

# ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 113 • 5/2016



**SCR i Reykjavik**  
**Almedalen 2016 · Nordisk reumatologi**



## ReumaBulletinen

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

**Ansvarig utgivare** **Cecilia Carlens**  
Reumatologiska Kliniken  
Karolinska Universitets-  
sjukhuset  
171 76 Stockholm  
Tel: 070-737 5390  
cecilia.carlens@karolinska.se

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

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

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

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

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

**Tryck** **Åkessons - GPC Tryck**  
Emmaboda - Växjö

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

### Utgivningsplan 2016

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1 RB	1 februari	4 mars
Nr 2 RB Vetenskap	15 mars	15 april
Nr 3 RB	25 april	27 maj
Nr 4 RB	5 juni	30 juni
Nr 5 RB	22 september	25 oktober
Nr 6 RB Vetenskap	10 oktober	11 november
Nr 7 RB	10 november	13 december



# Innehåll • 5/2016

- 3 Redaktörens rad
  - 4 Brev från ordföranden
  - 5 Brev från vetenskapliga sekreteraren
  - 6 Brev från utbildningsansvariga
  - 8 Presentation av ny ordförande
  - 9 Presentation av nya styrelseledamöter
  - 12 SRFs årsmöte - protokollet
  - 14 Tors ST-krönika
  - 15 ST-dagarna i Göteborg
  - 17 Ioannis krönika
  - 18 Katerinas Cartoon
- 
- 20 Tema: SCR i Reykjavik
- 
- 32 Almedalen 2016
  - 38 Månadens reumaenhet: Länskliniken VLL i Sundsvall
  - 41 Nytt från SRQ
  - 41 Pottholz - Tomas Weitoft
  - 42 Historia med Ido: Reumatologins framväxt i Norden
  - 46 Ur vardagen
  - 48 Reumakalender



**Omslagsbild:** Solfararen är en offentlig skulptur av ett skepp som ser ut att lägga ut från Reykjaviks hamn. Den är placerad i närheten av Harpa, stadens opera och kongressbyggnad. Solfararen är skapad av skulptören Jón Gunnar Árnason (1931-89) och påminner om ett mytiskt skepp på en drömsk resa mot solen. Konstnären avled i leukemi och det har spekulerats i om han har tänkt båten som en själens transport till dödsriket. (Foto Per Lundblad.)



# Redaktörens rad

**Välkommen till den första ReumaBulletinen efter sommaren. I somras avled Lena Öhrsvik, ordförande i Reumatikerförbundet (RF) under tiden 1995-2006, i en ålder av 72 år. Lena var en mycket klok och handlingskraftig ordförande med ett stort kontaktnät efter 18 år i riksdagen. Hon bidrog på många sätt i RF verksamhet men jag tänker fr.a. på hennes arbete under specialitetsstriden 2002-2005.**

Hennes insatser var mycket viktiga för att vår strid att vara basspecialitet lyckades. Samarbetet med SRF var viktigt för henne. Dessutom var hon en mycket trevlig samarbetspartner som man alltid kunde lita på. Under hennes ordförandetid utvecklades RF till ett viktigt påtryckningsorgan för Sveriges reumatiker. Hon gjorde skillnad.

Så till innehållet i denna tidning. Huvudnumret är förstas Scandinavian Congress of Rheumatology (SCR) i Reykjavik 1-3 september, som skildras i ett fylligt referat av Per Lundblad. Vi har en gemensam rapportering med Norsk Rheumabulletin. Kongressen omfattade över 500 deltagare från 34 länder – imponerande! Nästa SCR blir i Helsingfors år 2018. SCR arrangeras vartannat år och de fem nordiska länderna turas om. Frank Wollheim har ju alltid varit en mycket entusiastisk förespråkare av de nordiska kongresserna och jag håller verkligen med honom. Det lite mindre formatet och den kollegiala samvaron på dessa kongresser blir allt viktigare för såväl yngre som äldre reumatologer och forskare inom ämnesområdet reumatologi och inflammation. Vi har en speciell gemenskap i Skandinavien som förtjänar att värnas om.

En anledning till framgångarna för reumatologin är att vi så bra kombinerar basal med klinisk forskning och välkomnar andra kompetenser än läkare inom forskningen. Här skiljer vi oss från många andra – men mindre framgångsrika - specialiteter med likartade förutsättningar som vi.

## Reumaveckan

Reumaveckan i Umeå 13-16 september har ju precis varit men denna kommer att skildras i nr 7/2016. Annars skulle det bli alltför tungt vad gäller kongressreferat.

Under Reumaveckan hade vi SRFs årsmöte med val av ny styrelse. Styrelsen förnyades genom att fyra personer lämnade – ordf Ralph Nisell, vice ordf Boel Mörck, kassör Thomas Mandl och vetenskaplig sekr Christopher Sjöwall. Dessutom flyttas

Gerd-Marie Alenius från facklig sekreterare till vice ordförande. Nya förtroendevalda är ordförande Cecilia Carlens, kassör Elisabet Lindqvist, vetenskaplig sekr Per-Johan Jakobsson och facklig sekr Gunnel Nordmark. Samtliga presenteras i detta nummer. Protokoll från årsmötet redovisas.

Under Reumaveckan i Umeå kunde vår jubileumsbok SRF 70 år delas ut till kongressdeltagarna. Boken beskriver reumatologins organisatoriska utveckling under de senaste 100 åren. De medlemmar som inte var på Reumaveckan kommer att få boken på posten under oktober-16. Till nästa Reumavecka i Västerås 12-15 september 2017 kommer ytterligare en bok – nämligen om den medicinska reumatologiska utvecklingen över tid med en bok betitlad Reumatologins Rötter. Här har samlats många artiklar från Historia med Ido men även en del nyskrivet material. Böckerna ges ut som ett samarbete mellan SRF och Mediahuset – vi värdesätter detta samarbete högt – dvs utan sponsring från läkemedelsbolag.

## ”Reumatologer har en speciell gemenskap i Skandinavien som vi ska värna om ”

ST-krönikan signeras Tor Olofsson – ST-läkare i Lund med disputation i vintras och mycket snart certifierad specialist. Han skildrar drastiskt och träffande vedermödrorna med att på ett dokumenterat sätt uppfylla alla mål och delmål och redovisa detta till Socialstyrelsens behörighetsenhet. ST-dagarna i Göteborg i maj redovisas av Kajsa Stubbendorff – disputerad i Malmö och med ST-tjänst i Skövde – och Anders Lind ST-läkare från Gävle och vår förutvarande ST-krönikör.

Ioannis krönika, Katerinas Cartoon och Pottholtz ingår i var nummer.

SRF är aktivt i Almedalen sedan flera år tillbaka. Nu berättar Eva Nordin – journalist på Mediahuset – om tre seminarier där SRF - ofta ihop med Reumatikerförbundet - deltagit. Deltagandet i Almedalen bidrar också till att vi framstår som större än vår numerär.

Månadens reumaenhet är Sundsvall vilken presenteras av John Svensson under redaktion av Bengt Lindell. Här skildras länsenhetens glädjeämnen och problem.

Sofia Ernestam kommer med nyheter om SRQ. Registret bidrar till att utveckla klinisk forskning och möjliggör forskning ute på länssjukhusen. Svensk reumatologi har

unika verktyg för forskning som egentligen inga andra specialiteter uppvisar. Kanske skulle man inom SRQ utarbeta en plan för att med handledning från universitetssjukhusen och med hjälp av disputerade reumatologer ute på länssjukhusen få till stånd en ännu mer omfattande forskning på länssjukhusen där ju antalet specialister och fr.a. ST-läkare har varit i stadigt ökande de senaste 6-7 åren. Det skulle gynna forskningen men också ytterligare förbättra rekryteringen till ST-tjänster på länssjukhusen. Min framtidsvision är att vi skall vara kända som den forskande specialiteten på alla sjukvårdsnivåer.

Historia med Ido har nordiskt tema. Ido presenterade innehållet på SCR i Reykjavik i början av september. Ur vardagen är ett uppskattat inslag – denna gång ett fall med titeln ”Bad Tattoo” beskrivet av Aikaterini Chatzidionysiou från Karolinska. Ioannis redovisar också lösningen på förra numrets kliniska fallbeskrivning. Varmt välkomna till läsning av ReumaBulletinens första höstnummer!



**Tomas Bremell**  
tomas.bremell@vgregion.se

### Antagna vid styrelsemötet 2016-05-17

#### Nya ordinarie medlemmar

Lena Björkman, Göteborg  
Robin Bäcklund, Västerås  
Katerina Chatzidionysiou, Stockholm  
Angeles Galindo, Stockholm  
Cecilia Hemgren, Jönköping  
Mia Lutvica, Västerås  
Tor Olofsson, Lund  
Emma Salander, Falun

#### Nya associerade medlemmar

Tanya Varlamova-Sahli, Sunderby

### Antagna vid styrelsemötet 2016-09-13

#### Nya ordinarie medlemmar

Ylva Borgas, Malmö  
Srood Dilan, Eskilstuna  
Maria Gustavsson, Sunderby  
Mia Markovic, Stavanger  
Paulina Sijtsma, Uddevalla  
Jacob Sode, Lund

# Tack för mig!

**Detta blir min sista ledare i Reumabulletinen, åtminstone i min roll som ordförande i SRF, eller egentligen rättare sagt i min roll som redan avgående ordförande. I samband med den nyligen genomförda och mycket lyckade Reumaveckan i Umeå (13-16 sept) med drygt 350 entusiastiska deltagare, har SRF styrelse på årsmötet valt in fyra nya ledamöter i den sju man starka SRF-styrelsen.**

Förutom att jag själv avgår på ordförandeposten så slutar nu i styrelsen även vice ordf Boel Mörck efter sju imponerande och kreativa år i SRFs tjänst, och dessutom, efter gedigna insatser, vetenskaplige sekreteraren Christopher Sjöwall och kassör Thomas Mandl. Som nya in i styrelsen välkomnas - förutom Cecilia Carlens som ordförande - även Gunnel Nordmark, Per-Johan Jakobsson och Elisabet Lindqvist.

Jag avslutar således nu mitt uppdrag efter fem år som ordförande. Det har för mig varit en spännande tid och även för SRF händelserik och delvis omdanande. Mycket har hänt på denna ändå förhållandevis korta period, och fortfarande är det mycket aktiviteter som pågår inom svensk reumatologi (och i svensk sjukvård) i dessa IT- och digitaliseringstider.

När SRF 2016 nu firar 70 år är det naturligt att blicka bakåt, men att samtidigt göra ett avstamp framåt. Jag skulle särskilt vilja lyfta fram dessa fyra punkter som har varit särskilt betydelsefulla:

1. Samarbetsklimat och samverkan internt inom specialiteten och externt vilket medfört: a) Stärkt organisation och god ekonomi, bra lobbyverksamhet (Reumaveckan, Reumabulletinen + bildandet av RBV, ökat deltagande under Almedalsveckan, mm). b) Bildandet av SRF Service och Registerrådet. Aktiverat Professorskollegium. c) Strategiska satsningar (RULe-ledarskapsprogram, stipendier, resebidrag), dvs vi kan sikta framåt, och vara proaktiva, inte enbart reaktiva. d) Gott samarbete med andra föreningar och partners såsom Reumatikerförbundet, Läkaresällskapet, Läkareförbundet, Socialstyrelsen, SBU, SRQ, Reuma-sjuksköterskorna, Reuma-fysioterapeuterna, SveReFo, Mediahuset, Dagens Medicin, Norsk Reumatologisk Förening, Scandinavian Society of Rheumatology, Eular, ACR, mm.
2. Digitaliseringen fortsätter, även sjuk-

vården ska in i det nya och tekniska, mobila framtids-IT-samhället.

3. Nya läkemedel introduceras årligen (den biologiskarevolutionen fortsätter) vilket medför nytt hopp och kontinuerligt nya terapeutiska möjligheter.
4. Det viktigaste, våra reumatiskt sjuka patienter mår betydligt bättre idag än förr. Utvecklingen under de senaste åren har medfört att vi kan ge förbättrad och effektivare medicinsk vård.

Dessa fyra punkter/områden är särskilt viktiga även framöver och vi kommer att arbeta aktivt med dem inom SRF under lång tid. Inom områdena artros och kronisk smärta (fibromyalgi) har läkemedelsframgångarna inte varit motsvarande men forskning pågår intensivt angående patofysiologin. Framsteg görs även här i förståelsen av och mekanismerna bakom dessa sjukdomar, och därmed avseende möjligheterna till nya framtida medicinska behandlingar. Det är angeläget att vi bevakar detta, inte minst då dessa sjukdomar leder till mycket smärta, funktionsnedsättning och lidande samt berör väldigt många av våra patienter, och även andra människor. Behoven är här mycket stora och vi kan inom den reumatologiska specialiteten verkligen komma att kunna bidra här och göra skillnad i framtiden.

Det är på sin plats att SRFs VISION diskuteras detta jubileumsår. Under de 70 gångna åren har den diskussionen inte lyfts tidigare. Ord som Världsledande, Vetenskap, Vård, Verksamhetsutveckling, Världsklass är viktiga och fina uttryck som har poppat upp i årets diskussioner. Dock har påpekats att inte missa "Undervisning", fastän det börjar på bokstaven "U" (och inte på "V"). Under en grubblande och halvt sömlös natt i Umeå under Reumaveckan nyligen swischade alla orden och begreppen runt i huvudet på mig, och plötsligt får jag en uppenbarelse att alla dessa ord kan ersättas med ett enda, som också - intressant nog - även det börjar på bokstaven "V". Alla orden kokas således ned till ett annat och helt nytt "V"-ord, nämligen "VÅNT-RUMSTOMT". Nya styrelsen har bland sina många uppdrag att formulera en SRF vision. Jag kommer förstås med stort intresse att följa det arbetet.

Jag vill härmed tacka för mig i min roll som SRF "president" under dessa spännande och givande år, jag vill tacka alla aktiva och duktiga SRF-medlemmar och medarbetare, för allt stöd och hjälp jag och vi fått i styrelsen från många olika håll och för allt gott samarbete med er alla, och jag vill för-

stås även rikta ett stort och riktat tack till alla flitiga SRF-styrelse-ledamöter som jag arbetat med senaste året/åren men även tidigare år, samt aktiva och duktiga deltagare i SRFs många olika arbetsgrupper, professorskollegium, reumabullen-redaktion och alla övriga medlemmar (totalt är vi 584 såväl ordinarie som associerade medlemmar) som på olika sätt deltar aktivt inom svensk reumatologi, för god samverkan och bra samarbete inom SRF. De är ni, och vi tillsammans som bildar och formar SRF, idag och in i framtiden. Och det är förstas viktigt, för att inte säga avgörande, med även externt fortsatt god samverkan, dvs med våra olika samarbetspartners utanför SRF, och att vi i SRF deltar i det allmänna samhällslivet i debatter och på många andra olika sätt.

Det känns nu bra för mig att avsluta detta hedervärda uppdrag som det innebär att vara ordförande för Sveriges reumatologer, tiden är mogen, men samtidigt är det lite vemodigt att lämna in. Många undrar vad jag ska göra på "all tid som kommer att bli över". Just nu känns inte det som något problem brukar jag svara. Det finns många projekt och fortsatta utmaningar jag kommer vara sysselsatt med.

Jag vill passa på att hänvisa till min ledare i årets Reumabulletin nr 3 som utgavs i våras och återigen säga som ett upprop till alla medlemmar i SRF och alla andra som läser detta: Våga vara modig, dvs gör det som du bedömer vara rätt trots rädsla, och använd ditt förnuft. Rädda människor som inte vågar, dvs fegisar, kommer inte att driva utvecklingen framåt och rädda reumatologin, hela sjukvården eller världen. De kloka och modiga, dvs de som vågar trots fruktan, blir frälsarna. Jag ska också försöka vara med här, i de modigas gäng, dvs våga fortsätta utmana på det jag tror på, trots att det kan vara lite läskigt och förenat med rädsla.

Jag vill även ta tillfället i akt och önska den nytillträdda ordföranden och tillika "SRF-presidenten" Cecilia Carlens och hela den nya SRF-styrelsen och hela SRF ett stort lycka till inför nuvarande och framtida utmaningar som kommer att kräva både klokskap och förmodligen visst mod, för att reumatologin ska fortsätta utvecklas på allra bästa sätt! Tillsammans kommer vi att klara det.

**Ralph Nisell**

avgående ordförande SRF  
ralph.nisell@karolinska.se

# Brev från vetenskapliga sekreteraren

Som ny vetenskaplig sekreterare i SRF styrelse vill jag först och främst tacka alla medlemmar i SRF för förtroendet. Det är med tillförsikt jag nu kommer att ta mig an uppdraget. När det gäller vetenskap och forskning inom reumatologi har vi i Sverige en fantastisk bredd från molekylär till patientnära forskning, vilket inte minst visar sig på den årliga reumaveckan som i år gick av stapeln i Umeå.

Vad förväntas då av mig i rollen som vetenskaplig sekreterare? Föregående sekreterare Christoffer Sjöwall gav mig en gedigen överlämning och kalendern har fyllts på snabbt. I höst börjar redan planeringen för nästa reumavecka i Västerås. Under midvintern hanterar vi riktlinjer och under våren SRF stipendier. Tillsammans med reumatikerförbundet har SRF även ett uppdrag gentemot politiker och det allmänna, t.ex genom att närvara på Almedalsveckan. Jag vill

även passa på att tacka Christoffer för de år han tagit detta ansvar på ett så förtjänsfullt sätt.

## ”Jag brinner för bättre koordinering av klinisk farmakologisk forskning”

Lite mer konkret så brinner jag för bättre koordinering av klinisk farmakologisk forskning i Sverige och Skandinavien. Initiativ har tagits från vårt professorskollegium att inrätta en koordinator som skulle ge bättre förutsättningar för t.ex prövarinitierade studier. Parallellt har även vetenskapsrådet startat en process för att kunna finansiera sådana verksamheter. Det finns, som jag ser det en stor potential för nya terapier, t.ex för behandling av Lupus, om vi kan underlätta för och samordna kliniska prövningar med för oss redan kända läkemedel men även ”repurposing” av läkemedel ut-

vecklade mot andra sjukdomar. Vi lär oss mer och mer om olika mekanismer, t.ex netosis och om betydelsen av olika cytokiner i immunsystemet där läkemedelsbolag sitter på en skattgömma av substanser som bara väntar på att prövas inom våra sjukdomar. Så samarbetet mellan forskare, patienter, patientföreningen, läkemedelsbolag och landets reumakliniker är något jag vill fokusera kring.



