

ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 99 • 5/2014



ST-tema
Spenshults uppgång och fall
Studierektor för vidareutbildning



ReumaBulletinen

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

Ansvarig utgivare	Ralph Nisell Reumatologiska kliniken Karolinska Universitetssjh 171 76 Stockholm Tel 08-517 760 93 ralph.nisell@karolinska.se
Redaktör	Tomas Bremell Reumatologi Sahlgrenska Universitetssjh Gröna Stråket 12 413 45 Göteborg Tel 031-342 33 78 tomas.bremell@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 031-7071930
Annonser	Dan Johansson dan@mediahuset.se Olle Lundblad olle@mediahuset.se
Layout	Eva-Lotta Emilsdotter lotta@mediahuset.se
Tryck	ÅkessonBerg AB Box 148 361 22 Emmaboda www.akessonstryck.se
Distribution	Distribueras som posttidning ISSN 2000-2246 (Print) ISSN 2001-8061 (Online)

Utgivningsplan 2014

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



Innehåll • 5/2014

- 3 Redaktören har ordet
- 4 Brev från ordföranden
- 5 Brev från vetenskapliga sekreteraren
- 6 Program Riksstämman 2014
- 7 Rapport från utbildningsansvarig
- 8 Regional studierektor för specialister - något för reuma-Sverige?
- 10 "Ha detaljerade kunskaper om utbildningsbehovet för specialister"
- 12 Svensk Reumatologisk Förenings policy avseende biosimilarer

ST-TEMA

- 13 Skapelsens krona
- 14 Rapport från Nationella ST-dagarna 2014
- 15 Kvalitetsarbete under ST - hur går det till och vad gör man?
- 16 Rekrytering av ST-läkare. Hur ser det ut i landet?
- 19 Reumatologin genom ST-läkarens ögon
- 21 Mitt liv som ST-läkare - räcker tiden?
- 22 Resultat och utvärdering av årets diagnostiska prov

- 23 Ioannis krönika
- 24 Katerinas Cartoon
- 26 Ny registerhållare för SRQ
- 28 Spenshults reumatikersjukhus stängs
- 32 Ido Ledens historia
- 36 Historik PMR/GCA
- 38 Månadens reumatologenhet - Helsingborg
- 39 Almedalen 2014 - Större tillit till professionen
- 42 Aktuella avhandlingar
- 47 Ur vardagen
- 48 Reumakalender

Omslagsbild:

Spenshult sjukhus. Huvudbyggnaden, numera klassad som byggnadsminne, uppfördes efter ritningar av den berömda arkitekten Ivar Tengbom.

annons

Redaktören har ordet

Välkomna tillbaka efter sommaren där nog ingen har anledning att klaga på vädret i alla fall.

En tråkig händelse inträffade här i Göteborg. Vår kollega, vän och arbetskamrat Christoph Schaufelberger avled plötsligt och helt oväntat den 4 juli - nyss fyllda 60 år. Vi saknar honom.

Under hösten kommer ReumaBulletinen med tre nummer (nr 5, 6 och 7/2014) - varav nr 6 är ReumaBulletinen VETENSKAP.

Föreliggande nummer har ett ST-tema med skildringar av livet som ST-läkare såväl på länsjukhus (Anders Lind) som universitetssjukhus (Sara Wedrén).

Vi har duktiga skribenter bland våra ST-läkare. ST-temat innehåller även rapport från Riks-ST-dagarna, kortintervjuer med ST-läkare om nuet och framtiden, en redogörelse för kvalitetsarbetet under ST och intervjuer med chefer om rekrytering av nya reumatologer.

Spenshults uppgång och fall presenteras av Ido Leden och Annika Teleman. Reumatikersjukhusens fall illustrerades ju också i förra numret med omslagsbilden av Heino-la i Finland.

Detta nummers omslagsbild är en vacker bild av Spenshult. Reumatikersjukhusen har spelat stor roll för reumatikervården men den medicinska utvecklingen ställer idag andra krav på vårdformer och resurser.

Idos historia handlar denna gång om PMR/TA och det är Elisabeth Nordborg som fört pennan. Ido blir själv intervjuad av



”Reumatikersjukhusen har spelat en stor roll för reumatikervården men den medicinska utvecklingen ställer idag andra krav på vårdformer och resurser”

Per Lundblad som den levande legend han är. Per har även intervjuat Sofia Ernestam - vår nya registerhållare för SRQ (Svenskt ReumatologiRegister).

Månadens reumatologienhet är Helsingborg som numera är klinisk läkarutbildningsort i samarbete med Lunds Universitet. Bjarne Hansen har skrivit om Hel-

singborg och Bengt Lindell är den som ansvarar för att samtliga Sveriges reumatologienheter presenteras.

Det grekiska temat utgörs av Ioannis krönikan och Katerinas Cartoon vilka ingår i varje nummer.

Från styrelsen kommer flera intressanta bidrag. Boel Mörck och Mats Dehlin visar på hur Västra Götaland infört studierektorer för vidareutbildningen och vilka positiva effekter det har. Styrelsen har kanske för avsikt att driva denna fråga nationellt med målsättningen att alla sex sjukvårdsregioner skall ha en studierektor för reumatologisk vidareutbildning.

Christopher Sjöwall lyfter frågan om vetenskapligt arbete och forskning bland ST-läkarna. Han planerar att ha en regelbunden enkät för att belysa forskningsintensiteten och forskningsintresset hos våra ST-läkare.

Detta ligger ju också helt rätt i relation till den ökade möjligheten till akademisering vi ser inom reumatologin - även på länsjukhusen. Vidare ledare och brev från utbildningsansvariga. Eva Nordin rapporterar från SRFs viktiga deltagande i Al-medalen.

Välkomna till ytterligare ett välmatat nummer av ReumaBulletinen!

TOMAS BREMELL
Redaktör

Antagna vid styrelsemötet 2014-06-02

Nya medlemmar:

Åsa Ribers	Umeå
Karin Gunnarsson	Stockholm
Matina Liapi	Karlskrona

Nya associerade medlemmar:

Marianne Petersson	Linköping
Håkan Odeberg	Karlskrona
Lisbet Pedersen	Örnsköldsvik
Maja Aase	Stockholm

Produktiviteten och fokus står på höstens reumatologiska agenda

Efter en ovanligt varm, skön och avkopplande sommar är det åter dags för att vara produktiv och arbeta fokuserat igen med reumatologiska spörsmål. Patienter och utmaningar står vid dörren och behoven, frågorna och önskemålen är många. Hösten är samtidigt på ingång och valdebatten såväl lokalt i landstingen som nationellt för Riksdagen är på högvarv när detta skrivs. Och när detta läses, antar jag att utfallet på våra demokratiska representanter i Sverige är klara och vem/vilka som har givits makten i Sverige och i de 21 landstingen, och vad som kommer att gälla politiskt de närmaste 4 åren. Eller är det fortfarande ovisst?

Men en sak är dock säker i en osäker värld: Människor som har drabbats av reumatiska sjukdomar, dvs våra patienter, finns kvar och de behöver fortsatt hjälp. Utmaningarna är förstas hur vi på allra bästa sätt ska kunna möta dessa hjälp- och behandlingsbehov utifrån de resurser och möjligheter som står till buds.

Almedalen

I Almedalen i Visby under den första veckan i juli deltog SRF för 4:e året i rad, traditionellt tillsammans med Reumatikerförbundet med ett seminarium angående nationella riktlinjer, avseende följsamhet och uppföljning.

Våra kollegor inom Neurologin, som ska börja arbetet med nationella riktlinjer, medverkade för andra gången. Det blev även i år många och bra diskussioner med engagerade paneldeltagare och åhörare. Nästa år planerar vi redan nu för ett seminarium med Reumatikerförbundet återigen och med nya teman, t ex livsstilsfaktorer, MORR och KRAM. Jag ber att få återkomma framöver med mer detaljer om detta.

Om Almedalsveckan har jag hört uttryck som "stort spektakel" och "vuxenkollo". Man ska emellertid inte underskatta kraften i den möjlighet till interaktion och nätverksbyggande, lobbying, deltagande på seminarium mm som äger rum i Visby under dessa dagar i juli.

Många aktörer och betydelsefulla makthavare är på plats och i år var det möjligen pga valår extra intensivt, men antalet Visbybesökare denna vecka tycks vara i kontinuerligt växande för varje år – nu fler än 20 000.



”Framtiden för svensk reumatologi känns robust och strukturerad”

Sjukvårdsfrågor diskuterades mycket under Almedalsveckan. Det är uppenbart en viktig politisk fråga, inte minst detta år som valfråga till hösten. Sjukvård och hälsa engagerar många i vårt land. Kommer vi ha statligt styrd vård, eller möjligen sex större regioner och inte 21 landsting som ansvarar för vård och hälsa i Sverige om låt oss säga 5 år?

En robust bas i organisationen

Framtiden för Svensk Reumatologi känns inte ovisst, vi har en robust bas i vår organisation och välfungerande struktur, men vi är i hög grad beroende av hur övriga vården i Sverige fungerar och är uppbyggd. Givetvis kommer vi i SRFs styrelse kontinuerligt och noggrant bevaka utvecklingen av vården. Om det blir organisatoriska, nationella sjukvårdsförändringar är vi förstas beredda att aktivt delta i processen och diskussionerna, och vi arbetar nära både Läkarförbundet och Läkaresällskapet, samt även Socialstyrelsen. Och förstas har vi ett bra och nära samarbete med handikapporganisationen för reumatiskt sjuka, dvs Reumatikerförbundet, som är Sveriges största patientorganisation och en mycket nära samarbetspartner till SRF.

Hoppas vi ses på Riksstämman i Stockholm i december (torsdag och fredag 4-5 december). Observera att Riksstämme-pro-

grammet bjuder på många bra och spännande symposier med reumatologiska anknytningar och bidrag. Vi kommer även i år ha vårt SRF-årsmöte i samband med Riksstämman (torsdag eftermiddag den 4 december) och alla SRFare är då förstas mycket välkomna.

Höstkonferensen med utvecklingsfrågorna för reumatologin har flyttats och är nu förlagd till onsdagen den 21/1 2015, dvs dagen före de i januari traditionellt återkommande Riktlinje- och Registerdagarna som äger rum torsdag och fredag 22-23 januari. Notera redan nu dessa datum. Vi återkommer framöver med mer detaljerat program.

Planeringen inför Reumadagarna nästa år är i full gång. Kongressgeneral och vice ordförande i SRF, Boel Mörck, har redan kallat till planeringsmöte i september så när detta läses har vi träffats, och även de huvudsponsrande läkemedelsbolagen har inbjudits. Det blir således inte något "Reumatologiskt Vårsmöte" framöver. Istället kommer vi att träffas på "Reumadagarna", som fr o m nästa år äger rum vid sommar slutet/höstbörjan. År 2015 hålls dessa Reumadagar den första veckan i september (v 36) i härliga och natursköna Tylösand utanför Halmstad.

Jag vill även passa på att informera att SRF arbetar vidare med Ledarskapsfrågan som är mycket viktig för hela svenska reumatologin, dvs att vi kan rekrytera, utveckla och behålla duktiga ledare och potentiella chefer runtom i landet. Ett särskilt nationellt program (RULe) för stöd och utveckling av framtidens potentiella ledare kommer att påbörjas som en pilot 2015.

Vi (SRF) är övertygade om att det i första hand bör vara läkare som är klinikchefer och har de ledande positionerna på Universitetssjukhusen och även vid Reumatologikliniker ute i landet.

Men det måste givetvis finnas läkare och reumatologer som är både lämpliga och beredda att ta på sig och samtidigt mäktar axla dessa uppdrag.

Å SRFs vägnar önskar jag dig som läser Reumabulletinen och dess ledare (men andra SRFare tillönskas också) en bra, produktiv och inspirerande reumatologisk höst.

RALPH NISELL
Ordförande SRF

Lockas Sveriges blivande reumatologer av forskning?

Augusti är på god väg att övergå i september när dessa rader sammanställs. Hösten har bevisligen redan knackat på dörren efter en lång och varm sommar. Ledighet i all ära, men det är säkert fler än jag som tycker att höstens vetenskapliga program ser lockande ut med Scandinavian Congress of Rheumatology i Stockholm, Cutting Edge (sedvanligt) i Lund, American College of Rheumatology i Boston, och Riksstämman i Stockholm. Vid sidan av en kort rapport från Eular innehåller detta brev även en kort presentation av SRF-styrelsens ansats att evaluera intresset för forskning i ST-läkargruppen.

Arets Eular – denna gång i ett varmt Paris – hölls som vanligt under skolavslutningstider. Uppslutningen bland svenska reumatologer var stor, möjligen beroende på nästa års förändrade regelverk vilket kommer att förhindra läkemedelsbolagen från att sponsra resor till vetenskapliga möten. Trots att nyheterna kanske inte var så många fann jag för egen del flera höjdpunkter under årets Eular.

Under sessionen "Novel autoantibodies" gav Diane van der Woude, Leiden, en lysande översikt om kunskapsläget kring AC-PA-finspecificiteter och deras relation till prognos vid RA. Reinhard Voll, Freiburg, presenterade en fallserie där patienter med terapirefraktär SLE-nefrit (ofullständig effekt av cyklofosamid och rituximab) mycket framgångsrikt behandlats med proteasomhämmaren bortezomib (Velcade®).

Detta är ett läkemedel som eliminerar plasmaceller och har indikation multipelt myelom, och det är inte osannolikt att vi kommer att få se fler och större studier på bortezomib vid lupusnefrit framöver.

Kvarstående värkproblematik

De flesta reumatologer är smärtsamt medvetna om att patienter med psoriasisartrapati kan ha kvarstående värkproblematik trots framgångsrik behandling med både metotrexat och TNF-blockerande läkemedel. Detta illustrerades under symposiet "The psoriatic spectrum" där patogenes, patientomhändertagande och smärtbehandling förtjänstfullt vävdes samman.

Dennis McGonagle, Leeds, modererade föredömligt sessionen och inledde med att presentera ett fall från sin egen klinik: My rheumatologist thinks my PsA is cured,



"Ser fram emot höstens vetenskapliga möten"

and now I have fibromyalgia. Hög igenkänningsfaktor för många i auditoriet!

Biosimilarer

Ett annat tema under årets Eular var biosimilarer. Under sessionen "Biosimilars: a SWOT analysis" diskuterades allt ifrån skillnader på längre sikt mellan originalpreparat och biosimilarer avseende effekt och potentiella biverkningar, till konsekvenser för läkemedelsbudget på nationell nivå.

En intrikat fråga är i vilken utsträckning evidens för biosimilarer kan extrapoleras mellan olika diagnosgrupper. Originalpreparaten alltid fått indikationer utifrån särskilda kliniska prövningar för varje enskild diagnos: RA, AS, PsA, SpA, JIA etc. Biosimilarer som hittills godkänts för användning i Europa har dock huvudsakligen testats på RA och trots detta fått den europeiska läkemedelsmyndighetens godkännande för hela paketet (inklusive morbus Crohn).

Extra knepigt blir det när läkemedelsmyndigheter i andra länder (t.ex. Kanada) kommit till motsatt slutsats – dvs att extrapolering av resultat från RA-studier inte räcker för att ge ytterligare indikationer. Den första biosimilaren beräknas finnas på den svenska marknaden under början av 2015.

Frågorna är många kring framtida användning av biosimilarer i Sverige. SRF har tagit höjd för denna diskussion genom att redan tidigt 2014 tillsätta en arbetsgrupp för att bevaka utvecklingen, och noggrant följa införandet av biosimilarer. Alldeles säkert

kommer införandet framöver att ställa högre krav på hur vi registrerar de biologiska läkemedlen i SRQ, t.ex. genom registrering av satsnummer (batcher). Arbetsgruppen som består av Carl Turesson, Nils Feltelius, Johan Askling, Elisabet Lindqvist, Lennart Jacobsson och undertecknad sammanställde innan sommaren ett policydokument med SRFs generella synpunkter. Dokumentet ligger på hemsidan (och finns även i detta nummer av Bullen) – ta gärna del av det!

Forskningsintresse hos ST-läkarna?

I Socialstyrelsens målbeskrivning för ST-läkare i reumatologi från 2008 specificeras att alla ska ges möjlighet att gå en kurs i forskningsmetodik. Därtill rekommenderar SRF att ST-läkaren har tillgång till en disputerad handledare under sitt "individuella arbete enligt vetenskapliga principer".

Utbildningsansvariga och vetenskapliga sekreterare har tillsammans utformat och skickat ut en enkät till ST-läkarna med motivet att försöka belysa hur dessa mål uppfylls, undersöka hur det allmänna intresset för forskning ser ut (kanske locka fler), och uppskatta hur många ST-läkare som är engagerade i doktorandprojekt m.m. Enkätens resultat är tänkt att sammanställas och redovisas i Reumabulletinen senare i år.

Precis som Tomas Bremell regelbundet uppdaterar oss på reumatologtättheten i landet är tanken att denna enkät återkommande ska kunna skickas ut till ST-läkarna för att bättre kunna tillgodose behov av handledning i vetenskapligt arbete, men även för att följa trender avseende forskningsintresse. För att vi ska få så tillförlitliga resultat som möjligt uppmanar jag därför alla ST-läkare att snarast fylla i enkäten och skicka den till Yulia Stennikova i Östersund!

Hösten fylls med vetenskapliga möten

Som jag inledningsvis nämnde är hösten full av vetenskapliga möten. Alldeles särskilt vill jag flagga för årets Riksstämman där SRF arrangerar hela fem (!) programpunkter, vilka beskrivs i närmre detalj i separat artikel. Väl mött på någon eller några av höstens sammankomster!

CHRISTOPHER SJÖWALL

Vetenskaplig sekreterare
christopher.sjowall@liu.se

SRFs programpunkter under Riksstämman 2014

Trots att SRFs vetenskapliga program numer återfinns under Reumadagarna är föreningen fortfarande engagerad i arbetet med Riksstämmans program. Precis som förra året kommer årets möte att hållas i Stockholm Waterfronts lokaler den 4-5 december, och Svenska läkaresällskapets programkommitté har godkänt SRFs fem förslag på programpunkter.

Under torsdagen den 4/12 arrangerar SRF följande symposier:

Psoriasis och psoriasisartrit – två sidor av samma mynt? (arrangeras tillsammans med Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi). Psoriasis är ett vanligt tillstånd som inte sällan är associerat med besvär från muskler, senfästen och leder.

Utbredningen mellan hud och leder utgör ett kontinuum vid psoriasis. Alla patienter med psoriasis och besvär från rörelseapparaten behöver inte skötas av reumatolog. Men vilka symtom bör föranleda remiss för reumatologkonsultation? Vilka besvär kan skötas inom primärvården? Vissa behandlingar för hudmanifestationer har effekt även på leder och senfästen (exv. metotrexat och TNF-blockerare), medan andra inte har det. Mot bakgrund av nyvunnen kunskap samt godkännandet av ustekinumab för behandling av både kutan psoriasis och psoriasisartrit tror vi att detta symposium kan fylla en viktig plats. Vid sidan av reumatologer riktar sig symposiet till dermatologer och distriktsläkare.

Biosimilarer – möjligheter och risker, för patienten och samhället (arrangeras av SRFs arbetsgrupp för biosimilarer). Introduktionen av biologiska läkemedel har revolutionerat behandlingen av patienter med RA och flera andra inflammations- och antikroppsmedierade sjukdomstillstånd. I takt med utvecklingen har emellertid läkemedelskostnaderna ökat dramatiskt för landstingen. De biologiska preparaten används idag inte bara för de allra sjukaste, och vi har idag även skaffat oss en betydande kunskap om bl.a. säkerhetsprofil för de vanligaste biologiska preparaten. Då patent för några av dessa läkemedel är på väg att gå ut kan vi stå inför ett skifte som kan öppna marknaden för biosimilarer, vilka sannolikt kommer



att ha ett lägre pris än originalpreparatens. En biosimilar är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel men som inte är identiskt. För att en produkt ska godkännas för försäljning ska man visa att biosimilaren och det biologiska referensläkemedlet inte skiljer sig åt i fråga om säkerhet och effekt. Symposiet har potential att intressera kollegor inom reumatologi, neurologi, gastroenterologi och dermatologi.

Dermatologiska manifestationer av reumatisk sjukdom (arrangeras tillsammans med Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi). Huden kan reflektera kroppens välbefinnande och kan utgöra en informationskälla för diagnos av systemsjukdomar och med engagemang av flera organsystem. De flesta reumatiska sjukdomar kan ge kutana manifestationer.

Ibland är hudengagemang en förväntad del av den reumatiska sjukdomen (psoriasis, SLE), men ibland kan hudmanifestationer vara mera ovanligt förekommande. Fynd i huden kan vara tecken på allvarligare sjukdom (vaskulit, erytema nodosum) och de läkemedel som förskrivs för båda den reumatiska sjukdomen eller för en komorbid sjukdom kan ge kutana biverkningar (läkemedelsreaktioner). Symposiet är i första hand tänkt att rikta sig till reumatologer, dermatologer och distriktsläkare, men har även implikationer för specialister inom intermedicin.

Under fredagen den 5/12 arrangerar SRF följande symposier:

Graviditet och reumatisk sjukdom: Vilka är riskerna och möjligheterna? (arrangeras av SRFs intressegrupp REUGRA). Historiskt har kvinnor med inflammatorisk systemsjukdom fått rådet att inte bli gravida. Vi vet nu att många av dessa kvinnor med hjälp av noggrann medicinsk och obstetrisk vård kan ha lyckade graviditeter. Framgångsrik behöver dock inte betyda utan komplikationer. Läkare och patienter måste vara beredda på att handskas med eventuella komplikationer för både mor och barn. Vidare bör kvinnor inte bli gravida när deras reumatiska sjukdom inte är under kontroll. Risken för graviditetskomplikationer varierar med diagnos, manifestationer och svårighetsgrad av den reumatiska sjukdomen. RA, SLE och antifosfolipidsyndrom påverkas alla under graviditet. Exempelvis kan RA förbättras hos gravida patienter och resultera i ett minskat behov av mediciner, men ibland blossa upp efter förlossningen.

IgG4-relaterad sjukdom – antikroppsmedierade sjukdomstillstånd med varierande klinik. IgG4-relaterad sjukdom är ett immunologiskt definierat syndrom med ytterst varierande manifestationer som fått en ökad uppmärksamhet under senare år.

Tillståndet karaktäriseras av högt serum IgG4, och IgG4-positiva plasmaceller i vävnad samt lesioner med fibros. I regel svarar tillståndet kortison.

Huvudsakligen drabbar IgG4-relaterad sjukdom pancreas (autoimmun pancreatit) och lakrimal- och spottkörtlar, varav den senare benämns Mikulicz sjukdom. Retroperitoneal fibros och nefropati kan utgöra andra manifestationer av IgG4-relaterad sjukdom. Symposiet syftar till att ge en bakgrund och exposé över detta "nya" sjukdomstillstånd där kunskapsläget ännu är ofullständigt. När ska tillståndet misstänkas och hur ska det diagnostiseras? Programpunkten kommer att bl.a. innehålla ett antal fallbeskrivningar.

CHRISTOPHER SJÖWALL

Vetenskaplig sekreterare
christopher.sjowall@liu.se

Rapport från utbildningsansvarig

I detta nummer av Bullen handlar vår utbildningsspalt om det gemensamma europeiska samarbetet och utvecklingen av specialitetsutbildning och examination.

Johan Karlsson är vår representant i UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) och deltog i gruppens senaste möte i Paris juni 2014, under EULAR. Här kommer en sammanfattning av Johans rapport:

Utökad samarbete med EULAR

Som ett steg mot en tätare samverkan mellan UEMS och EULAR har ledande personer från de båda organisationerna träffats vid två tillfällen under våren 2014. EULARs exekutivkommitté ställer sig, liksom UEMS, mycket positiv till ett utökad samarbete och föreslår ESCET (utbildningsorganet inom EULAR) som primär samarbetspartner. Ingrid Lundberg, nuvarande ESCET president, deltog således vid det aktuella mötet i Paris.

Training Requirements for the Specialty of Rheumatology

Ett gemensamt europeiskt dokument innehållande de krav som ska ställas på en specialistutbildningen, gångbar i hela Europa, har tagits fram gemensamt av medlemmarna. Sverige har försökt påverka skrivningen, och framför allt försökt minska detaljstyrningen men dokumentet är mycket omfattande. Vi lägger ut det på SRFs hemsida under Utbildningsfliken, för intresserade.

Gemensam examinationsform för specialistexamen i Europa?

