013 och ett är planerat för höstterminen 2013.

Reumatologiundervisningen består av en vecka klinik (gruppen uppdelad i två delar) + case + temaseminarier samt föreläsningar, som är inspelade på läkarprogrammets utbildningsplattform eller utgår





iStockphoto.com



Johan Askling

från Umeå via videolänk till alla fyra orterna samtidigt.

#### Forskning:

Landstinget ger möjlighet för doktorander att söka deltid forskningstjänst. I Östersund försöker man samla forskningsaktiva i samma hus som läkarstudenterna för att få en samlad FoU-miljö och bygga en akademisk miljö. (FoU-enheten heter numera Kliniskt Forsknings Centrum –KFC).

Förutom Christines aktiviteter pågår forskningsverksamhet – utan att ännu vara doktorandansömda – avseende osteoporos (Kristina Wiberg) och kardiovaskulära riskfaktorer vid RA (Mattias Skielta) med Umeå-professorer som handledare. Christine handleder en ST-läkare avseende ST-arbetet i medicinsk vetenskap.

#### Register och digitalisering

SRQ är ju ett riktäckande och allt mer patienttäckande register över behandling av olika reumatiska sjukdomar. Med ytterligare förbättrad styrning och ledning ger det en kunskapsbas som väl kan utnyttjas i klinisk forskning. Dessutom bidrar den allmänna digitaliseringen, vilken utvecklats mycket snabbt (glöm inte att internet använts i endast ca 15 år!), till att arbete kan göras från distans. Men planerar SRQ för detta?

#### Nyfikenhet och kritisk massa

Vi frågade Johan Askling, professor på Karolinska Institutet i Stockholm, hur han ser på möjligheter till ökad forskning på länssjukhusen och hur SRQ skulle kunna bidra till detta. Har SRQ någon strategi avseende forskning på länssjukhusen?

Johan framhöll läns- och länsdelssjukhusens mycket goda kliniska kompetens och framhåller att det finns en mängd vardagliga kliniska frågeställningar värda att beforska och förkovra sig i.

Vad är då utmaningarna med forskning på läns- och länsdelssjukhus? Johan framhåller svårigheten att forska på distans, behovet av kritisk massa i forskning (dvs. behovet att dagligen vistas i en tillräckligt stor forskningsmiljö) och att 50% forskningstid borde vara minimum för doktorandstudier eftersom tanken är att en avhandling skall vara början och inte slutet på forskningskarriären. Hela syftet med forskarutbildningen, som över tid blivit alltmer formaliserad, är ju att utbilda nästa generations yrkesutövare. Den kritiska massans utmaning kan också göra det svårt att driva forskningsprojekt efter disputationen ute på mindre sjukhus.

Johan Askling ser ett stort utrymme för ”nyfikenhetsforskning”, dvs. forskningsprojekt i syfte att besvara den nyfiknes frågeställningar men inte nödvändigtvis kopplat till formell doktorandutbildning – kanske som en licentiatsexamen istället eller som en möjlig rekryteringsbas för framtida doktorander. Nu är det ett stort gap mellan å ena sidan vetenskapliga projekt under ST, och å andra sidan en formell doktorandutbildning med allt vad den innebär av kurser, försörjning och arbete. För att uppnå den ”kritiska massan” är det viktigt att bygga nätverk för forskning och klinik där det då kan bli mindre viktigt var man befinner sig lokalt.

Vad kan SRF göra? Databearbetning är ofta en flaskhals för forskande kliniker. SRQ bör öka sin kompetens och sina resurser för att tillhandahålla forskningsdata för länssjukhusläkare (och övriga) för dessa att bearbeta och besvara frågeställningar. SRQ bör också tydligare än nu samla och ta tillvara den erfarenhet som genereras av arbete med data från registret; som enskild forskare ska man ju inte uppfinna hjulet utan bygga på andras erfarenheter.

#### Medicine doktorer och PhD-studenter

Totalt finns alltså i dagsläget 17 disputerade reumatologer på läns- och länsdelssjukhus. Ängelholm, Alingsås och Hudiksvall är exempel på länsdelssjukhus med disputerad reumatolog. På länssjukhusen toppar Danderyd med 5 disputerade följt av Eskilstuna med 3 medicine doktorer. Därutöver finns disputerade reumatologer i Helsingborg, Karlskrona, Borås, Gävle, Falun och Östersund. Totalt finns 4 doktorandansömda varav två i Helsingborg och en vardera i Skövde och Falun. Det är viktigt att denna andel ökar. Annars riskerar läkarna att bli omsprungna akademiskt av andra grupper i sjukvården, t.ex. sjukgymnaster.

#### Vem handleder vetenskapliga arbetet under ST?

I de fall som det finns disputerad reumatolog på länssjukhuset brukar denne handleda ST-arbetet i medicinsk vetenskap. I övriga fall redovisar sjukhusen såväl att disputerad kollega inom sjukhuset med annan specialitet eller disputerad reumatolog på universitetssjukhuset handleder ST-läkaren.

#### Kommentarer

I fria kommentarsfältet i enkäten om akademisering av länssjukhusen finns följande kommentarer:

- Generellt positivt (Östersund).
- Uppmuntras lokalt men påverkar logistik för vardagliga patientarbetet och leder ibland till brist på resurser kliniskt (Falun).
- Höjer standarden på vidareutbildningen (Gävle).
- Behöver utvecklas även för post-doc (Eskilstuna).
- Akademisering mer påtaglig i andra yrkesgrupper såsom sjuksköterskor och sjukgymnaster (Spenshult).
- Läkarutbildning görs bättre på länssjukhus jmf. med universitetssjukhus och med bättre kontroll av studenterna – ingen kan slinka igenom (Sundsvall).

#### Sammanfattning

Vi ser – av en mångfald skäl – en ökad akademisering av länssjukhusen, vilken innebär stora möjligheter och vissa utmaningar. SRF och SRQ bör adressera frågan. Reumatologin vill vara en spjutspets in i framtidens hälso- och sjukvård. Ökad akademisering är en del av denna framtid.

TOMAS BREMELL

# ANNONS



# Ioannis krönika



Hotel del Coronado. Grandiost, vackert och hemsökt!



La Laguna de Las Flores och The Botanical Building i Balboa Park i San Diego. Vackert och lugnande!

**Hej och varmt välkommen ombord! Det här är ett flyg hem till Europa, till Sverige, till verkligheten. Gör dig en kopp gott kaffe eller te, sätt dig bekvämt i närmaste soffa och smaka en bit schweizisk choklad medan du drömmer dig bort med mina upplevelser på andra sidan Atlanten. Självt har jag redan fått ett första glas vitt och slagit på datorn. Är du redo?**

**D**enna resa har allt och lite till. Från stress inför presentationen till övergångar mot sagovärldar. Däremellan, mycket information från ACR-mötet, stimulans och idéer för framtida forskning och, naturligtvis, oförglömliga smakupplevelser.

Muntlig presentation nr 2 på stor kongress är nu avklarad, denna gång med mindre ångest och högre betyg. Min handledare, Iva Gunnarson, har inte möjlighet att närvara på grund av plikter på hemmaplan. Det känns som mitt i ett stort grekiskt bröllop bland en massa släktingar man aldrig träffat förr, utan mamma som går in och räddar vid frågor eller kommentarer man inte förstår sig på. Otydliga frågor och kommentarer utgör en stor fara vid presentationer, liksom ett hot vid grekiska bröllop. Som tur är har jag med mig Elisabet Svenungsson, som också håller föredrag samma dag i en senare session. Vi ger varandra stöd och bidrar till att både humor och självsäkerhet hålls högt. Många medforskare från kliniken kommer och lyssnar, tar bilder och ger stödjande kommentarer efter avklarad uppdrag. Maryam, Reem, Nancy, Adrian, alla er som varit där vill jag tacka stort från hjärtat.

**En del efterföljande frågor** är fullständigt oförståeliga. Föredraget är placerat i en session om B-celler vid SLE med många immunologikunniga i publiken. Du förstår! Men några andra frågor väcker eftertanke och ger idéer för senare steg. Ett intressant förslag för samarbete överraskar mig glatt och öppnar möjligheter för följande arbeten. Jag ser fram emot att komma hem, möta Iva och göra planer.

Lars Klareskog och Ingrid Lundberg har arrangerat ett stort eftermöte på Hotel del Coronado på Coronado Island, en mycket vacker halvö av historisk betydelse, väster om San Diego. Alla forskare från Karolinska Institutet som deltagit på kongressen är inbjudna. Har du aldrig varit där? Teleportera dig genast! Ett ställe direkt stiger ur någon sorts saga, vackert beläget i San Diegos västkant. På andra sidan landtungan ligger det grandiosa USS Midway, ett hangarfartyg omgjort till museum. Självtklart tar jag båten över dit!

**Det sägs att det spökar** på Hotel del Coronado och andar som inte fått ro brukar vara extra pigga när det är Halloween, vilket är fallet när vi är där. Kvinnan som checkade in i rum 312 i november 1892 checkade aldrig ut. Hon är kvar och har inget emot att göra sin närvaro märkbar. Mig verkar hon dock inte vilja ta kontakt med. Lika bra det kanske! Vid hotellet löper en underbar lång sandstrand vid Stilla havet som jag inte kan motstå att bada i. När jag senare berättar detta för kollegor från gruppen får jag skräckgrimaser. Det kunde tydligen ha gått illa. Det är kanske därför jag är helt själv i vattnet, inte bara för att solen hunnit gå ner, som jag då tror.

Hursomhelst, huvudsaken är att jag upplevt bad och vågor i Stilla havet, förevisat minnet och är intakt.

Trevligt möte, stort och generöst arrangemang av Lars och Ingrid, kransat av Lars motto "science is wonderful". Elisabeths tal om att Lars är generös, inspirerande och "just as wonderful" berör oss alla. Glada ansikten, leenden och en underbar stämning som lär bli bränslet till fortsatt uppväxt av världsberömd reumatologisk forskning vid Karolinska Institutet. Att vara del av detta stora gäng får en att känna sig hedrad och stimulerar för fortsatt engagemang.

**Om du någon gång blir lottad** att resa tillsammans med mig för kongress eller nöje kommer du att inse hur jobbig jag kan vara med mitt tvång att se och uppleva så mycket som möjligt. Från kultur och parker till traditionellt kök och varuhus. Alla främmande ord i menyer skall testas, magen skall växa, ögonen skall frestas. Bara då är resan avklarad och denna krönikör nöjd. Det kan innebära fattig sömn och bantning när man sedan kommit hem, men sådant får man ta och vara glad. Så ja, jag ser fram emot att komma hem och banta bort den amerikanska ostkakan, T-bensteken, den vilda stillahavslaxen och vinet.

**Utöver Coronado**, även en barndomsdröm förverkligas vid denna resa. Jag missar nämligen inte chansen för en kortvarig passage från verkligheten till Disneylands sagovärld. Trots att jag före besöket känner mig längtande och efter besöket vuxen, sätter jag högt betyg på upplevelsen. Du som varit där, visst håller du med

mig om att atmosfären i denna park inte är som i andra tematiska parker? Här blir man en del av sagan och glömmor bort sig en stund. Och när man är i min ålder, hur hemskt detta än låter, och åker berg- och dalbanor känner man sig pappa till många i omgivningen. Faderskänslor? Kanske något att fundera mer över.

Lite längre fram i korridoren kör värddinnan en vagn med middagslådor och choklad som retar mitt luktsinne och distraherar mig från skrivandet. Det är allt-

så dags att stänga av datorn och fälla ner brickan. Men i detta nummer blir du inte av med mig så lätt. Efter maten och lite sömn återkommer jag med några rader som aspirerar på att få dig att reflektera över tänket bakom utvecklingen av medicinsk terminologi och ifrågasätta trenden mot modernism och förenkling. Visst är du nyfiken? Bläddra vidare och ta del av mina tankar!

**Jag avslutar med** att önska dig God jul och Gott nytt år, för tredje året i rad via det här

forumet. Tiden går i galopp, nästan fortare än eldiga Emma. Fira ordentligt och önska dig allt. Jultomten har i år lovat att komma lastad och vara generös. Glögg i glaset, klor på fatet och min stående uppmuntran i åtanke: Glöm inte att då och då drömma dig bort. Glöm aldrig att le stort!

IOANNIS PARODIS

ioannis.parodis@karolinska.se

## Om stavning inom reumatologisk och medicinsk terminologi

Ett minne jag har från min unga tid i Sverige är en mening i ett remissvar som jag läser och läser och fastnar i och inte kan tolka. Jag är då ST-läkare i allmänmedicin och tjänstgör på Nacksta vårdcentral i Sundsvall. I utlåtandet till en röntgenundersökning av ländryggen står bland annat att "listes" av en kota ses. Jag slår upp ordet gång på gång, googlar det, frågar grekiska kollegor. Ingen framgång. Efter ett bra tag inser jag att röntgenläkaren tydligen menar "olistes" av kotan, alltså glidning.

Om man bryter isär ordet spondylo-listes i dess beståndsdelar får man de grekiska orden *spóndylos*, som betyder kota, och *olistes*, från *olistesis*, som betyder glidning. Det är förstås svårt för någon som inte talar grekiska att veta att i ordkombinationer innehållande två o i rad försvinner det ena o:et för eufonins skull. Det är därför lätt att tro att kombinationen utgörs av spondylo- och -listes, eftersom spondylo- är bekant i andra kombinationer, som till exempel spondylolys där *lysis*, från *lysis*, är ett eget ord. Ett annat exempel där o:et försvinner när det möter ytterligare en vokal är det inom reumatologi mycket bekanta begreppet spondylartrit, som är en kombination av orden *spóndylos* och *artrit*. Ett exempel där det är valfritt enligt grekisk grammatik att behålla eller välja bort o:et finner vi i ordet gastroenterologi, som på grekiska ofta blir gastreenterologi.

I just fallet om olistes har röntgenläkaren råkat göra ett stavfel, vilket inte riktigt är anledningen till mitt initiativ för denna debattartikel. Jag nämner det bara för att illustrera hur viktigt det är att i ett alltmer



iStockphoto.com

globaliserat samhälle kunna kommunicera med varandra genom att tala samma språk.

**Jag blir inspirerad att provocera** genom att inleda debatt kring stavning inom reumatologisk och medicinsk terminologi när jag inser att det pågår diskussion kring antalet "i" i ändelser av ord såsom angiit och dess kombinationer. Den tidiga versionen av ordet är angiitis, där även ändelsen av ursprungsordet behålls. Ändelsen *-itis* brukar signalera tillstånd av infektion eller inflammation och har i svenskan förenklats till *-it*. En sådan förenkling är enligt mitt ödmjuka omdöme acceptabel då den följer språkets utveckling och inte leder till förvirring. Även i grekiskan har *-itis* ersatts av *-itida*, som följer språkets moderna karaktär. För pluralisformen har man dock behållit det ursprungliga *-itides*, vilket fortfarande används även i engelskan. Kända exempel från reumatologin är *vasculitides*, *nephritides* et cetera. I svenskan har ändelsen av pluralisformen försvenskats till *-iter*, vilket också är fullständigt förståeligt, liksom ersättningen av c med k

och ph med f; små nyanser för att anpassa till språkets karaktär.

**Däremot ser jag**, hur jag än försöker, ingen logik i en eventuell framtida förenkling av ordet polyangiit till polyangit. Och jag kan förklara. Utifrån etymologisk synvinkel härstammar angiit från ordet *angio*, som betyder kärle, och ändelsen *-it*, från *-itis*, som här tyder på inflammation. O:et från *angio* försvinner när det möter det efterföljande i:et för eufonins skull, återigen enligt grekisk grammatik. Men vilken grammatisk regel förklarar att ytterligare en vokal från *angio-* väljs bort? Var sitter inflammationen då? Det första jag tänker på när jag hör angit är inflammation eller infektion i en struktur som heter ang eller ango. Någon sådan struktur finns så vitt jag vet inte. Och även om det funnits är det inte det vi med denna term vill beskriva.

**Ett annat begrepp** vi uppvisar en tendens till att vilja förenkla är ordet spondylartrit, som ofta blir spondartrit. En sådan förkortning införs inte för att anpassa ordet



till svenskans karaktär, utan för att minska på antalet stavelser i ett försök att göra ordet enklare. Frågan som väcks är var artriten sitter. Ordet *spondé*, som artriten då tycks sitta i, betyder i grekiskan något helt annat, nämligen libation.

Som en tumregel kan man då konstatera att ändringar av ändelser som införs för att ordet skall harmoniera med ett annat språk än ordets ursprungliga oftast är ofarliga; de leder inte till förvirring eller allvarlig betydelseändring. Samma sak gäller även för anpassning av bokstäver eller diftonger efter språkets karaktär. C och ph blir i svenskan k respektive f, enligt exempel ovan, utan att skada ordens betydelse. Th blir på samma sätt t, som till exempel i orden artrit och tyreoida. Att däremot införa ändringar i mitten av ett ord utan utförlig undersökning av konsekvenserna ur etymologisk och terminologisk synvinkel kan innebära risk för ändring av ordets betydelse.

**Med full respekt** gentemot alla som tycker annorlunda, menar jag att ändringar bör vara resultatet av utförliga processer och inte bara uppkomma. Detta av åtminstone tre uppenbara anledningar. En är faran för felaktiga syftningar. En annan är den självklara respekt som man bör visa för termernas ursprung. Och en tredje anledning är behovet av en så bred gemensamhet som möjligt för medicinska termer mellan olika språk, för att lättare kommunicera våra budskap, göra oss förstådda och förstå andra.

Den medicinska terminologin är ett språk i sig. Ett mycket "matematiskt" språk där basala ord och betydelsebärande ändelser kombineras för att begrepp skall konstrueras. Vi kan göra detta fina språk enklare för alla att använda genom att förstå logiken bakom konstruktionen av termer istället för att förkorta termer till ord som för andra kan vara svåra att förstå då de inte är logiskt konstruerade. Särskilt i moderna mångkulturella samhällen där folk överallt ifrån har aktiva och betydande roller i hälso- och sjukvården.

**Från stavning till förkortningar** för att lätta upp ämnet. Du kan inte ana hur förvirrande det var att gissa vad de olika förkortningarna betyder när jag först började arbeta i Sverige. Även nu kan förkortningar jag inte är bekant med sätta käppar i hjulet för mig när jag till exempel lyssnar på föreläsningar. Jag anmäler mig som rabiat förespråkare för användning av fullständiga termer. En anledning till detta är att man då slipper förvirring och underlättar kommunikationen mellan de olika specialiteterna. Alla våra förkortningar inom reumatologin är inte helt självklara för en neurolog, liksom en reumatolog inte kan begripa neurologernas alla förkortningar i första taget. En annan anledning är att det finns ett stort antal exempel på förkortningar som inom olika specialiteter står för helt olika saker. APS kan till exempel stå för såväl antifosfolipidsyndrom inom reumatologi som allvarlig psykisk störning inom psykiatri. Kanske inte det mest representativa exemplet men det första jag kommer på efter några timmar på flygplanet hemåt från årets ACR-kongress.