**Per-Johan Jakobsson**  
Vetenskaplig sekreterare  
per-johan.jakobsson@ki.se



# Brev från utbildningsansvariga

**Höstterminen 2017 kommer SK-kurser i Kroniska Artritsjukdomar och Inflammatoriska systemsjukdomar att ges. Vårterminen 2017 ges dock inga reumatologi-specifika SK-kurser.**

Det kan därför vara klokt att i stället planera in någon av övriga kurser under vårterminen, det vill säga de specialitetsövergripande kurserna. För dem som går under den nya målbeskrivningen från 2015 (alla som fått läkarlegitimation efter 1 maj 2015) (SOSFS 2015:8) handlar det om kurser i:

- Medarbetarskap, ledarskap och pedagogik (delmål a1)
- Etik, mångfald och jämlikhet (delmål a2)
- Medicinsk vetenskap (delmål a5)
- Lagar och andra föreskrifter, hälso- och sjukvårdens organisation (delmål a6)
- Kommunikation med patienter och närstående (delmål b1)
- Sjukdomsförebyggande arbete (delmål b2)

- Läkemedel (delmål b3)
- Försäkringsmedicin (delmål b4)
- Palliativ vård i livets slutskede (delmål b5)
- För dem som går klart ST enligt gamla målbeskrivningen från 2008 (SOSFS 2008:17) handlar det om kurser i:
- Handledning (delmål 16)
- Ledarskap (delmål 17)
- Hälso- och sjukvårdens organisation (delmål 18)
- Medicinskt vetenskapligt syn – och förhållningssätt (delmål 19)

**”Post-ACR är ett utmärkt tillfälle för uppdatering inom våra stora sjukdomsgrupper”**

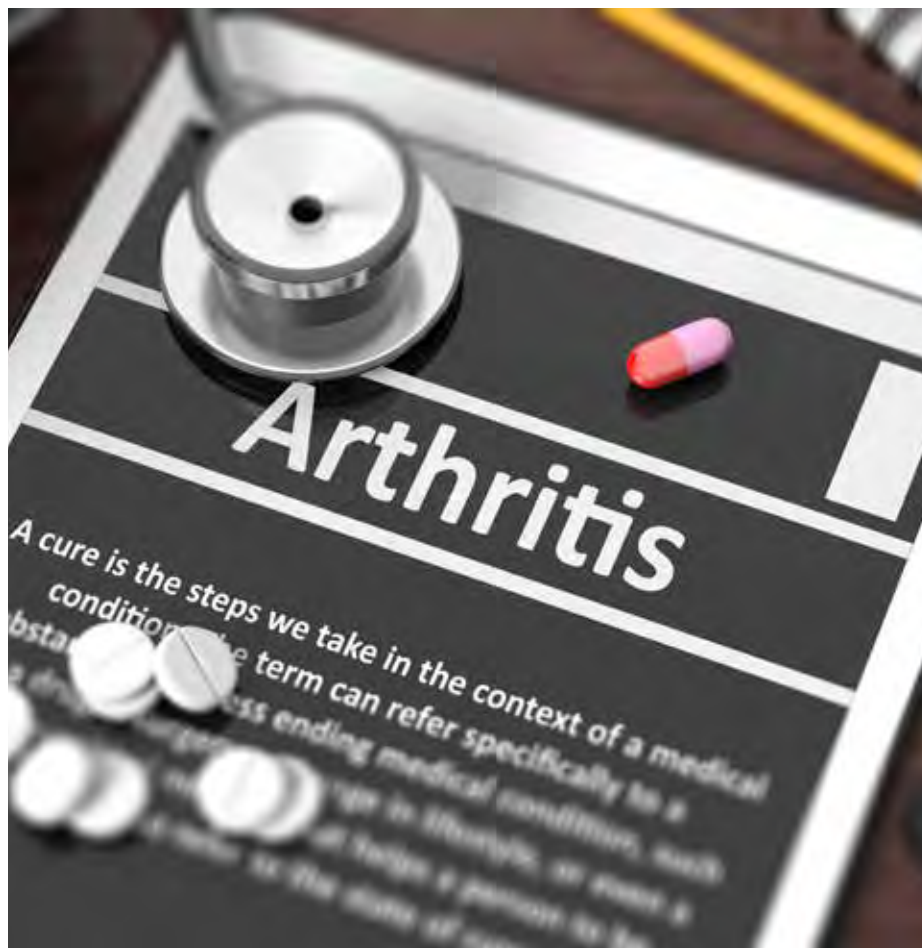
**Utbildningshandbok för ST-läkare som går ST enligt målbeskrivning från 2015**

Vi har tillsammans med de regionala studierektorerna tagit fram en utbildningshandbok för ST-läkare som går ST enligt den nya

målbeskrivningen från 2015. Dokumentet ligger på SRF:s hemsida under ”ST dokumentarkiv” och innehåller Socialstyrelsens målbeskrivning med SRF:s rekommendationer. I utbildningshandboken finns också SRF:s rekommendationer om tidsfördelning under ST, kunskapskontroll under ST, SRF:s policy angående EULAR online kursen samt mallar och checklistor. Dokumentet är således något längre än tidigare versioner av ”Målbeskrivning med SRF:s rekommendationer” men har en klickbar innehållsförteckning så att det förhoppningsvis skall vara lättnavigerat ändå.

**Utvecklingsdag och post-ACR**

Under flera år har SRFs utvecklingsdag funnits i anslutning till register- och riktlinjedagarna i januari. I höst infaller istället utvecklingsdagen i anslutning till post-ACR, 1:e respektive 2:e december- boka in dessa dagar! Utvecklingsdagen vänder sig till intresserade verksamhetsföreträdare, utbildningsansvariga, reumatologer och ST-läkare med intresse för framtids- och ledarfrågor. Temat för årets utvecklingsdag är ”framtid” vilket innefattar information och diskussion om hur den statliga utredningen ”Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården” (Stiernstedt) kan komma att påverka oss. SPUR och hur dessa inspektioner skall ske framgent kommer också tas upp tillsammans med fler aktuella framtidsfrågor. Post-ACR är ett utmärkt tillfälle för uppdatering inom våra stora sjukdomsgrupper. Se reumakalendariet på SRFs hemsida för detaljschema.



**Vala Sigurdardottir**  
ST-läkare

Reumatologkliniken, Falu lasarett  
Yngreläkarrepresentant SRFs styrelse  
valgerdur.sigurdardottir@ltdalarna.se

**Katarina Almeded**  
Överläkare Reumatologi  
Sahlgrenska Universitetsjukhuset  
Utbildningsansvarig SRFs styrelse  
katarina.almeded@vgregion.se



# Välkommen

till konferenser i december och januari

## SRFs utvecklingsdag · 1/12

SRFs utvecklingsdag. IVA konferenscenter, Grev Turegatan 16, Stockholm  
**Program och anmälan på [svenskreumatologi.se](http://svenskreumatologi.se)**

## Post-ACR · 2/12

Post-ACR Lokus fest och konferens, Folkungagatan 90, Stockholm. Fritt inträde för medlemmar i SRF anställda i sjukvården.  
**Program och anmälan på [dagensmedicin.se](http://dagensmedicin.se)**

## SRQs registerdag · 25/1

SRQs Registerdag. Clarion Hotel Sign, Östra Järnvägsgatan 35, Stockholm  
**Program och anmälan kommer på [srq.nu](http://srq.nu)**

## SRFs riktlinjedag · 26/1

SRFs Riktlinjedag. Lundqvist & Lindqvist Klara Strand  
 Klarabergsviadukten 90, Stockholm  
**Program och anmälan kommer på [svenskreumatologi.se](http://svenskreumatologi.se)**



## SRF's STYRELSE 2016



**Cecilia Carlens**  
**Ordförande**  
 Reumatologiska Kliniken  
 Karolinska Universitets-  
 sjukhuset  
 171 76 Stockholm  
 Tel: 070-737 5390  
 cecilia.carlens@  
 karolinska.se



**Gerd-Marie Alenius**  
**Vice ordförande**  
 Reumatologiska kliniken  
 Västerbotten  
 Norrlands  
 Universitetssjukhus  
 901 85 Umeå  
 Tel: 090-785 91 46  
 gerdmarie.alenius@vll.se



**Gunnel Nordmark**  
**Facklig sekreterare**  
 Verksamhetsområde  
 Specialmedicin, hud  
 och reumatologi  
 Akademiska sjukhuset  
 751 85 Uppsala  
 Tel: 018-611 00 00  
 gunnel.nordmark@  
 akademiska.se



**Elisabet Lindqvist**  
**Kassör**  
 Sektion reumatologi  
 Skånes Universitetssjukhus  
 221 85 Lund  
 Tel: 046-17 16 19  
 elisabet.lindqvist@skane.se



**Per-Johan Jakobsson**  
**Vetenskaplig sekreterare**  
 Reumatologiska Kliniken  
 Karolinska Universitets-  
 sjukhuset  
 171 76 Stockholm  
 Tel: 08-517 700 00  
 per-johan.jakobsson@ki.se



**Katarina Almehed**  
**Utbildningsansvarig**  
 Reumatologi/Sahlgrenska  
 Universitetssjukhuset  
 413 45 Göteborg  
 Tel: 031-342 10 00 vx  
 katarina.almehed@  
 vgregion.se



**Valgerdur Sigurdardottir**  
**Ledamot, representant för  
 läkare under utbildning**  
 Reumatologkliniken  
 Falu lasarett, 791 82 Falun  
 Tel: 023-49 20 00 vx  
 valgerdur.sigurdardottir@  
 ltdalarna.se



# Cecilia Carlens ny ordförande

**Cecilia Carlens valdes till ny ordförande i SRF efter Ralph Nisell i samband med årsmötet 14 september 2016. Hon har tidigare erfarenhet av styrelsearbete i SRF som yngreläkarrepresentant under tiden 2002-2005.**

**D**å spelade hon en viktig roll i bl a specialitetsstriden. Ordförandeposten innebär att leda styrelsens arbete.

## Ungdom

Cecilia är uppväxt i Stockholm på Gärdet och senare i Täby med studentexamen 1987. Cecilia är nr 2 i en syskonskara på fyra - 2 syster och en bror. Pappa var civilingenjör och mamma gymnasielärare. Ingen läkare finns i familjen. 1988 kom hon in på läkarlinjen på Karolinska i Stockholm efter att ha läst på University of Wisconsin under året direkt efter studenten.

Varför välja läkarbanan? - Cecilia påpekar att det var viktigt att man kunde arbeta internationellt och att yrket kräver/medför att man utvecklas hela livet. En termin med infektion och neurologi läste hon i Rennes och behärskade då franska.

## Tidiga läkarår

Läkarexamen 1994 följdes av vikariat på Södersjukhuset (SÖS) på Reumatologen där läromästarna hade namn som Hafström, Grewin, Bratt, Hirsch, Heimbürger, Jonsen och Goobar. Detta var förstås inspirerande.

AT-tjänstgöringen blev också på SÖS med legitimation 1996. Men då var Cecilia fed up med vårdapparaten. Hon hade många kompisar på Handels och detta inspirerade till att söka sig till läkemedelsindustrin. Hon fick anställning på Wyeth på "research & development" och arbetade med kliniska prövningar m.m. bl.a. Enbrel-studier. Men hösten 2000 ville Cecilia återvända till sjukvården och Göran Lindahl på Danderyd var snabb att ge henne ett vikariat som inom månader blev en ST-tjänst.

## Tidigare styrelsearbete

2002 blev Cecilia vald till yngreläkarerepresentant i SRFs styrelse. Här drev hon med stor energi specialitetsfrågan, inrättandet av regionala ST-studierektorer, ersättande av specialistexamen med årligt diagnostiskt prov, ny målbeskrivning och att öka antalet kurser för ST-läkarna. Sammantaget åtgärder för att skapa ett bra rekryteringsklimat



Cecilia Carlens



för nya läkare. Arbetet skedde i nära samarbete med styrelsen och mig som ordförande. Cecilia var en mycket stor tillgång med sin energi och sitt ansvarstagande. Under det sista styrelseåret medföljde ofta yngstsonen Melker. Cecilia blev specialist i reumatologi 2006.

## Forskning

Under tiden 2004-2009 ägnade Cecilia mycket tid åt forskning under Johan Asklings handledning. Resultatet blev en avhandling om riskfaktorer för reumatoid artrit. Hon hade då flyttat till Karolinska Sjukhuset och arbetade kliniskt en hel del inom slutenvården.

## Verksamhetschef

I maj 2010 utsågs Cecilia till verksamhetschef för Reumatologkliniken på Karolinska. En position som inte varit helt lätt med tanke på de omfattande politiska experiment vad gäller sjukvårdsorganisation som hela tiden pågått. Det Cecilia drivs av är att hela tiden förbättra vården för våra patienter. Något Cecilia drivit är arbetet med patientflöden. Hon ser att arbetet, som drivs av medarbetarna med olika diagnosgrupper,

ger möjlighet att ge alla patienter tillgång till vård enligt "best practice" och vi kan sätta mål för att förbättra utfallet för patienten. På så sätt kan också alla patienter få del av klinikens samlade expertkunskap, vi kan snabbare implementera ny kunskap och vi möjliggör forskning, utveckling och utbildning för att öka kunskapen och förbättra vården ytterligare i framtiden.

## Fritiden

Fritiden med maken - kirurg som hon träffade under tidigt vikariat på Stockholms sjukhem - och de tre barnen innehåller mycket natur och sport, gärna på Ornö eller Lidingö. Cecilia cyklar gärna till arbetet.

## Framtid

Som ordförande för SRF vill Cecilia fortsätta arbeta för att reumatologin ska vara och ses som en föregångare. För att vara det är både utbildning och ledarskap viktigt och hon poängterar det viktiga samarbetet mellan landets reumatologkliniker/enheter. På Karolinska pågår just nu en omorganisation där de organisatoriska enheterna inte längre utgår från en specialitet. På andra sjukhus i Sverige har reumatologklinikerna redan inkluderats i större organisatoriska enheter. Detta gör det ännu viktigare att driva utvecklingen tillsammans av vår specialitet på nationell basis. Patienterna är en självklar och viktig samarbetspartner och vi behöver driva utvecklingen tillsammans med patienterna för patienterna. Cecilia påpekar att vi behöver bli bättre på att utveckla och ta till oss ny teknik där patienterna är delaktiga i sin vård och i arbetet för ökad hälsa på olika sätt. Ska vi kunna ses som en föregångare måste vi förstås också arbeta för att öka kunskapen om reumatologiska sjukdomar genom forskning. Cecilia är övertygad om att det görs bäst genom samarbeten både inom och utanför landets gränser. SRF kommer att kunna bidra och här är fortsatt arbete med vårt kvalitetsregister, SRQ, och biobanking en viktig del så att vi kan erbjuda alla patienter i landet att bidra. Cecilia ser fram emot sitt arbete som ordförande. Hon vill tacka avgående ordförande och styrelseledamöter för deras fina och uppoffrande arbete. Det underlättar för den nya ordföranden.

**Tomas Bremell**

tomas.bremell@vgregion.se

# Gunnel Nordmark ny facklig sekreterare

**Gunnel Nordmark är ny facklig sekreterare i Svensk Reumatologisk Förenings styrelse och efterträder Gerd-Marie Alenius som tar över uppdraget som vice ordförande i styrelsen.**

Uppdraget som bland annat innebär att skriva remissvar gentemot myndigheter, att tillsammans med ordförande skriva årsrapport och se till att hemsidan är uppdaterad vad gäller remissvar, protokoll mm och passar Gunnel väl eftersom hon har lätt för att uttrycka sig i skrift, är noggrann och strukturerad.

## Bakgrund och utbildning

Gunnel växte upp i Piteå i Norrbotten tillsammans med föräldrar och två yngre syskon. Redan i gymnasiet hade Gunnel siktet inställt på att bli läkare. Efter gymnasiet och arbete inom vården, bland annat på Ulleråkers mentalsjukhus, började Gunnel läsa medicin i Uppsala 1983. Det var redan på 1980-talet populärt att ta studieuppehåll för att ge sig ut och resa och det gjorde Gunnel också. Hon tog ledigt ett år och reste med transibiriska järnvägen till Kina och sedan vidare i Asien. Hon beskriver det som det mest spännande året i sitt liv. Efter AT i Luleå blev det specialisering i invärtesmedicin i Boden 1992-1997. Därefter bar det åter av till Uppsala och Akademiska Sjukhuset (UAS), där hon specialiserade sig till reumatolog. År 1998 fick hon en dotter och blev färdig reumatologspecialist år 2000.



Gunnel Nordmark

Så snart Gunnel kommit till UAS blev hon indragen i klinisk och experimentell forskning kring SLE och Sjögren. Med Lars Rönnblom, professor sedan början på 2000-talet, som huvudhandledare disputerade hon 2005. Strax efter disputationen fick hon en tjänst som överläkare och med sitt största intresse för patienter med systemsjukdomar har Gunnel arbetat mycket inom slutenvården med de svårast sjuka patienterna. Efter disputationen valde Gunnel att fokusera mer på Sjögrens syndrom och 2006 startade hon ett skandinaviskt Sjögren-nätverk som fortfarande är väldigt aktivt. Fokus i forskningen har legat på genetik, epigenetik och genuttryck, men även immunologi. Samarbete nationellt

och även internationellt är och har varit väldigt viktigt och Gunnel nämner många namn på viktiga personer inom svensk Sjögren-forskning som betytt mycket för henne och hennes forskning.

## Varför reumatologi?

Under ST-tiden i Boden fanns många patienter med inflammatoriska systemsjukdomar på medicinkliniken. Kombinationen av engagemang från flera organ som täcker in hela invärtesmedicinen och den bakomliggande immunologin, väckte ett starkt intresse hos Gunnel för denna sjukdomsgrupp. Där fanns också överläkare Lars Rönnblom med stor klinisk kunskap inom reumatologi. I ST-blocket ingick även 6 månaders randning på reumatologkliniken där Gunnel kom i kontakt med artritssjukdomarna. Allt detta sammantaget inspirerade Gunnel till att bli reumatolog.

## Fritiden

Gunnel har ett mångårigt idrottsintresse, framförallt friidrott och orientering som hon själv höll på med under uppväxten och på senare år har fotbollen stått i centrum. Som fotbollsmamma har Gunnel varit ”materialare” och organiserade cuper. Gunnel håller sig i form med motionssimning och kopplar av med gamla kompisar från studietiden, ”Sushitanterna” och ”frukostklubben”. Ibland bär det av till Norrbotten där Gunnel känner sig väldigt hemma och trivs i den klara höga luften, skogen, ljuset på sommaren och kylan på vintern. Men att flytta tillbaka är inte aktuellt just nu.

## Framtiden

Gunnel ser verkligen fram emot att bli del av SRFs styrelse och arbeta tillsammans med kollegor från resten av landet för att fortsätta utveckla svensk reumatologi. Hon vill också gärna fortsätta med forskningen på halvtid. Gunnel är docent, huvudhandledare för två doktorander och har mycket samarbeten med andra forskare i Sverige och internationellt. Det tycker hon är spännande och roligt och vill fortsätta med. På kliniksidan blir det fortsatt arbete inom öppen- och slutenvården samt andra uppdrag inom exempelvis Forsknings och Utvecklings-Universitetsrådet (FoUU).