Då "Training Requirements" dokumentet nu är godkänt, ämnar UEMS arbeta vidare med att försöka harmonisera metoderna för bedömning/utvärdering av specialistkompetens inom Europa. Ambitionen är att enas om en gemensam examinationsform, inklusive någon typ av skriftligt prov.

Ett första steg mot detta är att undersöka vilka bedömningsformer som i nuläget används i de olika länderna, varför utkast på en enkät kring detta har tagits fram.

Samtliga länder har ombetts ge synpunkter på utformandet av enkäten innan 1406-30, vilket har gjorts av Johan, Ann och Yulia. Efter revision kommer enkäten under hösten att distribueras för svar från de olika



länderna. Detta kommer sedan att diskuteras vidare vid UEMS nästa möte, vilket går av stapeln i Zagreb i november. Målet är att föreslå en gemensam specialistexamen i reumatologi.

EULARs exekutivkommitté har uttryckt att de skulle önska att EULAR onlinekursen blev obligatorisk för specialistexamen i samtliga europeiska länder, vilket redan är fallet i Holland och Frankrike, medan ESCET genom Ingrid Lundberg åtminstone gärna skulle se att detta blev en stark rekommendation.

Denna uppfattning delas även av delar av UEMS, och det tycks sannolikt att detta är en av de vägar mot ett gemensamt prov som fortsatt kommer att diskuteras. Onlinekursens pris har nyligen sänkts från 400 till 100 Euro, men många anser att kursen måste vara gratis om den skulle bli obligatorisk.

UEMS gemensam e-portfolio

Inom UEMS håller man centralt på att utveckla en e-portfolio för dokumentation av utbildningsaktiviteter, vilken under hösten 2014 kommer att testas inom ett fåtal specialiteter (ej reumatologi) i några länder.

Slutprodukten väntas inte bli klar på många år än. Reumatologins "Training Requirement" dokument har hursomhelst författats i syfte att vara kompatibelt med det generella upplägget på denna e-portfolio.

Multidisciplinary Joint Committee (MJC) for Clinical Skills Assessment

Inom UEMS finns, utöver de olika specialitetssektionerna, även MJCs för att hantera specialitetsövergripande ämnen.

Man ämnar nu starta en ny sådan MJC med syfte att ta fram riktlinjer för hur man bäst examinerar kliniska färdigheter, vilken kommer ha sitt första möte i Stockholm 140919. Representation från reumatologin önskas och ev. intresse kan anmälas till sektionspresidenten Nada Cikes.



ANN KNIGHT
Utbildningsansvarig

Regional studierektor för specialister - något för reuma-Sverige?

Inom reumatologin är vi vana att ligga framkant oavsett om det gäller forskning, patientmedverkan, register eller utbildning. Våra 6 regionala studierektorer för ST-läkarna är ju ett exempel på en viktig och lyckad nationell satsning och strategi.

Kan det nu vara dags att göra sammanlunda för specialisterna? Nedan kan ni läsa om hur man tänkt runt detta i Västra Götalandsregionen (VGR) och hur vår regionale studierektor för specialister, Mats Dehlin, ser på sitt uppdrag (separat artikel).

Fortbildningsbehov och begränsade resurser på reumatologi Sahlgrenska

Under början på 2000-talet var allt fokus på ST-läkarrekrytering och utbildning. Specialisterna blev efter hand allt fler och började artikulera sitt behov av strukture-

rad fortbildning. Detta ledde till att Mats Dehlin fick uppdraget att bli vår förste studierektor för specialister på Sahlgrenska 2009.

Vi tog upp frågan på vårt sektorsråd, dvs vårt regionala medicinska råd där länssjukhus, barnreumatologi och Halland finns representerade och Mats Dehlins uppdrag konverterades till ett regionalt dito. Samtidigt hade vi fått reda på att det fanns någonting i regionen som kallades MUR, Medicinska kompetens Utvecklings Rådet, och som hade liknande ansats men bara för de 13 största specialiteterna. Detta lät intressant och vi började undersöka möjligheten av att bli medlem nr 14.

Bakgrund till MUR i VGR

Medicinska kompetensutvecklingsrådet (MUR) har funnits sedan 2006 som en konsekvens av ändrade regler om läkemedelsföretagens finansiering av kompetensut-

vecklingsinsatser/kurser för i första hand läkare och ett intresse från regionledningen att ta tillvara den kompetens som finns i Västra Götalandsregionen för att arrangera egen intern fortbildning för färdiga specialistläkare.

Kompetensutvecklingsrådet utgörs av 13 ledamöter/studierektorer för de största specialiteterna i regionen. Med nuvarande regelverk har de 13 specialiteterna en studierektor på 25 %, som finansieras med medel från det personalpolitiska anslaget, varje studierektor får också årligen 25 000 kr för egen kompetensutveckling för att kunna hålla sig à jour med utvecklingen inom området. De första åren präglades av en uppbyggnads- och introduktionsfas som nu är avslutad.

Kompetensutvecklingsrådets verksamhet är etablerad, studierektorernas roll och uppgifter har tydliggjorts i uppdragshandling och det finns en klar koppling både till berörda medicinska sektorsråd och till berörd verksamhetschef.

Det föreligger inte några svårigheter att rekrytera nya studierektorer. Verksamhetschefer inom sjukvården räknar med kompetensutvecklingsrådets verksamhet, som en viktig del i specialisternas fortbildning. Hittills har målsättningen varit att erbjuda kurser till självkostnadspris, antingen har verksamheterna abonnerat på ett visst antal utbildningstillfällen per termin eller också har man köpt kurser styckvis.

Det är viktigt att läroprocessen för läkare inte avstannar i och med slutförd ST-utbildning utan det blir en kontinuerlig kompetensutveckling också under specialistkarriären. Här spelar medicinska kompetensutvecklingsrådet en viktig roll.

Under AT- och ST-perioden finns tydliga utbildningsmål och föreskrifter för vad en läkare ska genomgå för kunskapsutveckling. För den färdiga specialisten finns inte några sådana krav utan dessa är upp till varje arbetsgivare att fastställa. Ett stort ansvar ligger naturligtvis också på respektive specialistläkare att hålla sig uppdaterad med den medicinska utvecklingen.

Medicinska kompetensutvecklingsrådet (MUR) har därför tagit fram kunskapsmål för de 13 stora specialiteterna, sk core curriculum. Dialog förs också med hälso- och sjukvårdsavdelningen om att MUR skulle kunna ta ett större ansvar för utbildningsaktiviteter kopplade till nationella och regi-



onala riktlinjer och vårdprogram.

Reumatologin upptas formellt i MUR 2013. Personalutskottet fattade den 28 augusti 2012 (§ 86) ett inriktningsbeslut om fortsatt finansiering av Medicinska kompetensutvecklingsrådet för åren 2013 och 2014 med medel från det personalpolitiska anslaget.

Frågan om större medverkan från MUR sida i implementering av nya vårdprogram har varit föremål för dialog under en längre tid, både internt inom MUR och med företrädare för hälso- och sjukvårdsavdelningen. Den 28 september 2012 behandlade Program- och prioriteringsrådet (PPR) frågan om hur MUR kan bidra i implementeringen av regionala vårdprogram och riktlinjer.

PPR fann att studierektorerna skulle kunna vara en bra samarbetspartner i implementeringsarbetet och gav hälso- och sjukvårdsavdelningen och HR-strategiska avdelningen i uppdrag att formulera ett förtydligande i uppdraget till MUR om medverkan i implementeringen av ordnat införande och nya nationella och regionala medicinska riktlinjer. Denna implementeringsväg bör testas i några fall och utvärderas, enligt PPR.

Ur protokollet från HR-strategiska avdelningen i VGR från 2012-11-21 kan man så läsa: "Den specialitet som aktivt deltagit i rådets möten och som regelbundet arrangerar fortbildning för sina specialister är reumatologin. Det är därför logiskt att erbjuda reumatologin en ordinarie plats i rådet och en egen studierektor. Principen om att tillkommande specialiteter ska erhålla finansiering i förhållande till sin storlek har tidigare diskuterats. Vårt förslag är därför att reumatologin erhåller finansiering av en studierektor motsvarande 15% av en heltidsanställning samt 25.000 kr för egen kompetensutveckling."

Start för regionala reumastudierektorer för specialister 2015?

Så efter att ha drivit frågan om att erhålla officiellt status i VGR, som fullvärdig deltagare i MUR hade vi nått vårt mål om finansiering from 2013, efter att under 4 år ha uppvakttat beslutsfattarna i denna fråga. Vi gynnades av det utvidgade uppdraget som alla studierektorer erhöill, det om implementering av nationella riktlinjer.

Fortbildning och dokumentation av densamma är ju en av de stora frågorna inom Läkarförbundet och Läkarsällskapet just nu inte minst beroende på EUs yrkeskvalifikationsdirektiv <http://www.regeringen.se/sb/d/18300/a/238512>, men även i och med det nya LIF-avtalet, som implementeras fullt ut from 2014.

Ett nationellt nätverk av studierektorer för specialister skulle kunna vara en styrka och hjälp för oss reumatologer.

Att det finns en efterfrågan på fortbildning inom svensk reumatologi såg vi inte minst

på Reumadagarna i Örebro där satsningen på fortbildningsprogram på fredagen fick mycket starkt gensvar!

Frågan har också diskuterats i SRFs Verksamhetschefs nätverk och det tycks finnas ett stort intresse för regionala studierektorer, kanske kan det bli ett avstamp i frågan under Verksamhetsutvecklingskonferensen i Stockholm onsdagen den 20 januari?

Ser fram emot era synpunkter!

BOEL MÖRCK

Verksamhetschef Sahlgrenska
Universitetssjukhuset



MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN 4–5 december 2014

Vill du bli mer än en bra specialist? Fortbilda dig på Medicinska riksstämman.



Medicinska Riksstämman på Stockholm Waterfront – läkarnas närmaste mötesplats för fortbildning.



VETENSKAP, UTBILDNING, KVALITET OCH ETIK

Över 100 programpunkter | Fortbildning över specialitetsgränserna | Branschutställning

4–5 december, Stockholm Waterfront

f /medicinariksstamman

🐦 #rix2014

🏠 www.riksstamman.se

Arrangör:
Svenska
Läkarsällskapet
Mediapartner:
Dagens
Medicin

Förste huvudpartner:
Sveriges
läkarförbund
Läkartidningen

Partners:
LIF
VINNOVA
SYLF
Socialstyrelsen
Folkhälsomyndigheten

Lipus har granskat och godkänt denna kurs. Fullständig kursbeskrivning finns på www.lipus.se (Lipus-nr 20140070)

LIPUS
GRANSKAD OCH
GODKÄNT

”Ha detaljerade kunskaper om utbildningsbehovet för specialister”

Så inleds min uppdragsbeskrivning som regional studierektor för reumatologspecialister i Västra Götalandsregionen (VGR). Jag har ägnat mycken tanke åt denna ständigt pågående process.

Frågan är komplex vilket inte minst illustreras av Läkarförbundets tidigare diskussion om bakjournskompetens. Kollegorna uppvisar skillnader i sina nuvarande kunskaper och i kommande kunskapsbehov. Reumatologen på länsjukhuset kanske deltar i medicinjournalinjen medan kollegan på regionsjukhuset gärna skulle uppdatera sig gällande de sista riktlinjerna för akut koronart syndrom.

Hur gör vi då i VGR? Jag försöker definiera utbildningsbehovet via mina reumatologkollegor. Vid var kontakt och utbildningstillfälle efterfrågas önskemål om vidare fortbildning. Sektorsrådet i reumatologi har blivit mitt bollplank – där finns specialister från alla länsjukhus med. Jag deltar på varje möte och lyssnar av. Det är avgörande att utbildningsämnen är förankrade i läkargruppen för att försäkra sig om ett högt deltagande på utbildningstillfällena. Jag sitter också med i vårt forskning- och utbildningsutskott (FoU) där vi sista året tagit ett mer samlat grepp kring fortbildning med olika teman som avlöser varandra under året. Sista tiden har ägnats åt

vaskulitjukdomar och till hösten väntar barnreumatologi och psoriasisartrit. FoU-gruppen är en stor tillgång som diskussionspartner och bra källa till föreläsarförslag, något jag har konstant behov av.

MUR

Som specialiststudierektor i VGR sitter jag med i MUR där de tretton största specialiteterna plus några till finns representerade i form av studierektorer för specialister. Vid möten två till tre gånger per termin utbyts erfarenheter och knyts kontakter i utbildningsfrågor. Jag har fått flera goda exempel och kunnat etablera viktiga samarbeten.

Till exempel har jag fått tillgång till medicinklinikens mentometerutrustning som vi använder regelbundet på våra utbildningsdagar. I MUR diskuteras också mer strategiska frågor och generella utbildningssatsningar. Exempelvis genomförs nu ett försök med videosända föreläsningar som sänds ut till alla sjukhus i regionen. Vidare diskuteras informationstillgång och bibliotekstjänster. Alla deltagande verksamheter i MUR publicerar sina utbildningsprogram på följande hemsida som är öppen för alla: www.vgregion.se/specialisten.

VGR

I VGR är vi cirka femtio reumatologspecialister fördelade på regionsjukhuset Sahl-

grenska och tre länsjukhus. Vårt utbildningspaket består i dagsläget av fyra heldagsutbildningar (två per termin) och två till fyra kvällsföreläsningar.

Heldagarna har ett tema, exempelvis Reaktiv artrit, SLE eller barnreumatologi men innehåller ofta korta uppdateringar ifrån reumatologin närliggande kunskapsområden. Exempel på sådana är hepatit B, neuropatier, gastroenterologisk utredning och diabetesartropati. Ett uppskattat inslag är gemensam diskussion kring svåra medicinska fall eller etiska dilemman.

Det är viktigt med en strukturerad fortbildning av specialistläkare, inte minst i dessa dagar då vi befarar en försämring i fortbildningsmöjligheter till följd av det nya LIF-avtalet. Ett möjligt scenario är mer regionala fortbildningar. Här finns det en klar roll för en regional studierektor för specialister.

Arbetet som studierektor är mycket stimulerande, dels för det kontinuerliga fokuset på kunskap men också den breda kontaktyta gentemot regionens sjukvård som uppdraget innebär.

MATS DEHLIN

Öl, studierektor reumatologi VGR





Välkommen till

Svensk Reumatologis Register- och Utvecklingsdagar

21-23 januari 2015

Verksamhetsutveckling onsdag 21 jan, kl.10.00 - 16.00

Riktlinjedagen torsdag 22 jan, kl. 9.00 - 16.00
Fakultetsklubben, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Registerdagen fredag 23 jan, kl. 9.00 - 16.00
7A Odenplan, Norrtullsgatan 6

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

Svensk Reumatologisk Förening &
Svensk Reumatologis Kvalitetsregister



Mer information och länk till anmälan hittar du på
www.svenskreumatologi.se & www.srq.nu

SRF's STYRELSE 2014



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 Väster-
botten
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 16 76
gerdmarie.alenius@vll.se



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



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



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



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

Svensk Reumatologisk Förenings policy avseende biosimilarer

Biosimilarer är biologiska läkemedel som har utvecklats för att ha samma egenskaper som ett befintligt biologiskt läkemedel, vars patent är utgått. Biosimilarer till TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel förväntas komma att användas för behandling av flera kroniska reumatiska sjukdomar, såsom reumatoid artrit, spondylartriter och psoriasisartrit.

Med en kontrollerad introduktion och strukturerad uppföljning kan användningen av biosimilarer bli ändamålsenlig och kostnadseffektiv och skapa utrymme för behandling av fler patienter på ett bra och säkert sätt.

Insättning av biosimilarer

Rekommendationer avseende insättning av biosimilarer redovisas i Svensk Reumatologisk Förenings (SRFs) riktlinjer för läkemedelsbehandling, som uppdateras årligen.

Såväl rekommendationer om nyinsättning av en biosimilar istället för till originalpreparatet för patienter med otillräcklig effekt eller intolerabla bieffekter av annan biologisk behandling, kan vara aktuella om tillräcklig evidens föreligger och konsensus råder vid diskussioner inom SRF. Alla uppdateringar av riktlinjerna fastställs av SRFs styrelse.

När ett biosimilarpreparat används för en patient på indikatorn där kunskaper från kliniska prövningar saknas är det synnerligen angeläget att registrering av både effekt och eventuella bieffekter sker, såväl för den enskilde patienten som för att på sikt kunna utvärdera biosimilarernas övergripande nytta och säkerhet vid behandling av ett bredare spektrum av reumatologiska diagnoser.

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

Utbytbarhet av biosimilarer och originalpreparat på apotek

SRFs generella ståndpunkt är att biosimilarer och originalpreparatet inte skall vara utbytbara på apotek. Motiveringen är att riskerna för bieffekter och för bristande effekt vid sådant utbyte är otillräckligt studerade.

Biosimilarer i SRFs riktlinjer

I de fall en biosimilar rekommenderas i någon av SRFs riktlinjer för läkemedelsbehandling skall följande redovisas i riktlinjetexten:

- Vilka patientgrupper som inkluderas i de studier som ligger till grund för den aktuella indikatorn. (Ex: Patienter med reumatoid artrit och aktiv sjukdom trots behandling med metotrexat.
- Omfattningen av underlaget avseende klinisk effekt. (Ex: 1 randomiserad, dubbelblind, klinisk prövning, non-inferiority mot originalpreparatet, 606 patienter, 30 veckors uppföljning (med referenser).
- Evidensgradering för klinisk effekt (Ex: Måttlig till hög evidensstyrka för non-inferiority mot originalpreparatet (med referenser). Samma avgörande effektmått som använts i Socialstyrelsens riktlinjer för förelseorganens sjukdomar bör användas. Vid behov kan olika gradering anges för olika effektmått.
- Omfattningen av underlaget avseende säkerhet. (Ex: 1 randomiserad, dubbelblind, klinisk prövning med 30 veckors uppföljning, öppen långtidsuppföljning 72 veckor, publicerade registerdata med uppföljningstid upp till tre år (med referenser).

Förslag till införande av rekommendationer om biosimilarer i SRFs behandlingsriktlinjer bör lyftas till särskild diskussion på den årligen återkommande Riktlinjedagen, på samma sätt som sker för förslag till rekommendationer om nya originalpreparat.

Spårbarhet och uppföljning i Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister

SRF anser att det är av största vikt att följa upp kliniska effekter och säkerhet för biosimilarer inom ramer för kvalitetsregister.

Inom Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister bör möjligheter till distinktion mellan biosimilarer och originalpreparat tillgodos. Spårbarhet är en förutsättning för att systematiskt kunna följa upp och utvärdera eventuella skillnader mellan originalprodukt och biosimilar. SRF anser att det bör finnas tydliga anvisningar från berörda myndigheter om hur batchnummer för såväl infusions- som receptläkemedel ska registreras i den kliniska verksamheten och kunna föras vidare till Läkemedels- och Biverkningsregistren liksom till kvalitetsregister. Detta är en förutsättning för en säker och ändamålsenlig användning av biosimilarer och för att gällande EU-regelverk ska kunna följas.

För SRFs arbetsgrupp för biosimilarer
10 juni 2014

**CHRISTOPHER SJÖWALL
JOHAN ASKLING
NILS FELTELIUS
LENNART JACOBSSON
ELISABET LINDQVIST
CARL TURESSON**

och SRFs styrelse

RALPH NISELL



Skapelsens krona

Då var det dags för omstart. De flesta av oss har haft semester och så även jag. Jag har även tagit ut en del föräldraledighet och varit borta från jobbet under tre månader. Och vilken sommar det har varit!

Nu kanske någon uppmärksammar att pappor gärna tar ut föräldraledighet under sommaren och jag kan inte annat än att hålla med. Med vårt första barn var jag ledig från jan t.o.m. juni 2014 och jag gick och väntade på att få följa alla värtecken som ett efter ett dök upp och visa allt det underbara för vårt barn. Den våren blev inte som jag tänkt mig. Den var kall, grå och regnig och jag tror inte någon enda flyttfågel anlände förrän efter midsommar eller nåt. Så jag tog det säkra före det osäkra denna gång och siktade på sommaren.

Denna tid med barnen vill man inte missa för något i hela världen men visst har man saknat gemenskapen på jobbet med intellektuellt stimulerande samtal och att man vid en kaffepaus verkligen fått i sig kaffet i dess bästa temperatur och inte gjort akuttryckningar av den ena eller andra anledningen till dess att när man ska dricka sitt kaffe så har det svalnat för länge sedan.

Ibland kan det kännas som om man har mer egen tid på akuten. Nu sitter man således på tåget igen på väg till Uppsala och hämtar igen lite förlorad tid avseende EU-LAR on line.

En utmärkt plats för inläring

På tal om akuten så är det snart dags att stifta lite bekantskap med den igen. Jag är nog inte den störste förespråkaren att en ST i reumatologi ska spendera allt för mycket tid på akuten. Hur mycket av det internmedicinska behöver vi egentligen? Vad jag förstår ser det olika ut beroende på de lokala förhållandena och med tanke på den digra mängd inlärningsmål inom reumatologin som ska läras in ska man begränsa sig hur många månader av sin ST tid som läggs utanför kärnan.

Dock är ju akuten även denna en utmärkt plats för inläring och många upplevelser blir ju starka och inpräntar på ett annat sätt än en standardpatient på mottagningen. Jag gjorde ett pass på akuten med en duktig och trevlig AT-kollega och vi hann mellan varven både diskutera fall på akuten och lite mer allmänt kring läkaryrket och val av ST. Jag berättade förstås lite om reumatolo-



”Skapelsens krona” av Bertram von Minden

gins förträfflighet och han undrade om jag först blev internmedicinare innan jag blev reumatolog. Inte första gången man får höra detta men jag berättade att reumatologin faktiskt har varit enskild basspecialitet sedan 2005 och att det inte finns några krav på att bli dubbelspecialist, snarare är det viktigt att vi får fram specialister inom reumatologi och inte försenare det då man ska dubbelspecialisera sig. Då blev han förvånad och säger ”Men när man pratar med en reumatolog kan man ju fråga så mycket om internmedicin och få en helhetsbild.

Skapelsens krona

Reumatologin är ju skapelsens krona av internmedicin”. Jag stannar upp ett slag, lyfter blicken och tittar rakt fram utan att säga något. Efter en kort stunds betänketid nickar jag lite för mig själv. Utan att direkt säga något tar jag patientjournalen och går för att träffa en ny besökare på akuten. Där

kanske svaret ligger! Det kanske inte är reumatologen som behöver internmedicin utan internmedicin som behöver reumatologen.



ANDERS LIND
ST-läkare Reumatologi Gävle

Rapport från Nationella ST-dagarna 2014

Umeå möter oss med riktig sommarvärme och det är en härlig promenad till kurslokalen som är väldigt speciell. Föreläsningar och inkvarteringen sker nämligen i ett fängelse.

Hotell Gamla Fängelset är belägen centralt i Umeå. Huset uppfördes 1861 och är en av Umeås äldsta byggnader. Fram till 1981 var det Västerbotens läns cellfängelse, under 80- och 90-talet användes det som teater och efter en varsam renovering 2007 öppnades hotellet.

Infektioner står på programmet

Vi inleder med en god lunch och därefter väntar ett fullspäckat program som ska avhandla det för oss mycket aktuella ämnet -infektioner, både som orsak till ledbesvär och som följd av reumatisk sjukdom och inte minst de moderna behandlingarna inom reumatologin.

Professor Clas Ahlm från infektionskliniken berättade om det uppmärksammade utbrottet av Ockelbosjuka, Sindbisvirus infektion, i Västerbotten under sommaren 2013. Det har gjorts ett gediget epidemiologiskt arbete för att kartlägga alla fall av sjukdomen: myggor fångades, enkäter skickades, patienterna följdes upp. Clas passade på att uppdatera oss avseende artrit vid virusorsakade sjukdomar i största allmänhet och nämnde några andra virus som har förkärlek till leder som till exempel Chikungunya virus. ST-läkare Åsa Ribers presenterade sin pågående studie avseende uppföljning av patienter som drabbades av Ockelbosjuka sommaren 2013 och Kristina Juneblad beskrev ett komplicerat patientfall där Sindbisvirus påvisats under utredningens gång. Professor Solbritt Rantapää Dahlqvist belyste reaktiv och postinfektiös artrit och sedan fick vi fundera kring några intressanta patientfall som presenterades av Lotta Ljung och Ewa Berglin.