**För att inte låta diskussionen** om förkortningar ta fokus från stavning avrundar jag ämnet med att förtydliga att jag inte menar att döma ut användning av förkortningar. Jag flaggar bara för sund och lagom användning, utan överdrifter, och gärna undvikande när motiverande indikation för deras bruk saknas. Effektiv användning av utrymme vid olika slags kommunikation av vetenskapliga budskap är ett vanligt exempel där förkortningar kan vara befogade.

Dessa rader aspirerar på att få dig som använder medicinsk terminologi att tänka dig för innan du avviker från det ursprung-

liga begreppet enbart för tungans bekvämlighets skull. Och även få dig som har starka synpunkter, fattar beslut eller har en röst som påverkar språkutvecklingen att tänka efter före när du bildar opinion om förändringar av begrepp. Glöm inte att undvika förvirring, vandalism av ord och betydelseändringar. Ha alltid i åtanke att behandla vårt gemensamma språk med respekt gentemot dess skapare och omtanke gentemot dess övriga användare.

**Nu har jag sagt mitt** och kan koppla av och skicka detta till tryck och omdöme. Min enda kvarstående plikt för ett gott samvete och en mjuk sömn är att påminna dig om att alltid le. Även när du råkar läsa gamla anteckningar och inser att du glömt bort ett "i" i polyangiit eller ett "yl" i spondylartrit, tänk på mina rader och le. Du kommer då säkert att glatt komma ihåg att stoppa in dem på rätt plats nästa gång du dikterar eller korrekturläser anteckningar.



IOANNIS PARODIS  
ioannis.parodis@karolinska.se

ST-cartoon av Katerina Chatzidionysiou





Inför SCR 2014 i Stockholm fortsätter ReumaBulletinen sin presentation av våra nordiska grannländers reumatologi. Nu är turen kommen till Island där Gerður Gröndal ordf i FIG, Félags Íslenskra Gigtarläkna ([www.fig.is](http://www.fig.is)), dvs. Islands Reumatologiska Förening, berättar om reumatologin på Island som framförallt utbildningsmässigt skiljer sig från övriga nordiska länder i så måtto att alla måste specialutbilda sig utomlands. Detta skapar ju ett stort internationellt kontaktnät och erfarenheter från sjukvård ifrån många länder. I Sverige har vi stor nytta och glädje av isländska ST-läkare och specialister. Det är märkligt vad detta lilla land – 300 000 invånare – åstadkommer vad gäller forskning och sjukvård men även inom idrott (handboll, fotboll m.m.).



iStockphoto.com



## Reumatologi på Island

### Historik

Även om reumatologi på Island i stort sett har följt samma utveckling som i de andra nordiska länderna så har man genom tiderna utnyttjat landets speciella landskap med varma källor för lindring av olika sjukdomar, såsom reumatism.

Året 1782 publicerades en ganska värdefull bok av en isländsk läkare, Jón Pétursson (1733–1801), där han beskriver några reumatiska sjukdomar, speciellt ledgångsreumatism. Han verkar själv ha lidit av denna sjukdom och beskriver att den är mer

vanlig och sämre hos kvinnor jämfört med män. Han rekommenderar redan då att reumatiska patienter ska röra på sig, passa på digestionen och bada i varma källor.

I sagorna finns det inte mycket om reumatism men forskare tror sig kunna se att Egill Skallagrímsson (910–990) led av Paget's sjukdom och Snorri Sturluson (1179–1241) av gikt.

### Reumatologi som specialitet

Specialiteten reumatologi börjar utvecklas under ledning av professor Jón Þorsteins-

son, som blev den första överläkaren på reumatologisk avdelning på Landspítali, det nationella universitetssjukhuset, år 1969. Några år senare tillkommer ytterligare två specialister, men båda jobbade med reumapatienter och rehabilitering. Under samma tid växte den reumatologiska avdelning på Landspítali och så småningom utbildades där flera reumatologer. I dag finns där reumatologisk avdelning inom medicinkliniken, reumatologisk dagvård och mottagning på Landspítali. Dessutom finns det reumatologer verksamma på





länessjukhus på Västra och Norra Island. Slutligen finns det aktiva mottagningar på några privatkliniker.

### **Antal läkare och specialistutbildning**

Antal specialister i arbete är 13 (3 kvinnor och 10 män) varav 4 jobbar heltid på universitetssjukhuset, 2 jobbar deltid på universitetssjukhus och deltid privat, 5 är heltid privatpraktiserande, 2 jobbar på länessjukhus och en driver en fibromyalgiklinik privat. Reumatologer på sjukhus arbetar som både internmedicinare och reumatologer.

På Islands universitet finns en läkarlinje på sex år. Därefter är det obligatoriskt att arbeta som underläkare i ett år för att bli legitimerad läkare. I vissa specialiteter finns det specialistutbildning på Island såsom allmänmedicin, psykiatri och gynekologi. Där finns även utbildning för internmedicin på tre år. Efter detta söker läkare utomlands för utbildning inom specialiteter.

Isländska reumatologer är utbildade i Norden, Storbritannien och USA, i allmänhet på erkända universitetssjukhus. Detta ger en ökad styrka och variation som är väldigt viktig för en sådan liten grupp specialister.

De senaste åren har rekryteringen gått bra och ett stort intresse har funnits för specialiteten. I dag finns sju läkare under specialistutbildning eller har nyligen blivit specialister, i Stockholm, Lund, Göteborg och Oslo. Tre jobbar sedan några år tillbaka utomlands, en är överläkare i Oslo och två i USA.

### **Vidareutbildning av specialister**

Vidareutbildning arrangeras på ett icke organiserat men ändå aktivt sätt. Isländska reumatologer söker internationella möten och kurser, både med stöd av universitetssjukhuset och i samarbete med läkemedelsföretag. Den isländska reumatologföreningen arrangerar en del föreläsningar, se nedan. Vi ser det även som vår plikt och vårt nöje att utbilda allmänläkare i reumatologi och arrangerar seminarier för andra specialiteter, unga läkare etc. på den årliga isländska läkarstämman.

### **Patienturval**

De flesta isländska reumatologerna är inriktade på att diagnostisera och behandla inflammatoriska reumatiska sjukdomar, men privatpraktiserande reumatologer tar även hand om många patienter med artros och så kallade medicinska ortopediska till-

stånd. I dag finns det tyvärr för långa väntelistor för första besök hos reumatolog på Island.

Isländsk hälsovård har gått igenom stora nedskärningar efter bankkrisen 2008, men trots detta så har isländska reumatopatienter haft samma tillgång till de nya biologiska mediciner som patienter i övriga nordiska länder. Omkring 670 patienter behandlas för närvarande med biologiska mediciner, 50% med reumatoid artrit, 20% med spondartrit, 20% med psoriasis artrit och resten med andra systemsjukdomar som vaskuliter, reaktiv artrit etc. Sedan några år tillbaka finns det ett omfattande nationellt register där alla patienter på biologiska mediciner följs regelbundet. Registret kallas för ICEBIO och använder samma plattform som det danska DANBIO.

### **Isländsk Reumatologisk Förening**

Föreningen har varit verksam sedan 1976. Styrelsen anordnar regelbundna möten, åtminstone två per termin, med inbjudna föreläsare, både isländska och internationella. Dessutom finns det möten där administrativa frågor diskuteras. Föreningen har sin egen hemsida [www.fig.is](http://www.fig.is).

År 2012 publicerade föreningen en bok om inflammatoriska ledsjukdomar och modern diagnostik och behandling med målgruppen andra specialiteter och hälso-sjukvårdspersonal. Föreningen anordnar även symposier på den isländska medicinska riksstämman i januari varje år. I år startar ett samordiskt forskningsprojekt, NORDSTAR, där föreningen har sina representanter i styrelsegruppen. Föreningen planerar ett gemensamt projekt för tidig artrit på Island.

Dessutom finns ett nära samarbete med föreningen för reumatopatienter och reumatisköterskor på Island.

### **Forskning**

Mer än hälften av de isländska reumatologerna är disputerade, tre är professorer och två är docenter. På Island finns en aktiv forskning, ofta med internationellt samarbete, såväl inriktad på basala sjukdomsmekanismer som klinik. Inom Landspítali finns det "Center for rheumatology research", dessutom samarbetar reumatologer med Decode genetics och Icelandic Heart Association. Exempel på grundläggande forskningsområden är epidemiologi och genetik vid SLE, RA, psoriasis artrit, Bechterew's sjukdom och artros; epidemiologi vid temporalis arterit; kom-

plement m.m. vid SLE; röntgenförändringar och genetik vid RA; rökning vid RA.

Klinisk forskning bedrivs med hjälp av ICEBIO-databasen, ibland i samarbete med DANBIO. Island deltar i den nordiska NORDSTAR-studien och isländska reumatologer är också verksamma i olika forskningsgrupper, såsom i SLICC och BIOLUPUS för forskning av SLE, biomarkörer och outcome measures vid vaskuliter, The Nordic psoriatic arthritis mutilans study och GRAPPA. Nyligen har ett fibromyalgicenter startas och det pågår forskning av både orsaker och behandling av fibromyalgi.

### **Framtiden för isländsk reumatologi**

- Bibehålla och utveckla reumatologi som en egen specialitet ev. utanför internmedicin.
- Förstärka forskning både inom Island och med samarbete internationellt.
- Se till att isländska patienter får bästa möjliga behandling med läkemedel enligt kliniska riktlinjer i Norden.
- Förstärka och utveckla vårt register ICEBIO med målet att förbättra behandlingen.
- Samarbeta mer med primärvården vad gäller vissa tillstånd så att tillgänglighet till reumatologer förbättras för svårare sjukdomar.
- Se till att det finns aktiv vidareutbildning av specialister samt att föreläsa regelbundet för andra discipliner.
- Vara en attraktiv specialitet för unga läkare och se till att rekryteringen fortsätter som den har varit under den senaste tiden.



**GERDUR GRÖNDAL, MD PHD**  
Associate Professor in Clinical Rheumatology,  
Department of Rheumatology and Center  
for Rheumatology Research,  
Landspítali, University Hospital,  
Reykjavik, Iceland

# ANNONS

# Cutting Edge Rheumatology in Lund 2013

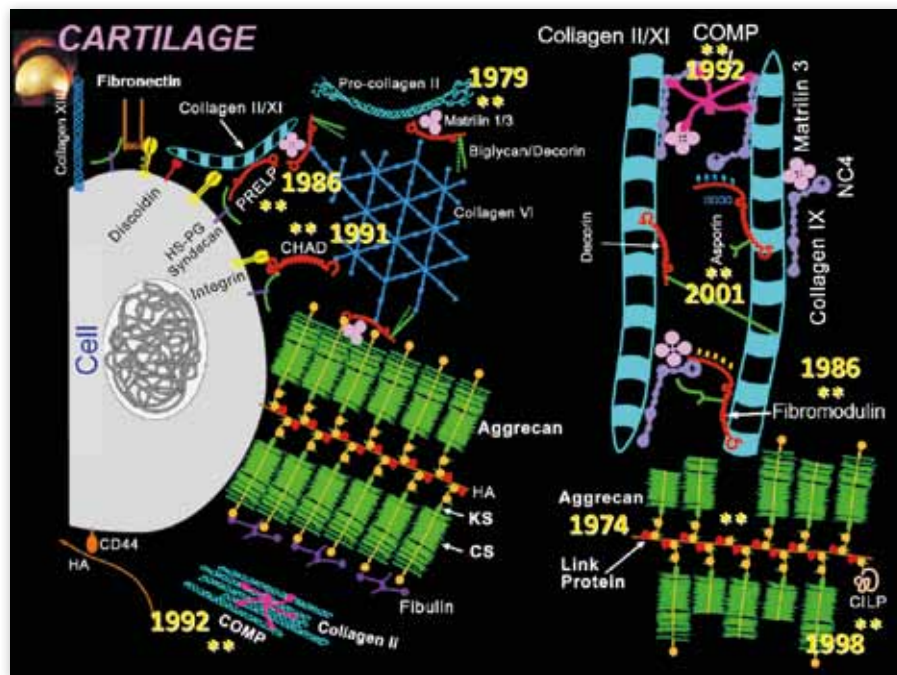
## Ett uppskattat möte med vemodig underton

### The legacy of Dick Heinegård

Den 3 oktober samlades c:a 150 deltagare i lasarettens aula för att delta i den traditionella uppdateringen på åtta utvalda områden inom vår specialitet, och som vanligt hade ingen av de åtta föreläsarna tidigare framträtt vid detta möte. Programmet hade sammanställts i samråd av Dick Heinegård, Tore Saxne och undertecknad och var helt klart, när Dick hastigt avled den 1 maj i år. Dicks kompetens som ledande bindvävsforskare i kombination med bred kontakt med den kliniska forskarvärlden har beskrivits i andra sammanhang. För Cutting Edge-mötenas kvalitet var hans vidsynthet, eminenta kontaktnät och kritiska omdöme en omistlig tillgång. Efter Dicks bortgång bad vi Vincent Hascall, Cleveland, en av Dicks tidigaste medarbetare och vän sedan fyra decennier, att sammanfatta Dicks vetenskapliga insatser. Vince gjorde detta på ett utomordentligt engagerat sätt. Han nämnde Dicks lärare Sven Gardell, Dicks lärdomsår med Helen Muir på Kennedy Institute i London, redogjorde sedan för sitt möte med Dick på en Gordon-konferens i juni 1971, vilket ledde till att Vince kom till Lund 1972–73 på sabbatsår och aktivt medverkade i Dicks diputation 1974. Vince slutade med att visa en bild baserad på en som Dick visade vid ett föredrag i Cleveland för ett år sedan och som visar de olika makromolekylerna i broskmatrix, Dicks livsverk i ett nötskal. Årtalen på bilden syftar på tiden för upptäckten av respektive komponent – av Dick! Auditoriet fick uppleva vilket tomrum denna gigant lämnar efter sig (se Tore Saxnes minnesord i nummer 3/2013 av Bullen).

### Dendritic cell subsets in the regulation of adaptive immune responses: lessons from the mucosa

Catharina Svanborg, Lund, introducerade den förste "ordinarie" talaren William Agace, Lund. Inledningsvis erinrade Agace om effekter T-cellernas adresslappar som styr deras trafik till olika organ, lungor, hud och tarm. Deras egenskaper är väl ka-



Bilden visar de olika makromolekylerna i broskmatrix, Dick Heinegård's livsverk i ett nötskal. Årtalen syftar på tiden för upptäckten av respektive komponent – av Dick!

rakteriserade. Mindre är känt om biologin hos de dendritiska cellerna (DC) som finns i alla organ och medverkar i reglering av homeostas, inflammation och infektionsförsvar. Studier av DC har länge försvårats av att brist på specifika markörer gjort det svårt att skilja dem från makrofager. Detta har inte minst genom studier i Agaces lab nu ändrats och det är möjligt att identifiera distinkta subtyper av DC. Den tidigare uppfattningen att DC huvudsakligen är tolerogena gäller inte längre. Vissa DC kan tvärtom mediera IL-17-produktion hos T-hjälparceller. DC visar sig ha en central roll i reglering av samspelet mellan naturligt och inducerat immunsvaret, och de ter sig rent av attraktiva som måltavlor för riktad terapi vid autoimmuna sjukdomar. Tillsammans med tidigare doktoranden infektionsläkaren Jan Marsal studeras nu inflammatorisk tarmsjukdomar. Monoklonala antikroppar mot vissa DC hos möss kan minska bildning av IL-6. Således finns potential för ny riktad terapi i denna forskning kring dendritiska celler.

### The role of NETs in infection and SLE

Anders Bengtsson, Lund, introducerade Arturo Zychlinsky, Berlin. Zychlinsky studerar en annan cell som ibland kommit i skymundan, granulocyten eller den neutrofila polymorfkärniga vita blodkroppen, PMN. Att PMN deltar i förstahandsförsvaret mot infektioner har varit känt sedan Metchnikows och Ehrlichs upptäckt av fagocytosen på 1880-talet. Granula från PMN bildar baktericida enzym och reaktivt syre som dödar den fagocyterade mikroorgnismen. Men 2004 upptäckte Zychlinsky att PMN kunde döda Shigella-bakterier även extracellulärt genom att bilda omfattande fångstnät, *neutrophil extracellular traps*, NETs. PMN bildar NETs under inverkan av en lång rad bakterier förutom Shigella som ett sorts sista insats innan de dör i vad som nu kallas NETos, alltså ett tredje sätt att dö utöver nekros och apoptos. I eleganta försök kunde det visas att NET innehåller kromatin, DNA och elastas från modercellen. Histon kan identifieras som en viktig antibakte-

riell komponent i NETs. DNAase bryter ner NETs, men vid SLE föreligger en defekt förmåga att avlägsna NETs, möjligen kunde detta bero på autoantikroppar mot DNAase. PMN hos patienter med SLE bildar dessutom lättare NETs än normalt. Zychlinsky har öppnat en ny värld som belyser de kortlivade cellernas fascinerande biologi. Han illustrerade sitt föredrag med utsökta filmsnuttar av NETs och döende celler. Det var en stor upplevelse att lyssna till denne pionjärforskare vars karriär började i Mexiko och fortsatte i New York och Paris innan han landade i Berlin där han nu bor med sin tyskfödda hustru som utforskar fågelsångens molekylära biologi. Arturo är chef för ett Max Planck-institut för infektionssimmunologi.

### Cellular immunopathology of spondylarthritis

Lennart Jacobsson, Göteborg, introducerade Dominique Baeten, Amsterdam som gav en initierad framställning av de senaste framstegen rörande spondylartriter, SP, till vilka han bidrar aktivt. Den klassiska HLA B-27-associationen definierar en grupp av besläktade men inte identiska kliniska tillstånd. Med tillgång till ett antal andra genetiska associationer, låt vara inte av samma storleksordning, framkommer en mer heterogen bild av associationer som man hoppas skall ge fingervisningar om patofysiologiska mekanismer vilka i sin tur kan ge underlag för ny terapi. *Genome wide association*, GWAS, har identifierat samband med tre komponenter relaterade till TNF-signalering: TNFR1A, TRADD, och TNFSF15. Trots den väldokumenterade ofta dramatiska effekten vid SP är det inte klarlagt exakt hur TNF verkar, eller varför inte alla patienter svarar gynnsamt. En intressant jämförelse gjordes mellan RA och SP. TNF-nivåerna i cirkulationen är visserligen förhöjda vid SP men inte lika mycket som vid RA.

Ett viktigt genetiskt samband med SP är en punktmutation i receptorn för IL-23, IL-23R, som bl.a. stimulerar lymfocyter till polarisering mot Th17. En annan observation är att HLA-B27-molekyler vid SP inte bara spelar en roll för antigenpresentation utan genom att inte veckas på normalt sett, *misfolding*, inte bildar normala dimerer på cellytan. Detta i sin tur leder till ökat uttryck av IL-23R. Vid SP finner man kraftigt uttryck av IL-17A, men inte främst i Th17-celler utan i myeloida celler tillhörande det naturliga immunförsvaret. Denna kunskap har motiverat pågående terapiförsök med secukinumab, en hämmare av IL-17A som preliminärt givit uppmuntrande re-



Tre aktörer vid Cutting Edge-mötet: Lars Klareskog, Peter Gregersen och Catharina Svanborg

sultat. Effekten av anti-IL-17-terapi vid RA har varit mindre imponerande. Baeten har också funnit att mastceller förekommer i ökad mängd och troligen har viktiga funktioner vid SP. Det lyckades Baeten att förmedla all den nya kunskapen på ett fängslande sätt och det liksom dagens andra föredrag följdes av en livlig diskussion.