**Cecilia Carlens**

cecilia.carlens@karolinska.se



# Per-Johan Jakobsson ny vetenskaplig sekreterare

**SRFs nye vetenskaplige sekreterare hittar ni bland alla cyklande Stockholmare eftersom han använder cykel som främsta fortskaffningsmedel.**

Det var Per-Johans stora intresse för kemi som fick honom att välja läkarlinjen där han började 1986 på Karolinska sjukhuset. Redan under första terminen började han med arakidonsyra-forskning på Kemikum. Han forskade sedan parallellt med grundutbildningen och disputerade 1994. Avhandlingen handlade om leukotriener i immunsystemet. Därefter gjorde Per-Johan postdoc i Montreal under två år där han fick möjlighet att vidareutveckla sig metodiskt och han fördjupade sig i molekylärbiologiska och bioinformatiska metoder. Forskningen gav resultat och han karakteriserade en ny genfamilj som kallas MAPEG (Membrane-Associated Proteins in Eicosanoid and Glutathione metabolism). Tillbaka på KI arbetade han för Professor Bengt Samuelsson på institutionen för medicinsk biokemi och biofysik (MBB). Under de sista åren på 90-talet upptäckte de prostaglandin E syntas. Dessa forskningsprojekt lever fortfarande och målet är att utveckla nya NSAIDs utan hjärt- kärl-



Per-Johan Jakobsson

och magbiverkningar. Per-Johan fortsatte parallellt med forskningen den kliniska banan och fick sin läkarexamen 2004 och blev legitimerad läkare 2007. Från forskning om NSAID är kanske steget till reumatologi inte så långt och redan 2004 bytte Per-Johan institution från MBB till Institutionen för Medicin och började samarbeta med Lars Klareskog. Forskningen kom mer och mer att handla om reumatologi och spänner nu över flertalet reumatiska sjukdomar

då han är involverad i flera projekt om antigen och autoantikroppar vid RA och myosit samt ett projekt om biomarkörer vid SLE. Per-Johan säger också att det kliniska valet av reumatologi som specialitet var lätt. Han gjorde ST 2008-2013. Han betonar att det för honom är viktigt att reumatologi är en egen specialitet och att reumatologin har den inriktning mot inflammation som vi har i Sverige. 2013 fick Per-Johan en kombinationsprofessur vid Karolinska Universitetssjukhuset med 30 % klinik och 70 % forskning.

Ledig tid tillbringar Per-Johan helst i stugan i Dalarna. Han är musikintresserad och lyssnar gärna på körmusik. Detta intresse finns med sedan ungdomen. Han har gått i Adolf Fredriks Musikklasser och gymnasium. Musikintresset delar han med sina tre barn 15, 16 och 21 år gamla som alla också har gått eller går i Adolf Fredriks musikklasser.

Vad Per-Johan har för tankar om sitt nya uppdrag som vetenskaplig sekreterare och vad han brinner för får ni läsa om i hans text på annat ställe i Bullen.

**Elisabet Lindqvist**  
elisabet.lindqvist@skane.se



# Elisabet Lindqvist ny kassör

## Vem är du?

Jag heter Elisabet och är 58 år. Jag jobbar som reumatolog sedan 2001 och jag tycker jättemycket om mitt jobb. Jag är gift och har tre vuxna barn.

## Hur började du med medicin och hur ser din utveckling mot reumatolog ut?

Redan i grundskolan kände jag ett stort intresse för kemi och biologi. Men faktiskt studerade jag språk ett tag efter gymnasiet men när jag sedan kom in på läkarutbildningen valde jag den banan. Från början hade jag siktet inställt på att bli distriktsläkare på landet. Men efter läkarutbildningen 1986 började jag med ett vikariat på medicinkliniken vid Ängelholm's sjukhus. Sen gifte jag mig och vi flyttade till Frankrike där min första son föddes. Efter att vi återvänt till Sverige började jag min AT i Möln-dal. Vi fick sedan våra tvillingar och maken fick samtidigt ett nytt erbjudande om jobb i Spanien där vi bodde i två år. Efter det slutförde jag min AT i Skåne 1992. Vid den tiden var det ganska svårt att få tjänst som läkare men jag lyckades få ett vikariat på reumatologen i Lund som jag blev väldigt nöjd med.

## Vad ger dig mest tillfredställe inom yrket?

Jag tycker framförallt om att träffa så många olika människor. Inom reumatologi trivs jag med att vi ser helheten och jag gillar teamarbetet både med olika yrkeskategorier och med olika specialiteter.



Elisabet Lindqvist

## När blev du klar?

Jag blev färdig specialist 2001. Under specialisttjänstgöringen började jag forska med Kerstin Eberhardt och Eva Fex.

## Vad forskade du om?

Mitt avhandlingsarbete handlade om hur det gick för våra RA-patienter.

## Vad blev din slutsats?

Att det gick funktionsmässigt bra för våra patienter men mindre bra radiologiskt. Jag försvarade min avhandling 2003.

## Vad hände sen?

Jag fortsatte att jobba som kliniker och mitt intresse för verksamhetsfrågor gjorde att jag blev verksamhetschef i Lund på klini-

ken för reumatologi under åren 2005-2013.

## Är det något särskilt du drivit som verksamhetschef?

Jag jobbade för och har brunnit för att få in nya ST läkare och att få både klinik och forskning att fungera. Vi har bland annat fått igång användandet av ultraljud vid ledundersökningar.

Jag har även vidareutvecklat verksamheten i samarbete med patienter och reumatikerdistriktet i Skåne.

## Vilken är den senaste boken du läst?

"Charmen med tarmen" och "Min fantastiska väninna".

## Vad tycker du om annars?

Jag tycker om att bada utomhus. Jag odlar mycket och tycker om mat. Har massor av chilipeppar nu.

## Vad kommer du att jobba med inom SRF styrelse?

Ekonomi – att hålla i ordning på ekonomin och att vara medlemsansvarig.

Jag känner ett stort förtroende att nu få jobba inom "reumafamiljen" och ser fram emot att tillsammans med andra verka för reumatologins vidareutveckling.

---

Per-Johan Jakobsson  
per-johan.jakobsson@ki.se



# SRFs årsmöte

**SRF årsmöte 2016-09-14. Kl 17.00-18.00**  
**Lokal: Folkets Hus. Sal: Idun**

**§1** Årsmötet öppnades av ordförande Ralph Nisell.

**§2** Kallelse och dagordning godkändes

**§3** Sittande ordförande Ralph Nisell valdes till mötesordförande, Marcus Rehnberg valdes till mötessekreterare.

**§4** Tomas Bremell och Lotta Ljung valdes till protokolljusterare.

**§5** Anmälan av eventuella övriga frågor. SRF-medlem Christer Kramer anmälde två frågor till dagordningen:  
 -Reumatologins innebörd  
 -Rättshandlingars verkliga innebörd enligt auktorisationslagen.

**§6** Ordförande Ralph Nisell (i kassörs frånvaro) redovisade SRFs medlemsantal (totalt 585 varav 411 ordinarie, 94 associerade och 79 pensionärsmedlemmar) samt ekonomi under räkenskapsåret 2015-07-01-2016-06-30.

Föreningens ekonomi är god. Ett negativt resultat för räkenskapsåret förklaras av genomförda strategiska satsningar (till exempel RULE och utökade resestipendier).

**§7** Revisorernas redogörelse och ansvarsfrihet för styrelse. Ralph Nisell (i revisorers frånvaro) läste upp revisionsberättelse där ansvarsfrihet för styrelsen yrkades.

Revisionsberättelse lades till handlingarna och årsmötet beslutade att bevilja styrelsens ansvarsfrihet.

**§8** Val av styrelse

Ralph Nisell, Boel Mörck, Thomas Mandl och Christoffer Sjöwall har meddelat att de inte står till förfogande för omval. Två ledamöter är valda på ytterligare ett år:

Valgerdur Sigurdardottir

(yngre läkarerepresentant)

Katarina Almehed (Utbildningsansvarig)

Valberedningen, genom Carl Turesson, föreslog val av:

Cecilia Carléns (ordförande, nyval)

Gerd-Marie Alenius (vice ordförande,

omval, tidigare facklig sekreterare)

Per-Johan Jakobsson (vetenskaplig sekreterare, nyval)

Gunnel Nordmark (facklig sekr., nyval)

Elisabet Lindqvist (kassör, nyval)

Samtliga föreslogs att väljas på två år.



Årsmötet beslutade i enlighet med valberedningens förslag.

**§9** Val av två revisorer och en suppleant  
 Lars Cöster (revisor) är vald på ytterligare ett år.  
 Carl Turesson redovisade valberedningens förslag:

Omval

Ido Leden (revisor, vald på två år)

Nyval

Thomas Mandl (suppleant, vald på två år)

Årsmötet beslutade i enlighet med valberedningens förslag.

**§10** Val av valberedning

Till valberedning för kommande verksamhetsår omvaldes Carl Turesson, Solveig Wällberg Jonsson och Tomas Bremell.

**§11** Årsavgift för år 2017

Årsavgiften lämnades oförändrad, 500 kronor för ordinarie medlem, 300 kronor för associerad medlem.

**§12** SRF 70 år

Ralph Nisell informerade om SRFs 70-årsfirande som pågått under året, med jubileum-

msföreläsning och middag i januari. Jubileet uppmärksammas även med boken SRF 70 år som släpptes under Reumaveckan.

**§13** Utvecklings-, Register-, och Riktlinjedagar 2017

Ralph Nisell informerade om datum för register- och riktlinjedagar i januari (25 respektive 26 januari). Utvecklingsdagen blir 1 december 2016, och post-ACR tillsammans med Dagens Medicin 2 december 2016.

**§14** Rapporter från SRFs grupper  
 Inga rapporterade grupper

**§15** RULE – rapport

Boel Mörck informerade om RULE-satsningen, och att omgång 2 genomförs under 2017

**§16** SRFs deltagande Almedalsveckan 2016  
 Boel Mörck informerade om SRFs medverkan i Almedalen.

**§17** Reumaveckan 2017 och 2018

-Gerd-Marie Alenius informerade om att hon kommer att ta över som ordförande i organisationskommittén i egenskap av vice ordförande i SRF. Reumaveckan 2017 hålls i Västerås 12-15 september, 2018 planeras det för Uppsala (datum och lokal ej klart).

### §18 Motioner

Inga inkomna motioner

### §19 SRFs vision, styrelsens förslag

Ralph Nisell redovisade styrelsens förslag (Världsledande vetenskap, vård och verksamhetsutveckling). Årsmötet diskuterade om behovet av en vision, samt formulering. Årsmötet beslutade att SRF ska ha en vision, och att ett nytt förslag ska vara klart att presenteras till nästa föreningsmöte (preliminärt januari 2017).

### §20 Övriga frågor

-Christer Kramer redovisade sina övriga frågor, där föreningen uppmanas att tänka på "Reumatologins innebörd" och "Rätts-handlingars verkliga innebörd enligt auktorisationslagen".

Frågorna bedöms i nuvarande form vara för övergripande för årsmötet och Christer Kramer uppmanas att skriva motion till nästa årsmöte.

### §21 Utmärkelser

#### Årets Ledstjärna

Boel Mörck läste upp motivering:

*"För ett mångårigt starkt engagemang för evidensbaserade nationella riktlinjer, hårt arbete i SRF som vetenskaplig sekreterare, aktiv registerråds-insats, redaktör i Reumabulletinen Vetenskap samt pionjär inom post-ACR fortbildningen, utser vi med glädje Carl Turesson till årets ledstjärna inom svensk reumatologi."*

Carl Turesson utsågs till årets ledstjärna.

#### Hedersledamot

Ralph Nisell läste upp motivering:

*"Tomas Bremell har under de senaste decennierna på flera olika sätt varit mycket aktiv och innovativ inom SRF. I sin roll som ordförande under 7 år, då han var SRFs starka ansikte utåt, drev Tomas frenetiskt, föredömligt och framgångsrikt kampen för att Reumatologin skulle förbli en egen basspecialitet. Tomas har här varit den drivande kraften, och samtidigt varit modig, klok och lyckosam i detta arbete. Förutom frågan om basspecialitet har Tomas även varit aktiv på många andra vis inom SRF. Tomas påbörjade arbetet med regionala studierektorer för ST-läkare samt årlig kartläggning av läkare inom specialiteten, han initierade höstkongressen för verksamhetsutveckling och ledningsfrågor och han formade professorskollegiet. Tomas har även starkt verkat för att Reumabulletinen och SRFs Hemsida har utvecklats lyckosamt för att på bästa sätt möta framtidens reumatologi. Tomas har, tack vare sin unika och uthålliga energi och engagemang, och för sina betydelsefulla insatser inom och för SRF, gjort sig förtjänt att bli hedersmedlem i SRF."*

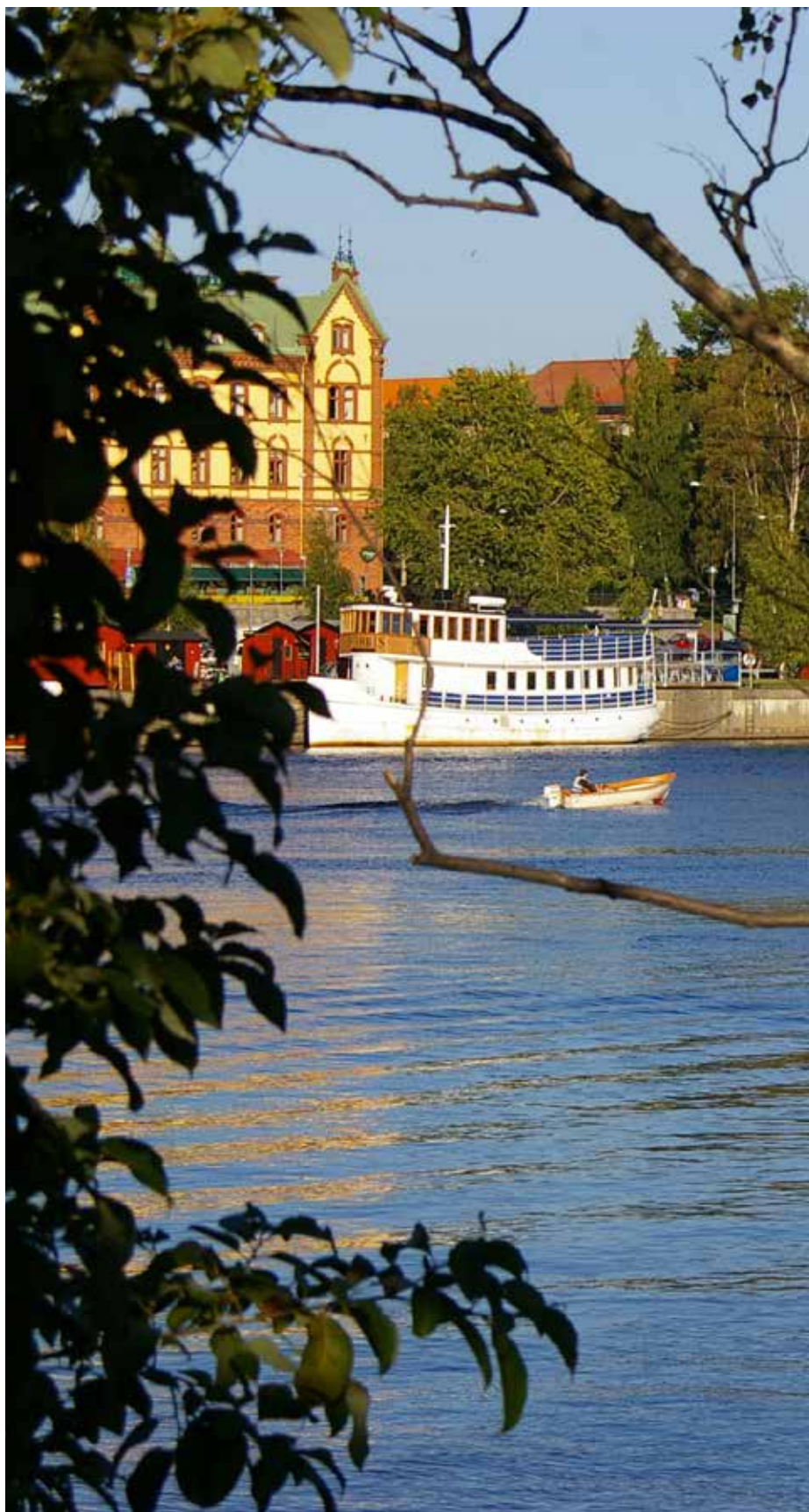
Tomas Bremell utsågs till hedersledamot.

### §22 Tack till avgående styrelseledamöter

Ralph Nisell tackade Boel Mörck, och Christopher Sjöwall (Thomas Mandl som ej

är närvarande har avtackats under tidigare styrelsemöte), Boel Mörck tackade Ralph Nisell.

§23 Årsmötet avslutades.



# Ett stilla farväl till "siffrorna"

Tänk att det har gått åtta år, fyrtiofyra intyg till Socialstyrelsen, fem diagnostiska prov och en doktorsavhandling sedan jag satt där på anställningsintervjun och förklarade att jag ville forska på vaskuliter (blev sedan arbetsförmåga vid RA). Obama har både valts och valts om och om handläggarna på enheten för behörighet inte lägger i en extra växel hinner han sannolikt fullgöra två hela mandatperioder innan jag kan titulera mig specialist i reumatologi.

Jag sitter på mitt rum med en kopia av min nådiga intygslunta framför mig och begrundar siffrorna på ett av intygen: 13, 14, 15, 16, 17, del av 5, 6, 9, 11, 12. Målrelaterat, visst låter det bra, men vad betyder det där egentligen?

Jag tror de flesta av oss ST-läkare har varit med om detta - ett utvärderingssamtal där man fått bra och viktig återkoppling på hur det fungerat och sedan mot slutet ett sorts rebelliskt samförstånd med handledaren: nu tar vi den byråkratiska tjuren vid hornen och plitar i rätt siffror. Standardkommentaren ute på randningarna har varit något i stil med: "Ja, det här har ju funkat bra, fyll i vilka siffror du vill så skriver jag på."

Lite ödmjukhet kan dock vara på sin plats - förmodligen var anfäderna till den nya specialistförordningen inte primärt ute efter att bombardera oss med administrativa pålagor. Måhända är det så att "siffrorna" inte så mycket är ute efter att fånga alla de fall där det "funkar bra", utan snarare de få fall där det, ja, inte funkar så bra. Lite som ett omständligt screeningtest som ställer till mycket omak för många i syfte att fånga några få fall som definitivt inte får missas.

Tung känns den i alla fall, luntan, både bildligt och bokstavigt, och det är inte utan att jag genomfars av en ilning av stolthet: I did it! (eller ja, Socialstyrelsen har vid denna tidnings pressläggning ännu inte fällt sin dom).

## Ett telefonsamtal sju år senare

Jag ska inte sticka under stol med att intygssamlandet föranlett en hel del svett även på själva upploppet. Endagskurserna i akut internmedicin som jag gick hösten 2009 där de utlovade intygen skickades ut utan underskrift långt i efterhand och där jag själv skulle ha sökt upp en studierektor som redan slutat för att få en påskrift. Och nej, jag erkänner, det hände aldrig, så nu blev det ett telefonsamtal sju år senare i stället: "Hallå det här var Tor Olofsson



ST-läkare på Reumatologen, ja minns du mig, jag gick kursen 'Neurologi på akuten' december 2009."

Stålsättning inför samtalet men omedelbart positivt bemötande: "Ah Tor, det var längesedan, hur är läget? Jaha, är det bara sifferintygen. Det löser vi." Det sägs att få saker svetsas ihop en grupp så mycket som en yttre fiende, men underskatta inte effekten att vandra tillsammans i en lätt Kafkainspirerad siffersnårskog.