Gitarmuseet i Umeå

Därmed var dagens kursprogram avslutad och vi tar en välbehövlig promenad till Gitars-The Museum. Gitarmuseet öppnades i början av året och inhyser en av världens största privatägda samlingar av gitarrer.

Det är Umeåbröderna Samuel och Michael Åhdén som sedan 1970-talet lyckades samla cirka 500 unika objekt, elgitarrer, baser, förstärkare och musikalisk rekvisita,

nästan i hemlighet. Här finns det modeller som Eric Clapton och Jimi Hendrix använde i sina världsberömda spelningar. En guidad tur med en av bröderna ger liv åt den fantastiska samlingen och är så klart en stor del av upplevelsen. Byggnaden där museet ligger rymmer även en rockklubb och en restaurang där vi avslutar kvällen med en smakrik tre-rättersmiddag.

Tillbaka in i cellen

Tillbaka på hotellet kryper vi in i var sin cell. Fängelset var byggt enligt en amerikansk modell med enskilda celler där fångarna skulle begrunda sitt öde. Vi får begrunda dagens inhämtade kunskap.

Under andra dagen avhandlas infektioner som följd av reumatisk sjukdom och de behandlingar vi använder oss av. Anders Svenningsson, överläkare på neurologkliniken, pratar om progressiv multifokal leukoencefalopati, ytterst allvarligt men som tur är ovanligt tillstånd som är associerad med JC virus och drabbar personer med immundefekt antingen till följd av sjukdom eller läkemedel. Christer Mehle från infektionskliniken fortsätter med en översikt om opportunistiska infektioner. Det är bra att bli påmind om att steroider ger klart ökad risk, de konventionella DMARDs ger visst skydd och bland de biologiska läkemedlen verkar infliximab vara associerad med störst risk för utveckling av de tillstånden.

Därefter går vi vidare till vaccinationer och till sist kommer en uppdatering av det aktuella läget avseende tuberkulos och många handfasta tips gällande utredning av våra patienter av Eva Norrman från lungsektionen.

Dagen avslutas med lunch och visning av Bildmuseet.

Stort tack till alla föreläsare för intressanta presentationer, till Umeås Reumatologiklinik och kursledarna Lotta Ljung och Ewa Berglin för utmärkt organisation av årets Nationella ST-dagar. Vi ses i Linköping nästa år.

YULIA STENNIKOVA



Kvalitetsarbete under ST – hur går det till och vad gör man?

I målbeskrivningen för specialistbevis i reumatologi (och för övriga specialiteter) står det att ett kvalitets- och utvecklingsarbete ska utföras och godkännas.

Detta arbete utgör delmål 20 i målbeskrivningen för ST. Vi ville ta reda på hur kvalitetsarbetena utförs runt om i landet och med denna artikel också inspirera verksamhetschefer, ST läkare m fl till spännande projekt. Syftet med kvalitetsarbetet framkommer i följande text:

Förbättrings- och kvalitetsarbete

Den specialistkompetenta läkaren ska ha kunskap om och kompetens i evidensbaserat förbättrings- och kvalitetsarbete. Målet är att kunna initiera, delta i och ansvara för kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete med betoning på helhetsperspektiv, patientsäkerhet, patientnytta, mätbarhet och lärandestyrning för att kritiskt kunna granska och utvärdera den egna verksamheten.

Delmål 20

Att ha kunskap om och kompetens i evidensbaserat förbättrings- och kvalitetsarbete.

Metoder för lärande

Kvalitets- och utvecklingsarbete under handledning. Seminarium

Uppföljning

Intyg om godkänt kvalitets- och utvecklingsarbete utfärdat av aktuell handledare.

För att närmare kartlägga hur delmål 20 uppfylls och utförs har vi formulerat en enkel enkät, som de sex studierektorerna fått besvara efter inventering av kvalitetsarbeten i respektive region.

Frågorna i enkäten var följande:

1. Har samtliga ST läkare fått förslag på eller har pågående kvalitets- och utvecklingsarbete?
2. Upplevs det som ett problem att hitta meningsfulla kvalitetsarbeten?
3. Kan Ni ge exempel på genomförda eller pågående kvalitetsarbeten i Er region?
4. Har ST läkaren tid avsatt för kvalitetsarbete? (krävs inte enligt målbeskrivningen)
5. Har handledarna för arbetet utbildning i förbättringsarbete?

Dessvärre saknas svar från en stor del kliniker som har ST läkare, och svaren kommer huvudsakligen från universitetsorterna, med enstaka undantag.

Från de svarande klinikerna framgår att i stort sett alla ST läkare har pågående eller slutförda kvalitetsarbeten. De senast anställda får ofta förslagen efter en tid på kliniken, och man genomför ofta arbetet under senare delen av ST. Det förefaller inte vara svårt att hitta bra projekt, och de inkomna exemplen på arbeten vittnar om stor uppfinningsrikedom och variation.

Några exempel:

- Lokalt vårdprogram för TB screening
- Vårdprogram för APS
- Revidering av ett existerande vårdprogram
- Utvärdering av dagvårdsrehab
- Författande av patientinformationer läkemedel
- Beslutsunderlag för sköterskor vid telefonrådgivning
- Organisation och planering av klinisk vidareutbildning
- Utveckling av ST utbildningsprogram
- Kartläggning av genomförd HLR utbildning inom kliniken
- Register. Coachutbildning.
- Register SRQ
- IgA nefrit hos vuxna
- Genomgång av Remicade- doser och intervall
- BehandlingsPM för olika reumatologiska sjukdomar
- Utvärdering Smärtkola
- Patientsäkerhet genom avvikelserapportering
- Införande av läkemedelsmodul
- Validering av ny analysmetod för ANA
- Utformandet av principer för omhändertagande; olika reumatologiska diagnoser i PV respektive specialistvård

De flesta anger att ST läkaren får 2-3 veckor för att genomföra kvalitetsarbetet, oftast inom ordinarie schemalagd administrativ tid och det är upp till varje ST läkare att organisera tiden för arbetet inom ordinarie verksamhet. I denna tid ingår arbete med att utforma en projektplan och en klinik har en utarbetad mall för projektplanen.

Från ett ställe anges att två ST läkare kan genomföra ett projekt tillsammans.

Åtgärdande handledarens eventuella utbild-



ning i utvecklings- och kvalitetsarbete varierar svaren och mitt intryck är att formell utbildning hos handledaren ofta saknas. Då verksamhetschefen, som nog i de allra flesta fall har denna utbildning, är aktiv i valet av projekt och utvärdering av projektplan och projekt kanske denna brist i viss mån kompenseras.

Några reflektioner efter att genomgång av enkätsvaren

En del av projekten gränsar möjligen till ett ►

vetenskapligt arbete, dvs delmål 19. Viktigt är att skilja på dessa. Syftet med delmål 20 är ju att ge insikt i klinikens och specialitetens förbättringspotential och organisation, för att specialisten i framtiden ska kunna ta aktiv del i utvecklandet av verksamheten.

Detta uppdrag är nog så viktigt i en tid när läkarens roll i sjukvården tenderar att alltmer bli den medicinska konsultens, och uppdraget att utveckla sjukvården och vår arbetsmiljö lämnas till andra yrkesgrupper.

Att tiden för kvalitetsarbetet ska rymmas inom ordinarie verksamhet och ske parallellt med ordinarie verksamhet, och planeras av ST läkaren själv förefaller naturligt.

Det är så förändringsarbete sker i praktiken, och ger också ST läkaren en möjlighet att ta ansvar för det egna arbetsuppdraget

och arbetsdagens innehåll. Att två ST läkare delar på ett projekt, kanske då av lite större mått, måste också vara en god ide att sprida.

Utformandet av projektplan, gärna efter en strukturerad klinikgemensam mall, tror jag är ett framgångsrecept. Är detta något som SRF eller verksamhetschefer ska jobba vidare med och presentera nationellt?

Handledarnas eventuella utbildning i utvecklings- och förbättringsarbete tycks i många landsting saknas. Sannolikt svårt att veta vad som ska räknas in som formell utbildning här. Möjligen är detta också något för SRF och verksamhetscheferna att arbeta vidare på.

Finns formell utbildning att tillgodogöra sig inom alla landsting?

Sammanställningen av enkätsvaren

Det har varit intressant och roligt att ta del av dessa enkätsvar, även om de sannolikt bara representerar en del av verkligheten.

Hoppas också att sammanställningen kan engagera Er alla att se potentialen i ST läkarnas kvalitetsarbete för att utveckla och förbättra Era verksamheter, och att adekvat stöd och uppmuntran ges till alla ST läkare.

Hör gärna av Er med synpunkter på kvalitetsarbetet inom ST och om SRF kan bidra på något sätt!

ANN KNIGHT

Rekrytering av ST-läkare Hur ser det ut i landet?

Att rekrytera ST-läkare är inte alltid lätt. Det finns olika faktorer som kan påverka möjligheterna att locka nya doktorer till reumatologi – respektive kliniker ekonomi är säkerligen inte den enda.

Vill i detta reportage illustrera de svårigheter men även de möjligheter som reumatologiska kliniker och enheter runt om i landet konfronteras med i fråga om rekrytering av ST-läkare. Vi frågade verksamhets- och enhetschefer om att dela med sig av åsikter och erfarenheter och här kommer en kort sammanställning.

Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Maria Lidén, överläkare och sektionschef på Reumatologisektionen vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala, menar att "det har varit lätt under de senaste åren att rekrytera ST-läkare. Det har varit större intresse för reumatologi rent generellt."Kliniken har för närvarande tre ST-läkare, varav två precis är klara. En, kanske två nya skulle behöva rekryteras under 2015. Kliniken blev SPUR-inspekterad 2012 med mycket bra resultat.

Huruvida Maria Lidén skulle satsa på att anställa en färdigutbildad reumatolog eller utbilda en nybliven läkare till reumatolog beror på behovet på kliniken. "Just nu har vi tillräckligt med kompetenta specialister som kan driva slutenvård, mottagning och dagvård, således ingen brist."

Capio Movement, Halland

Annika Teleman, ansvarig för reumatologi i Halland, tidigare på Spenshult, numera på Capio Movement, säger att de har haft svårigheter att rekrytera. "Det beror till stor del på att AT- och ST-läkare inte haft några placeringar hos oss sedan många år.

De från medicinkliniken i Halmstad som blir intresserade av reumatologi väljer att åka ner till Lund för att se fler systemsjukdomar. Tror de i alla fall! Nästa rekrytering behöver göras till Capio Movement som sedan juni 2014 tagit över reumatologin i Halland."

Skaraborgs sjukhus Skövde, Västra Götaland

Reumatologen på Skaraborgs sjukhus i Skövde har för närvarande två ST-läkare vilket inte täcker behovet. Karin Svensson menar att det har varit svårt att rekrytera ST-läkare trots att intresset för reumatologi bland yngre doktorer ökar. Detta tros bero på att Reumatologen i Skövde tillhör Medicinkliniken. Det finns tillräckligt med resurser för rekrytering liksom utbildning av ST-läkare på enheten men klen efterfrågan. Det saknas både specialister och ST-läkare.

Mälarsjukhuset, Södermanland

Åke Thörner på Reumatologkliniken i Sörmland påstår att det inte är svårt att rekrytera ST-läkare utan att få dem att stanna kvar. Dock har kliniken det för närvarande bra på både ST- och specialistläkarfronten

vilket lättar mitt samvete. Upplysningsvis kan nämnas att jag är en av de ST-läkare som Åke Thörner anspelar på eftersom jag efter kort tid i Eskilstuna gick vidare till Karolinska Universitetssjukhuset.

Helsingborgs lasarett, Skåne

Bjarne Hansen, sektionsöverläkare och docent i Helsingborg, upplever "stort intresse för specialiteten bland såväl studenter som nyblivna kollegor. Reumatologisk randutbildning och undervisning bland ST-läkare inom allmänmedicin och internmedicin underlättar rekrytering. Det är lätt att väcka intresse för ST-tjänst, men organisationen och anställningsstopp inom regionen försvårar processen."

Helsingborg har en ST-läkare som blir specialist inom ett år och en som påbörjade sin ST-tjänst i september 2014. "Det täcker inte behovet med tanke på åldersstrukturen bland reumatologspecialister i Skåne-regionen. Såväl specialister som ST-läkare behövs.

Produktionen av ST är låg som blocken är upplagda idag. Det finns inga short cuts, många patientmöten skapar bra och erfarna specialister. Det tar tid även efter specialistkompetens att få rutin för att avsluta remissbesök vid första besöket och för att få omsättning i mottagningsverksamheten." Hög kvalitet och engagemang vid studentundervisningen är det som behövs för att motivera fler att söka sig till reumatologi tycker Bjarne Hansen. "Jag anser att vi för

närvarande har tillräckligt med resurser för att utbilda ST-läkare, med erfarna och såväl kliniskt som vetenskapligt meriterade kollegor.”

Länssjukhuset i Kalmar

Från Länssjukhuset i Kalmar har jag haft korrespondens med Åsa Häggström, sektionsöverläkare vid Enheten för reumatologi, tillhörande Medicinkliniken. ”Vi har två ST-läkare. Vi skulle önska en, kanske två tjänster till inom de närmaste åren. Vi har egentligen sökt färdiga specialister, men då ingen sökte fick vi skifta dessa tjänster till ST-tjänster. Inte många sökanden, men de som har sökt och fått tjänsterna är bra och seriöst intresserade av reumatologi. Båda vill bli dubbelspecialister (internmedicin och reumatologi). Då AT-läkare inte blir placerade på Reumatologienheten har vi rekryterat från randande ST-läkare i primärvård och internmedicin. Vår ena ST-läkare lyckades få gå en vecka på Reumatologen under AT på egen uttrycklig begäran. Om man inte exponeras för specialiteten är det svårt att kunna bli intresserad av den. Dock ingår vi i den allmänna utbildningen med morgonföreläsningar och rapporteringar på Medicinkliniken och på det sättet visar vi upp oss för kollegerna. Samtliga ST-läkare i allmänmedicin och internmedicin randar sig hos oss. Att behöva ingå i internmedicin och jour kan avskräcka några, men våra två nuvarande ST-läkare vill bli internmedicinare också. Vårt läge i sydöstra hörnet av Sverige med i viss mån dåliga kommunikationer kan vara negativt, men positivt är att hela sjukhuset är lagom stort, relativt välbemannat generellt och välfungerande. Det finns visst intresse för området, men inte överdrivet. Vi måste synas mer och på det sättet kan det faktiskt vara positivt att ingå

i en större klinik där vi exponerar oss för de andra.”

”Just nu skulle vi vilja anställa en färdig reumatolog”, fortsätter Åsa Häggström, ”men vi som jobbar här är samtliga utbildade i Kalmar eller håller på att utbildas här. Vi måste alltså få sjukhusledning och politiker att förstå att det tar lång tid att utbilda sig till reumatolog (speciellt om man ska bli dubbelspecialist) och få fler ST-tjänster med sikte på framtiden.” Reumatologienheten i Kalmar har för närvarande varken ekonomiskt eller fysiskt utrymme för fler ST-tjänster, men de jobbar för det. Möjlighet till hög utbildning finns. SPUR genomfördes 2010. ”Vi insåg då att vi tillhandahåller en bra utbildning, men fick inspiration till en del finslipningar. Synd att man mest betonade att allt skulle finnas skriftligt för annars var det inget värt.”

Universitetssjukhuset Örebro

På Reumatologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro behövs ytterligare två ST-läkare utöver de fem som kommer att vara igång till och med våren 2015. ”Det har varit lätt att rekrytera ST-läkare, förutom finansieringsfrågan”, säger Sara Bucher, verksamhetschef. ”Intresse för reumatologi finns. När det finns tjänstutrymme har jag inte svårt att fylla det. Man uppfattar specialiteten som stimulerande. Det som saknas är finansiering.”

Framför dilemmat att anställa en specialist kontra en ST-läkare skulle Sara Bucher vilja satsa på båda delarna. ”En färdigutbildad reumatolog från Sverige bidrar ju inte till att fylla det nationella behovet men kan ju vara ett extremt välkommet tillskott till kliniken. De flesta är dock inte särskilt mobila och det har inte varit lätt att hitta specialister. Min demografi gör det dock önsk-

värt att fylla på med specialister. För egen del denna gång från Grekland. Många duktiga ungrare arbetar också i Sverige. Men att rekrytera en specialist utbildad i Sverige är nog helt omöjligt om man inte kan erbjuda väldigt fina karriärmöjligheter som på de etablerade större Universitetssjukhusen. Egna ST-läkare är bra då man vet att man kan påverka inriktning och kvalitet på utbildningen.” Kliniken blev SPUR-inspekterad 2014.

Falu lasarett, Dalarna

”Reumatologkliniken vid Falu lasarett har fullgod ST-bemanning som täcker behovet”, säger Helena Hellström, verksamhetschef. ”Det har varit relativt lätt att rekrytera ST-läkare. Vi hade gärna sett fler manliga sökanden. Flera yngre kollegor har visat intresse för att arbeta på vår klinik.

Kliniken träffar alla nya AT-läkare på sjukhuset där vi får en chans att visa upp oss.

Vi uppmuntrar AT-läkare att komma till oss och auskultera eller ”hälsa på”. Vi har en stabil, välfungerande klinik, med god organisation, vilket sannolikt bidrar till enkla rekrytering.”

”Vi är måna om att få behålla en mycket välfungerande verksamhet där alla strävar mot samma mål och inriktning, där arbetsmiljön är god och trivseln stor”, fortsätter Helena Hellström. ”Vi väljer därför gärna att utbilda en nybliven läkare som vi genom flera år (som det tar att bli specialist) får ”forma i vår anda” inkluderande utbildning, bemötande både mot patient och medarbetare, läkarroll etc. Den nyblivne läkaren får en tydlig bild av vad som kommer att förväntas av yrkesrollen framöver.

Det har hittills varit ett framgångsrikt koncept.” Helena Hellström anser att kliniken har tillräckligt med resurser för rekrytering och utbildning av nya ST-läkare. SPUR genomfördes under våren 2013. ”Vi har inte ansett att vi behöver göra några ändringar med avseende på ST-utbildningen efter det.”

Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

”ST-läkarbemanningen ser bra ut på Reumatologkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset”, säger Cecilia Carlens, verksamhetschef. ”Vi rekryterar nya varje år, cirka tre till fyra per år. Vi gör femårsplaner där vi räknar ut behovet utifrån pensionsavgångar, förväntat bortfall och ökat behov.

Om vi får fortsätta så här kommer det att täcka behovet. Det är lätt att rekrytera. Det finns stort intresse för reumatologi bland nyutbildade läkare och många nämner den framgångsrika forskningen som lett till ny kunskap och nya behandlingar och fortsätta möjligheter till forskning. Vi hade 27 sökande senast vi annonserade och vi får spontanansökningar hela tiden. Många sö-



ker spontant och vi har också personer som kommer via forskningen på olika sätt. Det är svårt att rekrytera bra män. Betydligt färre sökande och de sökande kvinnorna är ofta mycket meriterade. Rekrytering i sig är förstås en svår konst. Det gäller att få bra personer som också är olika så att vi får en bra blandning med personer som kompletterar och inspirerar varandra.”

– Skulle Du som verksamhetschef satsa på att anställa en färdigutbildad reumatolog eller på att utbilda en nybliven läkare till reumatolog?

– Jag gör båda delarna. Det kan finnas fördelar med att ta in färdigutbildade reumatologer från andra håll som kan komma med andra erfarenheter och nya ögon på vår verksamhet. Både och behövs.

– Finns det tillräckligt med resurser för rekrytering av nya ST-läkare och möjligheter till utbildning av hög kvalitet på kliniken?

– Ja, det tycker jag. Vi har nyligen haft SPUR-inspektion (oktober 2013) och arbetar nu med att förbättra utbildningen ytterligare. Det är viktigt att fortsätta driva bemanningsfrågan för att säkra att resurser avsätts för nya ST-läkare i landet. Viktigt också med arbete kring SK-kurser etc. SRF gör ett bra arbete gällande ST-frågor.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götaland

”Vi har under flera år haft som mål att anställa två till tre ST-läkare per år”, säger Boel Mörck, verksamhetschef för reumatologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

”Sedan 2013 har vi fördubblat denna målsättning i och med SoS NR för RÖS (Socialstyrelsens nya riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar). Detta plus att länssjukhusen (tre stycken) i regionen har två ST pågående kontinuerligt borde täcka behovet med nuvarande uppdrag. Man behöver alltid överanställa ST-läkare. Mycket klinisk tid försvinner till familjebildning, forskning och annat som inte planerats på förhand.”

”Numera är det lätt att rekrytera ST-läkare”, tycker Boel Mörck. ”Det som underlättar är de nya moderna behandlingsmetoderna, att vi har en god bemanning, god möjlighet till FoU, gott rykte samt inga medicinjourer under reumatologiplaceringen.” Boel Mörck upplever att det finns intresse för reumatologi. ”I VGR syns vi under hela grundutbildningen som strimma och sedan 2004 har vi inbjudit alla AT-läkare till en heldag om reumatologi per termin. Upps slutningen brukar vara cirka 130 stycken per gång.”

– Skulle Du som verksamhetschef satsa på att anställa en färdigutbildad reumatolog eller på att utbilda en nybliven läkare till reumatolog?

– Omöjlig fråga att besvara då jag fäster stor vikt vid personlig lämplighet och kompetens. Om jag har två helt likvärdiga kan-

didater skulle den färdigutbildade komma först då den personen kan arbeta självständigt från start. När det kommer till resurser kommenterar Boel Mörck att ”det alltid är en utmaning att få personalbudgeten att räckta till. HR:s sätt att räkna fram behov stämmer inte med verkligt behov i en expanderande specialitet. En annan utmaning är att hitta bra utbildningsmodell, nu när det traditionella viset att starta på slutenvård blir alltmer limiterad. Vi tar hjälp av länssjukhusplaceringar. Länssjukvården behöver oftast ett par extra händer så det blir en win-win.” Kliniken blev SPUR-inspekterad i våras. ”Inspektion innebär alltid en ordentlig genomgång av arbetsplatser, litteratur etc. innan, vilket är bra. Vi har även fått en del tips som vi ska ta till oss.”

Blekingesjukhuset i Karlshamn/Karlskrona

”Vi har två ST-läkare och en till på gång”, säger Tino Bracin, sektionsöverläkare för reumatologi i Blekingesjukhuset. ”Det är ganska lätt att rekrytera ST-läkare nu när sektionen har vuxit. Det finns intresse för reumatologi bland yngre läkare. Några av de faktorer som kan göra rekryteringen lätt är för det första optimal bemanning, både på läkar- och på sjuksköterskesidan, för det andra en stark sektionschef som ser till att reumatologi respekteras som en enskild basspecialitet, både av klinikledningen och av övriga sektioner, samt välkomnar intresserade ST-läkare oavsett om de vill delta i jourverksamheten eller inte, oavsett om de vill bli dubbelspecialister eller inte, för det tredje att ha genomfört förbättringsarbete med stöd av SRQ, för det fjärde att ha ultraljudsdiagnostik till hands samt för det femte och sista att använda SRQ vid samtliga besök och för samtliga diagnoser. Däremot kan deltagande i jourverksamheten samt att blunda för framtidens reumatologi försvåra rekryteringen.”

”Vi har resurser för både rekrytering av nya ST-läkare och utbildning av hög kvalitet”, fortsätter Tino Bracin. Kliniken har ännu inte blivit SPUR-inspekterad, men ”inspektion önskas och välkomnas!”

Västmanlands sjukhus i Västerås

”På Reumatologkliniken i Västerås har vi för närvarande en ST-läkare som har kommit lite drygt halvvägs in på sin ST-utbildning”, säger Milad Rizk, verksamhetschef.

”Det har varit relativt lätt att rekrytera ST-läkare, många sökanden. De flesta med utländsk examen. Vi ser även ökat intresse bland ST-läkare från andra specialiteter som allmänmedicin och infektion, vilket så klart är meriterande utöver personlig lämplighet. Dessutom önskar allt fler AT-läkare reumaplacering under valfria veckor. På begäran från AT-studierektorn har vi sedan årsskiftet startat en sprutmottagning

en dag per vecka, där en AT-läkare från ortopediblocket deltar för att lära sig injektionsteknik.”

”Rekryteringen av ST-läkare underlättas av god arbetsmiljö, god tillgång till erfarna specialister och handledare samt en verksamhet med god utvecklingspotential”, fortsätter Milad Rizk. ”Möjligheten till deltidsarbete och i praktiken inga medicinjourer under tjänstgöringen är också avgörande faktorer i vissa fall.”