### Shifting paradigms in osteoarthritis

Den första Dick Heinegård-föreläsningen hölls av Tonia Vincent, Kennedy Institute, Oxford. Hon presenterades något opåkallat raljant av ortopederna Leif Dahlberg, Lund, som uttryckte sin glädje över att osteoartrit äntligen kommit på dagordningen för vårt möte, en något orättvis kritik eftersom vi haft inslag om "artros" även på nästan varje tidigare Cutting Edge-möte, och med tanke på att Dick och Tore bedrivit framgångsrik forskning på området under decennier. Tonia inledde sitt föredrag med att citera några favoritgroddor hon serverats från brittiska kolleger, främst ortopederna: "*Cartilage is like rubber. It wears down with age*". Andra mindre grova men dogmatiska missförstånd är: påståendet att ledbrusk är en inert vävnad som inte är innerverad och alltså inte kan signalera smärta; analgetisk behandling kan skada brosk; broskskada är en passiv form av degeneration; skadat brosk saknar förmåga till läkning. Istället visar professor Vincent att nedbrytning av brosk är en i högsta grad aktiv process där två enzym spelar en huvudroll: ADAMTS 4/5 är aktivt som aggregandas och MMP13 som kollagenas. 2009 påvisade Vincent i

musförsök att en tillväxtfaktor, *fibroblast growth factor 2*, FGF-2, kopplad till matrixproteinet perlekan i den pericellulära matrix som omger varje kondrocyt, kan stimulera kondrocyter till reparation och hämma ADAMTS 4/5 och motverka cyto-kininducerad nedbrytning av brosk. FGF-2-signalering aktiveras vid belastning av mekanoreceptorer på kondrocyternas yta. Tonia Vincent arbetar med en kirurgiskt destabiliserad knäled som modell. FGF-2 stimulerar även bildning av *nerve growth factor*, NGF, i kondrocyter, som signalerar smärta. Immobilisering minskar uttrycket av bl.a. CCL2, IL-6, COX-2, och TSG6, medan delning av ischiasnerven endast åstadkommer ofullständig hämning av dessa mediatorer av inflammation och smärta. Kompression och flexion påverkar också mediatorerna på olika sätt. Vincent kunde visa att i musmodellen var tidig smärta beroende av TNF i motsats till sen smärta. Båda smärtfaserna kunde hämmas av en löslig receptor till NGF, TrkAd5. Smärta kan mätas i musmodellen genom registrering av mössens rörelsemönster. Tonia Vincents utomordentligt klara presentation väckte naturligt nog en livlig diskussion. En fråga som kom upp var smärtbehandling av osteoartrit med monoklonala hämmare av NGF. En lovande studie med en human monoklonal, fultranumab har nyligen publicerats (Pain 2013;154:1910-19), men pågående fasII/III-studier med en humaniserad men inte helt human antikropp, tanezumab, avbröts (tillfälligt?) av FDA på grund av progredierande destruktions hos några patienter.



---

» Ett återkommande ord i föredraget var ”endophenotype”. Man drömmer om att kunna identifiera relevanta biomarkörer för diagnos och prognos. Vägen dit är emellertid ännu lång och trots alla teknologiska framsteg mödosam. Men utan noggrann observation och dokumentation av de enskilda patienterna kan inga verkliga framsteg göras. Kliniska färdigheter har långt ifrån spelat ut sin roll. «

---

### Genetics and the clinical variability of autoimmune disease

Crafoordpristagaren Lars Klareskog var chairman för Crafoordpristagaren Peter Gregersen, New York, som inledde med att lite i förbigående nämna att ett 100-tal genetiska faktorer kunnat knytas till mottaglighet för RA. Intresset nu fokuseras mera på de funktionella följderna av polymorfismen hos mottaglighetsgenerna och identifiering av möjliga associationer till kliniskt heterogena fenotyper. En viktig lärdom är också att genuttryck skiljer sig mellan olika celler och att olika celler dominerar vid olika sjukdomar, t.ex. CD4+ celler vid RA och dendritiska celler vid Crohn's sjukdom.

Vidare framhölls att endast 7% av de associerade SNP-varianterna finns i de avsnitt som kodar för proteiner. Mottaglighetsgenerna kan inte ensamma förklara sjukdomsheterogenitet hos drabbade patienter vilket visar hur viktiga epigenetiska faktorer är. Ett återkommande ord i föredraget var ”endophenotype”. Man drömmer om att kunna identifiera relevanta biomarkörer för diagnos och prognos. Vägen dit är emellertid ännu lång och trots alla teknologiska framsteg mödosam. Men utan noggrann observation och dokumentation av de enskilda patienterna kan inga verkliga framsteg göras. Kliniska färdigheter har långt ifrån spelat ut sin roll.

Sällsynta *single nucleotide polymorphisms*, SNPs kan visa sig ha stor klinisk betydelse. Ett exempel är transkriptionsfaktorn *Forkhead box O3*, FOXO3. Ökat uttryck av den sällsynta varianten ”G” har visat sig predestinera för mild sjukdom vid RA och Crohn's men svårare form av malaria. Förklaringen är att balansen pro-/antiinflammatoriska cytokiner påverkas så att inflammation motverkas. Det motsatta förhållandet råder när den vanliga varianten dominerar. Man ser att kartläggning av hela genomet med GWAS lämnar många frågor obesvarade men att potentialen för att upptäcka praktiskt viktiga enkla samband finns.

### The role of ACPA in the pathogenesis of rheumatoid arthritis

Karin Lundberg, Stockholm, arbetade under fyra år på Kennedy institute i London i Patrick Venables grupp. Hon var nu chairman för sin förre chef. Efter att under många år ha arbetat med virus' betydelse för autoimmunitet har han blivit känd för sitt banbrytande arbete kring sambandet mellan *pophyromonas gingivalis* och RA. Dessa organismer som orsakar parodontos är den enda kända mikroorganism som kan bilda ett citrullinerande enzym som liknar människans. Hypotesen är att detta peptylarginindeiminase, PPAD, initierar eller potentierar den citrullinering som man menar driver den ACPA, *Anti-Citrullinated-Peptide-Antibody*, positiva sjukdomsprocessen vid RA.

För diagnos av RA används tester som bygger på syntetiska (generiska) cykliska citrullinerade antigen, t.ex. CCP2. Vad Venables är intresserad av är vilka biologiska autoantigen som ger upphov till ACPA. Dessa kan vara många men det finns konfirmerade rapporter för fibrinogen, vimentin, enolas, och kollagen. Den andra huvudfrågan är hur antikropparna orsakar sjukdom. I samarbete med Jan Potemkas grupp i Krakow har ett direkt orsakssamband påvisats mellan PPAD och försvårad destruktiv kollagenartrit hos möss. Om motsvarande gäller för RA återstår dock att bevisa.

ACPA-positiva patienter svarar sämre på behandling med anti-TNF, men detta gäller tills vidare oavsett finspecificitet. Rökning är en känd faktor som ökar citrullinering i andningsvägarna, men det måste finnas andra miljöfaktorer som bidrar. En analys av antikroppar mot arginin, kollagen, vimentin respektive enolas hos patienter med parodontit visade överraskande att majoriteten var riktade mot icke-citrullinerade proteiner. En hypotes är dock att denna förlust av tolerans mot icke-citrullinerade autoantigen bereder marken för epitopspridning och utbrott av RA.

I diskussionen framkom att kvinnor i Afrika och Malaysia som inte röker har en ökad benägenhet att bli ACPA-positiva och Lars Klareskog föreslog att detta kunde hänga samman med okända faktorer i den dammiga miljön där. Frågan om betydelsen av passiv rökning förblev obesvarad.

### Pain mechanisms in arthritis

Stefan Bergman introducerade Hans-Georg Schaible, Jena, som började med att citera en omfattande norsk rapport från 2006 som funnit att kronisk smärta förekommer hos ca 20% av vuxna i 19 europeiska länder. Smärta är snarare regel än undantag hos patienter med artrit. Schaibles initierade analys började med en beskrivning av det nociceptiva smärtsystemets organisation. Smärta är både diskriminatorisk, d.v.s. signalerar varifrån det onda kommer, och affektiv, d.v.s. påverkar sinnesstämningen. Man skiljer på primär och sekundär hyperalgesi vilka aktiverar olika regioner i hjärnbarken, benämnda S1, S2, främre singulära cortex och prefrontala cortex. Modern bildframställning visar att kronisk smärta leder till minskad volym av barken i dessa regioner. Smärtupplevelse är delvis genetiskt styrd och särskilt hos kvinnor kan man se familjär benägenhet för smärttillstånd.

Inflammation påverkar receptorer för nociceptiv smärta och uppgraderar känsligheten genom påverkan på jonkanaler. TNF bidrar till den molekylära regleringen av smärta och sänker smärttröskeln. En del av effekten med anti-TNF-behandling vid artrit förklaras av att smärttröskeln normalieras. Olika cytokiner skiljer sig i fråga om inverkan på smärta. IL-1 har främst betydelse för termal smärta medan IL-6 och IL-17 påverkar särskilt mekanisk smärta, medan TNF påverkar båda typerna. Smärtintensitet är som alla vet beroende av stämningsläge hos individen och det finns särskilda signalvägar som medierar avledande impulser.

Prostaglandin E2 aktiverar som bekant nociceptiv smärta via receptorerna EP2

och EP4. Schaibles grupp har nu kunnat påvisa att receptorn EP3 som också aktiveras av PGE2 i stället medierar hämning av nociceptiv smärta. Relevansen understryks av att denna receptor finns uttryckt i synoviala celler. Upptäckten kan få terapeutisk betydelse.

### The role of synthetic DMARDs in modern treatment of rheumatoid arthritis

Carl Turesson intruderade James O'Dell, från Omaha, NE, USA. Han är mest känd för lanseringen av trippelterapi med metotrexat, salazopyrin och hydroxyklorokin vid RA. Trippelbehandlingen är inte allmänt accepterad och det var därför värdefullt att ta del av två nya studier som belyser dess värde i jämförelse med annan behandlingsstrategi vid RA.

Den första studien, kallad TEAR, publicerades nyligen (Arthritis Rheum 2013;65:1985-94). Där jämfördes dubbelblint initial behandling med enbart metotrexat med initial trippelbehandling. Det visade sig att 30% av patienterna svarade tillfredsställande på enbart metotrexat, och att slutresultaten hos de 70% patienter som först fick monoterapi och sedan trippelterapi blev lika bra. I den andra studien benämnd RACAT (Arthritis Rheum 2012;64:2824-35) jämfördes behandling med etanercept plus metotrexat med trippelterapi dubbelblint hos patienter som inte svarat på enbart metotrexat. Inte heller denna studie påvisade skillnader mellan grupperna. En fråga om vilken roll som spelats av samtidig behandling med glukokortikoider, som gavs till omkring hälften av patienterna, förblev obesvarad. Dessa resultat kan få inflytande på behandlingsstrategier och behandlingkostnader under förutsättning av att de kan bekräftas.

### Lessons of the day (summing up)

Lars Klareskog, Stockholm, avslutade dagen med en återblick som innehöll hans syn på Dicks betydelse särskilt för utvecklingen av vår specialitet vid kliniken i Lund, i Sverige och i världen. Han erinrade om sin egen väg från Per Pettersson i Uppsala över Torvard Laurent och Hans Wigzell till KS – och till Crafoordpriset 2013. Han nämnde de tidigare Crafoordpristagarna Ravinder Maini och Marc Feldmann år 2000, Eugene Butcher och Timothy Springer år 2004, Charles Dinarello, Tadmitsu Kishimoto och Toshio Hirano år 2009. Allt vittnande om den reumatologiska forskningens dynamiska framsteg. Crafoordpriset för polyartrit förtjänar större publicitet. Till sist gav han en kärnfull sammanfattning av dagens föredrag som även nämnde den nyligen publicerade artikeln om hur epigenetikens mysterier börjar nystas upp, bl.a. med hjälp av *epigenetic DNA marks* (Nature Genetics 2013;45:124-130). Denna för mig inte helt lättlästa artikel rekommenderas som hjärngymnastik för nyfikna läsare.

Årets Cutting Edge Rheumatology in Lund symposium kunde genomföras med stöd av Kåre Berglunds Stiftelse och Rune Grubbs föreläsningssfond. Mötet sponsrades gemensamt av Abbvie Scandinavia och Pfizer AB Sweden. Vi är mycket tack-samma för den generösa hjälpen

Särskilt tack till Tore Saxne för kritisk genomgång av detta manuskript.

**FRANK WOLLHEIM**

Reumatologiska kliniken i Lund

## SRF:s STYRELSE 2013



### Ralph Nisell

#### Ordförande

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



### Boel Mörck

#### Vice ordförande

Reumatologiska kliniken  
SU/Sahlgrenska  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 10 00  
boel.morck@vgregion.se



### Gerd-Marie Alenius

#### Facklig sekreterare

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



### Britt-Marie Nyhäll-Wählin

#### Kassör

Kliniken för reumatologi  
Falu lasarett  
791 82 Falun  
Tel 023-49 27 22  
britt-marie.nyhäll-wählin@ltdalarna.se



### Anna Rudin

#### Vetenskaplig sekreterare

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



### Ann Knight

#### Utbildningsansvarig

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



### Johan Karlsson

#### Ledamot, representant för läkare under utbildning

Reumatologiklinik Lund-Malmö  
Skånes Universitetssjukhus, Lund  
221 85 Lund  
046-17 16 17  
johan.karlsson@med.lu.se

FOLKETS HUS, STOCKHOLM / 20–23 SEPTEMBER 2014

## Scandinavian Congress of Rheumatology



# Den 35:e Skandinaviska kongressen i reumatologi

## 20–23 sept 2014 i Stockholm

**Den 35:e Skandinaviska kongressen i reumatologi kommer att äga rum i Folkets hus, City konferenscenter vid Norra Bantorget i centrala Stockholm.**

Den skandinaviska kongressen 2014 kommer att ha ett fokus på områden som är av gemensamt intresse i de skandinaviska länderna. Det övergripande temat för kongressen är "Prevention och behandling av reumatiska sjukdomar med integrering av biologi, livsstilsfaktorer och outcome". Ett viktigt mål med kongressen 2014 är att ge unga forskare som arbetar med vetenskap inom reumatologi möjlighet att presentera sig och sin forskning. Ett annat viktigt mål är att lyfta fram tvärprofessionell forskning inom Skandinavien. Kongressen sker i samarrangemang mellan Scandinavian Society for Rheumatology, Svensk Reumatologisk Förening, Nordiskt Reumaråd som representerar de nordiska patientföreningarna, nordiska Health Professionals och barnläkare från Skandinavien.

För att stärka utbildning inom reumatologi kommer kongressen att inledas med två parallella en-dagarskurser, en med fokus på klinik för läkare under utbildning och en med fokus på forskning för doktorander verksamma inom reumatologi, från lördag eftermiddag den 20:e till lunch söndagen den 21 september. Kurserna kommer att vara interaktiva med aktiv medverkan av kursdeltagarna och kommer att hållas på Karolinska Universitetssjukhuset efter föransmälan.

Själva kongressen börjar kl 13:00 söndagen den 21 september och avslutas med Key note-föreläsningar tisdagen den 23 september kl 16:00. Programmet kommer att bestå av översiktsföreläsningar, interaktiva workshops, parallella vetenskapliga sektioner med utrymme för muntliga presentationer av inskickade abstrakt samt posterutställning, som kommer att få en central roll i programmet. Kongress- och resebidrag kommer att finnas tillgängliga att söka för studenter och postdocs, och priser kommer att utdelas till bästa abstrakt och bästa postrar.

Den vetenskapliga kommittén är sammansatt av representanter från de skandinaviska reumatologiföreningarna, yngre forskare, Nordiskt Reumaråd, barnläkare och health professionals. Arbetet med programmet pågår för fullt.

Anteckna redan nu datumen i september 2014 i din almanacka.

Följ utvecklingen av programmet på [www.scr2014.se](http://www.scr2014.se)

### Varmt välkomna!

Ingrid Lundberg  
Scandinavian Society for Rheumatology

Ralph Nisell  
Svensk Reumatologisk Förening

## VÄLKOMMEN TILL REGISTER- OCH RIKTLINJEDAGARNA

23–24 januari 2014

Registerdagen torsdag 23 jan, kl 9.00–16.30

Gard-aulan, Smittskyddsinstitutet, Karolinska Institutet

Riktlinjedagen fredag 24 jan, kl 9.00–15.30

Rolf Lufts auditorium, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Register- och Riktlinjedagarna kommer som vanligt att innehålla redovisningar, uppföljningar, uppdateringar, nyheter och utvecklingsfrågor omkring SRQ och SRFs riktlinjer men även tillfälle till diskussion och kunskapsutbyte.

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister har 20-årsjubileum och det kommer vi naturligtvis fira med ett mingel efter Registerdagen!

Vi ser fram emot ditt deltagande och  
kan lova dig ett spännande och intressant program

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister & Svensk Reumatologisk Förening

Anmäl dig till:

[Inga.Lodin@karolinska.se](mailto:Inga.Lodin@karolinska.se)

Läs mer på:

[www.srq.nu](http://www.srq.nu)

[www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)

# ANNONS



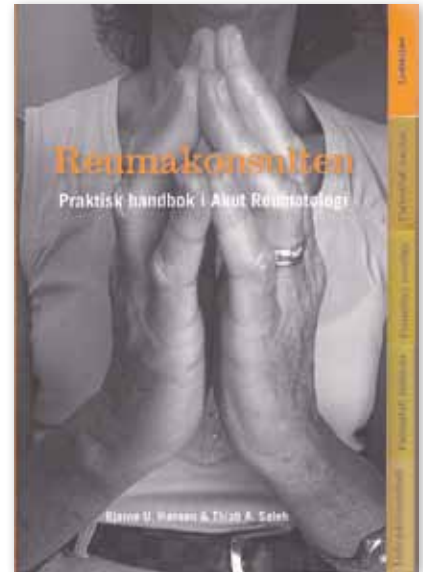
# Reumakonsulten – Praktisk handbok i akut reumatologi

**B**oken i häftesformat med registerflikar är en handbok/lathund riktad till primärvårdskollegor och andra icke-reumatologspecialister. Den består till stor del av patientfall/sjukhistorier som enligt författarnas erfarenhet ofta leder till att reumatolog kontaktas för råd om diagnos och handläggning. I förordet markeras tydligt att det enbart gäller ställningstagande till patienter med olika inflammatoriska led- och organsymtom. De betydligt oftare förekommande icke-inflammatoriska smärttillstånden avhandlas inte. Goda basfakta ges om teknik vid ledundersökning och ledpunktion. Inledningsvis framhålls att säker diagnos förutsätter god/omsorgsfull anamnes och klinisk undersökning. Genvägar finns inte! Kraftig varning utfärdas för att använda laboratorievapnet och skjuta gagnlösa ”hagelsvärmar” i situationer då anamnes och klinik uppfattas som oklar. Sådant förfarande leder ofta till fallgropar/feldiagnos och iatrogena skador. Antalet ”ANA-invalider”, till följd av oskicklig handläggning, är

förfärande många! Diagnostiska laboratorieprover är till för att avvisa eller fastlägga en ”tentativ diagnos”. Här och var kryddas framställningen av instoppade sentenser, ex.: ”Om man hör hovtramp kan det vara en zebra, men det mest sannolika är att det är en häst (Okänd)”.