## Ringa eller mejla?

Allra längst hade jag gått och tryckt på att höra av mig till Reumatologen i Kalmar angående intygen från när jag vikarierade där efter AT 2006-2007. Snart tio år sedan, jag vet. Till mitt skröpliga försvar får dock sägas att nuvarande intyg vid tidpunkten inte hade introducerats och att det i alla händelser hade handlat om att höra av sig i efterhand. Och sedan den onda cirkeln - ju längre tiden går, desto mer genant känns det. Ringa eller mejla? Jag sög på det där några dagar. Min erfarenhet säger mig att när det känns jobbigare att ringa än att mejla så är det en indikation på man faktiskt ska ringa. Men intygssamlandet lyder under sina egna lagar, så det slutade i detta fall trots allt med ett mail.

Och igen, nästan som i Karl-Bertil på julafton, idel trevliga bemötanden och glada tillrop: "Kul att höra av dig", "Grattis till disputationen", "Hur ser dina planer ut framöver?" Varför hade jag egentligen dragit på det här? Ja, ni börjar förstå - siffrorna igen. Vikariatet var uppdelat i en reumatologisk och en mer internmedicinsk del och dessutom jobbade jag deltid under första perioden. Följaktligen olika siffror under olika delar av tjänstgöringen och dessutom några månader med annan tjänstgöringsgrad. Och så de insprängda veckorna på akuten...

Och när jag slutligen hade fått rätt på alla

siffror i samtliga intyg så var det forskningen. Hur skulle den redovisas? Tänk er en fyramånaders randning med fyra insprängda forskningsveckor. Skulle jag betrakta varje sammanhängande tjänstgöringsperiod (mellan forskningsveckorna) som separat - och skicka in fem olika intyg, eller var det läge att inkludera forskningsveckorna i ett "storintyg" och försöka skriva lite fotnoter och redogöra för tillvägagångssättet? Eller kanske skippa forskningsveckorna helt i intyget och räkna av dem i form av lägre tjänstgöringsgrad? Socialstyrelsens kontaktnummer gav tyvärr ingen vidare vägledning, så det var bara att förlita sig på pragmatism, en hjälpsam handledare och god tro.

Nu står jag då där, på randen till specialistvärlden, och håller min lunta. Det slår mig att jag kanske kommer att sakna dem, "siffrorna", intygen. För även om det vid varje givet tillfälle kändes som en extra pålaga så gav det ändå struktur och fysisk konkretion till ett professionellt framtidskrivande. Någon som på håll kontrollerade dig, men också vakade över dig.

Jag tackar således Socialstyrelsen för den här tiden. Vår relation finns ju kvar, men går in i en ny och annorlunda fas. Det är dags också att lämna "siffrorna" bakom mig, att kasta loss och formulera egna mål. Och vem vet, kanske blir det just i form av siffror.



**Tor Olofsson**

ST-läkare Lund

tor.olofsson@skane.se

# Lysande utsikter

2016 års ST-dagar i Göteborg den 12-13 maj hade fokus på autoinflammation och retorik och det var med blandade förväntningar som 41 ST-läkare från hela Sverige samlades. Valet av ämnen var utmanande för både deltagare och föreläsare.

Platsen för mötet, Dockyard Hotel vid nya varvet i Göteborg, var väl vald. Alldeles vid vattnet såg man fartyg passera in och ut genom Göteborgs hamninlopp och det fanns gott om horisont att vila blicken på mellan föreläsningar och mingel. Lovisa Leifsdottir, Regional ST studierektor i VGR, hälsade välkommen och önskade att dagarna skulle präglas av lärande, nätverkande och att man även skulle ha roligt.

## Febersjukdomar och Mb Behçet

Den inledande föreläsningen om autoinflammation, hölls av Stefan Berg. Att döma av kommentarerna i vimlet efteråt, så lyckades han få med sig med åhörarna en bit bortom förkortningarna. "Väl strukturerat och begripligt. Äntligen föll något på plats!" sade någon.

Tomas Bremell sken ikapp med solen när hans dånande (bokstavligen) budskap under föreläsningen om Mb Behçet gav, inte bara klinisk kunskap om en heterogen sjukdom, utan även visdomsord från en rutinerad kliniker. Våga ifrågasätta en diagnos, se över de fakta och observationer som finns om patienten då "vi reumatologer har en tendens att överbehandla då vi nuförtiden har så potenta läkemedel". Framtiden kommer att erbjuda utmaningar och "finns det drag av inflammation så är det reumatologi".

Reumatologer kommer att involveras i fler diagnoser än de mer traditionella ledsjukdomarna och det är viktigt att kombinera ett öppet sinne med kritiskt ifrågasättande.

## Kommunikation

Andra dagen var temat kommunikation. Kent R Andersson, som har en bakgrund inom teatern, introducerade ämnet. Föreläsningen gled så småningom över i ett samtal där flera av ST-läkarna delade med sig av sina erfarenheter. Vi fick höra om fina patientmöten och om konsultationer som slutat mindre bra.

Hur hanterar man bäst situationer när det uppstår konflikt eller en förtroendekris? Vi pratade om roller och förväntningar, mänsklighet och professionalitet. Vårt intryck var att mötet med patienten är nä-



**"Vi reumatologer har en tendens att överbehandla eftersom vi har så bra läkemedel"**

got som engagerar blivande reumatologer och det verkade finnas ett behov av att reflektera tillsammans med kollegor.

## Att vara en i gänget

Som vanligt var det en blandning av nya ST-läkare som deltog för första gången och med förtjusning insåg att "alla var jättetrevliga, det hade jag aldrig förväntat mig" samt ST-läkare som deltog för sista gången och mer bara bekräftade att tidiga tågresor och långa resvägar var mödan värd när man än en gång inser värdet att delta och fylla kunskapsluckor både vad gäller ovanliga autoinflammatoriska sjukdomar samt mjukare kunskapar om bemötande och patientsamarbete.

Vi lämnade ST-dagarna i Göteborg med nyvunna kunskaper, nya och fördjupade kontakter och en varm känsla inombords av att dagarna präglats av positiv stämning bland både föreläsare och deltagare. Alla mål som Lovisa målade upp uppfylldes.



**Kajsa Stubbendorff**

ST-läkare Skövde  
kajsa.stubbendorfff@vgregion.se

**Anders Lind**

ST-läkare Gävle  
anders.lind@regiongavleborg.se





# Ioannis krönika

Del av denna krönika publicerades först i Ledspalten, vår lokala tidning på Reumatologkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset.

**N**u går tiden fort. För fort. Jag önskar att dygnet hade några extra timmar för de där tjugofyra känns för snålt. Det är nämligen dags att strama upp sig inför disputationen som planeras till februari. Jag brukar vara lugn, men nu är jag stressad och skäms inte för det. Jag tycker bara synd om mina handledare, säger jag med glimten i ögat.

Uppstramningar blir det även med mina krönikor, oundvikligen. Jag älskar att skriva och göra bort mig för er, det vet ni vid det här laget, men nu måste det skrivas manuskript och en kapp. Och det ska samlas paper inför ansökningar, och intyg för poängregistrering. Ni som har gått igenom processen och vet vad jag pratar om känner säkerligen empati.

I denna krönika vill jag dela med mig av en kort rapport från Island, där jag var för den 36:e skandinaviska kongressen i reumatologi. Delar av den skrev jag först för Ledspalten, vår lokala tidning på Karolinska, som utges varannan vecka. Kongressen ägde rum i Reykjavik och kröntes med framgång. Det var ett stort intresse från många länder och över femhundra deltagare. För egen del, liksom för andra juniora kollegor och medarbetare kan jag tänka mig, är det en glädje och en ära att få vara med och följa hur den skandinaviska kongressen blir allt större och känd även utanför Skandinavien och Nordens gränser. Våra isländska reumatologer ska ha ett mycket stort tack för en välordnad och innehållsrik kongress!

Konferensanläggningen, Harpa, är belägen vid Reykjaviks kust och imponerar på en med dess moderna arkitektur och dels utsikten över Atlanten inifrån, dels solens reflektioner på exteriören som gör att byggnaden ser olika ut från olika vinklar. Byggnaden ändrar verkligen färger och karaktär med varje steg man tar, och även när man bara står och tittar på den, även om något långsammare, då Islands sol och moln är kända för sin ständiga lek.

Innehållsmässigt var kongressen banbrytande med tanke på sin bredd. Programmet täckte alla områden inom reumatologins spektrum, inklusive komorbiditeter såsom kardiovaskulära händelser vid reumatisk sjukdom, och även utbildning i hur man kan göra fina grafer, hur man kan hantera stora datamängder vid epidemiologisk forskning och även programvaror för statistik. Sista



Reumatologer på jakt efter valar. Från vänster till höger: Katerina Chatzidionysiou, Iva Gunnarsson, Christian Dahl, Karin Hellgren, Ioannis Parodis, Elisabet Svenungsson, Marie Holmqvist, Lars Klareskog, Saedis Saevarsdottir, Gudrun Reynisdottir, Annica Nordin, Lars Rönnblom, Christina Stranger, Ingrid Lundberg, Esbjörn Larsson, Petra Neregård, Christina Dorph, Thorunn Jonsdottir. Lara Dani, Karin Gunnarsson och Nancy Vivar var också med men syns inte i bilden.



Glada reumatologer på terrassen på Harpa i samband med kongressens invigning. Från vänster till höger: Thorunn Jonsdottir, Petra Neregård, Christina Stranger, Karin Hellgren, Annica Nordin, Christina Dorph, Katerina Chatzidionysiou, Ioannis Parodis, Aune Avik, Louise Hedenstierna, Gudrun Reynisdottir.

dagen bjöd till och med på en historisk session under Gerður Gröndals och Lars Klareskogs ledning, där Frank Wollheim från Lund berättade om Jan Waldenström, Ido Leden från Kristianstad berättade om reu-

matologins historia i de nordiska länderna, Ottar Gudmundsson från Reykjavik skildrade vilka psykiatriska sjukdomar olika hjältar i isländska sagor led av, och Peter John Ornsby Stride från Australiens Queensland ►

presenterade sitt abstrakt om Egill Skallagrímsson och hur en vikingaskelettsjuka ledde till behandling vid osteoporos.

Delegationen från Karolinska var stor. De få som stannade hemma och höll ställningarna ska ha ett stort tack för att vi andra fick åka. Strax efter ankomsten till ön gav sig hela Karolinskas gäng ut på jakt efter stora valar, se bildbevis, men förgäves. Vi såg dock vitnosdelfiner som var lekfulla och tillfredsställde de flestas förväntningar. Några dagar senare blev vi extra stolta när Katerina Chatzidionysiou, vår cartoontecknare i Reumabulletinen, annonserades som

en av tre kongresspristagare. De andra två är Ida Haugen från Oslo i Norge och Tue Wenzel Kragstrup från Aarhus i Danmark. Grattis till alla!

En sak som jag gillar med konferenser är att man kommer närmare sina kollegor från andra delar i landet, som man annars inte ser så ofta. Under den skandinaviska kongressen hade jag möjligheten att ytterligare lära känna dels Christian Dahl från Kalmar, dels Malin Hemberg och Kajsa Öberg från Falun. Tack, Christian, för trevliga promenader och långa pratstunder om allt möjligt. Tack, Kajsa och Malin, för trevligt um-

gänge, i torrt och vått, bokstavligen. Det var nämligen svårt att gömma sig från dessa två tjejer, de fanns överallt vart jag än gick eller åkte. Även när jag var ute på äventyr i Reykjadalur för att bada i varma källor luktande ruttna ägg hörde jag en röst som sa mitt namn. Det var Malin som tillsammans med Kajsa också badade i det närmast 40-gradiga vattnet i den ”rykande dalen”. Med sig hade de som guide vår isländska kollega och yngre läkarrepresentant i SRF:s styrelse, Vala Sigurdardottir.

Nästa skandinaviska kongress äger rum om två år i Helsingfors i Finland. Vi ser fram emot att konferera, bada bastu och äta karelska piroger!

Tills dess, glöm inte att le!



Vi konfererar! Från vänster till höger: Malin Hemberg, Kajsa Öberg, Ioannis Parodis, Christian Dahl.



**Ioannis Parodis**  
ioannis.parodis@karolinska.se

**KATERINAS CARTOON** · Katerina Chatzidionysiou





# SCR 2016

I år var det Islands tur att stå värd för Scandinavian Congress of Rheumatology (SCR). 527 deltagare från 34 olika länder hade kommit till huvudstaden Reykjavik för att vara med under det tre dagar långa programmet. De hälsades välkomna av Gerdur Gröndal, som är president i Scandinavian Society of Rheumatology.

**S**edan år 2013 är det en särskild vetenskaplig kommitté som arbetar med SCR, och som skapar det vetenskapliga programmet. I den kommittén ingår två representanter från varje land (Sverige, Norge, Danmark, Finland och Island). De utses av den nationella föreningen i varje land – i Sverige alltså av Svensk Reumatologisk Förening.

Detta berättar Ingrid Lundberg, som när hon var president i Scandinavian Society of Rheumatology införde den här organisationen, för *Reumabulletinen*.

Kongressen genomfördes i Harpa konsert- och kongresscenter, som ligger vid den gamla hamnen i Reykjavik. Konstruktionen påbörjades år 2007, och efter ett kort uppehåll under finanskrisen 2008, invigdes det 2011. Designen sägs vara inspirerad av Islands exceptionella och dramatiska natur och har en fasad som består av cirka 10 000 oregelbundet formade prismaformade fönster i olika färgnyanser.

## Hög sjukdomsaktivitet ökar risk för hjärtsjukdom

Det vetenskapliga programmet inleddes torsdagen den 1:e september med ett symposium om kardiovaskulär risk vid reumatiska sjukdomar. Elisabet Svenungsson och Carl Turesson var moderatorer.

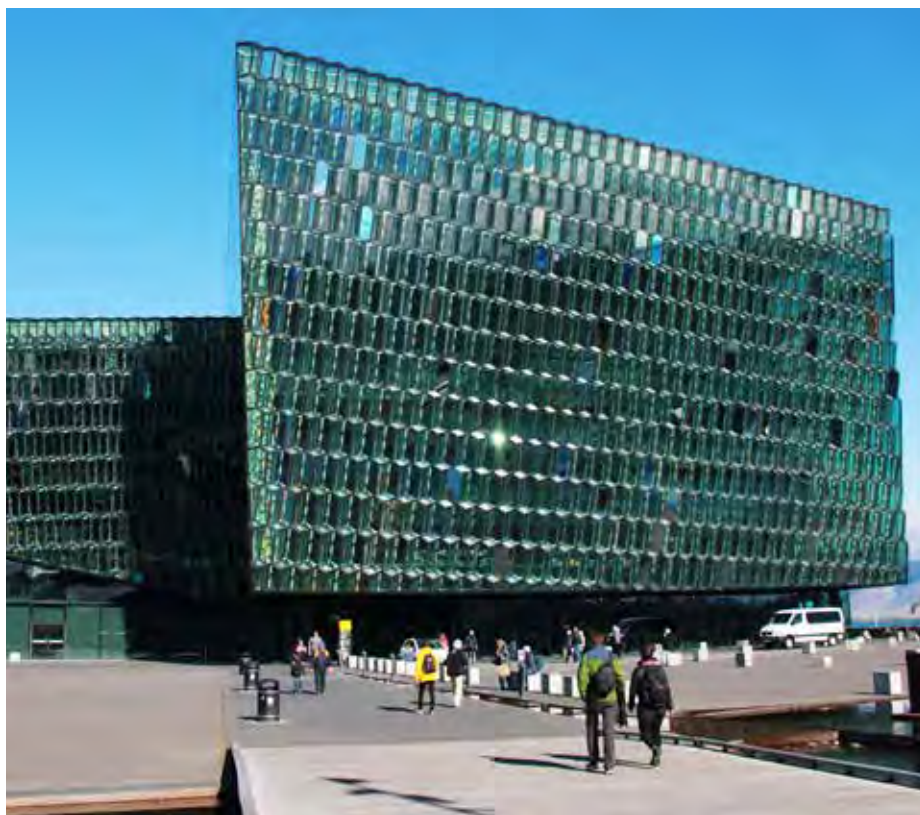
Först ut av alla talare på Island var Solveig Wällberg Jonsson, Sverige, som gav en överblick för kardiovaskulär risk vid RA.

Solveig inledde med att konstatera att RA är en systemisk sjukdom med flera komorbidityter.

– Dessa adderar till sjukdomen, och ökar bördan av den, underströk hon.

Ett flertal studier har visat en ökad incidens av kardiovaskulär sjukdom vid RA jämfört med normalbefolkningen. Solveig presenterade en egen prospektiv studie från norra Sverige, där de började inkludera nydiagnostiserade RA-patienter år 1996, och följde upp dem efter fem år. Mer än 1000 patienter är inkluderade.

– Vi fann vid uppföljningen att risken för nya kardiovaskulära händelser var ökad vid hög sjukdomsaktivitet och av traditionella



riskfaktorer som högt blodtryck, höga triglycerider och diabetes. Risken minskades av DMARDs, berättade hon.

## Sjukdomen måste behandlas optimalt

Hur är det då med prevention? Enligt Solveig är det dåligt med evidens – det finns bara små studier.

– Men vi måste agera, sa Solveig och beskrev pågående initiativ i Norden.

Hon presenterade flera riskkalkylatorer och påpekade att det också finns en kardiovaskulär modul i det svenska kvalitetsregistret SRQ.

En studie av hård träning med hjälp av spinning för RA-patienter visade mycket goda resultat efter 10 veckor – bl.a. gick DAS28 ner från 3,2 till 2,6 i medeltal.

Solveig gick också igenom EULARs rekommendationer. Dessa är ordnade efter tre övergripande principer: Det är reumatologen som har ansvaret för kardiovaskulär risk hantering, RA är associerat med en ökad kardiovaskulär risk samt att användandet av NSAIDs och kortikosteroider ska ske enligt behandlingsspecifika EULAR och ASAS guidelines.

– Slutligen vill jag konkludera att reumatologer ska behandla den reumatiska sjukdomen optimalt, initiera screening för kardiovaskulära riskfaktorer – vilket inklu-



Solveig Wällberg Jonsson

derar livsstilsfrågor – och delar ansvaret för läkemedelsbehandling och handläggning av traditionella riskfaktorer med primärvården och kardiologer, avslutade Solveig.

## Naproxen har mest fördelaktig riskprofil

NSAIDs är associerade med en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom och mortalitet, sa Gunnar Gislason, Danmark. Risken är dosberoende – den ökar med en ökad dos av NSAIDs.

Han berättade att 50 % av den danska befolkningen tar NSAIDs.



Maria Holmqvist

– Jag vill understryka att jag inte säger att man *inte* ska använda dem. Man måste få kontroll över smärtan – men bör vara medveten, och väga fördelar mot risk, balansera dessa för den enskilde patienten, fortsatte Gunnar.

Risken med bruk av NSAIDs ökar tidigt efter att det att man börjat använda dem, och risken håller i sig över tid.

– COX-1 inhibitorer har mer gastroenterologiska konsekvenser, och COX-2 inhibitorer (rofecoxib, celecoxib och diklofenak) mer kardiovaskulära. Naproxen har den

mest fördelaktiga riskprofilen ur hjärt-kärlsynpunkt. Diklofenak dagligen över 100 mg har en mycket ofördelaktig riskprofil.

De kliniska implikationerna av detta är att användningen av NSAIDs bör reduceras till ett absolut minimum – särskilt hos patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom. Diklofenak och COX-2 selektiva NSAIDs bör inte användas alls.