– Skulle Du som verksamhetschef satsa på att anställa en färdigutbildad reumatolog eller på att utbilda en nybliven läkare till reumatolog?

– Både och, vi har de senaste två åren lyckats rekrytera två mycket erfarna specialister men också en ST-läkare. Vi är nu totalt sju erfarna specialister på kliniken men alla jobbar inte heltid varför behov finns för ytterligare kompetensförsörjning på sikt. Vi har med anledning av nya nationella riktlinjer lyckats få utrymme för ytterligare två ST-tjänster, varav en redan är rekryterad och påbörjar nu i september. Den andra ST-tjänsten tillsätts med all sannolikhet i början på nästa år.

– När blev kliniken SPUR-inspekterad senast? Har SPUR-inspektionerna inneburit några ändringar med avseende på ST-utbildningen?

– Vi blev inspekterade 2009 och nu i augusti 2014. Vi har ännu inte fått skriftlig återkoppling från den senaste SPUR-inspektionen men enligt en muntlig återkoppling har vi förbättrat oss väsentligt efter de tips som vi fick 2009. Vi har nu fått nya tips och råd om hur vi kan förbättra ST-utbildningen ytterligare. Vi har tillgång till mycket duktiga och kompetenta specialister som tar hand om allt möjligt och omöjligt vilket ger våra ST-läkare en bred men också spetskompetens. Trevligt att klinikens första säkerställda IgG4-syndrom ställdes just av ST-läkaren. En utmaning för oss men även för många andra kliniker är att etablera en struktur och en kultur där konstruktiv feedback ges i samband med utvärderingar, framför allt när ST-läkarens handledarförmåga utvärderas.

”Reumatologer som brinner för sitt jobb, ledstjärnor, har visat sig omedvetet inspirera och locka yngre kollegor till att bli reumatologspecialister”, säger Milad Rizk. ”Så var det även för mig när jag mötte den numera pensionerade reumatolog Dag Holmberg under min AT-tjänstgöring i Skövde. Genom ST-intervjuer i Reumabulletinen fick jag för några år sedan veta att en numera reumatologspecialist på Karolinska blev inspirerad av mig under sin AT-tjänst i Västerås.”

IOANNIS PARODIS

ioannis.parodis@karolinska.se

Reumatologin genom ST-läkarens ögon

Tanken var att i det här numret av Reumabulletinen som har ST-tema göra ett reportage om hur ST-läkare i reumatologi ser på dels vår specialitet ur klinisk synvinkel, dels reumatologisk forskning. Och självfallet ville vi askultera vad ST-läkare har för vision för framtidens reumatologi. Hur gör man det på bästa sätt? Genom att intervjua några ST-läkare, förstås!

Vi intervjuade fem ST-läkare från olika ställen i landet. Först ska vi låta dem presentera sig själva...

Anna Södergren

”Jag tjänstgör på Reumatologiska kliniken vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Jag hamnade här första gången som sommarstipendiat efter termin 7 och har sedan blivit kvar.”

Emma Grenholm

”Jag är nybliven ST-läkare på Reumatologen i Falun. Tidigare var jag på Geriatrik och Rehabmedicin, men fick ett vikariat här i höstas och har nu en ST-tjänst sedan ett par månader. Jag trivs jättebra!”

Anders Lind

”Jag är uppväxt i Gävle och började studera medicin först efter en karriär inom telekombranschen. Hade åtta roliga och utvecklande år på Ericsson Radio Systems AB i Gävle innan jag sadlade om och sökte lyckan ca 10 mil söderut vid Uppsala universitet. Jag har alltid gillat sport och ville lära mig mer om människan istället för elektronik. En idé var att plugga till sjukgymnast men jag kom in på läkarprogrammet och sedan dess har det rullat på. Men det har som sagt inte varit någon självklarhet att jobba som läkare för mig. En hel del slump och rätt vägval när jag ställts inför dessa.”

Sara Wedrén

”Norrländsk trebarnsmor, epidemiolog och ST-läkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Planeras färdig specialist sommaren 2015. Jag kom hit 2009 via en postdoc i EIRA-gruppen på Karolinska Institutet.”

Katerina Chatzidionysiou

”Det har alltid varit plågsamt för folk att uttala mitt långa grekiska efternamn rätt. Jag

pluggade medicin i Thessaloniki i Grekland och flyttade till Sverige för 6 år sedan för att forska och specialisera mig inom reumatologi. Jag är ST-läkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Jag forskar inom biologisk behandling vid RA och har varit involverad i ett flertal kliniska studier.”

Sedan var vi nyfikna på varför de valde just reumatologi. Låt oss se...

Anna Södergren

”Det som lockar mig i reumatologin är mycket det detektivarbete och pussel som behövs läggas när jag träffar en ny patient.

Att sedan få möjlighet att följa mina patienter över lång tid genom livet ser jag som en stor förmån. Reumatologi är också en expansiv specialitet där mycket händer, och kommer att hända, både vad gäller läkemedel och omhändertagande av patienter, och att följa det arbetet framgent tycker jag ska bli mycket spännande.”

Emma Grenholm

”Som kandidat på Reumatologen i Umeå fascinerades jag av att man hade en fin helhetssyn på patienten samtidigt som man mätte pyttesmå antikroppar i blodet. Och så verkade det spännande med själva diagnosen, det kan verkligen vara klurigt. Reumatologi är roligt, men också svårt!”



Emma Grenholm

Anders Lind

”Jag kom i kontakt med reumatologin via en placering på läkarprogrammet. Jag tyckte allt var mycket lockande. Trevligt och professionellt bemötande, spännande och något diffusa sjukdomar, kraftfulla och sinnrika mediciner samt en specialitet som var på väg framåt hela tiden både forskningsmässigt och behandlingsmässigt. När jag sedan kom i kontakt med kollegorna på reumatologen i Gävle under AT blev valet enkelt.”

Sara Wedrén

”Det är uppenbart! Här får man jobba som detektiv mitt i intermedicinens stormöga med sjukdomar och patienter av vitt skilda sorter i en miljö som präglas av ett hisnande drag under forskningsgaloscherna. Ja, de kliniska också förstås, som en följd av föregående.”

Katerina Chatzidionysiou

”Redan som student blev jag förälskad i reumatologi och autoimmuna sjukdomar.

Jag tyckte att det var väldigt spännande både i teori och i klinisk praxis. Det krävs rätt mycket detektivarbete för att ställa rätt diagnos. Och det har hänt så mycket under de senaste åren! Bättre förståelse av de bakomliggande immunologiska mekanismerna och nya behandlingar har förändrat vårt sätt att hantera våra sjukdomar dramatiskt.”

Detektivarbetet som vi varje dag lägger ner verkar inspirera, fascinerar och locka nya doktorer till reumatologi. Varför välja det enkla framför det svåra? Vi är alla ute efter lite stimulans för våra hjärnceller.

Hur ser du som ST-läkare på reumatologisk forskning kontra klinisk tjänstgöring? Drömmer du om att ta fram botemedlet mot RA eller vill du hellre bli en framstående kliniker?

Anna Södergren

”Jag påbörjade min tjänstgöring på Reumatologiska kliniken som forskningsstipendiat, och har sedan fortsatt min forskning parallellt med min kliniska utbildning.

Jag ser det som en stor förmån och möjlighet att ha fått göra dessa båda utbildningar parallellt. Att efter disputation fått fortsätta forskningsmedel tror jag gör mig till en, om inte bättre, så i alla fall mer påläst kliniker med stort intresse för utvecklingen av specialiteten.”

Emma Grenholm

”Jag ser det som en förmån vi har i yrket, att kunna variera det kliniska arbetet med forskning. För mig känns det kliniska arbetet absolut roligast just nu, men det kan ju ändras.”

Anders Lind

”Jag hoppas verkligen att man på ett modernt sätt kan kombinera både klinisk tjänstgöring och forskning.

Jag vill främst bli en god kliniker men samtidigt kunna forska och nyttja de lärdomar och kunskaper man får genom forskning för att kunna bli en bättre kliniker.

Jag tror det blir svårt att locka till forskning om man inte kan ge bra förutsättningar för dessa. Samtidigt tror jag att kvalitén blir mycket bättre, både forskningen och kliniken.”

Sara Wedrén

”Min målbild är att bli en stabilt forskande klinisk auktoritet.

Jag har en bit kvar dit... (se krönika) men det finns gott om otroliga förebilder inom det här fältet så jag vet att det är möjligt.”

Katerina Chatzidionysiou

”Svår fråga och ett svårt beslut som alla forskande kliniker måste fatta någon gång i sin karriär. Jag är nydisputerad och vill absolut fortsätta med forskningen. Samtidigt vill man behålla och ständigt förbättra sina kliniska kunskaper och sin kompetens.

Man kan kombinera klinisk forskning och kliniskt arbete till en viss del, men efter en viss punkt måste man välja för att helt ägna sig åt antingen klinik eller forskning, det är min åsikt.

Här var åsikterna mer varierande. Spännande. Som ST-läkare är man i början av en lång karriär och har säkert en vision om framtiden. År 2025 är dagens ST-läkare överläkare. Låt oss se hur de tror att reumatologin ser ut då...

Anna Södergren

”Jag tror att vi då har mer individanpassade behandlingar där vi lättare kan förutsäga vilka läkemedel som passar vilken patient. Jag tror också att vi kommer att tidigare behandla patienter med RA med immunmodulerande behandlingar som styr om immunförsvaret och ger längre remission. Men jag hoppas och tror att vi fortsätter att vara en specialitet där vi ser hela människan!”

Emma Grenholm

”Oj! Fortsätter utvecklingen gå lika snabbt framåt som den gjort de senaste åren kommer det att kunna hända massor! Kanske kommer behandlingar bli med individanpassade, beroende på genotyp. Eller så hittar

man ett sätt att tidigare hitta de som kommer att insjukna i RA, för att kunna sätta in behandling ännu tidigare än idag.”

Anders Lind

”På sätt och vis tror jag att de mediciner som finns idag kommer att leva kvar och samtidigt tror jag att vi ännu bättre kommer att veta vilka mediciner som lönar sig att använda i rätt tidpunkt och till rätt patient så att nyttan optimeras och biverkningar minimeras. Förhoppningsvis har vi ännu bättre kunnat särskilja undergrupper och bättre behandla de som vi i dagsläget inte når hela vägen.”

Sara Wedrén

”Trots att man nu talat om skraddarsydda behandlingar i många år utan att de riktigt blivit verklighet ännu tror jag att de är en självklarhet 2025 (ok, kanske 2030).

Icke-farmakologisk behandling kommer att ha väldigt stor tyngd. Patienterna kommer att monitoreras framför allt via täta självrapporter rakt in i journalen. Mottagningsbesöken kommer att vara helt behovsstyrda och ofta mer som multidisciplinära konferenser. Allt som görs med en patient kommer att vara baserat på ett ömsesidigt behandlingskontrakt mellan patienten på ena sidan och sjukvården med läkare och teamet på andra sidan. Kontraktet bygger på en mycket grundlig inventering som gjorts vid diagnos av patientens tillstånd, livsstil, historik och utredningsresultat.

Rökning kommer nog att vara förbjudet och antalet RA-patienter är i fritt fall eftersom vaccinet dessutom nyligen är godkänt och ute på marknaden. Det blir en spännande resa mot 2025!”

Katerina Chatzidionysiou

”Om 10 år... hm... Jag tror att vi kommer att vara mycket bättre på att välja rätt behandling till våra patienter, mer individanpassad behandling. Nya läkemedel med olika verkningsmekanismer är på gång. Min förhoppning är att vi då har mer riktade behandlingar, baserade på genetisk och immunologisk profil (autoantikroppar, interleukinprofil, m.m.). Jag tror också att ultraljud och MRI kommer att bli nästan rutin, både för diagnostik och för uppföljning.”

År 2025 är inte särskilt långt borta. Låt oss vänta och se om Annas, Emmas, Anders, Saras och Katerinas visioner blir verklighet. Tills dess, glöm aldrig att le!



Sara Wedrén och dottern Hilda. ”Tyvärr kan jag inte vara säker på vem som är vem på bilden. Men eftersom jag alltför sällan har klänning och alltför ofta konstig frisyr antar jag att jag står till vänster.”



Katerina Chatzidionysiou

IOANNIS PARODIS
ioannis.parodis@karolinska.se
YULIA STENNIKOVA
yulia.stennikova@jll.se

Mitt liv som ST-läkare - räcker tiden?

Man mognar långsamt som läkare. Blir vuxen sent i livet, så att säga. Helt utan att man tycker sig dra benen efter sig, tar allt lång tid. Det snurrar i huvudet när jag tänker på allt som jag hört och läst och sett och tänkt och känt och sagt sedan den där morgonen när jag öppnade brevet från UHÄ där det stod att jag kommit in på läkarlinjen.

Ett genomsnittligt läkarjobb är ju, som de flesta är glasklart medvetna om, inget för latmaskar. Som min pappa brukar säga "det är inte precis att bara gå dit och hämta ut lönen". Så det är väl inte mer än rimligt att den extremt långa utbildningstiden även till sin allmänna karaktär påminner som jobbet man ska klara av när man är färdig. Om man nu blir det, vill säga.

Här faller plötsligt graden av motivation att skriva om hur det är att vara ST-läkare.

Jag menar, är det egentligen någon skillnad? Förutom att man har en självklar rättighet att be om hjälp när man är ST-läkare så är det kanske mest lönen som skiljer.

En suspekt person

På banken anser de att en 40-nånting kvinnlig läkare med oändlig utbildning och ordinär ST-läkarlön är en skum varelse. En person med suspekt flack löneutvecklingskurva. Kan en sådan mäktas med ett lån som krävs för en bostad med ett antal rum som ungefär motsvarar antalet personer i familjen? Banktjänstemannen tar fram sitt elektroniska formulär. Ålder, utbildning efter gymnasiet, yrkestitel, arbetad tid i nuvarande yrke, tjänstgöringsgrad, deklarerade inkomster senaste åren, civilstånd, antal barn. Kanske innehåller bankens algoritm också hemliga koefficienter för kvinna, förpliktigande medicine doktortitel, gift med heltidsarbetande annan läkare. Nu börjar bankdatorn bli orolig på riktigt och tar det säkra för det osäkra och levererar domen: Ej kreditvärdig – hög risk!

Har ni spelat spelet poke-a-mole?

Det har inte jag, för jag har varken tid eller lust med det. Däremot har jag genom att blicka över axeln på andra konstaterat att känslan i det spelet är densamma som under de första åren efter att man som forskande ST-läkare bestämt sig för att skära ner verksamheten till enbart ST-läkare för att inte breda ut sig alldeles för tunt. Man

försöker bränna broar, förhala, säga nej och agera ointresserad, ohjälpsam och svår att nå. Man tappar koncentrationen, säger ja av misstag och så väller arbetet och förväntningarna över en igen. Man får ta nya tag med släggan och försöka få stopp på flödet.

Allt för att bli en rarare och bättre mamma som stundom talar med lugn och vänlig röst, kan namnen på barnens lärare, vet vilken klass de går i och hjälpligt memorerat några namn på deras kompisar. Av någon anledning finns väldig livskraft i vetenskaplig verksamhet. Påbörjade projekt, handledarskap, idéer och förslag sticker ständigt upp ur sina håll och erbjuder spännande möjligheter till en fortsatt forskningskar-



riär. Trots att man sopar till dem med sin stora träklubba dyker de upp ur ett annat håll. Jag har inte haft ro att stanna och se vad som händer i dataspelet men jag antar att man förväntas bli snabbare och snabbare med sin klubba. I verkligheten blir det tursamt nog tvärtom. Det lugnar faktiskt ner sig efter ett (längre) tag. Omgivningen lär sig att man är en sådan där svettig person som kommer springande några minuter sen på morgonen, jobbar för glatta livet och springer iväg när klockan är 17 för att hinna (sist) till dagis. Att man för tillfället har samma vetenskapliga lyftkraft som en trafikskadad björkrast.

Att vara en bra förälder

Om man ska sammanfatta min ST-tid hittills skulle man kunna säga att det varit och är en mycket avancerad övning i tolerans mot min egen ofullkomlighet; forskningen – nu insomnad (förhoppningsvis inte död), signeringskorgen – hur mycket rymmer den egentligen?, EULAR-kursen – omöjlig att få klar, dubbdäcken på cykeln – på året runt, skrivbordet – förmultning pågår närmast bordsskivan, antal lästa (relevanta) eTOC

senaste halvåret: 2/357 emottagna (OBS! estimat, har inte lagt ner tid på att räkna), missade uppträdanden i skolan – 50%, missade föräldrapicknickar – 100%.

Andra kollegor med familjer delar säkert min dröm att vara en (tillräckligt) bra förälder. Det är ju den uppgiften som sätter skruv på alltihop och lockar fram den riktiga glädjen och extraherar de sista fragmenten av kraft när de verkligen behövs. Så får jag höra att dottern haft lite hemlängtan på skolrasten, ivrigt blivit intervjuad om orsaken och gråtande levererat förklaringen "Min mamma jobbar för mycket". VA?! tänker jag reflexmässigt, JAG JOBBAR JU STRÄNGT TAGET FÖR LITE!

Fast det vore ju bra om barnen inte tog direkt skada. Tur att vi sparar barnbidraget, det kan de kanske använda till sin psykoterapi om det skulle bli nödvändigt. Det ska erkännas att pengarna sparas i fonder som vi inte hinner kolla så ofta. Vilket i sin tur kanske är lika bra. Har ni t ex kollat kurserna på era Azerbajdzjan-fonder nyligen?

Man ska inte klaga

Jag sitter alltså fast i dilemmat att jag både jobbar och inte jobbar för lite. Och detta efter att mina forskningsmullvadar slutat kika upp ur sina håll. Men jag har kommit till slutsatsen att allt är i sin ordning förutom att dygnet är för kort. Veckan också, förresten. Ja, kanske hela livet, när jag tänker efter. Ska det vara så? Måste försöka lyfta denna fråga till lämplig instans. Skriver upp det på min senast renskrivna att-göra-lista. Rafs-rafts. Var är den förresten? Oj, här låg den där ledighetsansökan jag skulle ha fyllt i förr-förra veckan. Fast jag tror jag fyller i den imorgon för dagis stänger om 7 minuter och det tar trots allt 9 minuter att cykla dit.

Och man ska väl egentligen inte klaga. Jag har, till exempel, helt och hållet glömt bort hur det är att ha tråkigt. Och trots att vänner och bekanta för länge sedan bestämt sig för att sluta försöka förstå när jag kommer att vara färdigutbildad, kan den långa och intensiva utbildningstiden också ses som en möjlighet att få känna sig ung. Kanske för evigt.

SARA WEDRÉN

ST-läkare Karolinska
Universitetssjukhuset, Stockholm

Resultat och utvärdering av årets diagnostiska prov

Årets diagnostiska prov för ST-läkare var utformat av Reumatologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala. I år har det varit extra svårt att få in svar från alla regioner angående antalet deltagare, totalantalet ST läkare som förmodades skriva provet och övriga synpunkter men här kommer en preliminär sammanställning.

Totalt skrev 40 ST läkare årets diagnostiska prov (2012 47st, 2013 51st). Hur många ST läkare skulle ha kunnat skriva provet?

Enligt Tomas Bremells bemanningsstatistik från mars 2014 finns 89 ST läkare i landet som skulle kunna skriva provet. Således skrev bara 45% av våra ST läkare årets diagnostiska prov, med viss reservation kring uppgiftslämnandet. Det är den lägsta siffran på flera år.

Skrivningsfrekvensen varierar stort mellan regionerna. Det vanligaste angivna skälet för att inte skriva provet är föräldraledighet, men också forskning och nära disputation anges. I de allra flesta fall framgår inte varför ST läkare inte skrivit provet.

Årets diagnostiska prov har överlag fått positiva omdömen, "trevligt prov", "relevanta frågor", "artikelfrågorna relevanta till artikeln" och även "överkursuppgifterna" har fått goda omdömen "kul grepp", men just de frågorna har angivits vara lite för svåra. I år skickades artikeln ut i förväg, något som verkar ha uppskattas - å andra sidan har inte alla besvarat artikelfrågorna.

Som utbildningsansvarig fortsätter jag att fundera på varför det är så få ST läkare som faktiskt skriver (och lämnar in!) det diagnostiska provet.

Meningen med det provet är ju att det ska utgöra basen för fortsatt förkovran, handledning och planering av utbildning utifrån de behov som framkommer, mycket mer än en kunskapsutvärdering.

Och det borde inte skrämman någon till att avstå. SRF och verksamhetschefer i landet, tillsammans med våra studierektorer, måste i år ta ett samlat grepp för att öka incitamentet att skriva det diagnostiska provet, eftersom vi tror att provet i sig ger förutsättningar för att kvaliteten på ST-utbildningen successivt ska öka och bli samstämmig över landet.



ANN KNIGHT

POTHOLTZ FUNDERINGAR · Tomas Weitoft



Ioannis krönika

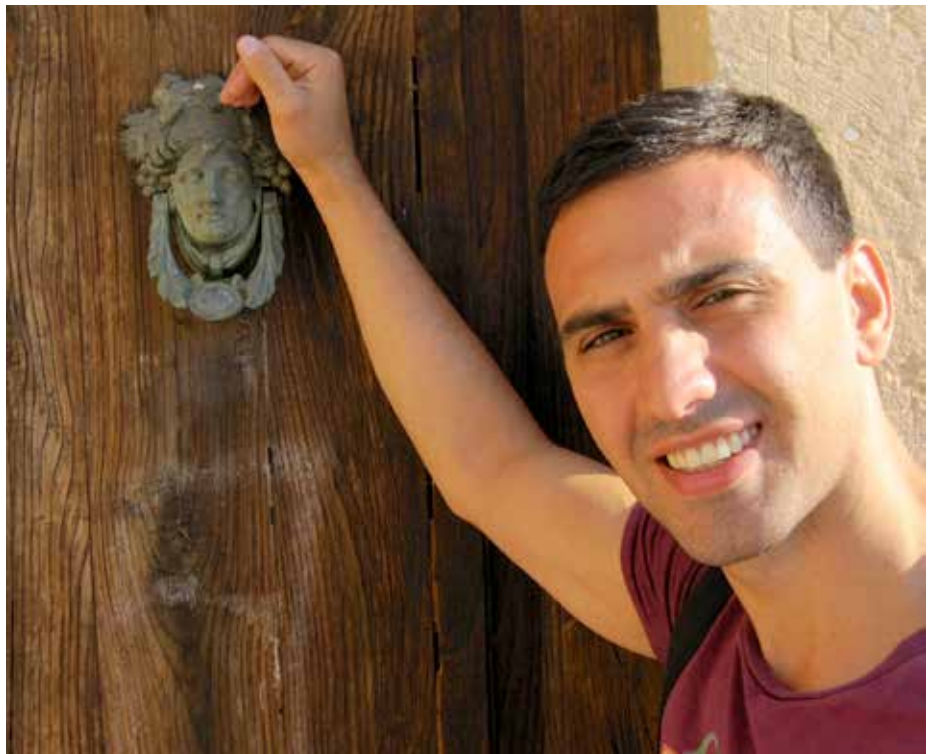
Denna gång är det mindre lätt att lämna sommaren i Grekland och komma tillbaka till verkligheten. Det beror bland annat på att jag har haft en riktigt avkopplande och bortkopplande semester. Inte minst tack vare svenskt besök och att jag därmed själv har fått agera turist i mitt eget land. Det blir en positiv överraskning att bli påmind om allt som Grekland har att bjuda på.

Först en resa genom lämningarna efter Mykenes antika civilisation och Atreus imponerande skattkammare.

Sedan en rundvandring i vackra Nafplio, det moderna Greklands första huvudstad, med borgen Palamidi och dess niohundrastrappsteg upp och exakt lika många ner. Därefter ett stopp i den enorma antika amfiteatern i Epidauros för att titta på Euripides tragiska pjäs "Backanterna" under augustifullmånens sken. Magiskt!

Lite senare möter vi lugnet och skönheten på öarna Hydra och Spetses, där det enda transportmedlet fortfarande är åsnan och där doften av nybakade mandelkakor ständigt retar luktsinnet. Odyssén avslutas med vulkaniska Milos och dess åttiostränder. Där får vi på en mysig taverna vid Egeiska havets brus smaka mormor Marias pittarakia, små traditionella ostpajer friterade i olivolja. Vad de kittlar i gommen! Sedan den där oändliga promenaden från kapell till kapell på sommarens hetaste dag – oförlömlig! Och lika oförlömligt är det efterföljande badet i det kristallrena blågröna vattnet.