**Sammanfattningsvis:** lättläst, välskrivet häfte med kort, koncis och informativ text rikligt illustrerad med ett utsökt bildmaterial. Två erfarna kliniker delar lättillgängligt och tänkvärt med sig av sina erfarenheter genom goda och handfasta råd/tips. Boken kan rekommenderas till alla icke-reumatologer som har att handlägga patienter med artrit/synovit och andra typer av inflammatoriska organsymtom. Den fungerar också som en första introduktion för de unga kollegor som ämnar beträda den reumatologiska arenan.

**IDO LEDEN**  
Senior Reumatolog,  
Kristianstad



**Reumakonsulten.**  
**Praktisk handbok i akut reumatologi**  
Bjarne U. Hansen  
& Thiab A. Saleh.  
Mölnådal: Göteborgstryckeriet, 2013

## Aktuellt om levnadsvanor inom SRF

**Levnadsvaneprojektet rullar på och har nu fått en permanent hemvist i MoRR-gruppen.**

**A**rbetet med reumatologispecifika kostrekommendationer är nu avslutat – se hemsidan! Vi tackar dietist Maria Franzén, SU, för gott samarbete. Maria Franzén är dessutom engagerad i det nationella projektet ”Dietisters samtal om levnadsvanor”.

Önskemål om framtagande av nationell reumaspecifik patientinformation om rökstopp har framförts och är nu under processande.

**Nästa år kommer LVP** inom reumatologi handla om framförallt två saker – regional utbildning i MI-metoden och reumaspecifik information om Fysisk Aktivitet.

Årets riksstämman med sitt nya fräscha upplägg på Waterfront innehöll en strim-

ma om levnadsvanor. Det handlade bl.a. om ”en rökfri operation” – kanske något för Reumatologin att haka på för ett strukturerat samarbete kring reuma-patienter som opereras, för ett *varaktigt rökstopp*?

Den 4 februari 2014 är det dags för SLS återkommande ”Levnadsvanedag” i SLS lokaler i Stockholm, i år under rubriken ”Från vision till verkstad”. Martin Ingvar inledningstalar om levnadsvanor och beteendeförändringar utifrån hjärnans belöningssystem och neurofysiologiska aspekter – garanterat intressant! Dagen bjuder på ett fullspäckat program och vi hoppas se många kollegor där från hela landet. Se: <http://www.sls.se/Levnadsvaneprojektet/SeminariumKonferenser/Levnadsvanedagen-4-februari-2014/>

**Jag vill också göra reklam** för SRF:s hemsida. När ni nu laddar ner den nya appen för hemsidan i mobilen så passa på att klicka



på Levnadsvaneprojektets hjärta. Klicka er sedan vidare till Maj-Lis Hellenius inspirationsfilm om levnadsvanorna eller klicka på bilden av en enskild levnadsvana och se YouTube-klippet om just den levnadsvana du är intresserad av. Dessa YouTube-filmer är tagna i samband med en turné-föreläsning som anordnades i somras. För den som tycker att de är för långa, så kommer det en redigerad, koncentrerad version.

**ANN-MARIE CALANDER**  
Överläkare reumatologi, sektionsansvarig SRF i SLS Levnadsvaneprojekt



## Välkommen till första upplagan av Reumadagarna i Örebro

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

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

Vi hälsar er alla varmt välkomna till Reumadagarna i Örebro 1–4 april 2014!

Per Salomonsson  
Marie Vallgård

## PFIZERS STIPENDIUM FÖR SAMARBETSPROJEKT INOM REUMATOLOGI 2014

**Tid:** 2014

**Summa:** 100.000 kronor – utdelas som forskningsanslag och förvaltas av stipendiatens forskningsinstitution.

**Arrangör:** Pfizer AB i samarbete med Svensk Reumatologisk Förening.

**Målgrupp:** Kliniskt verksam läkare inom reumatologi med forskningsintresse som disputerat för mindre än 7 år sedan (föräldradedighet får räknas av, liksom för övriga stipendier från SRF med liknande tidsgränser). Sökande ska driva ett samarbetsprojekt som gagnar klinisk reumatologi i Sverige som innefattar två eller fler universitet/högskolor eller regioner i Sverige.

Sökande ska vara medlem i Svensk Reumatologisk Förening. Genom stipendiet för samarbetsprojektet vill Pfizer uppmuntra till ökat samarbete och erfarenhetsutbyte kollegor emellan.

**Ansökan skall innehålla:**

- Kort gemensam presentation av den sökandes forskningsprojekt på max en A4-sida
- CV med publikationslista från den sökande

**Vid bedömning av ansökningarna kommer särskild tonvikt läggas på**

1. Syfte och målsättning för samarbetsprojektet
2. Sökandens vetenskapliga kompetens

Offentliggörande och kort presentation av samarbetsprojektet sker i samband med utdelning av stipendiet under Svensk Reumatologisk Förenings "Reumadagarna" i Örebro 1-4 april 2014.

Målsättning är att projektet kommer presenteras som abstract vid nationell eller internationell konferens, samt att stipendiaten skriver i om projektet i Reumabulletinen.

**Stipendiekommitté:** Professorskollegiet inom Svensk Reumatologisk Förening.

Stipendiet utdelas årligen.

**Sista ansökningsdag:** 7 februari 2014

**Skicka ansökan elektroniskt till:** Emma Swärdh, Koordinator SRF, E-mail: [emmaswardh@svenskreumatologi.se](mailto:emmaswardh@svenskreumatologi.se)



# En kortfattad berättelse om fältmarskalk Lennart Torstenssons liv och sjukhistoria

## Historisk bakgrund

1600-talets Europa kännetecknas av framåtskridande och ökande välstånd, till skillnad från de föregående århundradena, som förmörkades av digerdödens förödande härjningar under 1300-talet. Merkantilismen hade gjort sitt inträde och med den ett stort antal manufakturver. Dessa främjade produktion och handel men krävde samtidigt olika typer av samordning, vilket förutsatte tidsmedvetenhet (alla måste infinna sig någorlunda samtidigt osv.). På gott och ont blev människor och samhällsfunktioner allt mer tidsstyrda.

## 30-åriga kriget (1618–48)

### Sveriges väg till stormakt

Danmark hade under många århundraden varit det ledande och mäktigaste landet i Skandinavien. Under 1600-talets första hälft blev rollerna ombytta. Sverige fick allt större inflytande och ekonomisk makt efterhand som man först fick kontroll över allt större landområden i Livland samt Polen och senare i Tyskland.

### Det 30-åriga kriget, Sveriges deltagande

Gustav II Adolf och det svenska riksrådet bedömde att Sverige aktivt måste engagera sig i det pågående kriget i Tyskland för att kunna behålla sin nyvunna maktställning. Formella beslut om sådant ingripande fattades i november 1629 och därefter inledde Gustav II Adolf truppförflyttningar mot tyska områden.

Svenska truppers uppträdande på tysk mark 1630 innebar att en ny aktör gjort sitt inträde på den tyska krigsarenan. Gustav II Adolf fick snart bundsförvanter av olika slag. Mest betydelsefullt var att Frankrike genom traktaten i Bärwalde 1631 ”lovade Sverige 400 000 riksdaler årligen i subsidier mot att Sverige höll en armé på 36 000 man i Tyskland” (3 s.151). Gustav II Adolfs mål med sin krigsföring var högst konkret och realpolitiskt, nämligen att snabbt få till stånd ett avgörande genom storseger över de kejsarliga trupperna. De efterföljande

fredsvillkoren skulle utformas så att Sveriges intressen i högsta grad gynnades. Strategiskt skulle detta åstadkommas genom att successivt besätta de centrala flodlinjerna i Tyskland (oundgängliga transportleder!) efterföljt av anfall mot de rika tyska arvländerna (Böhmen, Schlesien och Österrike). Den svenska hären var också oväntat framgångsrik fram t.o.m. slaget vid Lützen den 6 nov 1632. Slaget slutade oavgjort, men innebar ändå en svår förlust för svenskarna eftersom Gustav II Adolf stupade. Vid Nördlingen två år senare (augusti 1634) drabbas den svenska hären inte bara av sitt första stora nederlag utan överbefälhavaren Gustav Horn blir också tillfångatagen. Svenskarnas situation är nu närmast katastrofal och Axel Oxenstierna (AO) och det svenska rådet fruktar att Sverige skall tvingas inleda fredsförhandlingar med som följd stora förluster och eftergifter från svensk sida. Johan Banér utses till Horns efterträdare och utnämns samtidigt till fältmarskalk. Banér är framgångsrik och sakta återfår Sverige makt och inflytande. Vid två tillfällen följer han upp Gustav II Adolfs intentioner och invaderar kejsarens arvländer. Bägge gångerna tvingas han dock till återtåg på grund av problem att klara arméns underhåll. Under det senare återtåget insjuknar han i hög feber och avlider några månader senare, den 10 maj 1641, i Halberstadt.

Det från början interna tyska religionskriget hade nu övergått till en ren maktkamp om herraväldet i Europa. Kriget hade blivit självgående. Respektive länders trupper måste hela tiden förflyttas för att säkra sin försörjning. Civilbefolkningen utsattes för ett fruktansvärt lidande och grymt överväld. När härarna lämnade en region var denna totalt utsugen och utblottad. För Sveriges del gällde det att säkra besittningarna vid Östersjön. Johan Banérs död innebar att den svenska hären åter stod utan stark ledare. Truppernas moral försämrades efterhand och desertering och myteri började förekomma. Ledning- en hemma i Sverige var djupt oroad.



Johan Banér (1596–1641)



Lennart Torstensson (1603–1651)

### Lennart Torstenssons väg till fältmarskalk och Johan Banérs efterträdare

Lennart Torstensson (LT) föddes år 1603 in i en anrik gammal frälseätt från Västergötland. 15 år gammal började han tjänstgöra som page åt Gustav II Adolf. Denne inser snabbt hans begåvning och ser till att han under Gustav Horns ledning får utbildning i Holland, särskilt i befästningskonst och inom artilleriet. Han avancerar snabbt i graderna inom detta vapenslag och hans insats har avgörande betydelse för Gustav II Adolfs stora seger i slaget vid Breitenfeld 1631. I samband med strider utanför Nürnberg mellan den svenska hären och Wallensteins trupper i augusti 1632 hade



LT och hans framskjutna truppavdelning otur. De blir inringade och tillfångatagna. LT utväxlas i mars 1633 i utbyte mot en svåger till Wallenstein och återinträder omedelbart i tjänst (5). I april detta år leder han stormningen av fästningen Landsberg (5). Han får sedan i uppdrag att ingå i den eskort som skall hemföra Gustav II Adolfs lik. 1635 återvänder han till kriget i Tyskland för att som Jacob de la Gardies närmaste man leda krigsoperationerna i Polen. Efter uppnått stilleståndsavtal kunde LT förena sina trupper med Johan Banérs i november 1635. LT fortsätter sin tjänstgöring vid Banérs sida och nu som dennes närmaste man. De är två helt olika personligheter men samverkar väl och LT har stor del i Banérs framgångar på olika slagfält. Det är också från denna tid som det finns ett flertal skriftliga belägg för att LT periodvis var svårt sjuk, men trots detta som regel lyckades att framgångsrikt genomföra sina olika uppgifter. Under 1630-talets sista år vädjar LT regelbundet, såväl till Johan Banér som till AO, om att få bli hemförlovad för att han känner sig oförmögen att fullgöra sitt arbete. Bägge avslår länge hans anhållanden då de betraktar honom som oersättlig.

I ett av breven till AO skriver LT:

*Jag haver varken hand eller fot mäktig, ja, icke heller mitt huvud, efter värken haver stigit mig uti halsen och upp i huvudet. Gud vet, med vad besvär och plåga jag är belastad, att jag aldrig nog kan skrivat. När jag, understundom bliver så, att jag förnöds skull kan sitta en timma eller några på hästen – dock med stort besvär – så är jag inte mäktig med någon hand regera hästen, så att jag mången gång av otalighet önskar mig hellre döden än livet (5 s. 21).*

Hösten 1640 är han dock så medtagen att hans ansökan slutligen beviljas.

Knappt hemkommen tvingas han motvilligt återgå i krigstjänst med anledning av Johan Banérs död i maj 1641. Han utnämns till fältmarskalk och generalguvernör i Pommern och får order att så fort som möjligt på plats överta det högsta befälet över hären i Tyskland. Hans sjukdom fördröjde avresan och först i mitten av november når LT huvudarmén tillsammans med krigskassa och truppförstärkningar från hemlandet. Armén hade, som redan nämnts, demoraliserats och förfallit i väntan på sin nye ledare. LT:s ledaregenskaper gjorde sig snabbt gällande och efter ett par veckor har han återinfört disciplin, ordning och reda varefter det stod klart

**Faktaruta Lennart Torstensson**



**Figur 3. Porträtt av Lennart Torstensson daterat 1648, okänd konstnär. Notera att det inte finns några säkra tecken på ledförändringar/deformiteter!**

- 1603** född Forstena, Västergötland
- Fadern Torsten Lennartsson hade tjänstgjort under Sigismund och tvingats lämna Sverige det år Lennart föddes på grund av att hertig Karl övertagit makten.
- Modern Märta var född Posse
- 1618** skickas han till hovet för att bli kammardräng åt Gustav II Adolf
- 1629** överste vid artilleriet
- 1631** general
- 1633** giftermål med Beata de la Gardie
- 1641** riksråd (april) och några månader senare fältmarskalk och generalguvernör i Pommern
- 1647** greve
- 1648** generalguvernör för de västsvenska länen med säte i Göteborg
- 1651** avlider och begravs i Ridderholmskyrkan

för alla vem som nu var härens obestridda ledare.

LT använde en annan taktik och strategi än Banér och framförallt var han den överlägsna som belägringskrigare. I juli 1642 var flertalet av Schlesiens och Mährens befästa orter i svenska händer, vilket gjorde att svenskarna behärskade och kontrollerade stora landområden. På så vis skapades goda förutsättningar att åter förlägga kriget till kejsarens arvländer, särskilt efter den nya stora segern vid Breitenfeld den 23 november 1642. En av fältmarskalkens adjutanter vid detta slag var den unge pfalzgreven Karl Gustav,

sedermånga kung Karl X, som här fick sin introduktion i krigföring. Trots sina ”gikt-plågor” leder LT truppavdelningar ute på slagfälten och i löpgravarna vid belägringskrig.

I mars året därpå kan de svenska trupperna åter tåga in i Böhmen/Mähren med plan att fortsätta mot Prag. Hären behövde dock först vila och återhämtning inför ett sådant avancemang. Före planerat uppbrott nås LT i september 1643 av nya och oväntade order hemifrån. Han skall lämna nuvarande position och i stället så fort som möjligt invadera Jylland. Bakgrunden var Danmarks intrigerande och inviter till Polen om en allians mot Sverige. Danmarks kung, Kristian IV, bedömde att tillfället var lämpligt för offensivt agerande då den svenska huvudstyrkan var fullt upptagen långt nere i Tyskland och att det därför fanns chans att erövra hela eller delar av svenskarnas besittningar vid Östersjön. Rådet i Stockholm hade i åratal ondgjort sig över att danskarna kontinuerligt ökade tullavgifterna i Öresund och tyckte, när de fick kännedom om Kristian IV:s planer, att måttet nu var rågat. Man fattade beslut om vad vi idag skulle kalla blixtkrig, ett nytänkande inom krigskonsten som var långt före sin tid. Danmark skulle samordnat angripas på tre fronter för att slutgiltigt besegras och omintetgöras. Gustav Horn skulle invadera Skåne med uppgift att överföra trupper till Själland när fästningarna i Landskrona och Malmö intagits. LT skulle besätta Jylland och därefter de danska öarna från detta håll och slutligen skulle också trupper från Pommern invadera Själland söderifrån. En djärv plan där ett stort bekymmer var hur man skulle få till stånd effektiv kommunikation och samordning. Det tog många månader för en kurir att ta sig från Stockholm och ner till Tysklands inland. LT nås alltså i september av en order som utgått från Stockholm tidig sommar.

Under sken av att söka vinterkvarter vänder LT norrut. Han genomför en förflyttning av trupperna med en snabbhet ingen ansåg möjlig, därav hans tillnamn ”Blixten”. Tricket var att förflytta trupperna kolonnvis på jämslöpande vägar. Då ”rar nymodighet” (4) och exempel på Torstenssons kreativitet och nytänkande, idag en självklarhet för militärer. I Jylland fanns inga större arméförband och de som fanns flydde när den stora svenska hären i januari 1644 valde in över halvön. Vid Kolding, där lilla Bält är som smalast, planerades en övergång till Fyn. Väderför-



sämring/blidväder gjorde att isarna inte bar och försöket avbröts efter det att mer än 1000 knektar förlorat livet när isarna brast. LT hade till stor del genomfört sitt uppdrag. Snabbt återtåg och omlokalisering var nödvändig då faran för avskärning var stor med trupperna så här långt upp i Jylland. Gallas, de kejsrerliga truppernas befälhavare, lär ha meddelat hovet i Wien: "Äntligen har vi den gamle räven i säcken." LT lyckades dock på nytt genomföra snabb truppörflyttning och undgick därigenom instängning. Gallas fick nu finna sig i att med sina trupper förfölja LT och hans här under deras örflyttning söderut. Först i november 1644 vid Jüterborg i Sachsen kom uppörelsen och med resultat att Gallas armé i stort sett förintades, med förhållandevis små förluster för svenskarna.

Efter ett kortare vinterkvarter återupp-tog LT krigsoperationerna och i mitten av februari 1645 befann sig hären mitt inne i Böhmen. Här vann LT vid Jankowitz "sin mest lysande seger" (5) över de nya trupper kejsaren lyckats mobilisera. Vägen till Wien låg nu öppen och i mars var man framme vid Wolfsschanze, en befästning strax norr om Wien, som skyddade en viktig övergång av Donau. LT bedömde dock att hans här inte hade den kraft som behövdes för att erövra Wien och bestämde sig för återtåg när utlovade förstärkningar inte infann sig. LT:s framgångar stärkte i högsta grad svenskarnas förhandlingsposition i såväl Brömsebro som Westfalen.