– NSAIDs ökar risken för tromboembolism, avslutade Gunnar.

### Data från SRQ om koronarsyndrom

Har den förbättrade handläggningen av tidigt diagnostiserad RA inneburit en sänkt risk för akut koronarsyndrom hos dessa patienter? Frågan var föremål för en studie, som presenterades av Maria Holmqvist, Sverige.

Maria visade att det medför en snabb ökning av risk för hjärtinfarkt efter diagnos av RA hos patienter som diagnostiserades

### ”Mer intensiv terapi har gett resultat - CRP har minskat”

mellan åren 1995 till 2006. Mekanismen bakom detta är oklar, men det finns andra studier som länkar inflammatorisk aktivitet till risk för kardiovaskulär sjukdom.

– Mer intensiv terapi *har* gett resultat – CRP har minskat. Men vi har inte sett några studier av om det har påverkat RA-patienters risk för akut koronarsyndrom. Därför gjorde vi den här studien, förklarade hon.

Via SRQ identifierades samtliga patienter som fått diagnosen RA inom 12 månader efter första symptom mellan åren 1996 och 2012 (n=13 495). Dessa jämfördes med en slumpvis utvald grupp i bakgrundsbefolkningen (n=116 958).

– Vi fann en 35-procentig nedgång i incidensen för akut koronarsyndrom åren 1997 - 2012 i både RA-gruppen och i bakgrundsbefolkningen. Men vi fann också att risken för akut koronarsyndrom var 40 % *högre*

för gruppen med RA även under den senaste perioden. Det finns ingen evidens för att den relativa risken har minskat för RA-patienter under de senaste åren. Den förhöjda risken vid RA observerades oavsett kön, ålder och RF-status – och dessutom redan inom ett år efter RA-diagnos, summerade Maria.

Hennes slutsats var att trots att vi behandlar mer aggressivt, och har större framgång med att sänka den inflammatoriska aktiviteten, ger morbiditeten från akut koronarsyndrom anledning till oro. Fortfarande måste man vara vaksam och implementera preventiva åtgärder tidigt i sjukdomsutvecklingen av RA – och därefter kontinuerligt fortsätta med detta.

### Lovande data om tocilizumab vid PMR

Polymyalgia reumatika (PMR) stod i fokus för två föreläsningar. Christian Dejaco, Österrike, beskrev EULARs och ACRs rekommendationer från 2015 för handläggning av PMR.

– Det finns fyra övergripande principer: Uteslut andra liknande sjukdomar, bedöm komorbiditet och riskfaktorer, vid atypisk presentation eller refraktär/återkommande sjukdom – remittera till specialist, och upprätta en individualiserad behandlingsplan som innefattar regelbunden monitorering, sa Christian.

Han fortsatte med att rapportera om att det finns nya lovande data på tocilizumab.

– I TENOR-studien (Fas-II) svarade alla efter 12 veckor (primär endpoint). I nästa fas följde man upp patienterna efter 24 och 52 veckor. Endast 4 av de 20 patienterna var tillbaka på steroider efter ett år.

En annan Fas-II studie på 10 patienter visade också mycket imponerande resultat.

– Fas-III studier kommer, och vi väntar på resultatet. Vi kan gå mot en bra framtid i behandlingen av PMR, summerade Christian.

Han efterträddes i talarstolen av Sarah Mackie, Storbritannien, som talade om deras arbete med att ta fram kriterier – och patientrapporterade utfallsmått för utvärdering av behandling – för PMR.

### Bygg in monitorering i infrastrukturen

Därmed var det dags för öppningsföreläsningen, som var den sista programpunkten på kongressens första dag. Den gavs av Tuulikki Sokka-Isler, Finland, och handlade om optimalt användande av utfallsmått för inflammatorisk artrit.

I sin inledning konstaterade Tuulikki att vikten av monitorering av patienter har betonats inom reumatologin under flera decennier. Men många hinder återstår att undanröja innan framgångsrik monitorering är en fast rutin i den rutinmässiga vården.

– Idag använder vi en mängd olika tekniska hjälpmedel, och det innebär att dok-



torn *tror* att han eller hon vet hur patienten mår, sa Tuulikki.

Varför ska man mäta/monitorera patienten? Och hur ska man mäta?

– Man ska mäta för att optimera de kliniska beslut som leder till att patienten befinner sig i så bra hälsa som möjligt – med minimala bieffekter av den terapi de erhåller. Troligen är det enda sättet att utföra monitorering av patienten under lång tid, att man bygger in den som en del av *klinikkens infrastruktur* – som en automatisk procedur, som inte påverkas av humör, tvivel, trender eller projekt, ansåg Tuulikki.

### Monitorera vid varje besök

För att åstadkomma detta behövs ett multidisciplinärt omhändertagande, och användarvänliga IT-system.

– I teamet ingår reumatologen – som påbörjar behandling som ger snabb remission, en sjuksköterska – som ger utbildning och information till patienten och kontrollerar följsamheten till behandlingen, samt en fysioterapeut som testar kondition och sätter upp ett individuellt program med utställningsträning och muskelövningar.

Dessa ingår i själva teamet som *alltid* ska finnas runt patienten. Tuulikki underströk att *andra* professioner – socialarbetare, andra yrkeskaterapeuter m.fl. – tas in efter behov.

Och vid varje besök ska patienten monitoreras. Dels sker det med hjälp av patientens egen monitorering, där denne fyller i uppgifter. Den kliniska monitoreringen sker med hjälp av reumatologen som kontrollerar leder och gör en global bedömning, men också med labprover och radiologi.

– Man undersöker även riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom och för osteoporos.

### Stor skillnad mellan grupper i studie

Tuulikki presenterade en studie (TICORA) som jämfört detta förhållningssätt med rutinomhändertagande.

– I den intensivt uppföljda gruppen bedömdes patienterna varje månad. DAS kalkylerades, och var värdet högre än 2,4 efter tredje månaden, eskalerades den orala terapin. Vid varje månatlig bedömning, injicerades varje svullen led med intraartikulär steroid – om inte den blivit injicerad under en 3-månaders period, eller om patienten avböjde.

I rutinomhändertagandet blev patienten bedömd var tredje månad, utan någon formell monitorering/mätning av sjukdomsaktivitet som underlag för det kliniska beslutsfattandet.

– Det visade sig att det blev stor skillnad på utfallet mellan de båda grupperna – till fördel för de som var i gruppen för det intensiva förhållningssättet. Utfallet av TI-



Den lokala organisationskommittén fr.v: Gudrun Björk Reynisdóttir, Gunnar Tomasson, Sigríður Valtýsdóttir, Thorvardur Jon Löve, Björn Guðbjörnsson och ordförande Gerdur Gröndal.

CORA var mycket intressant, konstaterade Tuulikki.

Därmed finns det bevis för att patientmonitorering förbättrar utfallet av terapin, konstaterade Tuulikki i sin konklusion.

– Rutinmässig monitorering av patienter fungerar i *min* klinik – så varför skulle den inte göra det i *din* också, avslutade hon med att fråga.

### För och emot anti-TNF vid AS

Nästa kongressdag gavs det vetenskapliga programmet i parallella sessioner, så man fick välja vilken man ville gå på.

En av dessa handlade om TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit (AS). Sessionen inleddes med en debatt: Påverkar TNF-hämmare strukturella förändringar? Först ut var Walter Maksymowych, Kanada.

– Troligen inte, ansåg Walter.

Han visade en undersökning av radiologisk progression för AS-patienter efter två år på adalimumab, där de flesta patienter inte uppvisade någon skillnad jämfört med dem som inte stött på TNF-hämmare. En annan studie hade funnit att normalisering av CRP, ASDAS, MR inflammation med TNF-hämmare inte kunde påvisas förhindra progression av AS.

Filip Van den Bosch, Belgien, höll in med. Han visade data från en studie som jämfört radiologisk progression i AS efter 8 år av behandling med TNF-hämmare, eller med NSAIDs. Gruppen som stött på TNF-hämmare hade efter denna tid ett bättre utfall. En annan studie visade också att tidig behandling med TNF-hämmare är associerad med bättre radiologiskt utfall. Båda studierna var från år 2013.

– Två år är för kort tid, men efter 4 år ser man skillnad till fördel för anti-TNF.

Liksom Walter, ansåg Filip att det finns flera skäl till att man ska vara försiktig med tolkningen av data på strukturell progressi-



Tuulikki Sokka-Isler

on med mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score).

– Behandling med TNF-hämmare i mer än ett decennium har resulterat i signifikant och hållbar förbättring av relevanta kliniska utfall vid AS, ansåg Filip.

### Secukinumab vid AS – tvåårsdata

IL-17, en pro-inflammatorisk cytokin, har visats vara inblandad vid AS. I Fas-III stu-



Gerdur Gröndal

dien MEASURE 2, visades att secukinumab, en anti-IL 17A monoklonal antikropp, signifikant förbättrade tecken och symptom av aktiv AS, med behandlingssvar som höll i sig i 52 veckor.

Tuulikki Sokka-Isler rapporterade nu om data efter 104 veckor.

– Vi såg hållbar förbättring vad gäller effektivitet och säkerhet, fysisk funktion och livskvalitet hos patienter med aktiv AS efter två år. Förbättringen med secukinumab gällde oavsett om patienten tidigare behandlats med anti-TNF eller inte, sa Tuulikki.

Secukinumab tolererades väl efter 2 år, med en säkerhet som låg i linje med den som tidigare rapporterats i kliniska Fas-III prövningar för psoriasis, psoriasisartrit och AS, summerade hon.

### Biosimilarens existensberättigande

En annan session ägnades åt biosimilarer. Efter att ha definierat vad en sådan är, beskrev Jonathan Key, USA, tillverkningsprocessen.

– Referensprodukten genomgår ständiga förändringar, och biosimilaren måste följa dessa, berättade han.

Jonathan presenterade en förteckning över biosimilarer som är under utveckling för att behandla inflammatoriska sjukdo-



Adrian Levitsky

## ”Stor skillnad på tillgången till biologiska läkemedel”

mar: För adalimumab är siffran 12, för etanercept 7, för infliximab 5, tocilizumab 2 och rituximab 7.

– Generella principer för att visa biosimilaritet är dels att den kliniska effektiviteten och säkerheten för referensprodukten redan är demonstrerad. Biosimilaren måste visas inte ha någon signifikant skillnad från sin referensprodukt. Det krävs också robusta analytiska, toxikologiska, PK/PD studier samt studier på immunogenicitet för jämförelse med referensprodukten, sa Jonathan.

Han tillade att det endast behövs mindre kliniska prövningar för att jämföra biosimilarens effektivitet, och att det inte krävs att demonstrera effektivitet för samtliga indikationer.

– Ingen skillnad i säkerhet och effektivitet förväntas mellan en godkänd biosimilar och dess referensprodukt.

Den potentiella risk som individen utsätts för när denne byter – ”switchar” – till en biosimilar som är billigare, ska uppvägas av den potentiella fördel för samhället det innebär att kunna expandera vård till alla som behöver den.

– Det är detta som utgör biosimilarens existensberättigande, sa Jonathan.

### Explosion av biosimilarer kommande år

Det råder en stor skillnad på tillgången till biologiska läkemedel mellan olika länder. Länder med sämre ekonomi, har de största restriktionerna för att använda dessa läkemedel.

Detta faktum påpekades av Tore K. Kvien, Norge.

– Därför kan biosimilarer – som är mycket billigare, men varken bättre eller sämre än originalprodukten – förbättra tillgången till bra terapi för fler patienter med reumatisk sjukdom, fortsatte Tore.

Han påpekade att vi endast befinner oss i

begynnelsen av biosimilarens era.

– Vi kommer att få se en explosion av biosimilarer under de närmaste åren. Det förväntas komma 3 för adalimumab i Skandinavien.

I Norge kan man behandla fem patienter med Remsima till samma kostnad som man behandlar en patient med Remicade. Nu har priset på Remsima dock gått upp, och Inflectra har gått ner, så därför byter man i Norge till Inflectra.

– Det bytet är inte en ”switch”, eftersom båda preparaten är samma, dvs. CTP-13. Så det bytet är bara att göra.

Förskrivningarna har mycket riktigt ökat – enligt Tore fördubblats – i Norge efter införandet av biosimilaren till infliximab.

### Stort intresse för Nor-Switch

Men just detta byte (switch) från originalprodukt till biosimilar – är det verkligen säkert att göra? Uppföljningar av studierna PLANETRA och PLANETAS, utan kontrollgrupp, visade inte några omfattande säkerhetsproblem vid switch.

– Men dessa studier hade inte en optimal design, och täckte enbart RA och AS. Data från dem har sedan extrapolerats till andra terapiområden, fortsatte Tore.

Han beskrev Nor-Switch, studien som sattes upp i Norge med finansiellt stöd från norska regeringen. Där har man randomiserat patienter 1:1 – som redan stod på infliximab och svarade bra – från inte bara reumatologi, utan även från gastroenterologi och dermatologi. Studien är dubbelblindad – enbart sjuksköterskan som blandar infusionen vet om patienten får original-infliximab eller biosimilaren.

Tore var noga med att understryka att även patientföreningarna ingår i studiens projektgrupp.

– Redan efter en vecka ville en advokatfirma, ett läkemedelsbolag och norsk TV se studieprotokollet. Studien har rönt ett mycket stort intresse, konstaterade han.

Nor-Switch inkluderade sin första patient den 24/10 2014, och den sista infusionen gavs under mitten av juni 2016. Resultaten kommer att presenteras vid UEG Week i Wien under oktober 2016 (då *Reumabulletinen* kommer att vara på plats) samt vid ACR i november.

### Dansk observationsstudie på Remsima

I Danmark har man inte väntat – i princip använder man inte Remicade längre, utan har switchat samtliga patienter, berättade Bente Glintborg, Danmark.

Bente presenterade en elektronisk omröstning som gjordes vid EULAR 2016, där publiken fick svara på vad som var viktigast – förutom kostnaden – när man skulle bestämna sig för en biosimilar. Det visade sig att en majoritet valde alternativet *real-life evidence* framför de båda andra (*clinical*) ▶





evidence och personal clinical experience).

– Därför behöver vi data från den verkliga världen, och vi har undersökt det kliniska utfallet efter tre månader för alla patienter med RA, PsA och SpA som har switchat från original-infliximab Remicade till biosimilär-infliximab Remsima, förklarade hon.

Det är en observationsstudie där man samlat data om dessa patienter via registret DANBIO. Totalt switchades 693 patienter, och data fanns att tillgå för 647 av dessa. De hade behandlats med Remicade under i medeltal 7 år.

– Vi fann att sjukdomsaktiviteten var i princip oförändrad för dessa patienter 3 månader efter switch, och jämförbar med de fluktuationer som observerades 3 månader innan switch.

Dock fann man att flera patienter (ca 7%) avbröt behandlingen pga. förlorad terapiefekt eller allvarlig biverkan.

– Det motiverar att fortsätta undersökningar görs innan man kan rekommendera att alla ska göra en sådan switch, avslutade Bente.

### Studier på miljöfaktorer kräver tänkande utanför boxen

Den rådande paradigmen är att systemisk reumatisk sjukdom involverar riskfaktorer från både genetik och miljö. Den genetiska påverkan förefaller vara ganska liten för de flesta sjukdomar, och det finns multipla vägar som leder till sjukdom.

Detta hävdade Alfred Mahr, Frankrike, i inledningen av sitt föredrag.

– Alltså står mycket på spel: Miljöfaktorer kan modifieras eller behandlas. Men vi har väldigt liten *kunskap* om dessa – relationen mellan miljö och sjukdom är komplex att studera, fortsatte han.

Orsaken till att det är så komplext är att så många miljöfaktorer är inblandade. Dessutom kan man fråga sig hur långt man ska gå tillbaka när man letar efter exponering: Tre månader? Eller sedan barndomen?

– Kiseloxid och lösningsmedel är en expertpanel överens om bidrar till Systemisk skleros, SLE och antikropps-associerad vaskulit. Man säger också att det är ”troligt” att rökning bidrar till SLE, fortsatte Alfred.

Han visade även en studie som funnit en – liten – riskökning för SLE med bröstimpantat.

Enligt honom finns det alltså mycket att göra inom området. Man behöver för kommande forskning identifiera goda kandidater, och gå på ”big hits”.

– Gå på beskrivande data – de kommer att säga oss mycket. Ett exempel: Incidensen av jättecellsartrit förefaller vara på nedåtgående – men olika mycket i olika länder. Det betyder att en miljöfaktor måste ha *minskat!*

Andra beskrivande data är bl.a. skillnader i kön, i ras och etnicitet och studier på



Tue Wenzel Kragstrup, Danmark, Ida K Haugen, Norge och Katerina Chatzidionysiou, Sverige belönades med Scandinavian Journal of Rheumatology Research Award 2016. Prissumman var på 167 000 norska kronor vardera.

migranter.

– Detta är en stor utmaning, eftersom det är så komplext. Vi kan vinna mycket, men också drabbas av misslyckanden. Vi behöver ha starka hypoteser att testa, fler – noggranna – studier och vara försiktiga i vår tolkning av data. Och vi måste tänka utanför boxen, summerade Alfred.

### Ta hänsyn till BMI vid tidig RA

Adrian Levitsky, Sverige, presenterade en studie där de undersökt huruvida fetma har samband med remission och respons vid tidig RA.

De fann att fetma var en stark prediktor för ett sämre kliniskt utfall under de första två åren av behandling – vad beträffar sjukdomsaktivitet, funktionsnedsättning och smärta.

– Endast 23 % av de feta patienterna var i remission efter 24 månader, sa Adrian.

Det dåliga utfallet för feta var specifikt för den grupp som stått på MTX monoterapi och trippelterapi – men inte signifikant för de som fått MTX + TNF-hämmare.

Adrian konkluderade att dessa resultat understryker vikten av att ta hänsyn till BMI när man bedömer den individuella patienten med tidig RA.

### Något förhöjd risk för cervixcancer och melanom

Biologiska läkemedel och risk för malignitet – innebär det att man bör screena patienten regelbundet? Denna fråga utgjorde rubriken på Johan Asklings, Sverige, föredrag.

– Nödvändiga förutsättningar för screening är att tidig diagnos ska förbättra utfallet, att testet man screenar med har hög diagnostisk tillförlitlighet, att det finns effektiv behandling, är kostnadseffektivt och att screeningen är allmänt accepterad, slog Johan inledningsvis fast.

Om man jämför en RA-patient som *inte* står på biologiskt läkemedel med bakgrundsbefolkningen, så har denne en lite högre risk att drabbas av cancer, med en något lägre chans att överleva, fortsatte han.

– Men om man jämför en patient med RA som behandlas med ett biologiskt läkemedel, så löper denne *samma* risk som bakgrundsbefolkningen!

Johan gick sedan igenom olika former av cancer. RA-patienter som står på biologisk behandling har kanske en något förhöjd risk att drabbas av cervixcancer och melanom. Det är de enda två cancerformerna, och dessa är oftast behandlingsbara med gott resultat.

– Så i er klinik, kontrollera om det finns en historia med cervix neoplasier, uppmuntra patienten att delta i de allmänna screening-programmen, och be dem vara uppmärksamma på nya hudlesioner. Och kom ihåg – att få en patient att sluta röka är den allra effektivaste preventionen för cancer vid RA, avslutade Johan.