Redan efter en vecka på kliniken känns allt det här väldigt avlägset. Röntgensvar, brev från Försäkringskassan, intyg som ska utfärdas och andra roligheter har samlats på hög i mitt fack. Arbetsuppgifterna känns som svärfångade jonglerbollar. Pressen att hinna med alltför mycket på alltför kort tid känns tung. Det där med att dygnet bara ska ha tjugofyra timmar och att veckan bara ska ha sju dagar var nog ingen genomtänkt uppfinning. En blick i höstschemat räcker för att bli trött. Jag undrar hur jag kommer att känna mig när jag väl har tagit mig igenom det. Min utlovade tid för forskning verkar återigen ha försvunnit någonstans på vägen. Jag skyller delvis på monstret som lystnar till namnet CuraTime, vårt nya system för schemaläggning. Det verkar inte riktigt vilja fungera som vi hade tänkt oss och det är fortfarande mycket som inte stämmer mellan schema och journalsystem. De nordiska och grekiska gudarna tillsammans



En solbränd kronikör och en vacker detalj på en dörr på ön Hydra.

torde inte räcka till för att få CuraTime att bli bra. Hjälp!

Samtidigt inser jag att jag har tagit på mig för mycket ansvar. Det är kanske inte så konstigt att jag förväntas göra bra ifrån mig från olika håll. Jag ska vara lite av en kliniker, en forskare, remissgranskare och utbildningsansvarig för läkarstudenterna.

Det känns som en ständig kamp för att få alla nöjda, mig själv inbegripet. Jag beundrar verkligen vår professor Ingrid Lundberg som har ansvar för säkert tusentals saker men ändå hinner med allting. Dessutom går hon alltid med ett leende på läpparna, sprider positiv stämning och inspirerar oss andra. Vad är hemligheten, Ingrid?!

Ja, nu har jag gnällt färdigt för den här gången. Redan under mina första dagar på kliniken rådde mig Maryam Dastmalchi att vara sann i mina krönikor och inte väja för verkligheten. Dessa ord har jag alltid i åtanke när jag skriver. Jag är inte helt säker på huruvida jag alltid har gjort henne stolt i detta avseende eller om jag kanske någon gång har skönmålat sakernas tillstånd.

Ibland är det enklare för en skribent att vara diplomatisk och att helt enkelt linda in det. Men det känns extra stressigt denna gång och därmed extra angeläget att dela med mig av de problem och utmaningar

som jag möter i min vardag. Skönt ibland att få prata av sig, tack för att du ställer upp och lyssnar!

Samtidigt är en del av tjusningen i läkaryrket att försöka klara av det omöjliga medan patienten väntar. Mirakel tar kanske något längre tid. Onekligen är Reumatologkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset ett underbart ställe att jobba på. En stimulerande arbetsmiljö med ovärderliga utbildningsmöjligheter. Ett bra exempel på vad vår institution förmår att åstadkomma är Katerina Chatzidionysious tjocka avhandling som hon försvarade på ett strålande sätt i våras. Grattis, Katerina! Jag hoppas att jag också står där en vacker dag.

Härnäst väntar Tallinn. Det ska kryssas igen med nya läkarstudenter som står inför nya utmaningar. Jag ser fram emot att peppa dem inför deras allra första kliniska kursmoment. Att få vara med dem under denna händelserika tid i läkarutbildningen är både ansvarsfullt och oerhört stimulerande. Jag längtar efter att få auskultera deras ambitioner och förväntningar. Nästan lika mycket som jag längtar efter karaokestunden och nattsuddet på dansgolvet!

Medan jag kryssar på Östersjön och medan ►

du väntar på min nästa krönika ska vi lova varandra en sak. När bollarna i luften blir för många, glöm inte bort den äldsta men samtidigt modernaste terapin som vi har i arsenalen: vårt leende! Vem vet, med ett leende kan man kanske även råda bot på CuraTime. Jag testar redan i morgon!



IOANNIS PARODIS
ioannis.parodis@karolinska.se

Hefaistos tempel på antika Agora i Aten. Jag kan inte låta bli att ta en bild på den här vackra vyn när mina vänner och jag vandrar runt i Plaka och Anafiotika nedanför Akropolis.

KATERINAS CARTOON · Katerina Chatzidionysiou



annons

Ny registerhållare för SRQ

Den första januari i år avgick Staffan Lindblad som registerhållare för SRQ, en uppgift Staffan har haft sedan starten 1996. Han efterträddes av överläkaren Sofia Ernestam.

Sofia har sedan sin specialistexamen arbetat som reumatolog i Stockholm, men hon är upp vuxen på västkusten – först i Göteborg och sedan i Halmstad.

– Jag har kvar en del av mitt hjärta i norra Halland, berättar hon.

Sofia läste medicin på Karolinska Institutet och gjorde därefter sin AT i Lindesberg.

Hade kunskapslucka i reumatologi

Bakgrunden till att Sofia blev reumatolog förtjänar att berättas: Under studietiden hade Sofia tidigt en klinisk placering på en reumatologiklinik. Där tjänstgjorde vid den tiden en läkare som Sofia hade svårt att förstå p.g.a. språket och sjukdomarna var svåra att greppa.

– När jag var klar med min AT ville jag ägna mig åt internmedicin. För att fylla i den lucka jag tyckte jag hade i mina kunskaper, vikarierade jag på reumatologen på SÖS 1996. Jag tyckte det var spännande – jag gillade diagnostiken och det pussel med många olika bitar man måste lägga. Dessutom fann jag det helhetsperspektiv som man har på patienten tilltalande.

När de nya medicinerna kom 1998 var Sofia med i de första prövningarna, och då bestämde hon sig.

– När jag såg effekten av dem insåg jag att jag ville vara med på den resan, förklarar hon.

Färdig specialist i reumatologi blev Sofia år 2003.

– Idag är jag tacksam för att jag fick uppleva vården innan de biologiska läkemedlen kom. Det har gett mig perspektiv!

Sofia arbetar nu kliniskt på 25 % vid reumatologimottagningen på Karolinska Huddinge.

Satsningar på e-hälsa

50 % av sin tjänst lägger Sofia på arbetet som registerhållare för SRQ. Hon arbetar även som projektledare i 4D-projektet.

– Det är en ganska unik satsning, eftersom den är gemensamt finansierad av universitetet och landstinget i Stockholm. Det går ut på att få en bättre samverkan mellan vård och forskning.

Registret är en viktig del i detta, påpekar Sofia.

– Vi utvecklar även e-hälsolösningar – t.ex. ontilederna.nu, en tjänst där patienten kan



screena sig själv innan de kommer till vården.

Hon förklarar att det är ett kunskapsstöd som ska göra att patienten är mer förberedd när de kommer till vården, inte ställa diagnos.

– Vi ska också förbättra SRQ:s beslutstöd för både patienter och vårdgivare.

Stöd för många

Vi ber Sofia ge sin syn på registrets kommande utveckling.

– Det finns information på många olika ställen, vi behöver därför strukturera våra data i kvalitetsregistret så att de blir mer lättförståeliga, säger hon.

Man behöver kunna ta ut data på fler nivåer.

– Den enskilde doktorn ska få stöd för sitt arbete med den enskilda patienten – men även få mer stöd för hur man kan utveckla den vård man bedriver. Det ska också vara ett stöd för verksamhetschefen som ska kunna ta ut data för att presentera för sin personal, landstingsbeställare och allmänheten.

SKL ska också kunna ta del av data för öppna jämförelser.

En gåva från patienten

En annan del av utvecklingen handlar just om beslutstödet.

– Det kommer att bli nästa satsning – att

stödja vården genom att presentera information på ett mer användarvänligt sätt.

Sofia förklarar att det handlar om att skapa verktyg för ökat patientinflytande, att kunna följa upp hur väl riktlinjer följs, samt standardisera utfallsmått och skapa en strukturerad uppföljning.

– Idag fungerar beslutstöden så, men vi behöver utveckla detta i samverkan med patienter och vårdgivare.

Hon understryker vikten av att ha med sig verksamheterna och patienterna i detta arbete.

– Vi behöver ge stöd för patienterna även när de inte har direktkontakt med oss och ge möjligheten för dem att följa upp sjukdomen även mellan besöken, påpekar Sofia.

– Patienten kan även bidra till ökad kunskap hos andra patienter. Att vara med i forskning är en gåva från patienten! Den kan också ges till andra patienter via registret. Det finns många patienter som vill det, så vi måste hitta nya sätt att understödja mindre grupper via t.ex. communitys, förklarar Sofia.

Mer bilddiagnostik & nya artrosgrupper

Hur tror då Sofia att registret ser ut om fem år?

– Jag tror att patienten kommer att kunna registrera utfallsmått mycket oftare och att många patienter själva driver hur deras vård ska gå till – inklusive prover, rapporter mm.

Vården kan använda dessa data för en uppföljning där man nödvändigtvis inte måste träffa patienten – vilket frigör resurser som möjliggör att vi kan lägga mer krut på nydebuterade, samt de som av olika skäl inte klarar av att ta ett större ansvar, fortsätter hon.

Om fem år tror Sofia också att vi kommer att t.ex. registrera bilddiagnostik mer omfattande än idag.

– Vi kommer också att få se nya grupper som behandlas, kanske artros, och behöva följa upp dessa. Patientinflytandet kommer att vara större då, och jag hoppas vi har ett starkare patientnätverk som kommer utvecklas tillsammans med oss.

Vill ha mer diskussion

Beslutstödet i registret har också stor betydelse för verksamhetsuppföljningen t.ex. ute på länssjukhusen.

– Det handlar om att informationen ska finnas där vården bedrivs. Man kan t.ex. ha lösningar med en pop-up ruta få reda på att den här patienten är lämplig för en viss studie.

Sofia framhåller att akademisering även handlar om att få återkoppling, och det kan registret tillhandahålla.

– Man kan använda det som en grund för förbättringsarbete och utvärdering: Följer jag riktlinjerna?

Det är jätteviktigt att *professionen* äger data och tolkningen av dem. Sofia tror heller inte att man ska använda kvalitetsregister i ersättningssystemen.

– Däremot kan man ställa som krav att man redovisar sina resultat öppet – så att även allmänheten kan se vårdens resultat.

Sofia skulle vilja ha mer diskussion i SRF om våra resultat och lära oss av dem som har lyckats bra.

– Där tror jag att även de stora sjukhusen kan lära av de mindre.

Många intressenter att förhålla sig till

Medel till registret kommer från SKL, och Sofia förklarar att det i regleringen finns med att dessa medel ska gå till registrets drift och utveckling.

– Medlen får inte betala registrering på

lokal nivå, utan *ska* gå till utvecklingsarbete. Sådant utvecklingsarbete, som vi kan arvodera, kan göras av både stora och små enheter i landet – det är bara att räcka upp handen! SRQ ingår i ett stort nätverk där SRF är en mycket viktig spelare, men även vårdens andra professioner, patienterna och forskare

– Det är många intressenter inblandade och att det är mycket att förhålla sig till inte minst IT-frågor, eHälsa och juridiska frågor.

Hon betonar att SRQ är en del av en nationell satsning.

– Staffan har byggt upp en framgångsrik – både nationellt och internationellt uppmärksammas – satsning på beslutsstöd och patientmedverkan. Det är ett innovationsarbete som vi måste förbättra och vidareutveckla.

Sofia tycker det är *bra* att det finns så många intressenter.

– Det gör att vi måste hålla örat mot mar-ken. Visserligen kan det bli intressekonflikter – och då måste vi se till att så många

användare som möjligt är nöjda! Hon förklarar att hon tycker att styrningen av registret är bra, men att styrgruppsarbetet behöver utvecklas så att utvecklingsarbetet också kan bli mer regionalt förankrat

Vill arbeta konkret

Så vad kom det sig att Sofia sökte uppdraget som registerhållare?

– Redan som ST var jag intresserad av hur man kan utveckla vården och förbättra utbildningen. Läkarutbildningen går ju mycket ut på att ”härma” andra – men jag ville påverka och förändra, svarar Sofia.

Hon sökte sig därefter till forskning och arbetade en del för Staffan i SRQ.

– Jag arbetade på Socialdepartementet under kvalitetsregistersatsningen 2011. Det var då jag kom till insikt om att det roliga är att arbeta konkret med utvecklingen – inte bara skriva papper. Därför sökte jag den här tjänsten, avslutar Sofia Ernestam.

PER LUNDBLAD

Spenshults reumatiker-sjukhus stängs

En epok inom svensk reumatologi avslutas

Reumatikersjukhusen i Skandinavien speglar ett viktigt skede i nordisk reumatologi. I en nyligen publicerad ledare i Norsk Rheumabulletin konstateras välformulerat: "De ideelle revmatismesykehusene ble bygd av visjonære leger og patientforeninger i en tid der sykedombyrden hos pasientene var stor og tiltakene og i stor grad var preget av reparasjon, av revmakirurgi og rehabilitering" (6). I Sverige inleddes denna era med att sanatoriet i Spenshult stängdes för att efter ombyggnad åter öppna (1953), som reumatikersjukhus.

Spenshults reumatikersjukhus (SRS). Tillkomsten

Gunnar Edström skriver både i minnesanteckningar och i sin 50-årskavalkad (1, 2) att han sommaren 1948 vid en läkarstämma i Halmstad träffade överläkaren på sanatoriet i Spenshult, Nils Oscar Nilsson, rätteligen Hillerdal då denne antagit detta släktnamn redan 1938. Han hade varit chef för sanatoriet sedan 1917. Spenshult, som många andra sanatorier, hade ett sviktande patientunderlag till följd av den allt aktiverade och framgångsrikare tuberkulosbehandlingen under 1940-talet. Hillerdal värnade om sitt sjukhus och insåg att andra vårdkategorier krävdes om sjukhuset skulle ha fortsatt berättigande. Framsynt framförde han tankar till Gunnar Edström, då inte bara riksdagsman och chef för reumatologien i Lund utan också sekreterare i RMR (Riksförbundet mot Reumatism), om att Spenshult kanske skulle kunna övergå till att vara reumatikersjukhus.

Gunnar Edström tänkte på idén och hade både plattform och förmåga att driva frågan. Detta ledde till ett riksdagsbeslut 1952 innebärande att sjukhuset skulle förvaltas av RMR, för reumatikervård, under tio år. Samtidigt anslogs 827 000 kronor för ombyggnad och viss utrustning. Detta belopp täckte dock inte på långt när behovet om man också inkluderade kostnaderna för första årets drift. Det beräknades att ytterligare c:a 2 miljoner behövdes, ett på den tiden svindlande belopp för en förening av RMR:s storlek och kapacitet. Den då unga föreningen såg mest till möjligheterna och lyckades, tack vare entreprenöranda och

entusiasm, att skaffa fram denna summa.

Man startade insamlingskampanjer där den framgångsrikaste var den s k Reumatikerkronan eller AT-kronan eftersom den drevs med stor hjälp av Aftontidningen och dess journalist Bert Onne. Principen var att för varje enkrona som en arbetstagar gav skulle arbetsgivaren ge lika mycket (fig. 1).

Den framgångsrika insamlingskampanjen innebar att sjukhusets start och första årets drift var säkrad. Ombyggnad och anpassning till den nya verksamheten kunde påbörjas. De första patienterna skrevs in i augusti 1953 och månaden därpå, den 20 september, kunde sjukhuset högtidligt invigas av prins Bertil (fig. 2, 3), hertig av Halland, i närvaro av c:a 200 inbjudna gäster, främst från sjukvårdens huvudmän. Till sjukhusets första överläkare för den nya verksamheten utnämndes Curt Ekelund. Antalet vårdplatser var från början 124, fördelat på fyra vårdavdelningar och vårdkostnaden 24 kronor och 43 öre. 1961 togs ett nytt riksdagsbeslut där det bestämdes, att det tidigare avtalet skulle förlängas tills vidare.

1950- 60- 70-talen

Curt Ekelund efterträddes 1959 av Stig Thune, som kvarstod på sin post fram till sin död 1982. 1950-talet präglades av ekonomisk knapphet, som hanterades genom att sjukhuset såg till att vara självförsörjande i många avseenden, inte bara vad gällde vårdfunktioner. Sålunda hade man egen röntgenavdelning och eget laboratorium men också trädgård, grisfarm, tvätt och till och med eget postkontor, som sköttes av husmors make. Patientklientelet dominerades av personer med svåra funktionshinder och Spenshult blev för många "ett sista halmstrå" (3).

Vårdtiderna var långa (månader) och den behandling som gavs var i många avseenden symptomatisk och med inslag av traditionell Spa-terapi. Ler/slaminpackningar var vanliga och en speciell slamkokare inhandlades från Getingeverken. Leran köptes i början från den klassiska kurorten Piestany i Tjeckoslovakien, men senare tvingade ekonomin (och kanske också rationalitet?) till billigare inköp från Getterön utanför Varberg. För värmebehandling användes också

melass (sirapsliknade substans, biprodukt vid sockertillverkning), som spred sin karakteristiska doft i behandlingslokalerna.

Fokuseringen på funktionsterapeutiska åtgärder var framsynt. De utvecklades och förfinades i takt med att den moderna reumarehabiliteringen tog form. På Spenshult prioriterades utbyggnad av bandageverkstad, arbetsterapienhet och sjukgymnasavdelning. En viktig milstolpe var när man 1970 fick en egen träningsbassäng. Curt Ekelund tycks ha haft en pragmatisk inställning. På den tiden var det mycket vanligt med korrigering av gipsbehandling av exempelvis knäledskontrakturer.

På Spenshult "slutade man snart med detta – knälederna blev så förskräckligt ömmande efteråt" (3). I stället satsade man på olika former av mer dynamisk sträckbehandling, men framför allt på att ge lokala kortisoninjektioner i ömmande och svullna leder. En inriktning och en inställning som man så här retrospektivt kan säga var helt korrekt. Curt Ekelund såg också till att följa utvecklingen inom reumatologin både nationellt och internationellt.



Figur 1. Brevmärke utgivet av RMR i samband med kampanjen Reumatikerkronan för att få medel till start av SRS.

Stig Thune fortsatte i Curt Ekelunds spår.

Sjukhusbyggnaden genomgick flera ombyggnader och renoveringar med sikte på att förbättra vårdmiljö och arbetsmiljö, och att utvidga de olika behandlingsavdelningarna. Som redan nämnts var det en stor framgång när man 1970 fick en egen träningsbassäng. Samma år fick man också ny röntgenutrustning och som huvudansvarig för denna verksamhet engagerades en röntgenolog, Roland Gay, från Halmstad.

Under Stig Thunes tid ökade behovet av öppenvårdsmottagning, liksom efterfrågan på vård för mindre funktionshandikappade patientgrupper. Det ledde till en nybyggnad norr om och parallellt med sjukhuskroppen, som togs i bruk 1975. Här fick man nu en lättvårdsavdelning på ovanvåningen och mottagningslokaler för polikliniska besök på bottenplanet. Sammanlagt hade man nu 132 vårdplatser för patienter från framför allt södra delen av Sverige.

Mot slutet av 1970-talet engagerades också handkirurg, konsulter från ortopederna i Lund, varigenom patienterna regelbundet vid behov kunde erbjudas både handkirurgisk bedömning och, då så var lämpligt, operativ åtgärd. Sådan utfördes i Halmstad eller Falkenberg. I övrigt torde farmakoterapi, funktionsterapi och funktionsåtgärder inte ha skiljt sig så mycket från tidigare decenniers. Stig Thune var en av medlemmarna i den så kallade Heinolakommittén 1965, som utarbetade ett nordiskt program för den reumatologiska vårdens utveckling och modernisering.

1980-talet-brytningstid och påbörjad utveckling till modernt reumatikersjukhus

I början på 1980-talet hade Spenshult ett ganska tunt externt nätverk med osäker förankring både inom landstingsvärld och svensk reumatologi. Externt användes ord som stagnation. Stödet från huvudmannen var långt ifrån perfekt. I dåtida stadgar för RMR stod i klartext inskrivet som mål, att på sikt avveckla sjukhusen, och verka för att samhället efterhand tog över uppgiften. Patientunderlaget sviktade för såväl Spenshult som för många andra vårdinrättningar med tyngdpunkt på slutenvård och rehabprofil. RMR hade vid denna tidpunkt ytterligare två reumatikersjukhus, nämligen det i Strängnäs (fd Löts sanatorium) och ett nybyggt (1969) i Östersund (ÖRS). Strängnäs avvecklades/stängdes 1987 och Östersund tio år senare.

På Spenshult strävade man medvetet mot modernisering, utveckling och förankring inom svensk reumatologi. Detta ledde t.ex. till samarbete med ortopedkliniken i Halmstad vilket gav en 0,5 läkartjänst inom reumatikurgi till Spenshult. De första utbildningstjänsterna för blivande specialister i reumatologi inrättades genom samarbete med medicinkliniken i Halmstad och flera



Figur 2. Från invigningen av Spenshult. Prins Bertil samtalar med sjukhusets förste klinikchef, Curt Ekelund. (Foto från Curt Ekelunds privatarkiv).

blivande specialister anställdes. Det startades också FV/SK-kurser för utbildningsläkare inom reumatologi och allmänmedicin, som blev mycket uppskattade och efterfrågade.

SRS blev som ÖRS på 1980-talet känt och erkänt för ett gott kursutbud. Fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter rekryterades, som använde moderna rehabiliteringsmetoder. Samarbete inleddes med andra länsreumatologiska enheter. Denna samverkan får namnet BARFOT (Bättre antireumatisk farmakoterapi) och nu skapas det första svenska datoriserade och strukturerade registret för uppföljning av reumatologisk behandling. Redan initialt diskuterades också forskning som del av den verksamheten. Samarbete inleddes också med Försäkringskassan för bedömning och rehabilitering av patienter med långvariga smärttillstånd.

Personal utbildas i smärtbedömning och mekanismer kring utveckling och vidmakthållande av kroniska värktillstånd, (sam-



Figur 3. Invigningen av Spenshult uppmärksammades naturligtvis av medierna.

arbete med smärtrehab i Göteborg samt användning av nationella smärtregistret).

1990-talet konsolideringens decennium

Spenshult börjar nu segla allt säkrare och tryggare på det oroliga och nyckfulla sjukvårdshavet. I motsats till de två andra reumatikersjukhusen lyckades SRS avvärja nedlägningshotet och utvecklades till en modern enhet för reumatikervård. Starkt bidragande till denna positiva utveckling var entreprenörskap, professionell ledning och start av FOU-verksamhet (5).

50 års jubileet 2003 firades med flaggan i topp och kännetecknades av framåtanda och förtröstan inför framtiden.

Slutfasen

RMR/RF (Reumatikerförbundet) ser dock såväl ekonomiska risker som problem med att både vara vårdgivare och intresseorganisation för Spenshults Reumatikersjukhus. Medlemmar runt om i landet har också olika inställning till fortsatt drift av sjukhuset och RF beslutar att försöka hitta en annan huvudman för verksamheten.

Spenshult säljs i ett tvåstegsförfarande till det danska företaget Transmedica och Spenshult AB byter byter namn till Axess Medica. Ägarbytet leder till nya investeringar och bl.a. satsning på ombyggnad av en av vårdavdelningarna till operationsavdelning, ny röntgenenhet samt anställning av reumatiker och handkirurger med tillhörande kringpersonal. Sjukhuset får därmed två verksamhetsområden, ortopedi och reumatologi. Senare tillkommer cancerrehabilitering. Under en period bedrivs konferens och hotellverksamhet som ett



Figur 4. Huvudbyggnaden, numera klassad som byggnadsminne, uppfördes efter ritningar av den berömda arkitekten Ivar Tengbom. I jubileumsboken från 2003 finns ett rikt bildmaterial och detaljerade uppgifter om sjukhusets tillkomst.

Förteckning över avhandlingar framlagda av personer anställda vid SRS

Namn	Titel	År
Ingemar Petersson	Developing Knee Joint Osteoarthritis	1997
Anna Nilsson	Patient Relevant Outcome after Total Hip Replacement in osteoarthritis	2001
Stefan Bergman	Chronic Musculoskeletal Pain a Multifactorial Process	2002
Carina Thorstensson	Exercise and Functional Performance in Middle-aged Patients with Knee Osteoarthritis	2005
Ann Bremander	Lower Extremity Function in Arthritis	2006
Maria Andersson	Monitoring Arthritis – Biochemical, Methodological and clinical aspects	2009
Susanne Arvidsson	Health promoting factors in people with chronic musculoskeletal pain or with rheumatic diseases: a descriptive and interventional study	2011
Ulrika Bergsten	Patients' and healthcare providers' experiences of the cause, management and interaction in the care of rheumatoid arthritis	2011
Ingrid Larsson	Person-centered care in rheumatology nursing in patients undergoing biological therapy: an explorative interventional study	2013
Emma Haglund	Prevalence, physical activity, and work in patients with spondyloarthritis	2013

försök att ta till vara alla byggnader och den vackra miljön.