Hemma i Sverige blev AO och hans rådsmedlemmar angenämt övrraskade när de i dec 1643 fick det övntade beskedet att LT genomfört sin del av krigsplanen mot Danmark. Han var redo att gå över gränsen till Danmark. Gustav Horn fick nu order att invadera Skåne för att genomföra sin del av planen. Han intog lätt Helsingborg, Landskrona och Lund, men lyckades inte erövra fästningen i Malmö. Biträdda av holländska krigsfartyg vann den svenska flottan under ledning av Carl Gustav Wrangel ett avgörande sjöslag vid Femern i oktober 1644. Danskarna tvingades till fredsförhandlingar i Brömsebro under ledning av franska och holländska medlare och måste acceptera betydande landavträdelser (Jämtland, Härjedalen, Gotland, Ösel och Halland på 30 år) samt viss tullfrihet i Öresund för främst svenska handelsfartyg. LT beviljades till slut under stora hedersbetygelser, det för honom efterlängtade, avskedet och överlämnade i december 1645 överbefälet till Carl Gustav Wrangel. Under de närmaste följande

åren fortsatte svenskarna att vara segerrika nere i arvländerna, bland annat plundrades Prags lilla sida under några dagar i juli 1648 efter en djärv och fräck framstöt av Hans Christoff von Königsmarck. (I denna del av Prag ligger Hradčany-borgen vars skattkammare tömdes. Krigsbytet, bl.a. den berömda silverbibeln, fördes hem till Sverige och drottning Kristina, som var mycket nöjd med de praktfulla fredsgåvorna Pragborna överlämnat. (Krigets hemska krav, Ratio belli, har också sin egen terminologi!) När man så äntligen i oktober 1648 kunde underteckna freden i Westfalen (figur 4), efter fyra års segdragna förhandlingar, stod det klart för övvrlden att Europa fått en ny stormakt.



Figur 4. Freden i Westfalen (W). De svenska delegaterna Johan Oxenstierna (son till AO) och Johan Adler Salvius syns i mitten på övvrsta raden. Frimärke utgivet 1998 till 350-årsjubileet av fredsslutet, som undertecknades i Münster den 14/10 1648 och för lång tid kom att fastlägga Europas nya gränser. Folkrättsligt anses W vara ett tidigt försök till mellanfolklig lagstiftning.

#### LT:s sjukhistoria

Som regel anges att LT under eller strax efter sin fångenskap i Ingolstadt insjuknade i den sjukdom som sedan skulle följa honom och påverka hela hans liv och livsgärning. Han hade, som redan nämnts, oturen att utanför Nürnberg hösten 1632, bli inringad och tillfångatagen vid en mindre sammandrabbning mellan de svenska trupperna och Wallensteins här. Han frigavs/utväxlades i slutet av mars 1633. I ett flertal levnadsteckningar anges att denna fångenskap "i en kall och fuktdrypande fångelsehåla" torde ha orsakat den sjukdom han nu drabbades av (3,4,8,10,11). Kritiker har framhållit att sådana påståenden med all sannolikhet är ett uttryck för medveten antikatoisk propaganda (2 s. 1). LT torde ha tillbringat sin fångenskap med alla de privilegier som tillkom en person med generals rang. Alltså ett förhållandevis komfortabelt liv och utan fysiska plågor, men självklart med starkt begränsad rörelse- och meddelandefrihet.

Mera exakta uppgifter om debut och debutsymtom saknas. Mycket talar dock för att insjuknandet skedde före fångenskapen i Ingolstadt. I brev till Johan Oxenstierna den 7 september 1630 skriver LT: "Varit sex veckor sjuk av hetzig feber, att jag inte haver haft någon hoppning till livet" (2 s. 1).

Senare i ett brev till densamme daterat Bärwalde den 10 januari 1631 ursäktar han sig för att han skriver så sällan. Det beror på "den stora vedermöda och besvär jag drages natt och dag med" (2 s. 1).

Med början årsskiftet 1635/36 och fram till hans död finns ett flertal brev och andra dokument bevarade som innehåller enstaka meningar eller korta stycken om LT:s sjukdom. Johan Banér beklagar i brev till AO, daterat Werben 21 maj 1636, att han inte har någon hjälp av sin generalstabschef ty LT ligger svårt sjuk (2 s. 1). Liknande enstaka meningar med samma innebörd förekommer också i senare brev dikterade/skrivna av Banér.

I ett brev till AO, daterat Lauenburg 22 jan 1639, omnämns LT:s sjukdom med namn: "Var så med LT beskaffat, att hans vanliga sjukdom, podagra, honom från tid till annan mer och iftare börjar angripa och göra honom incapabel till arbete".

Av ett brev från Banér till K. M:t, daterat 28 okt 1640, framgår att LT är så svårt sjuk att Banér måst bevilja honom en tids tjänstledighet för behandling. "General Torstensson så illa incommoderad av sin Podagra, så att icke allenast fötterna utan och händerna över armarna därav helt odugse är. Han är därför sinnad förfoga sig till sjökanten."

I olika sammanhang omtalar Banér ofta LT som oersättlig så denne måste ha varit uttalat och långvarigt ofärdig då han beviljades resa till kusten för behandling och återhämtning. Banér var känd för att ha stora krav både på sig själv och sina medarbetare och godkände sällan frånvaro, oberoende av angivna skäl. Han torde dock, baserat på egna erfarenheter, ha god förståelse för LT:s lidande och problem, vilket framgår av ett brev till AO. "Annars inte ovanligt, att en general kommenderade i bärstol, och är jämväl han inte ständigt bettlägerig utan har lika väl som jag sina intervaller, att, när han 3 eller 4 veckor legat, kan bartåt 6 eller 8 veckor gå, rida och fara." (Brev daterat Bückeburg 11 november 1640.)

Såväl Banér som riksrådet tvingas hösten 1640 inse det omänskliga i att inte entlediga LT och så, till slut, efter ett stort

antal vädjanden från hans sida, beviljas detta. Han hinner dock inte vara hemma i Sverige många månader förrän dödsbudet om Johan Banér anländer. Pliktkänsla och fosterlandskärlek gör att han motvilligt accepterar riksrådets propåer om att han skall efterträda Banér. ”*Gud vet hur ogärna jag mig uti kriget igen begiver, men emot överhetens och fädernes tjänst är inte till att undskylla sig.*” (Brev från LT till Carl Gustav Wrangel daterat Stockholm 5 juni 1641.)

Trots sin svåra sjukdom ledde han framgångsrikt som överbefälhavare och fältmarskalk (Fm) den svenska hären fram tills han avlöstes av Wrangel i december 1645. Av den rika brevväxlingen från denna tid framgår att LT periodvis (månader) var fortsatt svårt rörelsehindrad och ibland dessutom också påverkad av feber och allmänsymtom. Dessa senare är ibland så uttalade att omgivningen fruktade för hans liv och misstänkte förgiftning. ”*Emellertid är oss den olyckan hänt, att hr Fm är med en stark sjukdom för 12 dagar sedan befallen, så att vi däröver inte hava kunnat movera oss, och måste kanske ännu några dagar förtöva, tills han något igen sig recollerar. Det låter sig nu något med honom än till bättring. Men i förstone såg det något illa och farligen ut. Och haver man haft åtskilliga indicis, att det måste till äventyrs vara genom gift ankommet.*” (Lars Grubbe i brev till Johan Oxenstierna, Höghkvarteret 21 december 1641.)

I ett senare brev återkommer misstankarna om förgiftning. ”*Det står än illa till och farligen med hr Fm. Gud vet vad det är. Många suspiciera det är av förgift och finner några praesumptionis dem man eftersöker. Medicus säger det haver varit i begynnelsen febris maligna, förorsakad av någon häftig och hemlig vrede.*” (Brev från Lars Grubbe till Salvius daterat Wittingen 12 januari 1642.)

Allmänsymtomen klingar av men följs av tilltagande oförmåga att använda händer och fötter. ”*Det största man har att beklaga är, att hr Fm ännu är opasslig. Den förra sjukdomen hade börjat lindras. Men nu hade han fått sin vanliga sjukdom i händer och fötter svårt.*” (Brev från Lars Grubbe till K. M:t daterat Salzwedel 2 februari 1642.)

Sedan bättras LT långsamt och detta skov börjar sakta klinga av. ”*Hr Fm kan nu sitta till häst, sedan han på 14 veckor måst hålla vid sängen.*” (Odaterat brev från Lars Grubbe till AO i mitten av mars 1642.) LT:s hustru Beata skriver samtidigt: ”*Min käre*

### Tabell. Lennart Torstenssons egna ord om sin sjukdom

#### Ofta återkommande är ospecifika begrepp som:

”Lijffsoförmögenhet”, sjuklighet, sjukdom, smärta, värk, ”sveeda och värck” (brev till AO 1645-02-28 där han som många gånger tidigare också framför önskan om hemförlovning).

Enstaka gånger skriver han podager, en term som omgivningen oftare använder.

Av brev till AO och andra framkommer att han ofta har svåra smärtor framförallt i händer och fötter. Periodvis kan han inte klä sig, gå, rida och inte ens underteckna brev på grund av obrukbar höger hand (förmår ej ”röra ledamot”).

Han är också återkommande sängbunden ibland dagar/veckor, vid andra tillfällen flera månader.

I genomgången material finns inga uppgifter om ledsvullnad, leddeformitet, uttalad ryggstelhet, knutor/noduli eller ögoninflammation.

*man haver nu en lång tid legat sjuk av en svår feber, vilken sig ock förökt med hans vanliga sjukdom i fötterna. Men så haver jag med honom orsak att tacka Gud, att han är någerlund kommen till sina krafter igen. Gud låt det få bli beständigt.*” (Brev till Christina Mörner Lillie, Salzwedel 18 mars 1642.)

I flera brev våren 1642 från LT till AO passar den förre på att påminna om löftet att få bli hemförlovd ”sedan han satt armén på fötter”. Johan Salvius skriver till Gustav Horn att han ”*var ny mycket à propos välkommen, allestädes. Här ute är Fm hr Torstensson alltid svag av podagra och arthritide och anhåller om dimission.*” (Hamburg 3/13 juni 1642.)

Ovanstående är representativa exempel på hur samtida till LT benämnde och omnämnde hans sjukdom. LT själv använde liknande formuleringar, se tabell. Skoven kommer och går. Under fälttåget mot Danmark, särskilt efter spaningsfärden mot Fyn var LT svårt påverkad och kunde varken använda händer eller fötter. Det hindrade honom dock inte från att leda krigsoperationerna antingen från bärstol eller från bår. En utomstående observatör rapporterar beundrande att LT leder fälttåget ”*merveilleusement jusques aux moindres choses*” (underbart in i minsta detalj)...”*son incommodité presente, qui s’augmente bien souvent avec ses impatiences*” (trots sin nuvarande opasslighet, som ofta ökar med hans otålighet). (Brev Hadersleben 20 februari 1644 från Charles d’Avaugour, den franske residenten hos LT, till kardinal Mazarin, (2 s. 15)).

Först hösten 1644 är LT åter ”vid hälsa” och den förbättringen håller i sig så att

han ”vid god hälsa och sittande till häst” kunde leda slaget vid Jankov februari 1645, som sannolikt inte heller skulle ha blivit den ”lysande seger” det nu blev om inte LT varit såväl psykiskt som fysiskt i god form och någorlunda rörlig. Året därpå, utanför Brunn, är han åter sämre och oförmögen att leda hären på det sätt han önskar. Kanske bidrog LT:s indisposition till att man inte lyckades inta denna stad? Om sin egen belägenhet skriver LT framför Brunn den 23 juni 1645: ”*Allravärst är det, att jag själv för min sjukdom, i det jag nu åter i hela fyra veckor har hållit och än måst hålla sängen, inte får se till huru ett och annat går*” (belägringsarbetet), brev till AO, men meningen finns också i ett brev till Johan Oxenstierna (2 s. 19).

Efter hemkomsten till Sverige fortsätter skoven med feber och ledvärk, men det hindrar honom inte från att på ett utmärkt sätt fullfölja sina nya uppdrag som generalguvernör för de västsvenska länen. Efter nytt långvarigt skov våren 1651 avlider han stilla.

#### Går det att någorlunda säkert fastställa vilken sjukdom LT led av?

Det korta svaret är nej. Det finns gott om korta omnämnanden av LT:s sjukdom i brev och dokument från denna tid, men formuleringarna är synnerligen allmängiltiga, vilket öppnar för ett stort antal möjliga diagnoser. Nedan diskuteras några tänkbara sådana.

*Ledgångsreumatism* och *gikt* är de diagnoser som oftast används tillsammans med *kronisk ledsjukdom* av levnadstecknare från 1800- och 1900-talet (4, 5, 8, 10, 11) och i historiska uppslagsverk (3). Så skri-

ver exempelvis Peter Englund: ”*Han hade länge lidit av sin svåra ledgångsreumatism, och de gångna årens fälttåg hade han under långa tider lett liggande på bår*” (4 s. 400).

*Ledgångsreumatism* (reumatoid artrit, RA) är förvisso en tänkbar diagnos men det finns mycket som talar emot: feberskov och frossa som ofta inleder skoven är ovanliga vid RA, permanenta kontrakturer (felställningar), vanliga vid RA, verkar inte ha utvecklats i någon högre grad och sent i sjukdomsförloppet ter han sig anmärkningsvärt rörlig emellan skoven. Mot slutet av en kurortsvistelse i Halberstadt maj 1646 kunde han både delta i dans och vargjakt (2 s. 25, 26).

Ingenstädes omtalas ledsvullnad (kardinalsymtom vid RA), vare sig i små eller stora leder, och inte heller nodulbildning (reumatiska knutor) eller andra extraartikulära symtom som oftast uppträder vid långvarig RA. Med tanke på den debatt som pågått sedan 1950-talets mitt om RA:s anciennitet (7) skulle det vara en smärre sensation om man kunde troliggöra att LT hade RA. På direkt fråga till Peter Englund om han har kännedom om specifika källor eller andra fakta som styrker diagnosen svarar han nej (1). Han har bara valt ett sjukdomsbegrepp som är förknippat med svår, kronisk ledsjukdom.

*Reumatisk ryggsjukdom* (spondylartriter/Mb Bechterew och liknande sjukdomar) är en annan form av svår kronisk ledsjukdom, där vi till skillnad från RA, har övertygande bevis för att denna sjukdom funnits redan under antiken. Sådan sjukdom åtföljs också av ledsvullnad, i många fall dessutom av uttalad ryggesthet, så kallad bamburygg, och ögoninflammation. Sådana symtom finns inte omnämnda. *Reaktiv artrit* (ledsjukdom sammanhängande med genomgången infektion i tarm eller urogenitalsvår) har ofta ett skovvis förlopp, vilket karakteriserar LT:s sjukhistoria. Ledsvullnad, omnämns dock inte, som redan sagts, och sällan symtom talande för infektion i tarm eller urinvägar.

*Gikt* (arthritis urica) var en vanlig sjukdom på 1600-talet. Samtida, såväl läkare (Medici) som lekmän, kallar ibland LT:s sjukdom för gikt, goutte eller podager. På några enstaka ställen skrivs också calculi och/eller sten, men utan angivande av lokalisation eller annan precisering som skulle kunna ge en fingervisning om vad som avses. Mångårig kronisk gikt kännetecknas av riklig tofibildning (giktknutor) med ibland spontan uttömning av,

vad vi idag brukar säga, tandkrämsliknande material. Mångårig gikt leder också till bildning av njursten, som ofta ger njurstensanfall och i slutfasen njursvikt. LT:s sjukhistoria och ålder vid insjuknande passar inte särskilt väl med denna diagnos, även om den inte helt kan avvisas.

*Generell artros* ter sig helt osannolikt som diagnos med tanke på ålder vid insjuknande och de kontinuerliga feberattackerna.

Skovvis förlöpande *neurologisk sjukdom* verkar också osannolikt med tanke på de uttalade ledsmärtorna.

*Kronisk infektionssjukdom*, eventuellt orsakad av en för oss okänd mikrob, skulle kunna vara en förklaring. De svåra ledsmärtorna skulle kunna vara av reaktivt slag. Febern och frossan tycks ibland ha kommit mycket plötsligt och varit förenade med så uttalad allmänpåverkan att omgivningen fruktade för LT:s liv. Man funderade vid flera tillfällen över om det kunde vara förgiftning men sådant kunde aldrig styrkas. Läkarna (Medici) använde vid sådana tillfällen diagnosen Febris maligna.

#### Avslutande kommentarer

Nosologi och terminologi under 1600-talet skiljer sig helt från vad som idag används inom sjukvården, varför det generellt är svårt att bilda sig en uppfattning om diagnos utifrån sjukdomsbeskrivningar från denna tid. Till detta bidrager att man dessutom ofta använde mycket allmängiltiga formuleringar.

Teoretiskt är det naturligtvis tänkbart att såväl gikt som RA då karakteriserades av helt andra sjukdomssymtom än vad vi ser idag. Detta ter sig dock osannolikt med tanke på att sjukdomars huvudsymtom är relativt konstanta och förblir så under århundraden. Den första otvetydiga beskrivningen av symtomen vid RA och hur dessa skiljer sig från de vid gikt publicerades för mer än 200 år sedan (6) och är väl igenkännbara för nutida läsare. Slutsatsen blir därför att LT:s kroniska sjukdom sannolikt inte var vare sig gikt eller RA. Någon specifik diagnos går inte att ställa utifrån de källor jag haft tillgång till. Troligast är att det varit en skovvis förlöpande kronisk infektion som åtföljts av reaktiva ledsmärtor. De första skoven utlöstes redan några år före den beryktade fångenskapen i Ingolstadt.

Berättare:  
**IDO LEDEN**  
Kristianstad

#### Källor:

##### Otryckta:

1. **Englund P.** Personligt meddelande via mail 2013.
2. **Olofsson, SI. Lennart Torstenssons sjukdom (1603–1651). Otryckta och tryckta källor**  
Maskinskriven sammanställning upprättad 1988-07-20. Citaten från LT:s brev 1630 och 1631 har hämtats från VTF (Vestergötlands fornminnes förenings tidskrift), 2:a bandet, 4–5 häftena, sid 97–99, utgivare Ödberg F. Mariestad: Länstidningens tryckeri, 1904. Citaten från Johan Banérs brev 1643 är hämtade från AOSB (Axel Oxenstiernas skrifter och brevväxling) II: 6, sid 580–88. Banérs brev 11/11 1640 finns i Riksarkivets (RA), hylla E 3150. LT:s brev 5/6 1641 finns RA, E 8190. Brevet från LT:s hustru Beata de la Gardie till C. Lillie 18/3 1642 finns i De la Gardieska saml. 433: 1, LUB (Lunds Universitetsbibliotek). LT:s brev från Brunn 23/6 1645 finns RA, E 1023.