### ”En framtida guldgruva”

Anna Rudin, Sverige, lämnade en halvtidsrapport om arbetet med NORD-STAR – the Nordic Rheumatic Diseases Strategy Trials And Registries. Det är den första head-to-head studien på tre biologiska läkemedel som jämförs med aggressiv konventionell terapi vid tidig RA.

– Studien ska också jämföra två strategier för utsättning för patienter som svarar på behandlingen, berättade Anna.

Arm 1 (aggressiv konventionell behandling) ser lite olika ut beroende på vilket land man befinner sig i. I Danmark och Finland består behandlingen av metotrexat (MTX) + sulfasalazin + hydroxyklorokin + i.a. glukokortikoid. I Island, Norge och Sverige av metotrexat + oral glukokortikoid.

Arm 2 består av MTX + certolizumab ➤



pegol, arm 3 av MTX + abatacept och arm 4 av MTX + tocilizumab. Dessa armar är samma i samtliga länder.

– Vi hoppas få svar på tre frågor: Inducerar någon av dessa behandlingar en högre remissionsfrekvens vid tidig RA? Kommer något av de tre biologiska läkemedlen att inducera en mer stabil remission efter utsättning av det biologiska läkemedlet? Kan vi identifiera tidiga biomarkörer för remission, och skiljer sig dessa mellan de olika terapierna, förklarade Anna.

Det som behöver ske nu, är att skynda på inklusionen eftersom man ska vara klar 2017.

Hon sa också att de samlar in ett omfattande biobanksmaterial från alla patienter.

– Det kommer att utgöra en framtida guldgruva. Jag tror vi har material från studien att arbeta med fram tills dess vi går i pension, avslutade Anna.

### Lovande resultat för baricitinib vid RA

Januskinaser (JAK) är en grupp proteiner som signalerar intracellulärt via den s.k. JAK-STAT signalvägen. Överaktivering av denna signal är av central betydelse vid flera immunologiska sjukdomar. Vid behandling av RA, har det visat sig vara effektivt att blockera denna signalering, med s.k. JAK-hämmare.

Baricitinib är en hämmare av JAK1 och JAK2. I nyligen rapporterade Fas-III studier, visades att baricitinib ledde till en förbättring av sjukdomsaktiviteten hos patienter med aktiv RA, och inte hade fått tillräckligt bra svar från konventionella syntetiska DMARDs, biologiska DMARDs samt för DMARD-naiva patienter.

Detta berättade Peter Taylor, Storbritannien, som presenterade en Fas-III studie som undersökt säkerhet och effektivitet med baricitinib jämfört med adalimumab för patienter med aktiv RA, som inte haft tillräckligt behandlingssvar med metotrexat – RA-BEAM.

Studien hade tre armar: En med placebo, där man efter 24 veckor bytte ut placebo till



baricitinib, en arm med baricitinib från början och en arm med adalimumab. Primär endpoint var ACR20 för baricitinib över placebo vecka 12.

– Studien uppfyllde alltså denna endpoint. Vi fann att förbättringen i DAS 28 för baricitinib var överlägsen jämfört med placebo – och adalimumab – vecka 12. Denna skillnad bestod fram till vecka 52, som var sekundär endpoint, berättade Peter.

### ”Insamlingen av biobanks-material blir en guldgruva”

Han avslutade med att visa en tabell över ACR20, 50 och 70 respons vecka 12, 24 och 52. För alla dessa staplar, visade det sig att baricitinib hade de bästa resultaten.

– Jag tycker att det här är mycket spännande data, avslutade Peter.

### Läkare som haft stor betydelse för reumatologins utveckling

För första gången sedan år 1992 anordnades en historisk session på SCR. Detta hälsades med tillfredsställelse av den förste talaren på detta symposium, som var Frank Wollheim, Sverige.

Frank berättade om Jan Gösta Walden-



Anna Rudin

ström (1906 - 1996) som han kallade ”en Linnéan vid sjuksängen”. Han beskrev Waldenströms karriär som vetenskaplig forskare, och som den som satte Malmö på den internmedicinska kartan. Waldenström blev även professor i Malmö.

Waldenströms makroglobulinemi är uppkallad efter honom, och en sökning på sjukdomen i PubMed genererar år 2016 mer än 5 600 träffar. Purpura hyperglobuliemica beskrevs först av Waldenström, och artikeln publicerades 1943.

Ido Leden, Sverige, fortsatte med ytterligare ett personporträtt. Ido berättade om Gunnar Kahlmeter (1885 - 1951). Det är med honom som svensk reumatologi börjar, enligt Ido. (Läs mer om detta i separat artikel).

Han avslutade sin föreläsning med att nämna andra nordiska läkare som haft stor betydelse för reumatologins utveckling.

– Då tänker jag på Erik Waaler från Norge, Christina Baastrup och Holger Scheuermann från Danmark och Henrik Sjögren – som gav namn åt Sjögrens syndrom – från Sverige. Dessutom Arvi Larsen från Finland, som är den enda av dessa som är i livet idag, sa Ido,

### Modern tolkning av isländska sagor

Ottar Gudmundsson, Island, är psykiatriker och han levererade en intressant och



underhållande föreläsning om de isländska sagorna – och de psykiatriska sjukdomar som man, med moderna ögon, kan finna förekommer i dessa. De diagnoser han kom fram till var framför allt bipolär sjukdom och schizofreni. Det förekommer även flera skildringar av individer med borderline-personlighet, asociala och narcissistiska drag.

– Dessa sagor handlar om vanliga människor i en väldigt annorlunda tid. Men deras psykiatriska profiler är lika dem som vi även kan finna hos moderna människor. Den tiden de skildrar var gynnsam för att skapa asociala människor, konkluderade Ottar.

Sist ut av föreläsarna var en långväga gäst – Peter Stride från Australien. Han hade lämnat in ett abstrakt till SCR, där han lade fram följande historiska hypotes: Egill Skallagrímsson, huvudpersonen i Egills saga och som det finns historiska bevis för har existerat, led *inte* av Pagets sjukdom (som en studie från 1993 och en annan från 2004 kommit fram till). Peter har med stöd av samtida beskrivningar istället kommit fram till att det troligare var von Buchems sjukdom, en ärftlig sjukdom som ger defekt sclerostinproduktion och hårt skelett.

– Men eftersom hans kvarlevor aldrig har påträffats, så är det endast en hypotes, sa Peter.

### Ställ en enkel fråga

Arthur Kavanaugh, USA, gav en uppdatering om psoriasisartrit. Han började med att påpeka att det skett ett stort uppsving i intresset för sjukdomen under de senaste åren, och han illustrerade detta med att visa



en brant stigande kurva av publikationer, hämtad från PubMed.

– Förr behandlade vid PsA som vi behandlade RA, men det gör vi inte längre, konstaterade Arthur.

Data från USA år 2016 visar att av 712 patienter med PsA hade 28 % ingen terapi alls, 31 % endast lokal terapi, 19 % oral och lokal terapi, 8 % oral och lokal samt 14 % biologisk med eller utan lokal terapi.

– 16 % av patienter med PsA träffade ingen hälsoarbetare förra året – fastän 52 % graderade sin sjukdom som svår, och 60 % rapporterade mer än 4 påverkade leder. 38 % erhöll större delen av sin vård från en reumatolog, och 32 % rapporterade att de varit hemma från arbetet det senaste året pga. artrit. Här finns alltså en grupp patienter som vi kan göra mera för!

Att screena för PsA bland psoriasispatienterna hinner inte dermatologerna med, och Arthur rekommenderade istället det han kallade för "the Kavanaugh question": *Har du ont, eller andra besvär, i eller kring dina leder som du vill göra något åt?*

### Treat-to-target förbättrar utfallet

Metotrexat fungerar för vissa patienter med PsA, men inte alla. Arthur trodde personligen att en kombination av MTX och anti-TNF skulle vara mer effektivt, men det återstår att visa.

Ustekinumab har visat ge effekt, och en annan IL-17-hämmare – secukinumab – har också visat sig ge respons. Ixekizumab – ytterligare en IL-17 hämmare – har visat goda resultat och röntte uppmärksamhet vid senaste ACR, fortsatte Arthur.

– Apremilast har visat sig hjälpa vissa pa-

tienter. Det finns alltså flera alternativ, och det är bra.

TICOPA är en studie där man testat att behandla tidig PsA med tight control.

– Den visade att handläggning med treat-to-target signifikant förbättrade utfallet för leder och hud. Men det var fler allvarliga biverkningar i den gruppen (14 mot 6 i armen med vård enligt standard).

Det återstår många utmaningar i PsA, konstaterade Arthur.

– Men kom ihåg de stora framsteg vi ändå har gjort under de senaste två decennierna, var hans avslutande budskap.

### Motsägande studier om rökning vid PsA

Thorvardur Jon Love, Island, talade om riskfaktorer för PsA. Vilka får sjukdomen?

– Mellan 0,15 och 0,2 % i bakgrundsbefolkningen får PsA. Men bland patienter med psoriasis drabbas mellan 10 och 30 %. Psoriasis uppträder före PsA i 75 - 85 % av fallen, svarade Thorvardur på sin egen fråga.

Det är alltså en hög incidens i riskgruppen.

– Men denna grupp är lätt att identifiera – de bär ju riskmarkören på sin hud, fortsatte han.

Thorvardur beskrev ett antal riskfaktorer, och började med hudrelaterade sådana. Bland dessa är att ha psoriasis på mer än tre platser på huden, att ha svår psoriasis, psoriasis på skalpen, mellan skinkorna och perianalt, förenat med en förhöjd risk.

– Fetma har studerats väl, och har visats öka risken för PsA. Hyperlipidemi – oberoende av BMI – likaså. Om patienten lyckas gå ner i vikt, är det associerat med förbättrad sjukdomsaktivitet och ett förbättrat behandlings svar

Rökning ha i tidigare studier visats öka risken för psoriasis och RA. Men 2012 kom två studier om rökning och PsA – den ena (Eder et al 2012) visade på minskad risk (OR 0,57), den andra (Li et al 2012) på kraftigt ökad risk (OR 3.13).

– Alltså två mycket motsägande resultat, kommenterade Thorvardur.

En studie från 2015 visade en mycket kraftig riskökning i samband med hög alkoholkonsumtion.

Thorvardur avslutade med att stress och infektioner kan vara utlösande faktorer, s.k. triggers.

### Kontrollera var tredje månad

Bente Glintborg, Danmark, fortsatte med att tala om prediktorer för respons för TNF-hämmare vid PsA.

Hon citerade en studie som funnit att rökare hade sämre patient-rapporterade outcomes vid baseline, var följsamma till behandlingen under kortare tid och hade sämre respons till behandlingen jämfört med icke-rökare. Mest uttalat var detta hos



män, och hos patienter som behandlats med infliximab eller etanercept.

Bente presenterade en artikel hon och hennes kollegor skrivit i *Rheumatology*, där de med hjälp av data från det danska registret DANBIO och det isländska registret ICEBIO slagit fast att det finns ett behov av prediktorer för behandlingseffekt av infliximab vid PsA.

– Vissa kliniska faktorer förefaller vara associerade med terapi svar och följsamhet. Men vi har fortfarande en lång väg att gå, innan vi kan lyckas finna en personlig behandlingsstrategi.

Vad ska vi då göra i den kliniska vardagen? Bente avslutade med några råd:

– Vi ska fokusera på treat-to-target. Anpassa eller förändra vår terapi om förbättring inte kan konstateras efter tre månader – och göra om detta om vi inte når låg sjukdomsaktivitet efter sex månader.

### Fokusera på livsstilsförändringar?

Sista talare på denna session om PsA var Glenn Haugeberg, Norge, som talade om komorbiditeter.

Glenn presenterade en lång lista på sådana – kardiovaskulär sjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom, depression och cancer var några som stod på den.

– Dessutom är mortaliteten något förhöjd vid PsA, tillade han.

Glenn gick igenom ett antal studier på komorbiditeter, och sammanfattade resultaten.

När det gäller cancer, så är risken för hematologisk cancer ökad vid PsA, men inte för solida tumörer eller icke-melanom hudcancer.

Risken för infektioner är ökad.

– Och infektionsrisken är signifikant ökad hos PsA-patienter som får läkemedel.

En amerikansk kohortstudie hade funnit en ökad risk för depression hos kvinnor i USA med psoriasis, jämfört med kvinnor som inte hade psoriasis.

– Denna risk var högre hos dem som samtidigt hade PsA.

Däremot är risken för osteoporos – ”troligen”, enligt Glenn – inte förhöjd. Risken för fetma är dock förhöjd.

Glenn avslutade med följande fråga:

– Kanske vi i framtiden ska fokusera mera på att få till stånd livsstilsförändringar hos PsA-patienter, för att på så sätt höja deras livskvalitet?

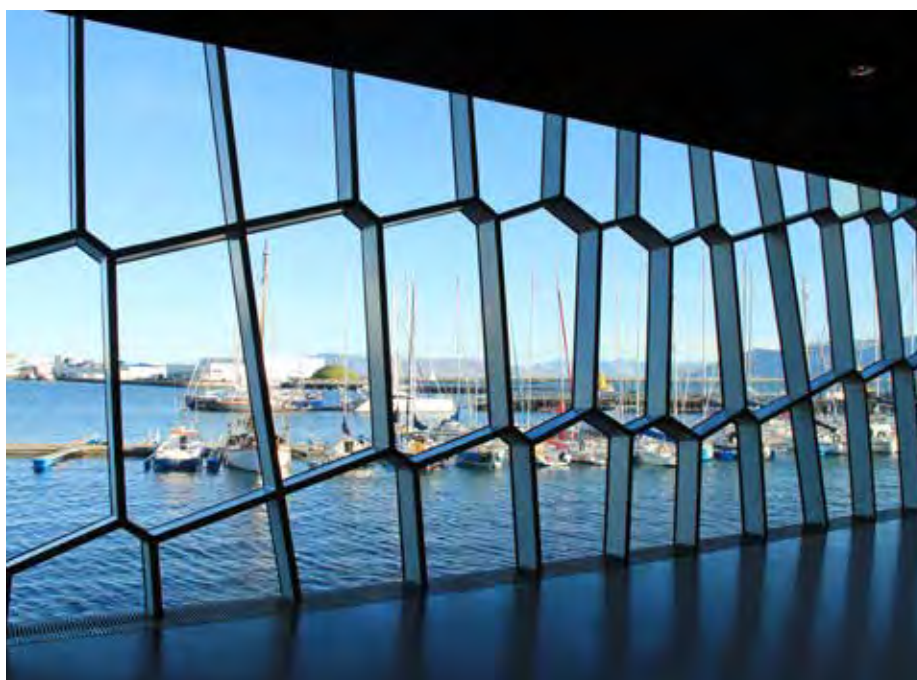
Med denna avslutande fråga, avslutar vi också rapporteringen från SCR på Island. Om två år är det dags igen – 2018 ges den 37:e kongressen i Helsingfors, Finland. Datum är satt till 5 - 8:e september.



Bente Glintborg



Glenn Haugeberg



Per Lundblad





# Big data i lilla Sverige, kvalitetsregistrens framtid

Tillsammans med Forska!Sverige arrangerade Svensk Reumatologiska Förening och Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister SRQ, ett seminarium i Almedalen som diskuterade frågor som: Vad kommer att hända med de svenska kvalitetsregistren? Vem äger den data som lagras: patienten, professionen, landstingen eller staten?

Anna Nilsson Vindefjärd, generalsekreterare för Forska!Sverige, en oberoende stiftelse som arbetar för att förbättra villkoren för medicinsk forskning och dess tillämpning, inledde seminariet med en kort introduktion till var vi står i Sverige vad gäller utvecklingen och användningen av nationella kvalitetsregister.

– Det finns i dag 96 nationella kvalitetsregister och 12 registerkandidater som innehåller individbaserade uppgifter om olika sjukdomar, insatta åtgärder och resultat. Tillsammans med de svenska hälsodataregistrerna är kvalitetsregistren en viktig källa för forskning, för att rädda liv och för att arbeta på ett värdeskapande sätt.

Det finns dock flera utmaningar, menar hon, systemen är inte samordnade, registreringar är tidskrävande och finansieringen är osäker. En annan utmaning är att uppnå en hög täckningsgrad och en hög kvalitet.

Anna Nilsson Vindefjärd berättade även om "Agenda för hälsa och välbefinnande", ett



Karolina Antonov LIF, Caroline Liljegren Reumatikerföreningen Stockholm, Sofia Ernestam SRQ, Patrik Sundström SKL, Håkan Billig Kliniska studier Sverige och Anders Lönnberg regeringsamordnare inom life science.

projekt som Forska!Sverige driver i samverkan med 30 aktörer. Genom att identifiera orsakerna till varför Sverige inte får ut mer av forskningen, har projektet tagit fram en rapport med 14 prioriterade åtgärder för att öka värdet av varje forskningskrona.

– Vi hoppas att satsningen kommer att vara med i den kommande propositionen.

När staten och landstingen beslutade att ge registren extra stimulans genom att satsa 1,5 miljarder kronor under åren 2012-2016, var syftet att öka registrens kvalitet och påskynda utvecklingen.

Nu närmar sig satsningen sitt slut och intensiva diskussioner pågår om styrning, organisation och ansvarsfördelning, men också vad som behöver göras för att ytterligare öka nyttan med registren och möta de utmaningar som finns.

– Vi har fortfarande inget tydligt besked om finansieringsdelen, vilket är oroväckande, säger Anna Nilsson Vindefjärd.

## Globalt nätverk för patienter

Behöver vi kvalitetsregistren? Frågan inledde paneldiskussionen som modererades av Boel Mörck, vice ordförande, Svensk Reumatologisk Förening.

– Kvalitetsregistren är professionsdrivna och viktiga för att skapa en bättre vård för patienterna. Vi kommer att i ännu större utsträckning behöva registren framöver, säger Patrik Sundström, programansvarig för e-hälsa på Sveriges kommuner och landsting.

Karolina Antonov, chefsstrateg på LIF, de forskande läkemedelsföretagen, betonade att kvalitetsregistren är en av flera källor vid sidan av hälsodataregister, strukturerade journaler, biobanker.

– Vi behöver ha mer fokus på frågor och analys och mindre på datainsamling. Jag skulle också önska att vi fokuserade mer på frågan hur vi ska använda data och vem som får använda den, snarare än att fastna i en meningslös diskussion om vem som äger data.

Caroline Liljegren, ordförande för Reumatikerföreningen i Stockholm med över 20 års erfarenheter av att vara reumatiker i vården, menade att registren är viktiga för att skapa bättre hälsa, men också för att driva forskningen framåt.

– Förhoppningen i slutändan är ju att vi ska lösa reumatologins gåtor.

Patrik Sundström lyfte fram online-nätverket "PatientsLike Me", som ett utmärkt exempel på hur patienter över hela världen kan dela med sig av sina erfarenheter och finna svar på frågor om sina sjukdomar.

– Det är ett fantastiskt initiativ som kan fördjupa förståelsen och kunskapen om vad som fungerar och vad som behöver förändras i vården.

Genom särskilda hälsoprofiler kan patienterna beskriva hur de mår mellan läkarbesök och sjukhusvistelser och notera hur de reagerar på olika läkemedel.

Sofia Ernestam, reumatolog och registerhållare för SRQ, menade att vi står inför

många spännande möjligheter, men också utmaningar.