FoU -verksamheten utvecklas och doktorander från olika yrkesgrupper knyts till FoU-enheten. Antalet framlagda doktorsavhandlingar och representation på internationella vetenskapliga möten glädjer alla berörda och är också ett kvitto på verksamhetens kvalitet.

Trots svårighet att få ekonomisk bärighet i verksamheten, ekonomin tyngs bland annat av det stora fastighetsbeståndet, finns det en fortsatt framtidstro. Bl.a. startas en öppenvårdsmottagning i Helsingborg. I nuläget är det ovisst hur och om denna kommer att fortsättas.

Under 2013 är det dags för ny försenad upphandling av länsreumatologi i Halland och för första gången finns, förutom SRS, ytterligare en anbudsgivare, Capio Movement. Dessa lägger ett betydligt lägre bud procentuellt, sett utifrån kravspecifikationen. Axess Medica menar att man inte tagit hänsyn till vissa frågor och verksamheter men detta väljer Region Halland att bortse från. (Det visar sig t.ex. att FoU kommer att få kraftigt ökade kostnader för lokaler, drift och administration, sådant som Spenshult/Axess Medica tidigare bistått med.)

På formell grund fanns ingen möjlighet att överklaga upphandlingen. Försök görs att rädda den ortopedkirurgiska verksamheten men man bedömer slutligen att det ekonomiska underlaget är för svagt.

Under 2014 kommer därför successivt all verksamhet på Spenshult/Axess Medica att upphöra och hela fastigheten är i skrivande stund till salu.

Slutord

En epok i svensk reumatologi är avslutad i och med stängningen av SRS. I övriga nordiska länder ses en likartad utveckling. Sälunda stängdes 2010 i Finland det på 1950-talet så berömda sjukhuset i Heinola (4).

Det paradigmskifte, som inleddes inom reumatologin i slutet av 1990-talet och de därmed sammanhängande behandlingsframgångarna har medfört att slutenvårdsbehovet numera är minimalt.

Tabell

Överläkare och tillika styresman/klinikchef/verksamhetschef.

1953 - 1959	Curt Ekelund
1959 - 1982	Stig Thune
1982 - 1984	Sören Andersen
1984 - 1986	Arvi Larsen
1987 - 1988	Olle Nillius
1989 - 1996	Dick Sahlberg
1997 - 2004	Ingemar Petersson
2004 - 2008	Annika Teleman
2008 - 2009	Gazmend Abdiu
2009 - 2011	Torvald Berg
2011 - 2014	Ulrika Persson

Ido Leden
Annika Teleman

Referenser/källor

1. Edström G. 50 år i reumatikervårdens tjänst. Lund: Bröderna Ekstrands Tryckeri AB, 1980.
2. Edström G m fl. Anmälan och Kort sagt om Riksföreningen och dess verksamhet. Reuma no 1, 1949.
3. Ekelund C. En reumatolog ser tillbaka på 1940- och 50-talen. I: Leden I, Nived O red. Svensk Reumatologisk Förening 50 år. Osakarhamn: AB Primo, 1996: 33 - 38.
4. Kauppi M, Säilä H, Belt E, Hakala M. Beware of the biological - hospitals may die: the rheumatism foundation hospital, Heinola, Finland (1951-2010). Clin Rheumatol 2012; 31: 1131 - 54.
5. Leden I. Spenshult som Reumatikersjukhus. I: Spenshult 1913 - 2003. Miljöns läkande kraft - mot allhärjare och folkförstörare. Emmaboda: ÅkessonBerg AB, 2003: 150 - 71.
6. Soldal D. Hvor er reumatologien I dag og i 2030? (Ledare). Norsk ReumaBulletin 2014 (Nr 1): 4-5.

Författarpuppgifter

Ido Leden var på 1980- och 90-talet överläkare och chef för reumatologsektionen i Kristianstad. Han var under åren 1986 - 96 medlem i Spenshultsdirektionen, som representant för dåvarande Kristianstad läns landsting.

annons

Ido Ledens historia

Ido Leden kan blicka tillbaka på en lång karriär i svensk reumatologi.

Visserligen har han idag formellt gått i pension, men Ido är ändå verksam som timanställd specialist vid reumatologsektionen i Kristianstad – en enhet han själv startade år 1981.

Ett samtal med Ido om hans liv kommer inte enbart att handla om led-sjukdomar och medicinska landvinningar. Det kommer också att kretsa kring ämnen som historia och kultur – ämnesområden som för Ido är lika självklara beståndsdelar av reumatologin – och livet – som de rent organiska.

Humanist

Ido är helt enkelt något så ovanligt som en gedigen humanist i ordets rätta betydelse.

Hans kunskaper är förankrade i ett sammanhang som inte upphör att existera när man går ut ur kliniken, eller avlägsnar sig från labbänken. I hans sällskap kan man därför få lära sig hur reumatologin kan spåras i historien, i konsten, inom paleopatologin – samt på frimärken.

Det sistnämnda är välkänt av alla som haft förmånen att få lyssna på något av hans föredrag – eller som har läst hans artikelserie *Historia med Ido* som regelbundet publiceras i denna tidning.

Arvinge

Leden är naturligtvis ett synnerligen passande efternamn för en reumatolog.

– Min farfar hette Josef Peterson och var en självlärd man från glasbruksbygderna i Småland. Han hade många visioner om det framtida samhället – en av dessa var att esperanto skulle bli ett världsspråk, berättar Ido.

Därför döpte Josef sin förstfödde son – alltså Idos far – till Ido som betyder ”arvinge” eller ”avkomma”.

– Som förstfödd i nästa generation blev jag därför också döpt till Ido.

Dessutom står ordet Ido även för ett eget hjälpspråk liknande det konstgjorda språket esperanto. Svenska Ido-förbundet bildades 1911 i Stockholm med syfte att främja användningen av Ido och få det klassat som världsspråk.

– När farfar under början av 1900-talet sökte tjänst vid järnvägen i Kattarp, sa stinsen att han var välkommen att börja om han bytte namn! Stinsen hade redan fyra Petersöner att hålla reda på och orkade inte med en femte...

Därför ändrades Peterson till Leden.



Började på ortopedin

Ido föddes i Lund 1942, men växte sedan upp i Göteborg. 1960 flyttade familjen till Skåne.

– Redan under skoltiden var jag intresserad av biologi. En kompis till mig skulle läsa medicin, och jag bestämde mig för att haka på, minns Ido.

På den tiden fick man ge sig ut och vikariera efter fyra års medicinstudier. Ido förklarar att det var på så sätt man fick poäng som innebar att man därefter kunde söka s.k. fria kurser. Han blev sedan medicine licentiat år 1971, och kunde därmed ansöka om legitimation.

– Sommaren 1967 fick jag ett vikariat på ortopedin i Örebro. Jag återvände dit under de följande åren och fick därför tidigt mycken användbar kunskap om rörelseorganens sjukdomar, berättar Ido.

Han minns att det dök upp unga människor med spontana ledsvullnader i t.ex. knä, och att ortopederna var lite handfallna inför just dessa patienter.

– Det satte sina spår i mig. Jag började intressera mig för dessa patienter.

Specialistutbildning i Lund

Efter avlagd med lic fick Ido en underläkartjänst vid medicinkliniken i Helsingborg för att bli specialist i allmän intermedicin. På medicinmottagningen i Helsingborg fanns flera patienter med RA och Ido fick i uppdrag att organisera en profilerad mottagning för dessa patienter. Därmed väcktes på allvar intresset för reumatologi – inte minst på grund av det fantastiska gensvaret från patienterna.

– Dom var glada över att ha fått en ”egen” doktor och delade gärna med sig av sina egna erfarenheter, vilket gav mig en god insikt och förståelse för reumatiskt sjukas situation, berättar Ido.

Kåre Berglund, som var chef i Lund vid den här tiden, ville skapa en organisation som innebar att reumatpatienter till viss del skulle kunna handläggas på hemmaplan.

Han ordnade därför en 2 dagars kurs i diagnositik som erbjöds samtliga medicinkliniker i MLL (Malmöhus läns landsting).

– Min chef Hans Krook skickade mig på denna kurs i stället för att själv åka, som övriga klinikchefer i MLL gjorde. Detta främjade ytterligare mitt intresse för, och inriktning mot, reumatologi. Den påbyggnadskurs om behandling som utlovats kom dock aldrig till stånd, vilket kändes besvärande.

Samtidigt insåg Ido att verksamhet med reumatologi som huvudinriktning förutsatte en specialistutbildning inom området.

– Efter att jag hade tagit ut mitt specialistbevis i allmän internmedicin, flyttade jag och familjen därför till Lund år 1976, för att jag skulle kunna påbörja en ny specialistutbildning.

Färdig specialist i reumatologi blev Ido år 1978. Han beskriver hur Björn Svensson var den person som var hans mentor och föredöme.

Träffade patienter som kunde botas

Ido är en uppskattad föreläsare. Han säger att han tidigt fick mycket bra träning på grund av att han fick efterträda Björn Svensson som föreläsare i olika kurser för distriktsläkare om diagnostik och behandling av reumatiska sjukdomar. Björn behövde all tid för att slutföra sitt avhandlingsarbete.

– Jag skulle stå på scenen och föreläsa för distriktsläkare. Då måste jag förbereda mig med bilder osv. Frimärken var ofta med och illustrerade. Det kändes bra att blanda traditionella blådiabilder med sådana av frimärken!

Tack vare att han också fått efterträda Björn Svensson som reumakonsult i Dalby hade han en god uppfattning om vilken kunskap primärvården efterfrågade, och kunde därför förmedla tips och handfasta råd. Kursutvärderingarna bekräftade att innehållet i föreläsningarna varit till belägenhet.

– Efteråt har jag ofta fått höra, av kursdeltagare som jag träffar senare, att de känner igen mig som ”det var ju du med frimärkena...”

Dalby vårdcentral var vid denna tid en forskningsvårdcentral där man framgångsrikt bedrev forskning om diabetes. Björn Svensson hade fått i uppdrag att starta konsultverksamhet i reumatologi på vårdcen-

tralen, vilket var ett helt nytt tänkande under 70-talets sista hälft.

– Jag fick som sagt efterträda Björn Svensson även här. Det var mycket nyttigt – jag lärde mig mycket. De patienter jag träffade där hade inte varit sjuka så länge – vilket innebar att jag träffade patienter som faktiskt kunde bli mycket bättre av behandling med klorokin. Sådana såg vi nästan aldrig på reumatologen i Lund...

En annan insikt från vårdcentralen som Idó tog med sig var att arbete i team är viktigt och utvecklingsbefrämjande.

Arbetar fortfarande som timanställd

Eftersom Idó hade fått reda på att man skulle starta en reumaenhet i Kristianstad, sökte han – och fick – en tjänst där.

– I Kristianstad hade man precis som i Helsingborg under några år haft underläkare som varit profilerade mot reumatologi, men nu ville man etablera en specifik specialistverksamhet. Första året var det bara jag, en sjuksköterska samt en sekreterare.

Först året därpå tillsattes de paramedicinska tjänsterna. Men jag hade det bra och trivdes – jag hade också förmånen att få egna lokaler, förklarar Idó.

Eftersom han trivdes så bra, flyttade Idó och familjen efter ett provår till Kristianstad där Idó fortsatte att arbeta som ensam läkare.

– Det var fantastiskt spännande att få bygga upp någonting från början. Fast det var ensamt, och sårbart, att vara utan några kollegor.

Men Jan Theander kom hösten 1983, och

Idó förklarar att de båda har varit trogna parhästar sedan dess.

När Idó fyllde 60 år påbörjade han en långsam nedtrappning. Han fick en studierektorstjänst på 25 % på medicinkliniken och arbetade som reumatolog på 50 %.

– Region Skåne har bestämt att man inte får ha kvar sin tjänst efter 67 års ålder. Men som timanställd får man fortsätta. Idag arbetar jag därför kliniskt två dagar varannan vecka, och då enbart med remissfall. Ofta är de ganska krångliga – men jag får träffa många patienter med brokiga sjukhistorier och spännande livsöden!

Idó förklarar att han trivs jättebra med detta, och att han tycker arrangementet passar honom perfekt.

– Sektionscheferna har också varit nöjda med upplägget. Det bidrar till att väntetiderna till mottagningen minskar och att vårdagarantin någorlunda hålls, tillägger han.

Första strukturerade uppföljningen av RA-patienter

Idó anser att den resa han har fått vara med om under sitt yrkesverksamma liv har varit helt fantastisk.

– När jag började i Lund och en patient, ofta en kvinna, diagnostiserades med RA, så var det ett tungt besked att ge – nästan jämförbart med en cancerdiagnos. Vi kunde inte stoppa sjukdomen, och vi kunde varken drömma eller föreställa oss den medicinska utvecklingen som skulle komma.

80-talets sjukvård präglades av fortsatt tillväxt, de "sju goda åren", som Idó kallar dem.

– Under 90-talet, de "magra åren", blev besparingar och nedskärningar regel.

Ljuset i mörkret var landvinningarna inom reumatologin, som utvecklades till en högspecialiserad inflammationsspecialitet med begynnande tillgång till högpotenta läkemedel.

– Vi, som andra enheter, hade den spännande uppgiften att praktiskt omsätta detta paradigmskifte inom reumatologin. Nu gällde det att snabbt inleda behandling med högeffektiva läkemedel – ett helt nytt tänkande i jämförelse med 80-talets "go low, go slow".

Det gällde också att skapa modeller för uppföljning och utvärdering av behandlingseffekter.

– Björn Svensson, då chef i Helsingborg, tog initiativ till att vi som *inte* var universitetskliniker skulle samverka och skapa ett system för en strukturerad uppföljning av våra patienter.

Resultatet av detta samarbete blev BARFOT (Bättre AntiReumatisk FarmakOTerapi) som startade 1992. Från början ingick Helsingborg, Spenshult, Kristianstad och Kalmar.

Ingjald Hafström, Södersjukhuset i Stockholm och Monica Ahlmén i Mölndal anslöt sig efter ett par år.

– De innebar ett välkommet kompetens-tillskott! Det medförde också en stor ökning av patientpopulationerna vi följde.

– Det *fanns* inga strukturerade uppföljningssystem före BARFOT. Sådana tillkom först några år senare när nationella register skapades, påpekar Idó.

Facklig sekreterare i SRF

– I Kristianstad var vi stolta över att vara en av de få icke-universitetskliniker som fick förfrågningar om att delta i kliniska studier när effekterna av de nya biologiska läkemedlen skulle utvärderas. Vi byggde tidigt upp en infrastruktur för detta – vilket innebar att när läkemedlen sedan kom på marknaden, så var vi vana vid den nya kliniska infrastrukturen dessa förde med sig, fortsätter Idó.

Han förklarar att det handlade om ny typ av patientinformation samt att lära patienten att injicera sig själv.

– Jag tror det var redan 1998 som vi fick vara med i en läkemedelsstudie där behandling med etanercept skulle utvärderas. Skillnaden märktes direkt trots att det var en dubbelblind studie – vissa patienter fick lätt näställa redan efter enstaka injektioner och blev samtidigt avsevärt förbättrade.

Diagnostiken har utvecklats mycket genom åren, men Idó framhåller att fortfarande är klinikerns handlag och fingertopp-skänsla – trots all ny teknik – ganska viktig.

År 1985 blev Björn Svensson ordförande i SRF, och han ville ha med sig Idó som facklig sekreterare – en position som Idó sedan



hade under flera år, vilket var fantastiskt nyttigt och lärorikt.

– Jag fick inblick i hur äldre och erfarna kollegor agerade i vitt skilda sammanhang, själv hade jag ingen ledarskapsutbildning och jag lärde mig därför massor.

Ido har nu tjänat SRF under 30 år med olika typer av uppdrag.

– Jag tycker exempelvis att det är mycket roligt att få ingå i redaktionen för *Reumabulletinen*. Att få skriva serien *Historia med Ido* är en härlig senioruppgift!

Vi kan tillägga att serien även uppskattas mycket även av norska kollegor, då den publiceras parallellt i *Norsk Rheumabulletin*.

Frimärken i Nationalencyklopedin

Detta leder oss osökt in på det stora intresse för historia som Ido är känd för. Var kommer det ifrån?

– Historia var favoritämnet, särskilt mytologi, redan under skoltiden. Som ung grabb samlade jag på frimärken. Som medicinstudent blev jag motivfilatelist. Det var vissa teman som jag samlade på.

Han förklarar att han en dag ställde sig frågan om Bechterew fanns på frimärke.

– Jag började leta, och det visade sig att han fanns på ett ryskt frimärke. Då ville jag ta reda på mer om honom. På så sätt skaffade jag mig mycket annan kunskap.

Ido skrev sin första artikel under slutet av 70-talet. Det var för en tidning som hette *Recip Reflex*.

– Den tidningen gillade jag. Halva bestod av läkemedelsinformation från *Recip*, och andra hälften var ren kulturhistoria.

En artikel som Ido skrev för tidningen handlade om totemism (!).

– Läkartidningen hörde av sig och ville ha en artikel om reumatologins farmakogihistoria. Jag skrev artikeln – den bestod av ganska korta fakta illustrerade med frimärken. De tog in den i julnumret 1980!

Ido blev tillfrågad om han ville vara en av ämnesexperterna i reumatologi för *Nationalencyklopedin*, och han accepterade.

– Under bokstaven B skrev jag om Bechterew, och illustrerade texten med ett frimärke, något som då uppfattades som okonventionellt. Det vållade stor debatt för och emot på redaktionen. Men de som var för vann...

En ny eller gammal sjukdom?

Redan som ung i Lund ifrågasatte Ido påståendet att ledgångsreumatism skulle vara en ”ny” sjukdom. Därför ville han undersöka gamla ben.

– Jag fick kontakt med en osteolog, Ove Persson, som sökte efter en medicinare att samarbeta med för diskussion om de sjukliga ledförändringar han noterat hos vissa skelettfynd från äldre tid.

De båda träffades, och det var ett lyckat



Det av Idos favoritfrimärken, som han använt i många sammanhang. Frimärket gavs ut 1977 med anledning av att detta år av WHO utsetts till att vara Världsreumatikerår. Symbolismen är talande: Reumatiska sjukdomar finns över hela världen och reumatologers uppgift är att släcka ledinflammationen.

möte. Ove ville ha tillgång till en intresserad medicinare och Ido ville få möjlighet att studera ledförändringar hos skelettfynd från olika tidsperioder.

– Ove hade vid utgrävningar på Gotland funnit skelett med uttalade ledförändringar i små och stora leder. Dessa gravfynd var daterade till den yngre stenåldern.

Tidskriften *JAMA* hade publicerat en artikel där man diskuterade huruvida ledgångsreumatism var en gammal eller ny sjukdom. De resonemangen byggde mest på studier av konstverk från renässansen.

Men man påstod också att just *avsaknad*en av rapporter om ledförändringar hos skelettfynd från äldre tidsperioder indirekt pekade på att sjukdomen uppstod på 1800-talet.

– Vi skrev en artikel om våra två skelett och skickade in den till *JAMA*. Den blev dock refuserad. Då skickade vi in den till *Scandinavian Journal of Rheumatology* istället, och de publicerade.

Ido berättar att artikeln blev starkt kritiserad, bl.a. av en forskargrupp i England som var övertygade om att RA var en ny sjukdom.

– En amerikansk forskare var också synnerligen kritisk till oss. Dock publicerade han kort efteråt i *Science* en artikel om fynd av RA-liknande ledförändringar på ben från indianer som levte 4 000 år f.Kr. Han hävdade att sjukdomen spridit sig från Amerika till Europa, och ville därför naturligtvis inte

acceptera fynd om att RA kanske fanns i Skandinavien redan under stenåldern.

HLA B27 från medeltiden

En professor i antropologi, Pia Bennike i Köpenhamn, startade under början av 90-talet forskarkurser i paleopatologi. Ido anmälde sig.

– De hade en fantastisk skelettsamling i ett annex till det medicinhistoriska museet i Köpenhamn. Dessa samlingar gav kunskap om ett stort antal olika sjukdomstillstånd, som avspeglades genom förändringar i dessa skelett.

Efteråt blev Ido av Pia erbjuden att föreläsa i ämnet ledsjukdomar under kursen som skulle hållas året efter. Det handlade om en kursdag, och Ido medverkade sedan under alla år som Pia höll denna kurs.

– Det innebar att jag fick ett fantastiskt nätverk – och kännedom om en massa skelettfynd med olika sjukliga förändringar. Jag fick också kontakt med forskare på evolutionsbiologen i Uppsala. Dessa kontakter gjorde att vi 2008 kunde visa att ett skelettfynd från tidig medeltid med klassiska Bechterew-förändringar tillhört en person som var HLA B27-bärare!

Ido tycker att det egentligen inte var så märkvärdigt, utan egentligen ett förväntat fynd.

– Den stora grejen var att vi kunde visa att i ett så gammalt skelett finns det DNA-rester som går att analysera!

Han tillägger att det skulle vara roligt om man kunde undersöka stenåldersskeletten han började med på samma sätt.

– Det har dock inte skett ännu, men planer existerar...

Därför är det alltså inte omöjligt att vi på nytt kommer att få höra talas om Ido och de gotländska skeletten från stenåldern.

Trappat ned sakta under lång tid

Två dagar varannan vecka på kliniken innebär att Ido nu har mer tid för sina andra intressen. Ett av dessa är opera.

– Jag går regelbundet på utsändningar från de stora operorna i världen, som man med hjälp av modern teknik numera kan uppleva live på biografen i Osby. Dit tar det bara 45 min att köra. Innan denna möjligt fanns gick jag och hustrun mycket på operan i Köpenhamn.

Kroppen och hjärnan håller Ido i trim med att spela tennis och bridge.

Vi avslutar med att fråga om hur det känns att vara på väg att avsluta en så lång och gedigen karriär. Är det vemodigt?

– Nej, det känns bra. Jag tror att det beror på att jag har trappat ner sakta under lång tid. Det är en process som jag ju inledde redan när jag fyllde 60 år, avslutar Ido.

PER LUNDBLAD

annons

HISTORIK PMR/GCA

Endast två år skiljer mellan den första beskrivningen i litteraturen av polymyalgia rheumatica (PMR) och av temporalisarterit (TA). Den skotske läkaren W Bruce beskrev kliniken vid PMR 1888 (1) och den brittiske kirurgen J Hutchinson gav en tydlig klinisk bild av TA 1890 (2). Att det skulle finnas ett samband mellan dessa två tillstånd diskuteras dock först på 1960-talet.

Nedan följer separata beskrivningar av historiken bakom dessa två sjukdomstillstånd samt historiken bakom sambanden dem emellan.

Temporalisarterit

Runt år 1000 AD publicerade en läkare från Mesopotamien, Ali' Ibn Isa, relationen mellan inflammerad temporalartär, huvudvärk och synsymptom på följande vis; *"not only migraine and headache in those patients are subject to chronic eye disease but also acute, sharp, catarrhal affections including those showing heat and inflammation of the temporal muscles. These diseased conditions may terminate in loss of sight"*. Han föreslog ett avlägsnande av kärlet som behandling (3).

Beskrivning av TA kan vara mycket äldre än så; I en publikation från 1990 diskuterar Appelbloom och kollegor bestickande fynd från det forna Egypten, vilka associeras till TA (4) (bild 1).

Konsthistorien bjuder på ytterligare exempel, vilka har ansetts vara typiska fall av temporalisarterit. Porträttet, Lorenzo Giambetti (bild 2), av den italienske renässanskonstnären Piero di Cosimo, (1502), visar en åldrig man med uppdrivna och slingriga temporalartärer (4). Den flamländske målaren Jan van Eycks verk från samma tid (1436), visar en domkyrkoprost med flera drag av temporalisarterit vg se bild 3.

Den första kompletta kliniska beskrivningen av TA gjordes 1890 av den brittiske kirurgen Jonathan Hutchinson. En 80-årig gentleman insjuknade med påfallande svullna och ömma tinningartärer, vilket gjorde att han inte kunde bära sin hatt (bild 4). Hutchinson beskrev tillståndet som *"a peculiar form of thrombotic arteritis in the elderly"*. Han föreslog som behandling att kärlet skulle avlägsnas och han ville kalla sjukdomen arteritis of the aged (2).