##### Tryckta:

3. **Carlsson S, Rosén J.** Sverige blir stormakt. I: Den svenska historien, del 5, red Grenholm G. Stockholm: Bonniers 1982.
4. **Englund P.** Ofredsår. Om den svenska stormaktstiden och en man i dess mitt. Stockholm: Atlantis 1993.
- 5:1. **Johnsson V.** Fältmarskalken Lennart Torstensson [1]. Götiska minnen, 1985 (90): 18–25.
- 5:2. **Johnsson V.** Fältmarskalken Lennart Torstensson [2]. Götiska minnen, 1986 (91): 7–10.
6. **Landré-Beauvais AJ.** Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la denomination de goutte asthénique primitive? Thèse Parsis an VIII (år 1800). *För de som parallellt med den franska texten önskar läsa en engelsk översättning rekommenderas: Joint Bone Spine 2001; 68: 130–43.*
7. **Leden I, Svensson B.** Reumatoid artrit (RA) – gammal eller ny sjukdom? Reumabulletinen 2008 (nr 71): 25 – 7.
8. **Lundblad JF.** Svensk Plutarch Stockholm 1823.
9. **Rikskanslern Axel Oxenstiernas skrifter och brevväxling.** Åttonde bandet, som bl.a. innehåller ”Lennart Torstenssons brev jämte bihang”. Utgivna av Kongl. Vitterhets- Historie- och Antiquitets-akademien. Stockholm: PA Norstedt & söner 1897.
10. **Tingsten L.** Fältmarskalkarna Johan Banér och Lennart Torstensson som härförare. Militärhistoriska litteraturföreningens förlag. Stockholm: PA Norstedt & söner 1932.
11. **Wellin S.** Lennart Torstensson. Ett trehundraårsminne. Stockholm: Läsning för svenska folket. Ny följd, Bd 32, Stockholm 1904.

Texten är en skriftlig version av ett föredrag som framfördes vid sällskapet WW:s (Wänskap och Wälgörenhet) sammanträde i Ystad 2013-11-06 (Gustav Adolfsdagen).

#### Acknowledgement:

Flera kollegor har läst och lämnat värdefulla kommentarer. Björn Svensson har föreslagit adult Still som tänkbar diagnos. Varmt tack till er alla!

# ANNONS





# Svensk Reumatologisk Förening

## STYRELSENS ÅRSBERÄTTELSE

### FÖR 2013

#### Om SRF

Svensk Reumatologisk Förening, SRF, bildades 1946 och är den fackliga och vetenskapliga sammanslutningen av Sveriges reumatologspecialister, samt läkare under specialistutbildning i reumatologi och även andra läkare med intresse för reumatologi. Övriga som önskar stötta föreningen kan efter ansökningsförfarande till SRFs styrelse bli medlemmar, i form av associerade medlemmar. SRF utgör Svenska Läkaresällskapet (SLS) sektion för reumatologi och är även specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund (SLF).

#### Svensk Reumatologi

Utvecklingen av svensk reumatologi är stark. Forskningsarbetet mellan de sex universitetsorterna i Sverige fortsätter på ett bra sätt såväl avseende den experimentella biologiska forskningen som behandlingsforskning och registeruppföljning. Internationellt sett befinner sig Sverige i en tätposition vad gäller reumatologisk forskning, vilket inte minst visade sig genom att professor Lars Klareskog vid Reumatologi Karolinska 2013 erhöll som förste svensk det prestigefyllda Crafoord-priset i polyartrit. Avseende medicinsk behandling noteras en fortsatt ökning och bredare användning av biologiska läkemedel. Nya biologiska läkemedel introduceras kontinuerligt och reumatologspecialisten har i dag en betydande arsenal av såväl ospecifika immunomodulerande läkemedel som selektiva riktade medel för behandling av olika typer av inflammatoriska sjukdomar.

Den nya läkemedelsbehandlingen ställer krav på effektiv läkemedelshandling med mesta möjliga patientnytta till lägsta möjliga kostnad och en noggrann uppföljning i studier och i register. Allt större intresse, såväl kliniskt som forskningsmässigt, kommer att fokuseras på dosminskning eller utsättning av såväl TNF-hämmare som andra biologiska behandlingar hos patienter med låg sjukdomsaktivitet eller som är i remission. Forskningen kommer även att fokusera på olika biomarkörer i kombination med genetik för att finna möjligheter att prediktera utfall av den insatta behandlingen, dvs. så att rätt patient får rätt medicinering så snabbt som möjligt.

#### Utbildning

Reumatologins ST-utbildning har en nationell regional struktur med sex studierektorer placerade i Lund/Malmö, Göteborg, Linköping, Stockholm, Uppsala och Umeå. De regionala studierektorerna ansvarar för att kvaliteten på ST-utbildningen är

hög och likvärdig för alla ST-läkare, ordnar lokala och regionala utbildningstillfällen och är ett stöd för ST-läkarna och deras handledare vid planering och upplägg av ST-blocken och deras genomförande.

Som led i den specialitetsöversyn som genomförts av Socialstyrelsen, utarbetades redan under hösten 2012 förslag på en lätt uppdaterad målbeskrivning i reumatologi av utbildningsansvariga i styrelsen samt de regionala studierektorerna. Denna har skickats in för granskning och eventuellt godkännande av Socialstyrelsen, men det är i nuläget ännu oklart från vilket datum den uppdaterade versionen kommer börja gälla. SRFs rekommendationer till nuvarande målbeskrivning har vidare uppdaterats under 2013 och finns att finna på hemsidan.

Det av Läkarförbundet nybildade bolaget LIPUS, Läkarnas Institut för Professionell Utveckling i Sjukvården, har sedan den 1 mars 2013 tagit över ansvaret för kurs- och kongresscertifiering samt SPUR-verksamheten från tidigare IPULS, som avvecklats under 2012. SRFs SPUR-verksamhet har således under året införts i LIPUS-samarbetet. Utöver SPUR-inspektionerna sker kvalitetsgranskning av ST-utbildningen även på en rad andra sätt, bl.a. genom ett årligt diagnostiskt prov samt medsittning för att kontinuerligt följa upp ST-läkarens kompetensutveckling.

Under det senaste året har det således blivit minskat antal SPUR-inspektioner jämfört med tidigare pga. IPULS upphörande och tiden det sedan tog för LIPUS att starta upp. Detta ledde till att inga SPUR-inspektioner genomfördes mellan februari 2012 till april 2013 då Reumatologikliniken i Falun inspekterades i egen regi och sedan Karolinska Universitetssjukhuset i oktober 2013 i LIPUS regi.

Då IPULS försvann övertogs ansvaret för de statligt finansierade ST-kurserna (SK-kurser) fr.o.m. 1 januari 2013 av Socialstyrelsen. På uppdrag därifrån har utbildningsansvariga i styrelsen tillsammans med de sex regionala studierektorerna under året utarbetat en "kursämnesbok" med syfte, prioritering och kompetensmål för sammanlagt 10 ST-kurser (6 rekommenderade och 4 valfria) för blivande specialister i reumatologi. Denna kursämnesbok kommer att tjäna som underlag inför framtida upphandling av statligt finansierade SK-kurser. Föreningen uppmanar till ett fortsatt aktivt anordnande av ST-kurser, och målsättningen är att säkerställa såväl ett tillräckligt utbud av kursplatser som möjlighet att gå kurserna under lämplig del av ST-utbildningen. Nationella ST-dagar arrangerades i år på Wiks slott utanför Uppsala och lockade ett 30-tal ST-läkare. Ämnen som berördes var

bl.a. MR-diagnostik av spondylartrit, D-vitaminbrist samt myositpatologi.

I syfte att identifiera områden där vi måste arbeta mer intensivt för att förbättra ST-utbildningen, genomförde SRF under våren en enkätundersökning bland landets ST-läkare med en svarsfrekvens på 52%. Jämfört med motsvarande undersökning 2011 sågs tecken på framsteg inom en rad områden, såsom ökad handledartid, bättre tillgänglighet till SRFs ST-kurser och ett minskande medelantal obligatoriska jourpass på internmedicinsk akutmottagning per månad. En del förbättringsområden identifierades också, inte minst behovet av individuella utbildningsprogram vilka ibland tycks saknas på främst läns- och länsdelskliniker.

Antalet nya specialister i reumatologi under de senaste tretton åren 2000–2012 är 198 eller fördelat årsvis 13-18-12-18-13-11-15-12-9-24-15-13-25, dvs. 15,2/år i genomsnitt. Det kvarstår dock regionala ojämlikheter på såväl region- som länssjukhusnivå. För 2013 har vi 8 nya specialister första halvåret och ytterligare 3 under utredning hösten 2013.

Under 2012 uppnådde således toppnoteringen 25 kollegor specialistkompetens i reumatologi. Detta i kombination med att nyrekryteringen av ST-läkare under 2012 stannade vid 15 personer, ledde dock till att vi vid början av 2013 såg en nedgång i totalantalet ST-läkare (som dessförinnan ökat årligen sedan åtminstone 2005) till 84. Långsiktigt strategiskt arbete för att stärka möjligheterna till en god återväxt inom specialiteten är en av SRFs viktigaste uppgifter framöver.

Ökat fokus har lagts på fortlöpande fortbildning av specialister i reumatologi, och en tänkt ”snurra” med återkommande fortbildningskurser har utarbetats tillsammans med medlemmarna. I första hand kommer följande kurser att ges: SLE/Sjögren, Reumatologisk immunologi, Spondylartrit/Reumatisk ryggsjukdom, Reumatoid artrit, Vaskulit/sjukdomar, Bild- och funktionsdiagnostik, Myosit, Systemisk skleros och andra reumatiska systemsjukdomar med lungengagemang.

Även under det gångna året har ett flertal möjligheter till vidareutbildning kunnat anordnas med stöd av läkemedelsindustrin. Exempel på kurser som anordnats flera gånger är kurserna: Reumatologisk epidemiologi, SLE, Spondylartrit, Immunologi, och Medicinskt ultraljud.

Arbetet med utbildnings- och fortbildningsfrågor i styrelsen har letts av ST-representant Johan Karlsson och utbildningsansvarige Ann Knight.

## Möten

Höstkonferensen 2012 samlade drygt 30 deltagare och hade som tema ”3V”, dvs. Vårdval – Vidareutbildning – Verksamhetsutveckling. Det blev ett bra och konstruktivt möte. Årets ”höstkonferens” (2013) infaller senare i år pga. Riksstämmans förändrade upplägg och är därför inplanerad den 4 december, och har temat ”Reflektioner på Ledarskap” på förmiddagen och ”Värdebaserad Vård” på eftermiddagen, och när detta skrivs är planeringen för höstmötet i full gång, liksom för Riksstämman 2013 som går av stapeln i Stockholm dagarna efter höstmötet och årsmötet som hålls på eftermiddagen den 4 dec. 2013 har Riksstämman ett nytt upplägg och Reumatologisektionen har därigenom inget eget sektionsprogram med abstract, posters m.m. Istället har Reumatologisektionen organiserat tre specialitetsövergripande symposier (Inflammatorisk rygg, Osteoporos – främst sekundär och Lungan vid inflammatorisk sjukdom) och

en gästföreläsning (Lars Klareskog med anledning av Crafoordpriset). Det vetenskapliga sektionsprogrammet med abstract, Nanna Svartz-föreläsning och utdelning av stipendier och priser flyttas till Reumadagarna och som kommer att hållas i Örebro 1–4 april 2014.

Vi ser ett stort intresse för vårt eget Vårnöte vilket i år i april anordnades i Linköping, för tredje gången i samarbete med Föreningen för Reumasjuksköterskor i Sverige (FRS). Uppslutningen på vårmötet är god och blev denna gång 240 deltagare, dvs. ungefär samma antal som förra året i Malmö-Lund. Planeringen för Vårnötet/Reumadagarna 2014 i Örebro är i full gång och utökas då med en dag för att inkludera även det vetenskapliga programmet som tidigare legat under Riksstämman. Eftersom det reumatologiska vårmötet byter tidpunkt fr.o.m. 2015 och då hamnar i början av september (i Halmstad, Tylösand 2015), byter det även namn och kommer framöver att kallas för Reumadagarna.

Eftersom vårt tidigare anlitade kongressföretag Congrex gick i konkurs under hösten 2013 har det varit full aktivitet att finna ny hjälp inför de kommande Reumadagarna 2014, och det har löst sig genom att Malmö Kongressbyrå AB har anlåtats.

För tredje året i rad arrangerade SRF tillsammans med Reumatikerförbundet (RF) och med deras ordförande Anne Carlsson i spetsen, ett uppskattat symposium under Almedalsveckan i Visby. Årets (2013) rubrik ”Från ax till limpa” modererades förtjänstfullt av Eva Nilsson Bågenholm. Seminariet drog relativt stor publik till Wisby Hotel och det blev en bra och fruktbar diskussion både i panelen och med auditoriet angående hur riktlinjerna kan och bör implementeras i våra olika landsting. Även nästa år (2014) planeras ett uppföljande seminarium, också då tillsammans med RF.

Scandinavian Society of Rheumatology (SSR) har varit aktivt under året och fungerar som en paraplyorganisation med representanter från alla de fem nordiska länderna. Ingrid Lundberg är ordinarie (samt även ordf.) och Carl Turesson suppleant. The Scandinavian Congress of Rheumatology (SCR) som arrangeras vartannat år, hålls nästa gång, dvs. sept 2014, i Sverige i Stockholm, dvs. var 10:e år i Sverige (år 2004 i Göteborg). Förebere-delserna inför denna kongress har påbörjats med förberedande möten och SRF är stödjande, och bl.a. professorskollegiet (ordf. Ronald van Vollenhoven) hjälper till med det vetenskapliga programmet.

SRFs styrelse har sammanträtt vid 8 protokollförda tillfällen, varav ett tvådagarsmöte (3–4 juni). Mellan de fysiska mötena har ägt rum ett flertal telefonkontakter samt daglig e-mail-kommunikation.

Under året har föreningens verksamhetschefsnätverk varit aktivt med vice ordf. Boel Mörck som ansvarig gentemot SRF. Nätverk och möten är en viktig del i styrelsens intentioner att skapa olika mötesplatser vid sidan av Riksstämman och Vårnötet, såsom Höstkonferensen, Almedalsveckan, Professorskollegiet, Verksamhetschefsgruppen, Reumatologseniorerna, Future Faculty, Register- och Riktlinjedagar, uppmuntra nationella ST-dagar och understödja arbetet i studiegrupper och studierektorsmöten m.m.

## Register

Under 2013 har arbetet fortsatt att se över och förtydliga SRFs roll och ansvar när det gäller reumatologins kvalitetsregister (SRQ). SRFs styrelse fick av medlemmarna vid vårmötet i Malmö 2012, uppdrag att under 2012 bilda ett aktiebolag ”SRF Service AB”

samt att bilda ett Registerråd (RR). Syftet med SRF Service AB är att skapa en resurs för att stärka utvecklingen av vård och forskning inom svensk reumatologi. Under 2013 har en koordinator (Emma Swärdh) anställts i SRF Service AB. Emma Swärdh började sin tjänst på deltid (60%) i augusti för att gå upp på heltid efter årsskiftet 2013/2014. Syftet med RR är att vara kontaktpunkt för registerforskningsfrågor, men även kunna vara vägledande i andra strategiska frågor. Registerrådet har totalt 9 ledamöter, varav 6 regionrepresentanter, 2 SRF-styrelsemedlemmar samt 1 representant från RF. SRF-ordförande är även ordförande och sammanställande i RR. SRF-koordinator är protokollskrivare vid RR-mötena. Även adjungerade har kallats till RR-mötena. Det har under året hållits 5 RR-möten samt en telefonkonferens. Mötesprotokoll från RR läggs ut på hemsidan, tillgängligt för SRFs medlemmar.

Samarbete/avtal med läkemedelsindustrin fortsätter med syfte att optimalt utforma patientregister och verksamheter kopplade till detta.

SRQs registerhållare Staffan Lindblad avslutar sitt uppdrag vid årsskiftet efter närmare 20 år i denna roll. Hans efterträdare utses av bl.a. SRF i november-december 2013.

### Riktlinjer

Arbetet med medicinska riktlinjer har fortgått och med årliga uppdateringar av nationella riktlinjer för reumatoid artrit, ankyloserande spondylit/psoriasis artrit, samt riktlinjer för prevention av kardiovaskulär sjukdom i samband med inflammatorisk reumatisk sjukdom liksom pågående arbete med antibiotika-profylax vid tandbehandling. En arbetsgrupp för utveckling av Riktlinjer för behandling av SLE med biologiska läkemedel har bildats under 2013 och arbetet har påbörjats.

Dessutom finns riktlinjer kring screening för tuberkulos hos patienter med reumatisk sjukdom inför biologisk behandling, läkemedelsbehandling vid graviditet och amning hos patienter med reumatisk sjukdom samt rekommendationer för vaccination hos patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar. SRFs riktlinjer processas på ett strukturerat sätt genom speciellt tillsatta arbetsgrupper och med diskussioner såväl i professorskollegium som med enhetsföreträdare samt under riktlinjemötet i januari för att därefter stadfästas i samband med vårmötet i april. Arbetsordning för riktlinjearbetet finns på SRFs hemsida ([www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)).

Under de senaste åren har många SRF-medlemmar varit engagerade i framtagandet av Socialstyrelsens riktlinjer rörande rörelseorganens sjukdomar för reumatoid artrit, ankyloserande spondylit/psoriasisartrit och artros. Socialstyrelsen godkände dessa nationella riktlinjer i maj 2012.

### Indikatorer och öppna jämförelser

Arbetet med indikatorer för uppföljning av reumatologisk vård i öppna jämförelser fortgår. I alla år har hittills fokus varit på RA. Diskussion förs inom föreningen om att på sikt kunna få med en indikator även för AS.

Socialstyrelsen (SoS) har startat ett arbete med att ta fram indikatorer för uppföljning av implementeringen av nationella riktlinjer. Arbetsgruppen leds av Inger Lundqvist på SoS. SoS har vänt sig till SRQ-registerhållaren för hjälp med uttag ur SRQ, samt till SRF för att utse två representanter som har blivit Sofia Ernestam och Agneta Uddhammar. I SoS större referensgrupp ingår även de två ordföranden i riktlinjegrupperna, Carl Turesson (RA) samt Lennart Jacobsson (SpA), och även Johan Askling (biobanksrepr.) och en representant från SRFs styrelse (ordf. eller vice ordf.).

son (RA) samt Lennart Jacobsson (SpA), och även Johan Askling (biobanksrepr.) och en representant från SRFs styrelse (ordf. eller vice ordf.).

### Remissvar och skrivelser

Ett stort antal remisser från SLS, SLF, SoS, m.m. kommer varje år till SRF för genomläsning, bedömning och eventuell kommentering. Under 2013 har SRF besvarat 9 remisser och dessa finns utlagda på Hemsidan under rubriken "Remissvar".

En skrivelse om SRFs syn på handläggning av Ehlers-Danlos syndrom har tagits fram med anledning av ett uppmärksammat TV-program där exempel finns på att dessa patienter har "fallit mellan stolarna" i vissa landsting.

Ett brev till SLS har skickats med anledning av att det inte längre är givet att det finns någon officiell eller annan lämplig "kontaktperson" för reumatologin vid klinikerna ute i landet, inte ens vid universitetssjukhusen. Två universitetsorter (Uppsala och Linköping) av våra sex har inte längre reumatologspecialister som verksamhetschefer, och nu riskerar även Malmö/Lund hamna i samma situation i samband med den organisatorisk förändring som äger rum på Skånes Universitetssjukhus. Det är ett allvarligt problem om ingen naturlig mottagare på chefsnivå finns för specialitetsfrågorna. Detta gäller således inte enbart reumatologin. Om specialiteterna ska kunna fortsätta att utvecklas på ett positivt sätt behövs givetvis bra och smidiga kommunikationsvägar i linjeorganisationen för varje specialitet. I brevet vill SRF göra SLS uppmärksam på problemet och att SLS agerar på lämpligt sätt.