– Nästa år blir ett avgörande år för utvecklingen av kvalitetsregistren och strukturerad patientdata i största allmänhet, finansieringen till registren kommer dock sannolikt att minska från 2017 och arbetet med en förbättrad vårdokumentation bland annat inom 3R-arbetet, pågår för fullt.

Även arbetet med att mappa SRQ enligt nationellt fackspråk pågår, vilket lägger grunden för utveckling av strukturerade journaler och i förlängningen minskad dubbelregistrering, menar Sofia Ernestam.

– Vi behöver också lämna stuprören i världen. Genom att olika specialiteter som reumatologi och dermatologi delar med sig av insamlad data, kan vi lära oss av varandra. Det är omöjligt att kunna hänga med på alla områden i den snabba kunskapsutvecklingen.



### Öppenhet och transparens

Håkan Billig, är ordförande för Kliniska studier Sverige, en nationell satsning som samlar akademien, hälso- och sjukvården samt industrin för att tillsammans förbättra förutsättningarna att bedriva kliniska studier av hög kvalitet och göra Sverige till ett konkurrenskraftigt land inom området. Han menar att kvalitetsregistren befinner sig i en viktig övergångsfas.

– Tidigare har det varit en konkurrensfördel att äga data. Den nya trenden är att tillgången till data ska vara fri och transparent, detta gäller även kvalitetsregistren. Många människor har i regel inte bara en sjukdom, utan flera. Dessutom kan de brottas med problem som arbetslöshet eller sjukskrivningar, vilket kräver data från fler register.

Men, invände Karolina Antonov, det gäller att skilja på epidemiologisk data och big data som förutsätter två olika analysätt.

– Resultat av registerdata kan man tillhandahålla som öppna data, men data på individnivå kan man ju inte släppa.

Ralph Nisell, ordförande för Svensk Reumatologisk Förening, berättade kort om registerrådet inom SRF. Rådet är en kontaktpunkt för reumaforskargrupper som vill använda SRQ-data, med eller utan avtal med extern part. Rådet koordinerar även, i samråd med SRFs registergrupper, förfrågningar om uttag av data från SRQ och från SRQ biobank.

– Vi har överraskande nog fått in förhållandevis få ansökningar, trots att det är en guldgruva för att bedriva registerbaserad forskning.

Håkan Billig instämde i att registren används alltför lite för forskning, med undantag för SRQ.

– Vi är fortfarande på en låg nivå. Kliniska studier Sverige är ett regeringsuppdrag

för att bland annat utveckla användningen av registren. Det handlar inte bara om att gräva upp och sälja malm ur en gruva, vi behöver också raffinera produkten och lägga ännu mer fokus på hur data ska användas, säger Håkan Billig.

### Big data

Håkan Billig lyfte även fram begreppet ”flödesforskning” och hur vi i framtiden ska hantera data som kontinuerligt flödar online från spridda kunskapskällor.

– Vi har ingen utbildning eller vana av att hantera och analysera den här typen kontinuerlig och spridd kunskapsmassa. Det handlar om kunskap som har en påverkan på våra beslut och beteenden. Vi pratar förvånansvärt lite om detta.

Verklighetsdata eller ”real world data”, är data som inte samlats in under kontrollerade former i en studie, utan från vardagen i och utanför sjukvården, i syfte att utveckla en högre vårdkvalitet och exempelvis en bättre läkemedelsanvändning. Allt vi gör med våra datorer, plattor och smartphones avger data som vi sedan kan använda och analysera. När det handlar om omfattande data talar man om ”real world big data”, förkortat big data. Det handlar data från flera håll, som exempelvis data från sjukförsäkringar, patientregister, medicinteknik, biobanker och journalinformation. Ofta handlar det om olika format av data, både strukturerad och ostrukturerad.

– Läkare kommer inte att kunna greppa den omfattande kunskap som flödar. Den behöver omvandlas till värdefull kunskap som kan användas i mötet mellan patient och läkare, säger Anders Lönnberg, regeringens samordnare inom life science.

Det är ett fantastiskt framsteg, menar han, att SKL antagit den forskningspolicy som säger att klinisk forskning måste vara en integrerad del av hälso- och sjukvården.

Håkan Billig inflikade att de värdenheter som har tagit uppdraget på allvar också uppvisar en högre kvalitet och har en lägre personalomsättning.

I takt med att system och verktyg för att samla in och analysera data blir allt kraftfullare, billigare och mer tillgängliga kommer det att utvecklas allt fler användningsområden, men också nya möjligheter att hitta nya botemedel och att bättre förstå och förutsäga spridningen av sjukdomar.

– Det är spännande det som sker. Vi behöver fortsätta diskussionen om vad vi tillsammans kan göra för att utbyta data och fortsätta raffinera och dra nytta av den guldgruva som registren innebär. Här krävs också satsningar på rätt kompetens för att kunna analysera och bearbeta den stora mängd data som genereras, säger Karolina Antonov.



På plats i Almedalen var styrelsen för Svensk Reumatologisk Förening. Från vänster: Boel Mörck, vice ordförande, Ralph Nisell, ordförande, Gerd-Marie Alenius, facklig sekreterare, Katarina Almedhed, utbildningsansvarig. Övre raden: Marcus Rehnberg, koordinator samt Christopher Sjöwall, vetenskaplig sekreterare. (På bilden saknas Thomas Mandl, kassör och Vala Sigurdardottir, yngreläkarrepresentant).

Eva Nordin

# Snabb kunskapsutveckling och tröga riktlinjer

Nationella riktlinjer är viktiga för en kunskapsbaserad och jämlik vård. Men systemet är trögt och implementeringen haltar. Dessutom används riktlinjerna i huvudsak som underlag för ledning, styrning och prioriteringar, och mindre som behandlingsrekommendationer anpassade till vården. Kan specialitetsföreningar vara en viktig aktör för att effektivisera processen?

För sjätte året i rad arrangerade Svensk Reumatologisk Förening, SRF, och Reumatikerförbundet två välbesökta seminarier i Almedalen. Det första handlade om "Nationella riktlinjer - ett trögt system".

Det finns i dag 14 nationella riktlinjer. Senare i år väntas den slutliga versionen av MS och Parkinsons sjukdom att vara klar.

Riktlinjerna är ett viktig underlag för kvalitetsutvecklingen i svensk hälso- och sjukvård. Men, det är ett tidskrävande arbete att ta fram riktlinjer. Arbetet med de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar påbörjades 2008. Fyra år senare, 2012, lanserades de och därefter startade implementeringsarbetet.

Fyra år har nu gått. Har riktlinjerna implementerats, och får patienter en jämlik behandling över landet? Hur kan primärvården snabbare hitta patienter med kroniska sjukdomar och hur kan nya patientcentrerade arbetssätt utvecklas?

Frågorna diskuterades av en namnkunnig panel under ledning av Boel Mörck, vice ordförande i SRF.

## Fortfarande ojämnt

Seminarier inleddes av Ralph Nisell, ordförande för SRF, som kort berättade om specialitetsföreningen. Den har idag cirka 530 medlemmar och cirka 250 aktiva reumatologer.

Föreningen fyller 70 år i år och är stolta över att vara en egen basspecialitet. Det är viktigt för att kunna driva utvecklingen och våra egna frågor.

Ralph Nisell lyfte fram SRF:s kvalitetsregister SRQ, som en viktig källa till verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling. Registret skapar även förutsättningar till en mer patientcentrerad vård och forskning. Han berättade även om behovet av kompetens för att kunna driva utvecklingen av en högkvalitativ och jämlik vård. I dag saknas det dock många specialistläkare och bris-



Karin Bätelsson Sjukhusläkarna, Elin Löfberg Reumatikerförbundet, Torsten Håkansta E-hälsomyndigheten och Carina Nordkvist Falk Novakliniken.

ten förväntas bli ännu större framöver. Det är framförallt i de tre storstadsregionerna som bristen är som störst. Sedan 2012 har antalet specialister per 100 000 invånare i Region Skåne samt i Stockholms läns län, minskat från 3,5 respektive 3,2 till 2,7 respektive 2,6.

I Västra Götalandsregionen är trenden den motsatta; här har antalet specialister ökat från 2,3 år 2012 till 3 specialister per 100 000 invånare 2016.

För att klara kompetensförsörjningen krävs minst 5 specialister per 100 000 invånare. Vi är en bra bit ifrån det målet. Vi ser också att antalet patienter med reumatoid artrit som står på biologisk behandling skiljer sig stort över landet, säger Ralph Nisell.

I Västerbotten står cirka 125 patienter per 100 000 invånare på biologisk behandling, jämfört med Örebro där motsvarande antal är cirka 192.

Skillnaderna i landet är även stora när det gäller tiden det tar från symtom till diagnos. I Kronoberg får drygt 85 procent diagnos inom 20 veckor (en av Socialstyrelsens målnivåer). I Östergötland är motsvarande siffra 28 procent.

Och då vet vi att ju tidigare patientens sjukdom upptäcks och rätt behandling startas, ju bättre. Frågan är hur vi ska använda dagens kunskapsstöd och vilka metoder och verktyg som krävs för att nationella riktlinjer ska fungera mer effektivt. Här kan specialitetsföreningarna spela en viktig funktion genom att snabbare ta tillvara kunskapsutvecklingen och göra årliga uppdateringar, säger Ralph Nisell.



Ulrika Elmroth SFAM, Arvid Widenlou Nordmark Socialstyrelsen, Hans Karlsson SKL.

## Riktlinjerna når inte vården

Hur ser man till att de nationella riktlinjerna verkligen implementeras och uppdateras och inte hamnar på en dammig hylla? Kan specialitetsföreningarna få mandat av Socialstyrelsen för att göra årliga uppdateringar? Och hur går det egentligen med SKL:s påbörjade arbete att samordna landstingens kunskapsstöd och utveckla nya patientcentrerade arbetssätt?

Det var några av frågorna som diskuterades av paneldeltagarna under seminariet.

Arvid Widenlou Nordmark, enhetschef för Nationella riktlinjer vid Socialstyrelsen underströk att de nationella riktlinjerna inte är ett stöd i det kliniska arbetet, utan är snarare riktade till landstingsledningar som ett underlag för ledning, styrning och prioriteringar.

Sedan drygt ett år tillbaka har vi målnivåer för indikatorer i de nationella riktlin-

jerna som hälso- och sjukvården bör sträva efter för att kunna följa utvecklingen och förbättringen av kvaliteten i vården.

Hans Karlsson, chef för vård och omsorg vid Sveriges kommuner och landsting, SKL, menade att det finns ett glapp mellan Socialstyrelsens uppdrag att skapa en kunskapsstyrd vård, och implementeringen i den praktiska vården. Enligt en utredning av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anammar sjukvården endast en mindre del av kunskapsstöden. Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna når inte vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning, på grund av att processen tenderar att avstanna då många olika aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Knappt var tredje rekommendation leder till en mer kunskapsbaserad sjukvård, enligt Vårdanalys.

– Kunskapen når inte riktigt fram till den praktiska vården. Jag skulle vilja lyfta fram de nationella programråden som jag tror mycket på, säger Hans Karlsson.

Sedan starten 2012 finns i dag tio etablerade nationella programråd: tre inom kroniska sjukdomar, tre inom psykisk hälsa samt fem nyckelområden inom vården (exempelvis antibiotikaförebyggande arbete, biobanker).

– Deras uppdrag är i huvudsak att ta fram nationella kunskapsstöd och att konkretisera Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men också att identifiera prioriterade områden som Socialstyrelsen inte täcker in, säger Hans Karlsson.

### Fritt valt arbete

Vill man snabbt omsätta ny kunskap till praktiskt genomförande i vården, är det sämst tänkbara alternativet att utfärda nationella riktlinjer, menade Boel Mörck retoriskt.

– Med den takten som finns idag på kunskapsutveckling blir riktlinjer lätt bedagade redan vid publicering. Dessutom tycks implementeringen och takten på den vara ett fritt valt arbete i landsting och regioner.

Det krävs ett annat typ av arbete, menade Boel Mörck, som lyfte fram införandet av standardiserade vårdförlopp som ett sätt att förkorta tiden till diagnostik och behandling. Hon refererade även till Göran Stiernstedts utredning om en effektivare vård där primärvården är en nyckelspelare i framtidens hälso- och sjukvård.

– Primärvården får en allt viktigare roll. Samtidigt ges inte de resurser som krävs för att klara uppdraget. Vi behöver även väl fungerande kunskapsstöd, anpassade för primärvården, säger Ulrika Elmroth, vice ordförande i SFAM, Svensk förening för allmänmedicin.

Primärvården har en viktig roll i arbetet med att tidigt identifiera personer med artrit, osteoporos och artros, samt att ta

ansvar för en omfattande del rehabiliteringen. Mellan 20-30 procent av det totala antalet läkarbesök i primärvården handlar om patienter med besvär i skelett, leder och muskler. Sjukdomarna är också en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan och till långtidssjukskrivningar.

– Vi i SFAM vill förbättra möjligheterna till fortbildning så att personer med kroniska sjukdomar får träffa uppdaterade och kunna läkare, säger Ulrika Elmroth.

Caroline Liljegren, ordförande i Reumatikerförbundet i Stockholm, ifrågasatte hur vården i dag styrs och organiseras. Patienterna, menade hon, blir lidande av läns- och regiongränser.

– Vi patienter är otåliga, åren går. Och år 2016 är vården fortfarande ojämlig, bostadsort avgör i dag tillgången till biologisk behandling och rehabilitering. När det exempelvis gäller ankyloserande spondylit tar det i snitt åtta år för att få diagnos, trots nationella riktlinjer. Det innebär ett enormt lidande för patienter, men också stora samhällskostnader.

### Mandat från Socialstyrelsen

Christopher Sjöwall, vetenskaplig sekreterare i SRF, berättade om hur han för 15 år sedan valde reumatologi, mycket tack vare den fantastiska utveckling som skett med effektiva behandlingsmöjligheter.

– När de biologiska läkemedlen introducerades, år 2002 lanserades TNF-hämmare i Linköping, kunde jag som läkare verkligen se dramatiska förändringar hos patienterna. Det var fantastiskt att se. Kunskapsutvecklingen är enormt snabb och arbetet med att uppdatera ny kunskap måste ske kontinuerligt och mycket snabbare än vad som sker idag. Jag skulle gärna vilja se att specialistföreningar, som exempelvis Svensk Reumatologisk Förening, får mandat av Socialstyrelsen att ta ansvar för behandlingsriktlinjer och årliga uppdateringar.

Christopher Sjöwalls förslag hamnade dock inte i god jord hos Socialstyrelsen.

– Nej, det får ni inte. Visst, det är fyra år sedan riktlinjerna för rörelseorganen kom, och de kan kännas gamla. Men mycket görs för att utveckla och systematisera arbetsätten så att vi kan möta kunskapsläget. Det är fortfarande huvudmännen som har huvudansvaret för kunskapsutvecklingen, säger Arvid Widenlou Nordmark vid Socialstyrelsen.

Men vem ska då se till att de nationella riktlinjerna uppdateras? undrade Jan Eriksson, förvaltningschef vid Skånes universitetssjukvård:

– Det bör finnas en plan när riktlinjerna utarbetas så att ny kunskap ständigt uppdateras, för det går rasande fort. Jag ser en risk om specialitetsföreningarna ska göra

det själva och sedan tala om för primärvården vad de ska göra. Alla huvudmän sliter med den här frågan.

Men, menade Christopher Sjöwall, vi har endast ett fåtal nationella riktlinjer för särskilt utvalda diagnoser, men många kroniska sjukdomar som saknar nationella behandlingsrekommendationer. Dessutom, tar inte nationella riktlinjer hänsyn till samsjuklighet.

Ulrika Elmroth från SFAM efterlyste bättre förutsättningar i primärvården för att kunna göra prioriteringar och implementera bra verktyg för att hitta patienter med störst behov.

– Vi behöver kvalitetsindikatorer för primärvården och vi behöver även öka den allmänmedicinska forskningen. Här finns stora brister.

Ulrika Elmroth lyfte även fram regeringens kronikersatsning och nationella vårdprogram som goda exempel på arbeten som vill stärka primärvården. Det krävs stöd för implementeringsarbetet så att vi kan utveckla en kunskapsbaserad vård, personcentrerad vård samt prevention och tidig upptäckt, menade hon.

### Mer samarbete

I landsting där ledningen haft fokus på nationella riktlinjer och på att uppnå nationella behandlingsrekommendationer har man nått goda resultat. Det är svårt att acceptera att inte alla landsting och vårdcentraler arbetar med och uppfyller angivna behandlingsmål, menade Hans Karlsson.

– Vi har ett jobb att göra här. Vi måste samarbeta mer och se till att implementeringen verkligen fungerar och att det blir en nytta i vardagen.

Caroline Liljegren undrade varför inte framtidens organisationer har chefer som ansvarar för både primärvård och specialistvård så att patienter slipper vara budbärare mellan två organisationer.

– Det borde vara en självklarhet att primärvården har en nära och tät kontakt med specialistvården. Kommer man till primärvården med högt blodtryck som behöver behandlas, kanske det även finns en reumatisk sjukdom i botten som i vissa fall behöver tas om hand av reumatolog. Men i dag finns tyvärr inga naturliga och smidiga kontakter mellan specialister inom slut- och öppenvård, det ser jag som en stor brist.

Avslutningsvis enades panelen om att fortsätta diskussionen nästa år och att Socialstyrelsen, SKL, professionen och patientorganisationer pratar sig samman för att bättre ta tillvara den kunskap och de satsningar som görs mot en mer jämlik och innovationsdriven vård.

# Vägen till hälsa är alltmer elektroniskt?

**Digitala tekniker och innovationer kan i grunden förändra det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Om mindre än tio år ska Sverige vara världsbäst i e-hälsa om regeringens och SKL:s vision slår in. Men fortfarande används faxar och snigelpost. Är sjukvården och professionerna redo för nya arbetssätt?**

Om mindre än tio år, 2025, kommer Sverige att vara bäst i världen på e-hälsa. I alla fall om regeringens och SKL:s vision för digitaliseringen av den svenska vården infrias.

På ett seminarium i Almedalen, arrangerat av SRF i samarbete med RF, diskuterades digitaliseringen av vården för andra gången. Från SRF deltog ordförande Ralph Nisell, med en kort inledning och vice ordförande Boel Mörck som moderator.

Seminarier diskuterade vikten av att nya verktyg och tjänster inom vården måste drivas utifrån ett gemensamt perspektiv, till nytta för patienter och ett stöd för professionen. Det skapas bättre beslutsstöd, kunskapsstöd, ändamålsenliga journalsystem och en mängd olika medicintekniska produkter. Men är vården och professionerna redo för nya arbetssätt?

– Både ja och nej. I våra privata roller är vi snabba på att ta till oss ny teknik och digitala lösningar, men på jobbet är användargraden förhållandevis låg. Det är ingen brist på IT-system och IT-stöd, ändå används faxar och vanlig posthantering på grund av så många hinder och barriärer, säger Torsten Håkansta, generaldirektör för E-hälsomyndigheten.

## Patienterna går före

Daniel Forslund (L), innovationslandstingsråd i Stockholms läns landsting, menar att vi inte satsat de resurser som är nödvändiga för att ta vården ur en infrastruktur med 90-tals teknik.