Intresse för TA fanns tidigt på Mayokliniken, Minnesota, USA. 1932 publicerade BT Horton (5) för första gången den histologiska bilden av en temporalartärbiopsi med granulomatös inflammation och infiltration av "rundceller". Horton beskrev också om-



Fornegyptisk inskription från 1350 före Kristus. Harpisten är blind, hopsjunken och åldrad med slingriga temporalartärer, vilket talar för temporalisarterit.

sorgsfullt den kliniska bilden med insjuknande hos äldre, huvudvärk, skalpömhett, tuggclaudicatio och allmänsymptom.

Sjukdomen kallades Horton's disease; i



Den italienske renässanskonstnären Piero di Cosimo, har avbildat en åldrig man, med uppdrivna och slingriga temporalartärer, vilket kan tala för temporalisarterit (1502).

litteraturen kan man fortfarande träffa på denna beteckning, framför allt i franskspråkig litteratur. På 1940-talet publicerade JR Gilmore (6) resultaten av noggranna histologiska studier av obduktionsfall, som visade infiltration av lymfocyter, plasmaceller och flerkärniga jätteceller och påpekade att jätteceller var ett signum för sjukdomen.

Han underströk likheten mellan Hortons tidigare beskrivna histologiska fynd i temporalartärer, men visade också att andra kärlbäddar kunde drabbas såsom aorta och dess stora avgångar. Gilmore myntade begreppet giant cell chronic arteritis.

Under 1950-talet användes termen giant cell arteritis (GCA) huvudsakligen av patologer, men från slutet av 1960-talet menade allt fler kliniker att denna term skulle användas istället för temporalisarterit, beroende på sjukdomens utbredda engagemang i ett flertal artärsystem.

På en Chapel Hill Consensus Conference (CHCC) år 2012 (7) bestämdes att termen temporalisarterit skulle ersättas med begreppet giant cell arteritis (GCA, jättecellarterit), då denna storkärlsvaskulit förutom temporalartärer även kan drabba andra artärer, inte minst aorta och dess stora avgångar.

De motiverade ytterligare sitt beslut med att "inte alla patienter med jättecellarterit får engagemang av temporalartärer och i sällsynta fall kan arterit påvisas i temporalartärer vid andra vaskulitsjukdomar som till exempel granulomatös polyangiit (Wegeners sjukdom).

Polymyalgia Rheumatica

Den skotske läkaren W Bruce beskrev 1888, alltså två år före Hutchinson's beskrivning av "arteritis of the aged", ett sjukdomstillstånd hos fyra äldre individer, vilket medförde generell muskelsmärta och en icke-ankyloserande stelhet i gördelstrukturer. Han kallade detta tillstånd "senile rheumatic gout". *"Although remarkable in its severity it generally resolved within one or two years"* (1). Först efter andra världskriget publicerades ytterligare rapporter om sjukdomen (8).

Under 1950-talet betraktades sjukdomen som en variant av reumatoid artrit, men utan synoviter. Detta ifrågasattes 1957 av Barber (9). Han menade att det rörde sig om ett separat tillstånd, *"a myalgic syndrome with constitutional effects"* vilket hörde hemma bland de reumatiska sjukdomarna.

Det var också han som föreslog termen polymyalgia rheumatica (PMR). Gordon (10), som delade Barbers åsikt, underströk

tillståndets systemiska karaktär och rekommenderade behandling med kortikosteroider.

Sambandet mellan polymyalgia rheumatica och temporaliserit

Under 1950-talet kom fallrapporter där ett samband mellan polymyalgia rheumatica och temporaliserit påtalades. Paulley och Hughes (11) presenterade 1960 en serie om 67 patienter, där de underströk att GCA kan uppträda i olika kliniska former, av vilka "anartritisk reumatism" är särskilt vanlig och "seems to be none other than temporal arteritis in one of its guises".

Skandinaviska läkare var tidigt intresserade av relationen mellan TA och PMR. Från Sverige finns publikationer med titeln arteritis temporalis redan på 40-talet (12, 13). Alestig K och Barr J (14) publicerade 1963 en uppmärksam artikel i Lancet; "Giant cell arteritis. A biopsy study of polymyalgia rheumatica, including one case of Takayasu's disease", där de kunde påvisa histologiska arteritförändringar hos sju av nio patienter med PMR.

Samma år kom B Olhagens artikel "Polymyalgia rheumatica, a form of senile arteritis?" (15).

Under 1960 och 70-talen presenterades ytterligare bevis från Sverige, som talade för att PMR kan vara en klinisk manifestation av en underliggande arterit. B Hamrin rapporterade data om 93 patienter med PMR, som följts under en 7-årsperiod. Histologiska arteritfynd påvisades hos 55 % av populationen.

Han kunde dessutom visa att ett stort antal av patienterna drabbas av storkärlsengagemang, vilket enligt honom gav ytterligare stöd för förekomsten av en bakomliggande generell arteritsjukdom. Hamrin publicerade ett flertal artiklar varav två i Lancet redan 1964 och 1965 (16, 17). Här föreslog han att sjukdomen skulle kallas polymyalgia arteritica.

Ett annat pionjärarbete från denna tid måste också nämnas. Patologen Görel Östberg, från Malmö, utförde en prospektiv studie, omfattande 889 obduktioner under en sexmånadersperiod. Arteritlesioner påträffades antingen i temporalartärer eller i aorta hos 1,7 % av materialet. En retrospektiv analys av mer än 20.000 obduktionsfall visade arteritförändringar i aorta hos 53 av fallen - en incidens på 0,3 %. Östberg konkluderade att GCA måste vara en vanlig åkomma som kanske missas i diagnostiken eller också har patienten så subtila symptom under livet att sjukdomen förblir ouppmärksam (18, 19).

I modern tid väntar vi fortfarande på att Görel Östbergs resultat skall bekräftas i liknande studier. Tyvärr har dagens obduktionsfrekvens minskat drastiskt, vilket omöjliggör undersökningar av detta slag.

Låt oss hoppas att framtiden bjuder på nya noninvasiva tekniker med hög upplösning, som möjliggör studium av kroppens kärlträd redan under patientens levnad.

De flesta kliniker i Skandinavien anser att



Målningen visar en domkyrkoprost med svullna temporalartärer och blint högeröga. Framför vänster öra ses ett ärr med förlust av hårvävnad. Många anser att målningen visar ett tydligt exempel på temporaliserit. Konstverket skapades av den flamländske målaren Jan Van Eyck 1436 och finns att beskåda på Groeninge Museum i Brugge, Belgien.



Illustration ur Hutchinsons originalarbete "Diseases of the arteries" från 1890.

PMR utgör en undergrupp av en generaliserad arteritsjukdom och betraktar tillståndet som en undertryckt form av GCA, något som dock fortfarande debatteras. Om PMR skall inkluderas i begreppet GCA har man sålunda ännu inte officiellt tagit ställning till.

ELISABETH NORDBORG
doc, överläkare, Reumatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Referenser

1. Bruce W: Senile rheumatic gout. *Br Med J* 1888; 2:811-3.
2. Hutchinson J: Diseases of the arteries. On a peculiar form of thrombotic arteritis of the aged which is sometimes productive of gangrene. *Arch Surg* 1890; 1:323-9.
3. Ali Ibn Isa: Erinnerungsbuch für Augenärzte aus arabischen Handschriften, übersetzt und erläutert von J Hirschberg und J Lippert, Leipzig Verlag von Veit & Comp 1904.
4. Appelbloom T, van Heigem A: How ancient is temporal arteritis? *J Rheumatol* 1990; 17:929-31.
5. Horton BT, Magath TB, Brown GE: An undescribed form of arteritis of the temporal vessels. *Mayo Clin Proc* 1932; 7:700-1.
6. Gilmore JR: Giant cell arteritis. *J Pathol Bacteriol* 1941; 53:263-77.
7. Jennette J C et al: 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum*; 2013; 1; 65: 1-11.
8. Meulengracht E: Periarthrosis humeroscapularis with prolonged fever. *Nord Med Ark*, 1945; 27:1560-73.
9. Barber HS: Myalgic syndrome with constitutional effects; Polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis* 1957; 16:230-7.
10. Gordon I: Polymyalgia rheumatica. *Q J Med* 1960; 29:473.
11. Paulley JW, Hughes JP: Giant cell arteritis, or arteritis of the aged. *Br Med J* 1960; 2: 1562-65.
12. Oldberg S: Arteritis temporalis. *Nord Med* 1942; 16:3213.
13. Sjövall B, Winblad S: Arteritis of the temporal vessels. *Acta Path Microbiol Scand suppl* 1944; 54:385.
14. Alestig K, Barr J: Giant cell arteritis. A biopsy study of polymyalgia rheumatic, including one case of Takayasu's disease. *Lancet* 1963; 1:1228.
15. Olhagen B: Polymyalgia rheumatic, a form of senile arteritis? *Acta Rheum Scand* 1963; 9:157.
16. Hamrin B, Jonsson N, Landberg T: Arteritis in "polymyalgia rheumatica". *Lancet* 1964; 1:397.
17. Hamrin B, Jonsson N, Landberg T: Involvement of large vessels in polymyalgia arteritica. *Lancet* 1965; 1: 1193.
18. Östberg G: Morphological changes in the large arteries in polymyalgia arteritica. *Acta Med Scand, suppl* 1972; 533:135.
19. Östberg G: On arteritis with special reference to polymyalgia arteritica. *Acta Path Microbiol Scand sect A suppl* 1973; 237.

Månadens reumatologienhet Helsingborg

Historik

Reumatologisk verksamhet i Helsingborg startades 1976 av Eva Nitelius och Ido Leden, som samtidigt var pionjärer för införande av länssjukhusreumatologi i södra regionen. Eva fick snart hjälp av Björn Svensson, som snabbt byggde upp en välfungerande enhet i medicinklinikens regi, medan Ido Leden byggde upp verksamheten i Kristanstad. Under 2000-talet har läkarbemanningen varit mindre stabil men dock välfungerande tack vare enhetschef Bala Valentinas entusiasm kring specialutbildning av sjuksköterskor, både lokalt och nationellt.

Läkarutbildning

Sedan 2012 har Helsingborg självständig klinisk utbildning av läkarstuderande, vilket snabbt har blivit populärt bland läkarkandidater i södra regionen, som trots pendling från Malmö respektive Lund, föredrar den patientnära undervisningen av kliniskt aktiva och erfarna lärare. Lund och Malmö har vardera 40% och Helsingborg 20% av studenterna från termin 6 där reumatologi ligger på termin 7. Undervisning och examination i reumatologi tar ca en ½ tjänst i anspråk och är troligen en viktig länk i den framtida rekryteringen till specialiteten. Fröet sås på en tidig tidpunkt.

Forskning

Sedan Björn Svensson initierade systematisk reumatologisk forskning på länssjukhusnivå på -80-talet med BARFOT, har ett antal reumatologer, som tjänstgjort i Helsingborg disputerat inom ämnesområdet.

Senast har Kristina Forslund erhållit docentur 2013, och Korosh Hekmat disputerar i januari 2015 kring ortopedisk kirurgi



Helsingborg Lasarett. Beslut finns om massiv ombyggnad och renovering närmsta åren.

och biologiska läkemedel med handledning från främst Carl Turesson i Malmö. ST-läkaren Muna Saleh är doktorand på projekt om jättecellarterit med Aladdin Mohammad, som tjänstgjort en längre period i Helsingborg, som handledare. På sjuksköterskesidan har Bala Valentina i maj 2014 haft framgång vid sin halvtidskontroll på avhandlingsarbete kring patientcenterad vård med främst kvalitativ metodik.

Läkarbemanning

I skrivande stund är vi 4 specialister, varav en går i pension i sommar, och en arbetar 50 % som specialist i allmän medicin. Dessutom 2 ST-läkare, en som blir klar som specialist vid årsskiftet (Janina Fries) och en som påbörjar ST i september. Vakant tjänst finns, men vi har god hjälp av pensionerade och passionerade kollegor som timanställda vikarier. Dessa inkluderar Tina Book och Eva Nitelius samt som ortopedkonsult professor Urban Rydholm.

Av samma anledning har kollegorna i

Malmö tilldelat oss smeknamnet "Jurassic Park".

Verksamheten

Nordvästra Skånes upptagningsområde är på ca 230 000 och har 3 sjukhus, Helsingborg, Ängelholm och Landskrona. Reumatologisektionen är en del av specialiserad medicin vid medicinska kliniken och reumatologisk sektion finns i Ängelholm och Helsingborg. Dessutom finns en privat reumatolog med 900 patienter och flertalet på DMARD som precis har gått i pension samt en privat mottagning under Capio i Helsingborg med mestadels reumatologer från Spenshults sjukhus, vars framtid är osäker.

Vår kliniska verksamhet innefattar konsultverksamhet samt remissbesök och kontrollbesök. Under 2013 hade vi 3030 planerade återbesök, 674 nybesök på remiss jämte ett antal konsulter, samt 1000 sjuksköterskebesök. (Sjuksköterskorna gör största delen av rapporteringen till SRQ). 1300 patienter står på DMARD och av dessa har 325 "biologiska" preparat.

I teamet ingår f.n. 1 arbetsterapeut, 1 ½ sjukgymnast, ½ kurator och 5 sjuksköterskor. Som nämnts pågår aktiv forskning vad gäller värdet av självständiga sjuksköterskemottagningar. Sjuksköterskearbetet roterar mellan infusionsenhet (574 infusioner per år), telefonrådgivning och mottagning.

Framtiden

Sedan 2009 har sjukvården i region Skåne som bekant genomgått massiva omorganiseringar, där sammanslagningen av universitetssjukhusen i Malmö och Lund är en del. Det gäller fritt vårdsökande inom region Skåne och vad framtiden bjuder på beror nog på utfallet av höstens regionval.

Tendenser till att lägga verksamheter på entreprenad är långt gångna och är redan beslutat för ögon och hud, samtidigt som stora delar av öppenvårdsmottagningarna inom specialiserad medicin inom kort flyttas utanför sjukhuset i samband med den beslutade storrenoveringen av sjukhuset i Helsingborg.

Säkert är att ett större antal kliniskt aktiva reumatologer går i pension inom några få år.



Reumatologer i Helsingborg: från vänster Bjarne U Hansen, Korosh Hekmat, Dzehva Sejdic, Christina Ståhl-Hallengren och Eva Nitelius (saknas: ST-läkarna Muna Saleh och Janina Fries)

BJARNE U HANSEN
Sektionsöverläkare Helsingborg

Större tillit till professionen

Har de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar lett till en mer jämlik och kunskapsbaserad vård för personer med reumatiska sjukdomar? Frågan diskuterades vid ett välbesökt seminarium i Almedalen.

Det var fjärde året i rad som Svensk Reumatologisk Förening arrangerade ett seminarium i Almedalen tillsammans med Reumatikerförbundet.

Årets tema var: "Nationella riktlinjer- Positiv effekt för patienten?"

Moderator för seminariet var Eva Nilsson Bågenholm, Nationell äldresamordnare vid socialdepartementet.

En inledande översikt av ämnet hölls av Ralph Nisell, överläkare vid Reumatologiska kliniken på Karolinska universitetssjukhuset, samt ordförande för Svensk Reumatologisk Förening, SRF.

– Det har gått två år sedan Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar antogs. Den stora utmaningen är dock att se till att samtliga våra patienter ska få en god och effektiv läkemedelsbehandling, oavsett var de bor i landet.

Ojämlig vård

Det råder dock fortfarande stora regionala skillnader när det gäller tillgång till specialister i reumatologi. För att uppnå en mer jämlik vård är tillgång till specialister i reumatologi en förutsättning. Behovet är uppskattat till fem specialitäläkare per 100 000 invånare. Men, en kartläggning från i mars i år visar att glappet mellan behov och tillgång är stort. I Stockholms läns landsting finns 3,1 reumatologer per 100 000 invånare. Motsvarande siffra för Västra Götalandsregionen och Region Skåne är 2,9 respektive 3,2.

– Tack vare Svensk reumatologis kvalitetsregister, har vi en unik möjlighet att kunna följa och utvärdera diagnostik och behandling. Och vi ser hur ojämnt det är över landet, säger Ralph Nisell.

I över femton har biologiska läkemedel funnits på marknaden. Men, det är också känt att det råder en stor variation när det gäller tillgång till behandling. Är du patient med reumatoid artrit ska du helst bo på Gotland eller i Region Skåne. Där får mer än dubbelt så många patienter tillgång till biologiska läkemedel jämfört med patienter som bor i Jönköpings- eller Västerbottens län.

Nya innovativa läkemedel på gång

Mycket arbete har lagts ned från professionens sida för att skapa en bättre vård för pa-

tienter med reumatiska sjukdomar. Sedan 1996 har Svensk reumatologis kvalitetsregister varit ett stöd i utvecklingen mot en mer kunskapsbaserad och jämlik vård. SRF har även arrangerat årliga register- och riktlinjedagar samt nationella reumadagar då ny kunskap presenterats och diskuterats. Även i Europa pågår ett omfattande arbete med implementering av EU-riktlinjer genom initiativet "Horisont 2020", EU:s nya ramprogram för forskning och innovation.

– Vi har en ny typ av läkemedel, biosimilarer, på inmarsch. Frågan är nu hur vi ska se till att de patienter som verkligen är i behov av dessa läkemedel verkligen får tillgång till behandling. Arbetar vi på rätt sätt och hur lång tid får implementeringen ta, undrade Ralf Nisell.

Nationella riktlinjer har varit och är betydelsefulla för kvalitetsutvecklingen i svensk hälso- och sjukvård, menade Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen.

Det finns idag 12 stycken (inom två år kommer sannolikt Socialstyrelsen att vara klar med ytterligare två riktlinjer för MS och Parkinsons sjukdom). Fortfarande saknas

dock riktlinjer för en rad sjukdomsområden, inte minst vad gäller de kroniska sjukdomarna.

Lars-Erik Holm underströk att de riktlinjer som finns är riktade till landstingsledning och används som underlag för ledning, styrning och prioriteringar. Här skiljer sig Sverige från många andra länder som har nationella behandlingsrekommendationer utformade som checklistor och anpassade till vården.

– Nationella riktlinjer är främst ett viktigt stöd för beslutsfattare att planera vården.

När det gäller medelväntetiden för patienter till biologisk läkemedelsbehandling har det långsamt blivit bättre, år 2007 var den 10 år och 2012 var den 9 år. En högre andel med reumatoid artrit får också tillgång till biologisk läkemedelsbehandling. År 2006 var andelen 15-16 procent och 2012 var andelen 27 procent. Det pågår också ett arbete i många landsting för att utveckla lokala handlingsplaner för rörelseorganens sjukdomar.

– Det går åt rätt håll, men jag är inte nöjd.

Det finns nu ett regeringsuppdrag som ►



handlar om att utveckla behandlingsrekommendationer och beslutsstöd som är anpassade till landstingen och primärvården och som är integrerade i journalsystemen, menade Lars-Erik Holm.

Från ord till handling

Det är inte acceptabelt med de skillnader som är i dag, menade Anders Andersson (KD), ledamot i socialutskottet.

– Jag är inte nöjd, vi har kunskapen och vi kan mer. När det gäller situationen för patienter med reumatoid artrit är jag väl bekant med de diskussioner som förs eftersom fru har sjukdomen.

Jesper Petersson, vetenskaplig sekreterare för Svensk neurologisk förening samt verksamhetschef för neurologi vid Skånes universitetssjukhus.

– Från att vi tidigare inte har haft nationella riktlinjer är vi nu på väg att få det inom MS och Parkinson, vilket vi ser fram emot. Det kommer att tydliggöra de problem vi brottas med, bland annat den stora bristen på neurologer. Kanske kan riktlinjerna hjälpa oss att gå från ord till handling, sade Jesper Petersson.

Nationella vårdprogram

Det går alldeles för långsamt, menade Boel

Mörck, verksamhetschef för reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

– De nationella riktlinjerna för reumatologiska sjukdomar var klara 2010, men varför behövde det ta två år innan de antogs?

Boel Mörck menade att specialitetsföreningarna bör få uppdraget av Socialstyrelsen att ta fram nationella behandlingsriktlinjer och även ta ansvaret för kontinuerlig uppföljning. Socialstyrelsens roll skulle då bli att kvalitetsgranska och godkänna riktlinjerna efter en kort remissrunda. Ansvaret för implementering läggs på Sveriges kommuner och landsting.

Det krävs också kraftfulla satsningar på e-hälsa och IT-stöd som integrerar kvalitetsregister och beslutsstöd med journalsystemet.

Anne Carlsson, ordförande för Reumatikerförbundet, menade att det krävs en helt annan modell om vi ska få en jämlik vård på lika villkor.

– När det gäller inflammatoriska ryggsjukdomar vill jag påstå att vi inte har kommit särskilt långt. Det råder en stor brist i diagnostiken och på radiologer och MR-apparater. Det tar i genomsnitt åtta år för en kvinna med spondylit att få diagnos, det är helt oacceptabelt, menade Anne Carlsson.

Mats Eriksson (M), regionråd i Halland

samt ordförande för hälso- och sjukvårdsdelegationen inom SKL, hänvisade till NSK, Nationell Samverkan för Kunskapsstyrning, inom Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Tillsammans arbetar landstingen för att ta fram nationella vårdprogram; istället för att varje landsting ska ta fram sina egna vårdprogram kan man dela upp arbetet så att olika landsting tar ansvar för olika diagnoser och att vårdprogrammen sedan gäller i alla landsting.

– Vi bygger nu upp en nationell kunskapsstyrning på SKL, men vi behöver mottagare på det lokala planet.

Boel Mörck efterlyste en tydligare involvering av primärvården och en modell där patienter snabbare kan få kontakt med specialistsjukvården.

– Man skulle kunna ha en snabbscreening med självskattningsformulär på vårdcentralen och etablera ett nära samarbete med specialister så att vi mycket tidigare kan hitta patienter med reumatiska sjukdomar.

I Region Skåne har man startat diagnostiskt centrum i syfte att hitta personer med reumatoid artrit tidigt. Jag tror mycket på den modellen.

EVA NORDIN



Inbjudan till Cutting Edge Rheumatology

Välkommen till det sjuttonde Cutting Edge Rheumatology-symposiet i Lund torsdagen den 16 oktober 2014

Målsättningen är som tidigare att bjuda deltagarna på **nyheter** från såväl laboratorium som klinik inom olika områden av intresse för såväl kliniker som grundforskare. Årets symposium blir det sista arrangerat av nuvarande organisatörer, men vi hoppas att symposiet kan återuppträda i någon form i framtiden. Symposiet äger rum i **Universitetssjukhusets aula**. Registrering från 08.15, programmet börjar 09.00. Deltagandet är kostnadsfritt, inklusive måltider under dagen och kvällen, men en avgift om 100 kronor uttages vid alltför sen avbokning av måltiderna. Resa och uppehälle täckes av deltagarna själva. Symposiet riktar sig till kliniker och grundforskare.

Sponsorer är **Abbvie AB och Pfizer AB, Kåre Berglunds och Rune Grubbs föreläsningssonder**. Bindande anmälan senast **den 15 september 2014** på särskild anmälningsblankett.

Hjärtligt välkomna till Lund den 16 oktober 2014!
Tore Saxne och Frank Wollheim

Program

Mattias Belting, Lund, SWE	Exosome signalling mechanisms. Implications not only in oncology.
Thomas Dörner, Berlin, GER	B-cell functions and targeting in rheumatic disease.
Gary Firestein, San Diego, USA	Epigenetics of Rheumatoid Arthritis.
Annette van der Helm van Mil, Leiden, NEL	Predictors of disease progression in pre-RA and RA.
David Jayne, Cambridge, UK	Pathogenic mechanisms and their relation to therapy of vasculitis
Mats Paulsson, Köln, GER	The matrilins. Modulators of extracellular matrix assembly.
Jacob van Laar, Utrecht, NEL	Diffuse systemic sclerosis. The rationale and results from treatments in development.
Kevin Tracey, Manhasset, USA	The inflammatory reflex. From mouse to man.



ANMÄLNINGSBLANKETT Cutting Edge Rheumatology in Lund

Namn:

Adress (arb):

Telefon (arb):

E-post:

Jag deltar i lunchen Ja Nej

Jag deltar i buffén kl. 18.00 i Pelarsalen Ja Nej

Önskemål om specialkost:

Deltagande i symposiet är kostnadsfritt men om avbokning till lunch eller buffé sker efter den 1 oktober uttages en avgift på SEK 100.