### Reumabulletinen, RB Vetenskap och Hemsidan

Ansvarig utgivare för Reumabulletinen är ordförande i SRF, Ralph Nisell. Redaktör för Reumabulletinen är Tomas Bremell. Övriga i redaktionen är Bengt Lindell, Ido Leden, Milad Rizk samt Ioannis Parodis.

Målet med Reumabulletinen – som är SRFs regelbundet utkommande tidskrift – är att vara en utåtriktad, professionell tidskrift som även stimulerar ett mer aktivt arbete inom föreningen. Reumabulletinen har inneburit ett lyft för föreningen och skapat en utåtriktad möjlighet för reumatologin i Sverige. Tanken är att i tidningen ska spegla SRFs viktigaste frågor. Reumabulletinen utkommer med 5 nummer/år. Tidningen produceras av Mediahuset i Göteborg AB. Under 2013 har Reumabulletinen utkommit med 4 "vanliga" nummer och ett nummer i form av Reumabulletinen Vetenskap (RB Vetenskap).

För RB Vetenskap – vars första nummer utkom i november 2013 – har under året en vetenskaplig redaktion bildats där Inger Gjertsson är huvudredaktör. Hennes redaktionsmedarbetare är Solveig Wållberg-Jonsson och Thomas Mandl. Även Jon Lampa har under slutet av året tillkommit till denna RB Vetenskapsredaktion.

SRFs hemsida ([www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)) syftar till att på ett aktivt och utåtriktat sätt presentera reumatologin i Sverige. Emma Swärdh har fr.o.m. september tagit över rollen som webbredaktör och därmed ersatt Milad Rizk som haft detta uppdrag tidigare.

### Övrigt

SRF har, i samarbete med Reumatikerförbundet, stimulerat svenska reumatologikliniker och enheter till patientanknutna aktiviteter den 12 oktober på Reumatikerdagen (internationel-

la artritdagen, World Arthritis Day). Många kliniker i landet har hörsammat denna uppmaning och genomfört öppen artrit-mottagning, föreläsningar och/eller öppen ultraljudsmottagning under fredagen den 11 oktober och/eller lördagen den 12 oktober.

### Ekonomi

Föreningens ekonomi är god. Kostnader och intäkter är stort sett i balans, men ett litet underskott 2013 p.g.a. att vissa extra tillkommande kostnader tillkommit såsom 3 UEMS medlemsavgifter, en Riktlinjedag för 2012 som inte debiterats tidigare samt utgifter för RB Vetenskap (resor + Euler-deltagande).

Nya kostnadskrävande poster har tillkommit de senaste åren såsom möjlighet att bekosta lunch två gånger/år för SRFs arbetsgrupper (sedan 2012), deltagande i Almedalsveckan (första gången var 2011), samt deltagande på Riksstämman (2013). Samtidigt har annonsintäkterna till SRF ökat via Reumabulletinen och Hemsidan. Likviditeten, i form av sparkonto och fonder är god, och det finns kapital från tidigare år.

Under hösten 2013 har föreningens aktieindexobligation utbetalats och fonderna omplacerats med policyn att föreningen ska ha låg-medelriskplaceringar.

Föreningen har fortsatt avsatt ekonomiska medel för att stödja de regionala studierektorerna i olika ST-utbildningsprojekt såsom ST-dagarna.

### Medlemmar

SRF har jämfört med föregående år kunnat notera ett något ökat totalt medlemsantal som i september 2013 är 572 (407 läkare 74 pensionärer, 91 associerade) varav ca 20 hedersmedlemmar, vilka namnges på hemsidan under "Om SRF"/"Hedersledamöter". *Stödjande medlemskap:* Föreningen har under verksamhetsåret haft följande stödjande juridiska medlemmar: Abbott Scandinavia AB, Pfizer AB, MSD, Roche, UCB Nordic, Bristol-Myers Squibb, GSK och Medac.

### Förtroendemän utsedda i samband med årsmöte (30 november 2012)

**Styrelsen:** Ordförande *Ralph Nisell*, vice ordförande *Boel Mörck*, facklig sekreterare *Gerd-Marie Alenius*, vetenskaplig sekreterare *Anna Rudin*, kassör *Britt-Marie Nyhäll-Wåhlin*, representant för läkare under utbildning *Johan Karlsson* samt ansvarig för vidareutbildning och utveckling av regional ST-utbildning *Ann Knight*. I samband med årsmötet 4 dec 2013 avgår Anna Rudin samt Johan Karlsson.

**Revisorer:** *Ido Leden* och *Rolf Oding* med *Bernhard Grewin* som suppleant.

**Valberedning:** *Carl Turesson* (ordförande), *Solveig Wällberg-Jonsson* samt *Jörgen Lysholm*. Jörgen avgår i samband med årsmötet i december 2013.

### Förtroendemän utsedda eller föreslagna av SRFs styrelse Registeruppdrag

- SRQ (Svensk Reumatologis kvalitetsregister): [staffan.lindblad@ki.se](mailto:staffan.lindblad@ki.se)
- ARTIS-gruppen (AntiReumatisk Terapi I Sverige): [nils.feltelius@mpa.se](mailto:nils.feltelius@mpa.se)
- Biobank: [johan.askling@ki.se](mailto:johan.askling@ki.se)

### Arbetsgrupper

- Riktlinjer för läkemedelsbehandling av RA: [carl.turesson@med.lu.se](mailto:carl.turesson@med.lu.se)
- Riktlinjer för läkemedelsbehandling av spondylartriter: [lennart.jacobsson@gu.se](mailto:lennart.jacobsson@gu.se)
- Riktlinjer för modern reumarehabilitering (MoRR): [elisabet.lindqvist@skane.se](mailto:elisabet.lindqvist@skane.se)
- Riktlinjer för primärprevention avseende kardiovaskulära riskfaktorer vid reumatisk sjukdom: [elisabet.svenungsson@ki.se](mailto:elisabet.svenungsson@ki.se)
- Riktlinjer för behandling av SLE med biologiska läkemedel: [anders.bengtsson@med.lu.se](mailto:anders.bengtsson@med.lu.se)
- Riktlinjer för säker läkemedelsbehandling vid reumatisk sjukdom: [eva.baecklund@akademiska.se](mailto:eva.baecklund@akademiska.se)
- Osteoporos: [britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se](mailto:britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se)

### Intressegrupper

- Future Faculty Rheumatology: vakant
- Länsreumatologichefsgrupp: [ake.thorner@dll.se](mailto:ake.thorner@dll.se)
- Reumaseniorer: [ylva.lindroth@gmail.com](mailto:ylva.lindroth@gmail.com)
- Verksamhetschefsgrupp: [boel.morck@vgregion.se](mailto:boel.morck@vgregion.se)

### Studiegrupper

- Axial spondylartrit: [lennart.jacobsson@gu.se](mailto:lennart.jacobsson@gu.se)
- Epidemiologi: [lennart.jacobsson@gu.se](mailto:lennart.jacobsson@gu.se)
- Kardiovaskulär komorbiditet vid reumatisk sjukdom: [elisabet.svenungsson@ki.se](mailto:elisabet.svenungsson@ki.se)
- Myosit: [ingrid.lundberg@ki.se](mailto:ingrid.lundberg@ki.se)
- Psoriasisartrit: [gerdmarie.alenius@vll.se](mailto:gerdmarie.alenius@vll.se)
- REUGRA – REUmatiska sjukdomar och GRAviditet: [elisabeth.nordborg@vgregion.se](mailto:elisabeth.nordborg@vgregion.se)
- Reumatologi i grundutbildningen: [catharina.lindholm@gu.se](mailto:catharina.lindholm@gu.se)
- Reumatologisk bildiagnostik: [michael.ziegelasch@lio.se](mailto:michael.ziegelasch@lio.se)
- Swedish Scleroderma Study Group: [lars.coster@lio.se](mailto:lars.coster@lio.se)

### Representanter

- Bone and Joint Decade: SRFs repr. Bo Ringertz.
- EULAR Standing Committees: Boel Andersson-Gäre (Pediatric Rheumatology), Eva Klingberg (Education and Training), Ronald van Vollenhoven (Clinical Affairs), Ingemar Petersson (Epidemiology and Health Services Research), Lars Klareskog (Investigative Rheumatology) och Kristina Forslund (Musculoskeletal Imaging). Boel Andersson-Gäre och Eva Klingberg har avslutat sina uppdrag i nov 2013 och har ersatts av Lillemor Berntson resp. Ann Knight.
- Redaktionskommittén för Scandinavian Journal of Rheumatology: Carl Turesson, och suppleant Solveig Wällberg Jonsson.
- Reumatikerförbundets Forskningsråd: Ralph Nisell, suppl. Anna Rudin.
- Socialstyrelsen för granskning av ansökan om specialitet i reumatologi Agneta Uddhammar och Tomas Husmark.
- Socialstyrelsens vetenskapliga råd: Solveig Wällberg-Jonsson och Carl Turesson (suppl.).
- Socialstyrelsens arbetsgrupp indikatorer: Sofia Ernestam, Agneta Uddhammar. I den större referensgruppen även Carl Turesson, Lennart Jacobsson, Johan Askling samt ordf. SRF eller vice ordf. SRF.
- Socialstyrelsens arbetsgrupp indikatorer: Sofia Ernestam, Agneta Uddhammar, Carl Turesson, Lennart Jacobsson, Johan Askling samt ordf. SRF eller vice ordf. SRF.



- SRF Registerråd (totalt 9 representanter): 2 repr. från SRFs styrelse: Ralph Nisell (även ordförande i Registerrådet) och Boel Mörck. 6 regionala repr.: Solbritt Rantapää-Dahlqvist (Nord), Lars Rönnblom (Uppsala-Örebro), Johan Askling (Stockholm), Alf Kastbom (Östergötland), Lennart Jacobsson (VGR) och Carl Turesson (Syd). 1 pat. repr.: Anne Carlsson (ordf. Reumatikerförbundet).
- SRQ Stygrupp: Ralph Nisell (ordf. SRF).
- SRF Service AB, styrelseledamöter: Ralph Nisell (ordf. i bolagsstyrelsen) och Boel Mörck.
- Styrelsen för Scandinavian Society for Rheumatology SSR, ordf. Ingrid Lundberg, suppl. Carl Turesson.
- Svenska Läkarförbundets specialitets representantskap: Ralph Nisell, suppl. Boel Mörck.
- Svenska Läkarförbundets fullmäktige: Ralph Nisell, suppl. Boel Mörck.
- Svenska Läkaresällskapets fullmäktige: Ralph Nisell, suppl. Boel Mörck.
- SweReFo: Tomas Zweig, Åke Thörner.
- UEMS: Ann Knight, suppl. Johan Karlsson.

### Kontaktpersoner

#### Övriga förtroendeuppdrag

- Ansvarig för föreningens hemsida: Milad Rizk t.o.m. aug, därefter Emma Swärdh.
- Ansvarig utgivare för Reumabulletinen: Ralph Nisell.
- Redaktör Reumabulletinen: Tomas Bremell.
- IT-representant: Jörgen Lysholm.
- Konsultationsläkare till Läkarförbundet (bistå/stöd vid anmälan): Tomas Bremell.
- Professorskollegium med samtliga medlemmar som innehar en professur i reumatologi, är kliniskt verksamma och medlemmar i SRF. Under året har professorskollegiet bestått av ordförande och sammanställande Ronald van Vollenhoven (Stockholm), Lennart Jacobsson (Göteborg), Solbritt Rantapää-Dahlqvist (Umeå), Lars Rönnblom (Uppsala), Anna Rudin, Hans Carlsten, Maria Bokarewa (Göteborg), Thomas Skogh (Linköping), Ingrid Lundberg, Lars Klareskog, Ingiäld Hafström och Johan Askling (Stockholm), Tore Saxne och Gunnar Sturfelt (Malmö/Lund). SRFs ordförande Ralph Nisell är adjungerad.
- SPUR-inspektörer: Annika Teleman, Maria Lidén, Tomas Bremell och Per-Johan Hedin.
- ST-studierektorer, regionala: Ewa Berglin (Norr), Stina Blomberg (Uppsala), Bernhard Grewin (Stockholm), Jan Cedergren (Linköping), Eva Klingberg (Väster), Tomas Mandl (Söder).

#### Hälso- & Sjukvårdsfrågor

- Deltagande i Dagens Medicin "Reumatikerdag" i mars under temat "Vart är vi på väg? Är vi på rätt spår i vård och behandling av kroniskt sjuka?".
- Höstkongressen 2012 arrangerades i oktober och "höstkongressen" 2013 i december.
- SRFs ordf. har varit representerad vid SLFs representantskap för specialistföreningarna vid 2 tillfällen under året, och vid SLS fullmäktige.
- SRFs styrelse arrangerade tillsammans med RF ett symposium om Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar i Almedalen, Visby 2 juli 2013.

### Utbildnings- och forskningsfrågor

- Cutting Edge-symposiet genomfördes i Lund 3 okt 2013.
- Fortbildning. Kurserna: Reumatologisk epidemiologi, SLE, Spondylartrit, Immunologi, och Medicinskt ultraljud har genomförts under året.
- Nationella ST-dagar i Reumatologi hölls i Uppsala.
- Reumatologiska kliniken Linköping arrangerade i samarbete med SRF och FRS Svensk Reumatologisk förenings vårmöte 2013.
- ST-kurser 2013: Inflammatoriska systemsjukdomar i Göteborg, Reumatologiskt ledstatus och ledinjektionsteknik i Göteborg, Kroniska artritssjukdomar i Stockholm, Reumatologisk farmakoterapi i Lund, Inflammatoriska systemsjukdomar B-kurs i Uppsala samt Immunologi för ST-läkare i reumatologi i Göteborg.

### Utmärkelser

- Till ledstjärna 2012 utsågs Eva Baecklund, och 2013 Sofia Ernestam.
- Till hedersmedlem 2012 utsågs Urban Rydholm, och 2013 Per Lundblad.
- MSDs reumatologistipendium 2012 tilldelades Meliha Kapetanovic.
- Pfizers stipendium för yngre forskare 2012 tilldelades Johanna Gustafsson.
- Abbvie-stipendierna för yngre forskare i reumatologi 2013 tilldelades Alf Kastbom och Mitra Pikwer.
- Pfizers stipendium för samarbetsprojekt 2013 tilldelades Christopher Sjöwall.
- Scandinavian Journal of Rheumatology's stipendium för reumatologisk forskning 2013 tilldelades Iva Gunnarsson.
- SRF-stipendium till Andrzej Tarkowskis minne 2013 delades mellan Lena Björkman och Ola Grimsholm.
- SRF-stipendium 2012 för bästa basala abstract tilldelades Maria Bokarewa och bästa kliniska abstract tilldelades Mikael Brink i samband med Riksstämman 2012.

### Kvalitetssäkring

- Diagnostiskt prov genomfördes under våren 2013 med 51 deltagande ST-läkare.
- SPUR-inspektion: Falun april 2013 och Karolinska Universitetssjukhuset okt 2013.

### Internationellt samarbete:

- Johan Karlsson deltog som ersättare för Eva Klingberg i samband med ESCET-mötet vid EULAR i Madrid.
- Ralph Nisell deltog i "Chronic diseases and health care delivery 2020. The challenge of rheumatic and musculoskeletal diseases" den 17 okt i eumusc.net-möte i EU-parlamentet i Brussel.
- Möten med SSR för att planera SCR Stockholm 2014.
- Johan Karlsson deltog som svensk representant vid UEMS sektion för reumatologis möten i samband med EULAR i Madrid samt i Paris i november.

För Styrelsen  
2013-11-12

Ralph Nisell  
Ordförande

Gerd-Marie Alenius  
Facklig sekreterare

Emma Swärdh  
SRF-koordinator

# Reumatologi i Jämtland

## Reumatikersjukhus – Länssjukhus – Undervisningssjukhus

Det finns nog inte många reumatologkolleger över 50 år i landet, som inte haft möjlighet att bekanta sig med Reumatikersjukhuset i Östersund – en blomstrande verksamhet under Julio Goobars ledning under 80- och 90-talen. Här bedrevs medicinsk behandling, rehabilitering och undervisning av mycket hög kvalitet.



Utsikt från Reumatikersjukhusets tak :-). Foto: Tomas Johansson/Fjellfotografen.

**J**ulio Goobar var den kollega som med sitt stora engagemang, sin sällsynta, kliniska kompetens och sitt outtröttliga intellekt byggde upp och befäste reumatologin i Jämtlands län. Hans många internationella kontakter möjliggjorde kurser och konferenser i Vålådalen och Östersund med världsledande kolleger, vilket satte Jämtland på kartan både nationellt och i våra grannländer. Många blivande reumatologer i Sverige vallfärdade till kurserna i Östersund och vi är många som haft våra underläkarvikariat under Julios inspirerande handledning.

Under 90-talets ekonomiska åtstramning försvårades förutsättningarna för Reumatikersjukhusets verksamhet och ledde till att verksamheten avslutades 1998. Året därpå övergick organisationsansvaret för Reumatologin i Jämtland till Landstinget. Tidpunkten sammanföll alltså med lanseringen av biologisk behandling vilket starkt bidrog till upplevelsen av att vår verksamhet nu gått in i en helt ny fas.

Verksamheten kunde nu skalas ner till kärnan för reumatologi; medicinsk inriktad behandling av inflammatoriska led- och systemsjukdomar. Den spännande och dramatiska effekten av våra nya reumafarmaka ledde på ett omtumlande sätt till att reumatologin hamnade i fokus både politiskt och medialt. En lång tid har planer funnits på att ifrån Umeå Universitet regionalisera och utlokalisera delar av läkarutbildningen till samtliga norrlandsting.

Efter år av förberedelser trädde så för två år sedan de första läkarstudenterna in på Reumatologenheten – vårterminen 2012. Vi som blivit skolade i reumatologin av Julio söker bära hans anda vidare: "Reumatologi ÄR den mest intressanta specialiteten!"

### Nutid – Framtid

Verksamheten bedrivs även idag i det före detta Reumatikersjukhuset, som numera inhyser även rehabiliteringsspecialiteten i länet. De reumatologiska vårdplatserna har minskat från 116 till en plats med möj-

lighet till "dragspelsplats". Detta avspeglar inte enbart sjukhusets förändrade upptagningsområde och den lite bistra ekonomiska situationen i vård-Sverige utan lika mycket avkastningen av den nya effektiva farmakoterapien.

Hand i hand med det minskade antalet vårdplatser har dagrehabiliteringen utvecklats både i antal platser, men också avseende sitt innehåll. Vi delar en avdelning med rehab där patienterna, som ofta är långväga, kan övernatta. Behandlingsperioderna individualiseras från 1–5 dagar/vecka och 2–6 veckor i omfattning.

Många vårdplatser har alltså även hos oss konverterats till sängar och fåtöljer i infusionsrummet på mottagningen, som nu är navet för mycket av vår verksamhet.