Symposiet riktar sig till kliniker och grundforskare. Personal inom utvecklings- och forskningsavdelningar från företag kan delta i mån av plats.

Sänd formuläret senast den 15 september 2014 till: jeanette.nilsson@skane.se eller Jeanette Nilssons faxnummer 046-13 07 32

THE 2014 FRANK WOLLHEIM SYMPOSIUM
Torsdag 16 oktober 2014, kl. 09:00-17:00
Aulan, Skånes universitetssjukhus, Lund

Circulating & Mucosal Antibodies to Citrullinated Antigens in Rheumatoid Arthritis

Författare: Anna Svärd Linköpings universitet, Institutionen för klinisk och experimentell medicin. Berzeliussalen, Hälsouniversitetet, Campus US, Linköpings universitet, Linköping, 09:00 (Svenska), Medicine doktorsexamen

Fakultetsopponent: Turesson, Carl, Docent Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease characterized by joint inflammation and subsequent destruction of cartilage and bone.

The etiology is largely unknown, although genetic as well as environmental factors are involved. The manifestations and consequences of RA differ between individuals. This makes it important to find early markers for the disease course, in order to enable the most suitable treatment. IgG antibodies to cyclic citrullinated peptides (CCP) have high specificity for RA, but only around 60% of RA patients test positive for IgG anti-CCP.

The aim of this thesis was to evaluate the usefulness of serum IgA anti-CCP as a diagnostic maker compared to IgG anti-CCP, and to assess IgA versus IgG anti-CCP status in relation to smoking habits and genetic background. Another aim

was to evaluate signs of mucosal immunization by analyzing salivary IgA anti-CCP.

IgA anti-CCP was present in a subgroup of RA patients with high levels of IgG anti-CCP and a slightly more severe disease course. Similar results were found regarding IgA class antibodies to modified citrullinated vimentin (MCV). IgG anti-MCV had slightly higher sensitivity for RA than IgG anti-CCP, thus identifying a group of IgG anti-CCP negative patients with an unfavourable disease course. However, the lower diagnostic specificity of IgG anti-MCV limits its usefulness.

Among 63 patients with established RA, salivary IgA anti-CCP was found in 22% and was associated with a more favourable outcome regarding erosive joint disease at follow-up. IgA anti-CCP

in serum was strongly associated with smoking, and the earlier known interaction between smoking and shared epitope (SE) was here shown to be valid only for subjects positive for IgA anti-CCP in combination with IgG anti-CCP.

In conclusion, IgG anti-CCP is still the most useful serologic marker of RA, but IgA anti-CCP should be further investigated as a prognostic marker. The association between smoking and IgA anti-CCP strongly indicates a pathogenic role for smoking and IgA anti-CCP, supporting the possibility that RA may originate from chronic airway irritation. The less erosive disease in patients positive for salivary IgA anti-CCP indicates a protective role of secretory IgA anti-CCP.

ISBN 978-91-7519-342-7

Avhandlingen är baserad på följande delarbeten.

1. Svärd A, Kastbom A, Reckner-Olsson Å, Skogh T. Presence and utility of IgA-class antibodies to cyclic citrullinated peptides in early rheumatoid arthritis: the Swedish TIRA project. *Arthritis Res Ther* 2008; 10(4):R75
2. Svärd A, Kastbom A, Söderlin MK, Reckner-Olsson Å, Skogh T. Comparison between IgG- and IgA-class antibodies to cyclic citrullinated peptides and modified citrullinated vimentin in early rheumatoid arthritis and very early arthritis. *J Rheumatol* 2010;38:1265-1272
3. Svärd A, Kastbom A, Sommarin Y, Skogh T. Salivary IgA antibodies to cyclic citrullinated peptides (CCP) in rheumatoid arthritis. *Immunobiology* 2013;218:232-237
4. Svärd A, Skogh T, Alfredsson L, Ilar A, Klarreskog L, Bengtsson C, Kastbom A. Associations to smoking and shared epitope differ between IgA and IgG class antibodies to cyclic citrullinated peptides in early rheumatoid arthritis. Submitted



annons

Juvenile Chronic Arthritis

From Childhood to Adolescence and Adulthood

Författare: Lennart Bertilsson Department of Rheumatology and Inflammation Research, Institute of Medicin Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg Akademisk avhandling som för avläggande av medicine doktorsexamen vid Göteborgs Universitet kommer att offentlig försvaras i föreläsningssalen (plan 3), Avdelningen för reumatologi och inflammationsforskning, Gulhedsgatan 10A, Göteborg Tisdagen den 27 maj 2014, kl. 13.00

Fakultetsopponent: Professor Berit Flatø Avd for Revmatologi Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet Oslo, Norge

Juvenile chronic arthritis (JCA) is characterized by arthritis and onset before 16 years of age and of unknown etiology with an annual incidence between 7 and 23/100,000 in the Nordic countries. Several studies report different results concerning long-term outcomes.

There are few population based longitudinal long-term follow-up studies of JCA. We have conducted a longitudinal population based study of one cohort of incidence and one of prevalence cases of JCA. Out of 132 patients in the prevalence cohort, 128 were followed for 5 years with annual reports. At the 5-year follow-up the disease was active in 12%, stable in 28%, inactive in 25% and in remission in 34%. Thirty-four percent had changed subgroup, 8% had developed uveitis and the median Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) score was 0.13 (range 0.0–1.9). The number of involved joints at inclusion predicted active disease. Disease onset age, number of involved joints and joints with arthritis at inclusion were positively correlated with continuous disease and the CHAQ score at the 5-year-follow-up.

After an average of 17 years from disease

onset 86 individuals of the incidence cohort participated in a follow-up. Forty percent were in remission, 44% had changed subgroups, the median HAQ score was 0.0 (0.0–1.5) and Keitel functional test score 100 (54–100). Health related quality of life evaluated by the Short Form-36 was found significantly lower in JCA compared to a reference group.

Thirty-nine percent of the individuals in remission at the 5-year follow-up were no longer in remission. Long-term outcome was predicted by characteristics at the 5-year follow-up rather than at the onset.

Calcaneal bone mineral density (BMD) was measured with dual-energy absorptiometry and laser in 85 individuals of the incidence cohort at the 17-year follow-up.

The BMD Z-scores were significantly lower in both sexes compared to the reference population, also in the individuals in remission. A BMD Z-score < -1SD was associated with the use of hormonal contraceptives in the women and the disease activity at the 17-year follow-up in the men.

To investigate long-term socioeconomic outcomes the prevalence cohort was examined at an average of 22 years af-

ter disease onset when the patients had reached 28–35 years of age. Ninety-five participants, 71% of the original cohort, were followed-up. The participants answered a questionnaire concerning education, income, disability benefits, marital/civil status and children. Among the women 14.9% had full or partial disability pension compared to 3.0% in the general population ($p < 0.001$). The men had borderline lower education compared to the general population ($p = 0.051$). No significant differences in income, marital/civil status and reproduction either for men or women were demonstrated; no predictors during the early disease course and socioeconomic outcomes were identified.

To conclude, in these two longitudinal long-term outcome studies, JCA was shown to be heterogeneous both concerning course of subgroup and disease activity and only 40% were in remission at the 17-year follow-up. The quality of life and the calcaneal BMD were negatively affected. No large impact on socioeconomic outcomes was found on group level.

ISBN 978-91-628-9013-1
and 978-91-628-9059-9

Avhandlingen är baserad på följande delarbeten.

1. Bertilsson L, Andersson-Gäre B, Fasth A, Forsblad-d'Elia H. A 5-year prospective population-based study of juvenile chronic arthritis: onset, disease process, and outcome. *Scand J Rheumatol*. 2012 Oct;41(5):379-82.
2. Bertilsson L, Andersson-Gäre B, Fasth A, Petersson IF, Forsblad-D'elia H. Disease course, outcome, and predictors of outcome in a population-based juvenile chronic arthritis cohort followed for 17 years. *J Rheumatol*. 2013 May;40(5):715-24.
3. Lennart Bertilsson, Boel Andersson Gäre, Anders Fasth, Ingemar F Petersson, Helena Forsblad-d'Elia. Bone Mineral Density and Predictors Thereof in a Population Based Cohort of Individuals with Juvenile Chronic Arthritis 17 Years after Disease Onset. Submitted
4. Lennart Bertilsson, Boel Andersson Gäre, Anders Fasth, Ingemar F Petersson, Hele-

na Forsblad-d'Elia. Socioeconomic consequences of Juvenile Chronic Arthritis in a Population Based Cohort of Individuals 22 Years after Disease Onset. Manuscript



Estrogen and 2-methoxyestradiol

Regulation of arthritis, inflammation and reactive oxygen species

Författare: Alexandra Stubelius Centre for Bone and Arthritis Research, Department of Rheumatology and Inflammation Research, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg. Göteborg, Sweden. Akademisk avhandling som för avläggande av medicine doktorexamen vid Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet kommer att offentligens försvaras i föreläsningssalen våning 3, Guldhedsgatan 10A, Göteborg Fredagen den 16 maj 2014, kl. 9.00

Fakultetsopponent: Professor Helena Erlandsson Harris Institutionen för medicin, Karolinska Institutet, Solna

Rheumatoid arthritis (RA) is characterized by severe synovial inflammation, cartilage destruction, and immune-mediated bone loss. Estrogen ameliorates experimental RA, reducing both inflammation and bone loss. The inflamed tissues are damaged partly by innate immune cells producing reactive oxygen species (ROS).

ROS can also regulate the immune system. This thesis aimed to investigate the regulation of inflammation and joint destruction by 17β -estradiol (E2) and its metabolite 2-methoxyestradiol (2me2).

E2's and 2me2's immunomodulation were investigated both in experimental arthritis and in an unprovoked immune system. Both wild type (WT) mice and Catechol-O-methyltransferase (COMT)-deficient mice were used, as COMT metabolizes E2 into 2me2. Further, E2's regulatory role was investigated in WT mice

or ROS-deficient mice (B10.Q.Ncf1^{*/*}), in a model of osteoporosis and a local (LPS-induced) inflammation model.

2me2 ameliorated arthritis and bone mineral density (BMD), and regulated immune cells differently compared with E2. Treatment with high doses of 2me2 increased uteri weight, implying estrogen-receptor activation; 2me2 activated estrogen-response elements in a tissue-, and dose-dependent manner. Deficiency in the COMT enzyme only moderately affected the immune system, and males were more affected than females.

In ovx-induced bone loss, ROS-deficient mice displayed reduced osteoclastogenesis compared to controls, but similar bone mineral density and immunological profiles. In LPS-induced inflammation, E2 treatment in WT mice shifted neutrophil infiltration to macrophage infiltration, while in ROS-deficient mice E2 treat-

ment induced neutrophil infiltration and reduced the macrophages.

In conclusion, E2's metabolite 2me2 can modulate arthritis and inflammation-triggered osteoporosis. At high doses 2me2 can induce estrogen receptor signaling. E2 together with ROS regulate inflammation and osteoclastogenesis.

Understanding estrogenic cellular and molecular mechanisms are important for developing new arthritis and inflammation treatments.

Our results increase the understanding of estrogens' role in inflammation and motivate further investigations.

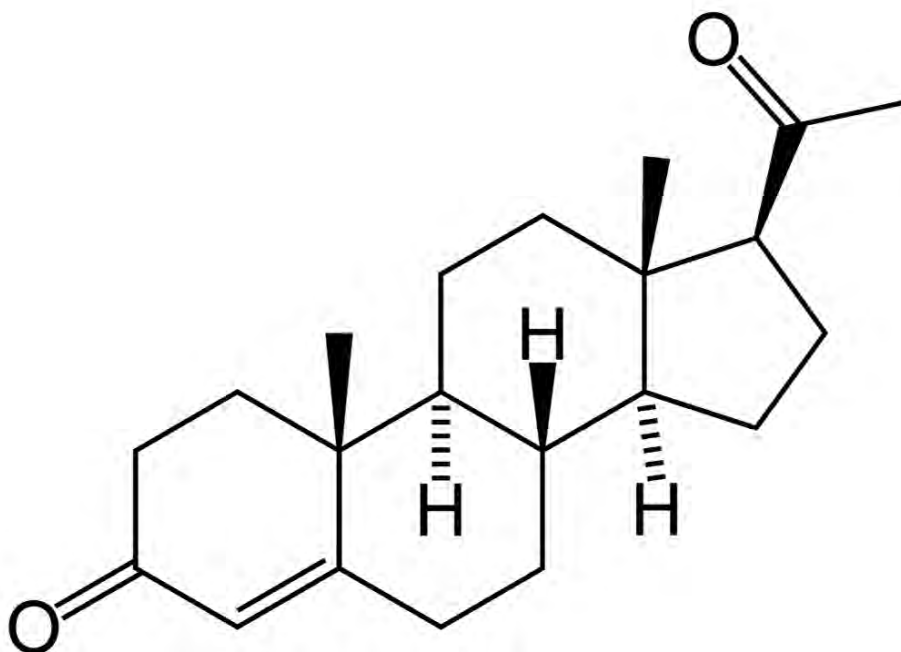
Keywords

Estrogen, arthritis, reactive oxygen species

ISBN 978-91-628-8945-6
<http://hdl.handle.net/2077/35197>

Avhandlingen är baserad på följande delarbeten.

1. Alexandra Stubelius, Emil Andréasson, Anna Karlsson, Claes Ohlsson, Åsa Tivesten, Ulrika Islander, Hans Carlsten Role of 2-methoxyestradiol as inhibitor of arthritis and osteoporosis in a model of postmenopausal rheumatoid Clinical Immunology 2011: 140, 37-46.
2. Alexandra Stubelius, Malin C. Erlandsson, Ulrika Islander, Hans Carlsten. Immunomodulation by the estrogen metabolite 2-methoxyestradiol Clinical Immunology 2014, in press.
3. Alexandra Stubelius, Anna S. Wilhelmson, Joseph A. Gogos, Åsa Tivesten, Ulrika Islander, Hans Carlsten Sexual dimorphisms in the immune system of catechol-O-methyltransferase knockout mice. Immunobiology 2012: 217, 751-760.
4. Alexandra Stubelius, Annica Andersson, Rikard Holmdahl, Claes Ohlsson, Ulrika Islander, Hans Carlsten NADPH oxidase 2 influences osteoclast formation but is not critical for ovariectomy-induced bone loss Manuskript
5. Alexandra Stubelius, Annica Andersson, Rikard Holmdahl, Ulrika Islander, Hans Carlsten Role of estrogen in regulating LPS-induced inflammation in NADPH oxidase 2 deficient mice Manuskript



Biomarkers and mediators

in systemic lupus erythematosus

Författare: Helena Enocsson Rheumatology Department of Clinical and Experimental Medicine Faculty of Health Sciences, Linköping University, Sweden. Akademisk avhandling. Som för avläggande av doktorsexamen kommer att offentligt försvaras i Berzeliussalen, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, Linköping, onsdagen den 30 april 2014, kl. 9.00

Fakultetsopponent: Professor Søren Jacobsen, Department of Rheumatology, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a heterogeneous autoimmune disease which may affect multiple organ systems. Interferon alpha (IFN α) and autoantibodies that form immune complexes with nuclear antigens (ANA) are hallmarks believed to drive the disease into a vicious circle of inflammation, tissue damage, autoantigen exposure and autoantibody production.

In SLE, the disease course is characterized by episodes of exacerbations alternating with remissions. In order to best treat the patient it is important to closely monitor symptoms and signs of disease activity. Because of the disease heterogeneity, no single biomarker has yet been found to reflect SLE disease activity in general, although anti-double stranded DNA (anti-dsDNA) antibodies sometimes indicate activity, primarily with renal involvement, and constitutes an item of the SLE disease activity score SLEDAI-2K.

However, the method of anti-dsDNA measurement is not standardized and therefore varies between different laboratories. In many other inflammatory

conditions, such as rheumatoid arthritis and during bacterial infections, the C-reactive protein (CRP) level is a good indicator of ongoing inflammation, but in SLE and during viral infections, CRP commonly fails to reflect the degree of inflammation. Both viral infections and SLE are characterized by IFN α , and we thus aimed to elucidate whether IFN α can inhibit CRP production. Further, four assays for anti-dsDNA antibody measurements were evaluated with regard to SLE disease specificity and activity, and a new potential biomarker of inflammation, the soluble urokinase plasminogen activator receptor (suPAR), was assessed in relation to disease activity and organ damage.

An *in vitro* inhibitory effect of IFN α on CRP transcription and production was found in hepatocytes, and this was consolidated by *in vivo* studies of CRP and IFN α in sera from well-characterized SLE patients (KLURING; Kliniskt lupusregister i nordöstra Götaland). Here, CRP and disease activity were associated among patients without IFN α and without a CRP lowering gene variant (SNP rs1205). The

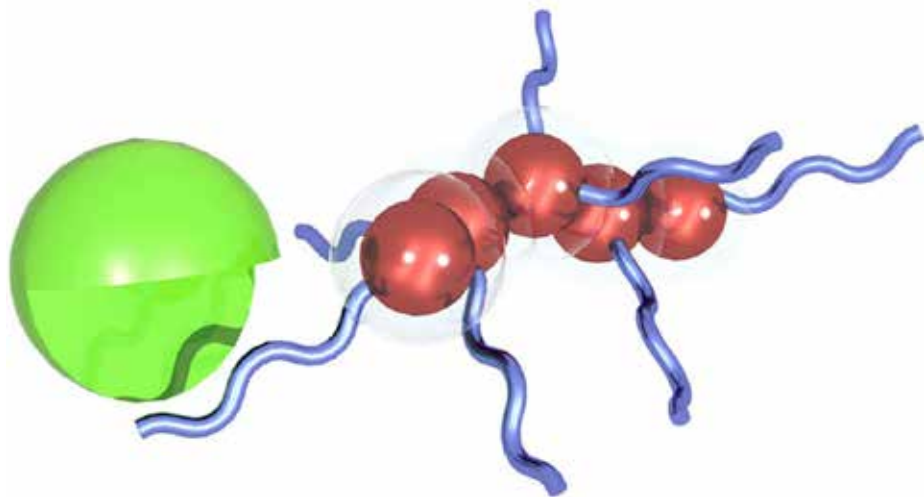
poor disease activity compliance of CRP could therefore be explained, at least in part, by polymorphisms in the CRP gene and increased levels of IFN α . Critical differences between the methods measuring anti-dsDNA were found regarding disease specificity and ability to reflect disease activity and the results suggests the Crithidia luciliae immunofluorescence test (CLIFT) for diagnostic purposes and a bead-based multiplex assay (FIDIS) for monitoring of disease activity. Evaluation of suPAR in SLE revealed no association of suPAR with disease activity, but interestingly instead with accumulated organ damage. suPAR could therefore possibly be used to advert patients at high risk of organ damage.

A detailed biological and clinical characterization of established and emerging SLE biomarkers is of importance since it may improve the clinical management as well as increase the knowledge about disease mechanisms.

ISBN 978-91-7519-393-9
ISSN 0345-0082

Avhandlingen är baserad på följande delarbeten.

1. Enocsson H, Sjöwall C, Skogh T, Eloranta ML, Rönnblom L, Wetterö J. Interferon- α mediates suppression of C-reactive protein: Explanation for muted C-reactive protein response in lupus flares? *Arthritis Rheum* 2009;60:3755-3760
2. Enocsson H, Sjöwall C, Kastbom A, Skogh T, Eloranta ML, Rönnblom L, Wetterö J. Association of serum C-reactive protein levels with lupus disease activity in the absence of measurable interferon- α and a C-reactive protein gene variant. *Arthritis Rheum* 2014; 66:1658-1673
3. Enocsson H, Sjöwall C, Wirestam L, Dahle C, Kastbom A, Rönnelid J, Wetterö J, Skogh T. Four anti-dsDNA antibody assays in relation to systemic lupus erythematosus disease specificity and activity. Manuscript (submitted)
4. Enocsson H, Wetterö J, Skogh T, Sjöwall C. Soluble urokinase plasminogen receptor levels reflect organ damage in systemic lupus erythematosus. *Translational research* 2013;162:287-296



Ur vardagen

Anna har en seropositiv RA sedan 2002. Hon kommer på remiss från privat reumatologmottagning på grund av tilltagande andfåddhet och praktiska svårigheter att följa upp patienten.

Kön: Kvinna

Ålder: 40 år

Socialt: Gift, har två friska barn. Jobbar som präst.

Örtlighet: Ingen känd hereditet

Tobak: Icke rökare

Överkänslighet: Nickelallergi

Tidigare sjukdomar: Rosacea. I övrigt tidigare frisk.

Reumatologisk sjukdom: RF- och AC-PA-pos RA sedan 2002. Fick initialt Methotrexate 7,5 mg/vecka i augusti 2003 i totalt 10 veckor vilket sattes ut på grund av illamående och leverpåverkan.

Fick istället Salazopyrin EN i november 2003 med tillägg av Plaquenil i mars 2004. På grund av fortsatt sjukdomsaktivitet fick patienten starta Enbrel i november 2006 i kombination med Salazopyrin EN och Orudis Retard.

Aktuellt: I oktober 2007 förkylningssymtom och hosta med "pipande andning". Sökte vårdcentralen och fick Ventoline med viss lindring. I samband med återbesök hos reumatolog i mars 2008 uppger patienten fortsatt andfåddhet varför Salazopyrin och Orudis Retard seponeras på misstanke om läkemedelsbiverkan. Får istället 5 mg

Prednisolon/dag. På grund av fortsatt försämring med andningen sätts även Enbrel ut i aug 2008 och Prednisolondosen höjs till 30 mg/dag.

Status: Opåverkad i vila. Sinusrytm, normofrekvent. Vesikulära andningsljud med ronki bilateralt. Synoviter i flertalet MCP-, PIP-, och MTP-leder bilateralt.

Lab och röntgen: SR 42, CRP 44, blodstatus ua, leverprover och krea ua, RF 128 IU/ml, anti-CCP 2060 U/ml, ANA påvisad som kornig kärnfluorescens i titer 1600, anti-dsDNA och ENA negativa. Lungröntgen i april 2008 ua, HRCT i juni 2008 visar enstaka diskreta stråk i lungbaserna bilateralt som går ut mot pleurae med ospecifikt utseende. Ny HRCT i november 2008 visar omväxlande mosaikmönster (se bild).

Frågor

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

Facit till Ur vardagen RB 4/2014

Patienten genomgick bronkoskopi och man hittade *Aspergillus fumigatus* både i odling och vid antigen-test av BAL-vätskan.

Det tolkades i första hand som en lågradig invasiv infektion med *aspergillus*. Differentialdiagnostiskt övervägdes allergisk reaktion mot *aspergillus*.

Patienten fick initialt behandling med Voriconazol som dock ledde till synbiverkningar och njursvikt. Voriconazol seponerades och patienten fick istället Noxafil under några månader.

Han fick även en kortisonkur med initial Prednisolondos 60 mg dagligen.

Han förbättrades både kliniskt och i laboratorieprover. Skrevs hem med remiss till lungmedicinska kliniken.

Ånyo stigande eosinofiler noterades några månader senare på lungmedicinska kliniken. Fortsatt en del hosta.

Utredning pågår...

KARIN GUNNARSSON

Karolinska

Universitetssjukhuset

Huddinge

MILAD RIZK

Reumatologkliniken Västerås



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

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

Tills dess, njut och le!

IOANNIS PARODIS

ReumaKalender

2014

- 13 okt** Inflammatoriska systemsjukdomar
SK-kurs 13-17/10, Stockholm
- 16 okt** Cutting Edge Rheumatology Symposium
16 oktober, Lund
- 23 okt** 9th International Congress on
Spondyloarthropathies
23-25 oktober, Gent, Belgien
- 14 nov** ACR/ARHP Annual Meeting
14-19 november, Boston
- 24 nov** SK-Kurs Reumatologisk immunologi
24-28 november, Göteborg
- 4 dec** Medicinska Riksstämman 2014
4-5 december, Stockholm
- 4 dec** SRFs årsmöte
Torsdag em. 4 dec, Stockholm

2015

- 21 jan** Reumatologins Utvecklingsdagar,
med register- och riktlinjefrågor
21-23 januari, Stockholm
- 4 feb** Kurs i Bild- och Funktionsmedicin
för reumatologer
4-5 februari 2015, Göteborg



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

www.svenskreumatologi.se

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

Finns även som app i din telefon