I ett glesbefolkat län som Jämtland är värdet av samlade mottagningsteam-dagar extra stort. Patienten får möjlighet att träffa samtliga teammedlemmar individuellt och teamdagen avslutas med vårdkonferens tillsammans med patienten.



Läkarna vid Reumatologiska enheten i Östersund. Från vänster Christine Bengtsson, Kristina Wiberg, Torgny Smedby och Mattias Skielta. På bilden saknas Yulia Stennikova.

På ett litet landsortssjukhus är det ibland svårt att upprätthålla rutiner kring de mer ovanliga systemsjukdomarna. Vi har därför sedan flera år organiserat diagnosveckor då vi ser patienter med mindre van-

liga systemsjukdomar. Dessa veckor ser vi enbart exempelvis patienter med systemisk skleros, myosit, vaskuliter resp SLE vilket ger utmärkta möjligheter till mer strukturerad mottagningsrutin och handledning av yngre och randande kolleger. Under veckan har även hela teamet en informationskväll för patienter med aktuell diagnos och anhöriga.

Under de första åren efter landstingets övertagande av huvudmannskapet drevs verksamheten under flera år av 1–2 specialister. Efterhand har dock arbetslaget utökats och vi är nu mycket glada över att sedan 15 oktober i år vara fyra specialister och en ST-läkare i tjänst. I sommar kommer en av våra läkarstudenter att påbörja sitt första UL-vik och förhoppningsvis sin reumatologibana hos oss. Fyra specialister och en ST kan låta riktigt välbemannat, men tjänsterna rymmer inte enbart kliniskt arbete utan även forskning och undervisning. För en av specialisterna 1/3 på klinikgolvet och 2/3 undervisning och forskning, och för två av de övriga blivande doktorander med en spirande forskningsaktivitet. Det är snart hos oss som på universitetssjukhusen att antalet huvuden är

fler än fötterna på klinikgolvet. Detta är ett aktuellt och kommande bemanningsproblem för cheferna att bita i.

### Framtid

Trots stora geografiska avstånd i Norrland, är Reumatologkåren här uppe väl sammanhållen; mycket tack vare våra återkommande, inspirerande NORK-möten (Norrlands Reumatolog Klubb). Avstånden har ytterligare minskats genom regionaliseringen av Läkarutbildningen som krävt kalibrering av undervisning och dessutom gett oss välfungerande videolänkutrustning; något som öppnat vägar för bl.a. diagnos- och forskningsmöten. Med energiska och inspirerande professorer som Solbritt Rantapää-Dahlqvist och Solveig Wällberg-Jonsson ser vi nu hur forskningsintresset ökar som ringar på vattnet. Genom att fortsätta i Julios undervisningsanda tror vi att vi hittat vägen framåt – forskning och studentundervisning invävt i det kliniska arbetet. Reumatologin i Jämtland har framtiden för sig!

---

CHRISTINE BENGTSSON & TORGNY SMEDBY

## ANNONS



# Chronic inflammation, anti-inflammatory treatment, and risk of malignant lymphomas

**Karin Hellgren**, leg läkare

Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Solna

Disputation: Fredagen den 24 maj 2013

Huvudhandledare: Professor Johan Askling, Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Solna

Enheten för klinisk epidemiologi & Enheten för reumatologi

Fakultetsopponent: Professor Till Uhlig, Institutt for klinisk medisin, Oslo Universitet, Seksjonsoverlege Revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo

**T**he aim of this thesis was to investigate the link between malignant lymphoma and chronic inflammation, in particular the associations between inflammatory activity, immune-modulatory treatment and risk of lymphoma development. To address this aim, we used Swedish population-based registers, mandatory cancer reporting and nation-wide clinical registers including the Swedish Rheumatology Register (SRQ).

**In study I** we assessed whether patients with rheumatoid arthritis (RA) are at increased risk of lymphoma or cancer overall before clinical onset of RA, and if this risk increases with time since RA diagnosis. A cohort of 6,745 incident RA patients (1997–2006) was identified using data from the SRQ. Each cohort member was matched to five population comparator subjects. Relative risks of lymphoma and cancer overall *before* and *after* diagnosis of RA were estimated. We observed no increased risks before diagnosis of RA whereas during the first ten years following diagnosis, the lymphoma risk was almost doubled with a non-significant trend of increasing risks during the first 10 years after diagnosis of RA.

**In study II** with a larger study population and with longer follow-up we set out to assess whether the lymphoma risk remains elevated in RA patients diagnosed in the last five years and to explore potential risk predictors in relation to disease characteristics and therapy, focusing on the first year following RA diagnosis. We undertook a cohort study of 10,367 incident RA patients (1997–2010). Each patient was matched to five population comparator subjects. The risk of lymphoma in recently diagnosed RA remained increased to the same magnitude as that reported from historical RA cohorts without any change in risk in recent years. There was an indication that inflammatory activity during the 1<sup>st</sup> year following RA diagnosis correlated with higher lymphoma risk, whereas oral glucocorticoids were associated with a reduced risk. Exposure to tumor necrosis factor inhibitor (TNFi) during the study period was not associated with increased lymphoma risk. Through histopathological classification, we further noted an increased proportion of Hodgkin lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma and a decreased proportion of chronic lymphocytic leukemia in RA patients compared with the distribution in the general population.

**In study III** we sought to investigate the relationship between treatment with oral glucocorticoids and lymphoma risk in RA by performing a case-control study. From a nationwide cohort of 74,651 prevalent RA patients 1964–1994, we identified 378 RA patients with lymphoma and 378 matched RA controls. Different aspects of glucocorticoid treatment were abstracted from medical records. Treatment with glucocorticoids, oral as well as intra-articular, was associated with a reduced lymphoma risk.

**In study IV** we evaluated the underlying risk of lymphoma in ankylosing spondylitis (AS) and psoriatic arthritis (PsA) including risks in relation to disease characteristics and treatment. We assembled a nationwide prevalent cohort of AS (n=8,707) and PsA (n=19,283) 2001–2010. Each cohort member was matched to five population comparator subjects. On average, we observed no increased risk of lymphoma in AS or in PsA, although there was a risk increase in PsA patients treated with DMARDs. Based on small numbers there were no evidence of increased lymphoma incidence following therapy with TNFi in AS or in PsA patients.

ISBN 978-91-7549-157-8



Sms:a **AKUT FILIPPINERNA** till **72 900** och skänk 50 kr så är du med och räddar liv i Filippinerna!





# Prevalence, physical activity, and work in patients with spondyloarthritis

Emma Haglund

Avdelningen för Reumatologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet

Disputation: Fredagen den 8 november 2013

Fakultetsopponent: Filosofie doktor, 1 amanuens Hanne Dagfinrud Diakonhjemmets Sykehus/Oslo Universitet, Norge

Huvudhandledare: Professor Ingemar Petersson

Biträdande handledare: Professor Stefan Bergman och docent Ann Bremander

**S**pondyloarthritis (SpA) is a group of interrelated inflammatory rheumatic diseases with the sub-diagnoses ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), arthritis-associated inflammatory bowel disease (Aa-IBD), undifferentiated spondyloarthritis (USpA), where stiffness and pain are key symptoms. Insidious onset back pain, morning stiffness, waking up at night, and improvement from exercise are common characteristics. The disease is life-long, often with early onset, and can cause limitations in physical function, affecting the ability to work, and has a negative effect on health-related quality of life. The overall aim of the present work was to describe the prevalence of SpA and to study the consequences for the individual and society regarding physical activity and work in a population-based cohort of patients seeking health care.

**The studies are based on** a cohort of patients with SpA, identified through the Skåne Health Care Register by searching for 12 ICD-10 codes for SpA that had led to a doctor's consultation 2003–2007. Two questionnaire surveys in 2009 and 2011 were sent to all the patients in the cohort >18 years and data from these formed the basis of the studies II, III, and IV.

**Study I presented** an estimation of SpA prevalence based on almost 4,000 pa-

tients. It was 0.45% in adults ( $\geq 15$  years), and equally common in women and men. The prevalence in different subgroups was 0.12% in AS, 0.25% in PsA, 0.0015% in Aa-IBD, and 0.10% in USpA with different sex distribution patterns.

Study II dealt with the proportion of patients who met the WHO recommendations for physical activity. Seven out of ten patients with SpA met the recommendations, more often in women than in men, and with a somewhat higher proportion in the SpAScandia cohort than in the general Swedish population.

**Studies III and IV** examined the patterns of reduced productivity at work both cross-sectionally and longitudinally. Just under half of the patients with SpA reported reduced productivity at work, and more reduction was reported in women than in men. Reduced productivity at work was associated with, and could be predicted from several patient-reported outcome measures (PROMs) such as reduced health-related quality of life (HRQoL), higher disease activity, lower physical function, lower self-efficacy, worse mental health and low education level.

**To conclude**, 45 individuals out of 10,000 have a diagnosis of SpA, and affected individuals report significant consequences of the disease. The findings presented in this thesis could help clinicians to identify pa-

tients at an early stage at risk of a worse prognosis using simple clinical questions in routine practice, and tailor the activities, treatment, and care for patients with SpA.

#### List of papers:

**Haglund E**, Bremander AB, Petersson IF, Strömbeck B, Bergman S, Jacobsson LTH, Turkiewicz A, Geborek P, Englund M. Prevalence of chronic spondyloarthritis and its subtypes in southern Sweden. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(6):943-8 (Paper I)

**Haglund E**, Bergman S, Petersson IF, Jacobsson LTH, Strömbeck B, Bremander AB. Differences in physical activity patterns in patients with spondyloarthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64(12):1886-94 (Paper II)

**Haglund E**, Bremander AB, Bergman S, Jacobsson LTH, Petersson IF. Work productivity in a population-based cohort of patients with spondyloarthritis. *Rheumatology*. 2013;52(9):1708-14 (Paper III)

**Haglund E**, Petersson IF, Bremander AB, Bergman S. Presenteeism in spondyloarthritis is associated with activity impairment and can be predicted by clinically used patient-reported outcome measures. Submitted (Paper IV)

**Key words:** Spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, undifferentiated spondyloarthritis, prevalence, physical activity, work productivity, presenteeism, absenteeism, patient-reported outcomes

ISBN 978-91-87449-79-6

## Världens vackraste ord: i morgon.

Tack vare framgångsrik forskning överlever i dag mer än hälften av alla människor i Sverige som drabbas av cancer. Med mer forskning kan vi rädda ännu fler i framtiden. Ge en gåva enkelt på [cancerfonden.se](http://cancerfonden.se)

*Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?*

020-59 59 59 | Plusgiro 90 1986-0



Cancerfonden

# Ur vardagen

## Facit – Ur vardagen 3 • 2013

Det man ser i bild 2 är dubbelkontur i lårbenbrosket, det vill säga två hyperekoena linjer, en på insidan och en på utsidan av brosket. Detta mönster ses inte i det friska knät till vänster. Den översta hyperekoena linjen är natriumuratkristaller, vilket vid ultraljudsundersökning av brosk är patognomont för kronisk gikt. Liknande mönster kan även ses vid ultraljudsundersökning av MCP-leder.

Kronisk gikt är den mest sannolika diagnosen. Seropositiv RA och andra inflammatoriska ledsjukdomar bör ingå i differentialdiagnostiken.

För att gå vidare med utredningen utförde vi en ultraljudsledpunktion av vänster knä och aspirerade 4 ml ledvätska. Ledvätskeanalysen visade förekomst av natriumuratkristaller. S-urat var också förhöjt (556  $\mu\text{mol/l}$ ). Vid återbesök en vecka senare bejakade patienten akuta giktattacker (portvinstå) kring 40-årsålder.

Patienten fick behandling med Kolkicin och senare Allopurinol. Successivt blev han bättre och ett år senare var han besvärsfri. S-urat sjönk till 372  $\mu\text{mol/l}$ . CRP och SR normaliserades.

HAMED REZAEI



Bild 1: Dorsal ultraljudsundersökning av MCP 2.

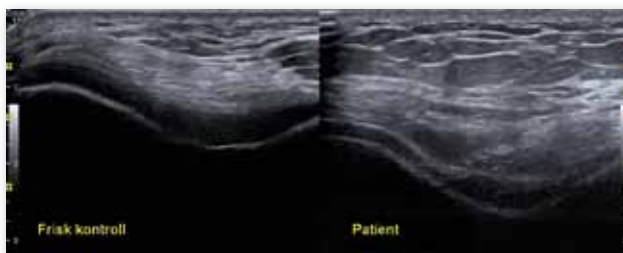
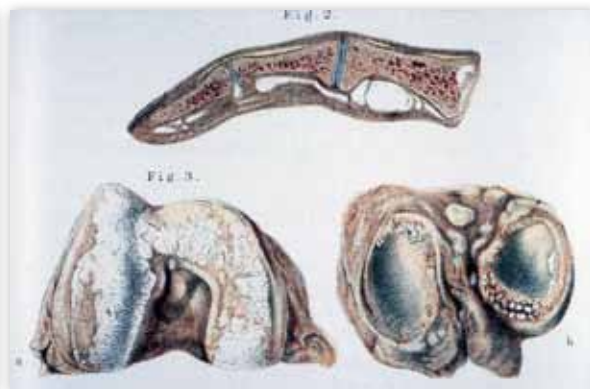


Bild 2: Ultraljudsundersökning av distala femur vid full flexion av knäled.



## Kommentar till Hameds trevliga och tänkvärda fall i RB Nr 3 • 2013.

Som underläkare i Lund i mitten på 1970-talet fick jag en patient från Ortopeden. En äldre man med gonit i ena knäleden som kommit och gått under ett flertal år. Till slut explorerades hans knäled, vilket resulterade i remiss till reumatologen med bifogad peroperativ bild. Man ser massiva uratutfällningar på ledbroskets yta. I Garrods Treatise från 1859 finns en lika diagnostiskt talande bild.

Se också föreningens bildarkiv <http://www.svenskreumatologi.se/reumatologihistoria-f%C3%B6re-1900>

IDO LEDEN

Senior med intresse för historia

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](mailto:ioannis.parodis@karolinska.se). Tills dess, njut och le!

IOANNIS PARODIS

# Ur vardagen

**Svea kom till reumatologmottagningen i Kristianstad i december 2012 för bedömning på grund av svaghet i lårmuskulaturen efter mångårig kortisonanvändning mot polymyalgia reumatika. Hon stod då på Prednisolon 12,5 mg om dagen (7,5 + 0 + 5).**

**Kön:** Kvinna

**Ålder:** 84 år

**Tidigare sjukdomar:** Salpingit, halsfluss, frusen skuldra för många år sedan. Tidigare behandling för divertikulit.

**Nuvarande sjukdomar:** PMR sedan många år tillbaka.

**Aktuellt:** Svea uppger vid nybesöket besvärsdebut på sensommaren 1991, vid 62-års ålder, med akut påkommen smärta i vadmuskulaturen. SR skall ha varit hög vid insjuknandet. Inga besvär från överarmar, lår eller tinningar vid debuten. Kort tid senare blev hon insatt på kortison på misstanke om PMR med prompt respons. Kortisonnedtrappning under ett års tid till cirka 5 mg, varefter besvärsrecidiv och ny upp- och nedtrappning. Kortisonfrihet uppnåddes i början av 2000-talet och förblev i cirka 3 år. Därefter symtomrecidiv och återinsättning av kortison.

Samma förlopp om och om igen, med uppblossande av symtom (värk i nacke eller överarmar) vid 5 mg/dag och kortisonupptrappningar till 15–20 mg/dag. Under alla åren, ingen utveckling av värk från huvud eller tinningar och inga ögonbesvär.

Har ej längre värk i låren utan upplever ren svaghet, svårighet att komma upp från stol eller huksittande samt vid gång i trappor. I status noteras lätt rundade kinder men i övrigt inga cushinoida drag. Centrala och perifera leder samt hud och naglar utan anmärkning. Hjärtat auskulteras utan blåsljud. Laboratoriemässigt blank serologi (RF, anti-CCP, ANCA, samtliga är negativa) och normala muskelenzymnivåer.

**Bedömning:** Läkaren blir då tveksam om patienten överhuvudtaget haft PMR eller att diagnosen hur som helst skulle vara aktuell längre, utan andra diagnoser borde övervägas. Patienten planeras för kortisonnedtrappning och erhåller schema med mål kortisonfrihet i mitten av september 2013. Regelbundna blodprover före varje nedtrappningssteg (4 veckors intervall). Vid besvärsrecidiv kontakt med reumatolog för ställningstagande till eventuell dosökning av kortison.

**Fråga:** Vilka differentialdiagnoser övervägs?

**NAZANIN NADERI**

Centralsjukhuset, Kristianstad



Bild 1: PET-CT.

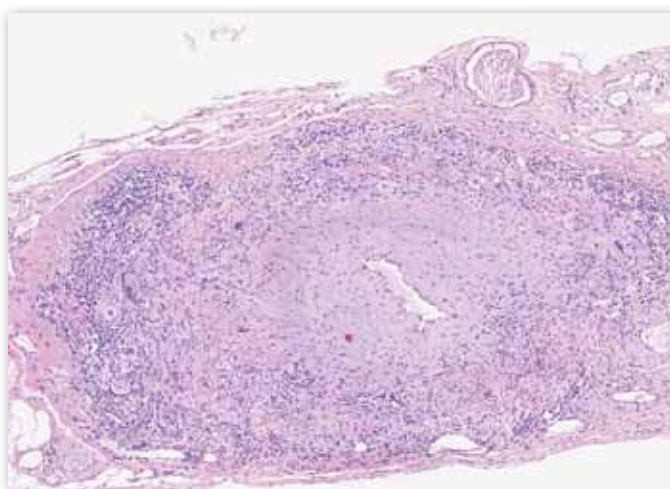


Bild 2: Temporalartärbiopsi.



# ReumaKalender



## 2014

- 23 januari**     **Register- och Riktlinjedagar**  
23–24 januari
- 3 februari**     **Inflammatoriska Systemsjukdomar**  
3–7 februari, Göteborg  
SK-liknande kurs. Kursanmälan görs på hemsidan:  
[www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)
- 5 februari**     **Bild och funktionsmedicin för reumatologer**  
5–6 februari, Wallenbergs konferenscentrum,  
Göteborg  
Fortbildningskurs för specialister i reumatologi  
men i mån av plats även för ST-läkare.  
Kontaktperson: [helena.forsblad@vgregion](mailto:helena.forsblad@vgregion)
- 13 februari**     **SLE – modern behandling, diagnostik och utredning**  
13–14 februari  
Kursen riktar sig till både färdiga specialister  
samt ST-läkare.  
Kontaktperson: [henrik.karlen@ucb.com](mailto:henrik.karlen@ucb.com)
- 1 april**     **SRF:s Vårmöte**  
1–4 april, Örebro  
[www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)
- 19 maj**     **Nationella ST-dagar i reumatologi**  
19–20 maj, Umeå  
Tema: Infektioner som orsak till och komplikation  
vid reumatisk sjukdom.
- 11 juni**     **EULAR Congress 2014**  
11–14 juni, Paris  
[www.eular.org](http://www.eular.org)



Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på [www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)

Pottholtz funderingar  
enligt Tomas Weitoft

... EN DÄLIG DAG PÅ JOBBET