– Största hindret har varit underinvesteringar.

Nu är ett tekniskt generationsskifte i vårdens IT-miljö på väg, menar han. Nyckelord, menar han, är informatik och semantisk interoperabilitet, det vill säga att plattform och system talar samma språk eller åtminstone kan förstå varandra.

I slutet av maj beslutade Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen att gemensamt satsa 4,4 miljarder på framtidens vårdinformationssystem, en av de



största IT-upphandlingarna hittills inom svensk hälso- och sjukvård.

Förhoppningsvis kommer information att kunna lagras oberoende av förvaltning och huvudman. Det ska inte spela någon roll om man arbetar som sjuksköterska i kommunen eller som läkare i primärvården, informationen ska kunna delas förutsatt att man har rätt behörighet, menar Daniel Forslund.

Vårdens anställda ska också slippa dubbelregistreringar och annat resursslöseri; information som registreras i journaler ska automatiskt kunna föras över till exempelvis kvalitetsregister och nationella hälsodataregister.

– Vi har i dag mer personal än tidigare,

men de tvingas lägga tid på fel saker. Med ett modernt fungerande kärnsystem kan vi förhoppningsvis frigöra många mantimmar av onödig spiltid och därmed vårdpersonal. Den allvarligaste frågan handlar dock om patientsäkerhet, menar Daniel Forslund.

De stora utvecklingsprången initieras i regel av patienterna och professionerna, sedan kommer vården motvilligt efter och till sist regelverken, menar Anders Ekholm, vice VD för Institutet för Framtidsstudier.

– 1998 var det möjligt att ladda ned musik, tio år senare kom det en lag som gjorde det förbjudet. Ett annat exempel, i mitten på 1950-talet såg man ett kausalt samband mellan rökning och lungcancer, ändå tog

det cirka 60 år innan rökning förbjöds på arbetsplatser och i offentliga miljöer. Vi kan inte sitta ned och invänta regelverk, departementen kommer inte att gå i bränschen. Det kommer att vara oundvikligt att bryta mot regler, här måste professionen gå i bränschen och skapa modeller för en ny praxis.

### SRQ-gott exempel

Anders Ekholm lyfte även fram reumatologins kvalitetsregister SRQ som ett utmärkt exempel på hur professionen i samarbete med patienter kan bidra till förbättrad kvalitet och hälsa hos patienter med reumatisk sjukdom.

Några goda exempel på kunskapsstöd och e-hälsotjänster är 4D Artriter som vill skapa förutsättningar för tidigare och bättre diagnostik, behandling och prevention i dialog med patienten. Ett annat exempel som lyftes fram var PEP, Patientens Egen Provhantering. PEP, är en webbtjänst i ett pågående pilotprojekt på reumatologmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset. Genom att ta del av sina egna provsvar och själv beställa provtagning blir patienten mer delaktig och får större ansvar för sin vård och sin sjukdom.

Torsten Håkansta slog ett slag för den elektroniska tjänsten HälsaFörMig som E-hälsomyndigheten utvecklat på uppdrag av Socialstyrelsen. Den ska ge invånare möjlighet att i ett personligt hälsokonto kostnadsfritt lagra uppgifter om den enskildes behov av att dokumentera och följa sin hälsa under hela livet. Det kan till exempel vara lagring av tränings- och kostdagböcker, information om uthämtade läkemedel, recept, dokumentation i samband med läkar- och tandläkarbesök, resultat av en syn- eller hälsoundersökning. Det kan också vara dokumentation över hur en graviditet fortlöper, kopia av förlösningsjournal och uppföljande möten vid barnavårdscentralen.

### Entreprenörskraft

Karin Bätelson, ordförande för sjukhusläkarna och förste vice ordförande i Läkarförbundet påtalade hur svårt det är att få in nya arbetssätt i en pressad sjukvård med hög produktionstakt.

– Hittills har digitaliseringen snarare fjär-

mat oss från patienterna som varken kan nå vården på mejl eller ta del av sin journal via nätet. Regelverk är en sak - infrastruktur en annan. Har en kollega som hyrde en Tesla, men kom inte så långt på grund av att det inte fanns någon laddningsstation inom räckhåll.

Anders Ekholm påminde om att elbilen Tesla är ett utvecklingsprojekt framsprung- en ur laptopindustrin och inte bilindustrin

– När landstingen öppnar vägen för entreprenörer och tar hjälp av den kraft som finns därute bland patienter, professionen och företagare, då kommer det att hända grejor på riktigt.

Carina Nordkvist Falk, VD för det privata vårdbolaget Novakliniken och med många års erfarenhet av att arbeta inom Region Skåne, nickade instämmande.

– Den nya patientlagen är en fantastisk

## ”Det handlar mycket om modet och viljan att ta till sig kunskapen och använda den”

hjälp som ger nya möjligheter, men det finns tyvärr så många strukturhinder i vägen. Den tekniska utvecklingen går inte hand i hand med hälso- och sjukvården, utan löper i ett eget parallellt spår. Vi behöver bli bättre på att bjuda in aktörer och även se till att patienterna får möjlighet att vara med på utvecklingsresan.

Elin Löfberg, fysioterapeut och verksam inom Reumatikerförbundet slog ett slag för Hälsoportalen, en webbtjänst som riktar sig till personer med reumatoid artrit, ankyloserande spondylit samt psoriasis artrit. På Hälsoportalen kan medlemmar skapa sina egna planer och föra dagbok över sina aktiviteter. Här finns också möjligheter till hälso-coaching och personlig rådgivning.

– Reumatikerförbundet ligger i framkant när det handlar om att skapa nya möjligheter och har ett nära samarbete med sina medlemmar.

### Riva barriärer

Det finns en stor potential att med hjälp av digitalisering bättre anpassa vården efter individuella behov, och att höja den med-

icinska kvaliteten. Den tekniska utvecklingen med appar, mobila plattformar och sensorer kopplade till databaser kan även underlätta det förebyggande hälsoarbetet och ge verktyg till distansövervakning och egenvård.

– När systemet fungerar och kommunicerar som det är tänkt, kommer det att frigöra massor av resurser. Det borde egentligen vara förbjudet med system som inte kommunicerar med varandra. I dag använder vi fortfarande faxar på Sahlgrenska universitetssjukhuset för att kunna skicka dokument mellan primärvården och slutenvården, säger Karin Bätelson.

Daniel Forslund menade att det återstår hårt arbete på alla nivåer.

– Det hjälper inte att sitta och vara arg. Vi behöver alla anmäla system som inte fungerar och göra vårt bästa för att omsätta kunskap i praktisk handling. Det handlar också om en attitydfråga.

Carina Nordkvist Falk nickade instämmande och pratade om vikten av att arbeta med vårdens värdegrund och att verkligen se till att såväl professionens som patienternas drivkrafter till förändring verkligen tas tillvara.

– Allt finns därute. Det handlar mycket om modet och viljan att ta till sig kunskapen och implementera den.

Patienter, menade Elin Löfberg, är en urkraft som verkligen skulle kunna påskynda digitaliseringsprocessen.

– Ta hjälp av oss, se vad vi har gjort och vad vi gör. Inom Reumatikerförbundet finns så många spännande projekt där patienter varit med och drivit utvecklingen.

Torsten Håkansta påtalade att utvecklingen går i en rasande takt och att mer och mer av sjukvård sker utanför sjukhusen, med digitaliseringens hjälp.

– Vi är många som vill hitta de bästa lösningarna för att andanröja de hinder som finns. I det korta perspektivet kan resan verka tuff, men vare sig vi vill eller inte kommer vi att tvingas riva barriärer mellan organisationer och tillsammans samarbeta för en bättre hälsa.

Eva Nordin



medicin  
instruktioner.se

# Nu även som APP

Laddas ner gratis på App Store eller Google Play

Medicininstruktioner Sverige AB · 031-779 99 87 · info@medicininstruktioner.se

# Månadens reumaenhet

## Länskliniken VLL i Sundsvall

Västernorrlands län består av de natursköna landskapen Ångermanland och Medelpad, med sina milsvida barrskogar, vindlande älvdalar och bergomslutna havsfjärdar. Härnösand är stift- och residensstad vars befolkning i hög grad är ämbetsmän av olika slag, men Sundsvall som är en utpräglad industristad har med tiden blivit alltmer centralort, trots sitt i länet perifera läge.

Det finns till och med ett kontroversiellt anspråk bland stadens köpmän och krögare att den skulle utgöra hela Norrlands "huvudstad", vars berättigande vi inte behöver avgöra nu; det kan vi göra när vi träffas med kollegerna från Umeå, Luleå och Östersund, i samband med mötena för NORR, Norrlands reumatologiska klubb, som har regionmöte en gång per termin. Sundsvall utgörs av en tät agglomeration mellan två berg, med många kyrkor såväl som casino, och enligt skrivelser häromåret till och med ännu mer profana etablissemang. Den så kallade stenstaden byggdes under de för skogsindustrin mycket lönsamma årtiondena efter branden 1888, en tid då de beryktade träpattronerna till häst besteg marmortrappan på hotell Knaust, och Elvira Madigan dansade på lina på Tivoli här i stan. Arkitekter och hantverkare från Europa hyrdes in för att uppföra dess patricierpalats, som alltjämt utmärker stadskärnan och ger den ett urbant drag, trots att skogsbryn kan skönjas i förlängningen av alla gator i tre väderstreck; österut ser man fjärden och den nybyggda bron.

Mycket har skett sedan Sundsvall brann, inte minst inom reumatologin, det fick vi berättat för oss på 70-årsjubileet i vintras. Efter branden, men ändå för länge sedan, hände det sig att ledbrutna västernorrلänningar överantvordades till det eftertraktade reumatikersjukhuset i Östersund, och där lades att vila och smordes runt av vana varma jämntävar, vilket för tiden var lege artis, och av patienterna mycket uppskattat.

Det var inte utan protester som verksamheten togs hem till länssjukhuset i Sundsvall och reumatikerna började skötas hemmavid. Det mest avlägsna samhället inom sjukvårdsområdet, Ånge, ligger närmare Östersund, så vissa hade geografisk grund för sitt motstånd, men vägarna har blivit bättre, och ingen har idag längre restid än halvannan timme till länssjukhuset, inom



Personal vid Reumatologienheten VLL: John Svensson, Kinga Zsusa Mezei, Therese Tiderman, Lena Hasmats, Staffan Magnusson, Evangelia Roubi, Sara Ansteigen.

dess primära upptagningsområde med ca 130 000 invånare. Övriga ca 100 000 västernorrلänningar kan ha något längre, men sköts i första hand på sina respektive länsdelssjukhus, Sollefteå, det tidvis nedläggningshotade, och Örnsköldsvik.

### En del av länskliniken i internmedicin

Reumatologin i Sundsvall är idag en del av länskliniken i internmedicin, som inrättades för knappt ett år sedan, enligt modell från våra intilliggande landsting, som före oss valt att hantera sin resursbrist genom denna administrativa lösning. På vår enhet är vi fem fast anställda reumatologer, två sjuksköterskor och en sekreterare.

Paramedicinerna tillhör en egen klinik och håller till i andra änden av sjukhuset. Våra seniorer, Lena Hasmats och Staffan Magnusson, tjänstgör var fjärde respektive varannan vecka. Evangelia Roubi och John Svensson arbetar båda heltid men tjänstgör också på slutenvårdsavdelningarna inom internmedicin. Kinga Zsusa Mezei, också heltidsanställd och vårt senaste förvärv, arbetar enbart med reumatologi. I Sundsvall fyller vi funktionen av knappt tre heltidsanställningar på reumatologen. Vi har därför svårigheter att klara hela länets reumatikersjukvård, och behöver stöd av stafetter, framför allt i Sollefteå och Örnsköldsvik, men även i Sundsvall. Vi har sedan några år ett gott samarbete med dr Eva

Bagge, som till pensionering varit anställd på Sahlgrenska. I Örnsköldsvik, som alltså är en del av länskliniken, arbetar dr Lisbeth Pedersen var fjärde vecka, varför denna mottagning huvudsakligen bemannas med stafetter på läkarsidan, men tack vare syster Margareta Hagenvald är greppet om patientstocken säkrat. I Sollefteå är vi tills vidare också beroende av stafetter, men patienterna hänvisas i allt högre grad till våra mottagningar i Örnsköldsvik och Sundsvall.

En av våra föresatser är att det inrättas en sjukskötersketjänst vikt för reumatologi på mottagningen i Sollefteå, vilket inte visat sig vara helt lätt, då denna "allmottagning" är underställd ortopedens verksamhetschef.

### Kandidatgrupper

Sedan 2012 bedriver vi kandidatundervisning två veckor per termin, med två kandidatgrupper som kommer varsin vecka, inom ramen för regionaliserad läkarutbildning. De har gått sina prekliniska kurser i Umeå men flyttar sedan till Östersund, Luleå eller Sundsvall för att fullfölja den kliniska delen av grundutbildningen. Reumatologin är en del av den åttonde terminen, jämte bla infektionsmedicin och ortopedi.

Vi ställer då upp mangrant för att möjliggöra mottagningsauskultation, egna nybesök, frågestunder, remissgenomgång och undervisningsmoment som status och in-

jektionsteknik. Det innebär förstås viss möda, men produktionen får ordentlig skjuts och uppriskande diskussioner följer.

Kandidaternas oförtröttliga entusiasm och nyfikenhet har lågat vår inspiration hitills varje gång!

### Organisationen

Lite mer om organisationen: Sundsvallsdelen av länskliniken i medicin utgörs idag av fem subspecialiteter: hematologi, endokrinologi, gastroenterologi och njurmedicin samt reumatologi. Vi delar med kollegerna inom dessa specialiteter bemanningsansvar för två vårdavdelningar, där vi på reumatologen, tillsammans med endokrinologerna och gastroenterologerna, sköter 8 vårdplatser med företrädesvis fall inom våra grenspecialiteter, inhysta på den ursprungligen renodlat njurmedicinska vårdavdelningen.

Fram till 2006 hade vi en egen vårdavdelning för reumatologi, gastroenterologi och endokrinologi; ännu längre tillbaka hade vi en helt egen vårdavdelning med 24 platser.

Den aktuella placeringen på vårdavdelningen, där vi alltså huvudsakligen verkar som internister, uppfattas som en av våra mest utmanande uppgifter. Patienterna är många gånger oklara utredningsfall. Vi löser uppgiften tack vare ett gott kollegialt stöd, vi har bla en gemensam rond på tisdagsmorgnar. Vi kan stolt kungöra att vi sällan har mer än enstaka reumatiker inneliggande. Skälet härtill är nog i högre grad vår specialitets behandlingsframgångar än platsbristen inom slutenvården, ett missförhållande känt på många håll i dagens Sjukvårdssverige. Vi har också, tillsammans med de andra kollegerna inom gruppen, att sköta allmänna internmedicinpatienter, en förment inte så kompetenskrävande patientkategori, på den hematologiska vårdavdelningen med 15 vårdplatser. Här möter vi en av samhällets, snarare än medicinens, kommande prövningar: Vad göra med de multisyka äldre? Hur anpassa undersökningar och behandlingar i förhållande till omhändertagande och tröst? Var kan patienten vårdas framgent? När kan patienten anses ”färdig”?

### På mottagningen efter rondan

Efter rondan går vi till mottagningen, om vi inte har glädjen att tillbringa hela arbetsdagen här. Vi möts av sjuksköterskorna Sara Arnstigen och Therese Tiderman, upptagna och energiska med varsin telefon. Då har de tagit emot oräkneliga påringningar angående bristande behandlingseffekt, begäran om fortsatt sjukskrivning, behov av ledinjektioner, önskemål om ”nya” mirakelfarmaka, besvär av biverkningar och önskemål om byte av såväl medicin som behandlande läkare. Med stort tålamod har de stillat mycken oro, blickat missnöje, och i slutändan förmått de allra flesta att fortsätta med methotrexate, något vi tror oss lyckas väl med på vår enhet. Det ska bli intressant att analysera ADA:s och serumkoncentratio-

### ”Här möter vi en av samhällets, snarare än medicinens, kommande prövningar”

ner av bDMARD:s om det blir klinisk praxis. De har under tiden även åstadkommit ett ordentligt pensum åt oss doktorer, ärenden vi aldrig hinner redovisa i någon tidbok eller liknande. Det ska ringas, korresponderas och intygas. Någon ska tittas på på dropprummet, för nu är infusionstimman slagen, och dagrummet fullt. Vi har ungefär 100 infusionspatienter i våra rullor, som kommer med varierande intervall. Det blir några om dagen. Vi doktorer lotsar in våra patienter på mottagningsrummet, frågar hur det går, efterfrågar det eventuellt interkurrenta, bildar oss en uppfattning om status praesens, så gott det går, ett tag till utan ultraljud, efter en ibland mödosam avklädning. Ja, så tar patienten på sig, pratar lite till, och så skiljs vi åt med oftast förlängda, ibland ändrade ordinationer. Under tiden har man ringt oss från olika avdelningar och vårdcentraler. Utbildningsläkare inom angränsande specialiteter knackar på och vill få sina intryck från patienten i mottagningsrummet intill bekräftade. Arbetade

man mer ostört och förflyttade endast sig själv mellan patienterna, som kanske rent av klätt av sig i enskildhet, vore det ju en smal sak att öka produktionen, vilket då och då efterfrågas då väntetiderna ökar, men så gör man väl inte någonstans nuförtiden?

Det är ju betecknande idag att uppgifterna ständigt adderas men aldrig lastas av. Nåväl, patientmötena är, som ni vet, för det mesta ett väsentligt och därmed energigivande ögonblick, som bryter av i den alltmer uppmärksamhetskrävande landstingstillvaron, med sitt oefterhärmliga administrationslingo, sin kvalitetsmättningsfrenesi och sin strida ström av e-meddelanden.

Vi är ett väl samarbetande gäng just nu, som gillar vårt jobb och gläder oss att för det mesta framgångsrikt kunna hjälpa våra inflammatoriskt sjuka patienter. Vi begränsar vårt arbete till dessa ganska strikt. Utrymme att sköta smärtsyndrom och degenerativa tillstånd samt tex EDS har vi förstås ingalunda. Vi har drygt 2000 kroniskt sjuka patienter som skall åter ses med varierande frekvens och ca 500 nybesök som vi måste åstadkomma årligen, i Sundsvall. En betydande ökning av remissinflödet har anats under de senaste månaderna, till uppemot 20 remisser per vecka. Ett för oss nytt fenomen är egenvårdsremisser, varav vi ser några stycken per vecka. Vi strävar efter att bevara vår sammanhållna kärna av medarbetare, och få tillskott av utbildningsläkare, samt fortsätta att utveckla kontakterna med universitetsklinikerna, som ju är en nödvändighet för omhändertagandet av specialfall och för vår fortbildning.

Vi siktar på att även fortsättningsvis sköta patienter med systemsjukdomar, vilket är möjligt idag tag vare ett nära samarbete inom sjukhuset med tex njur- och lungmedicin, samt goda kontakter med kolleger i Umeå och på andra universitetssjukhus. Giktartit omtalas allt oftare som en angelägenhet för reumatologen, en uppfattning man lätt delar då man tjänstgör på en medicinklinik i ett län som vårt, med många äldre och obesa i sin befolkning. Vi blir dagligen konsulterade angående giktpatienter, särskilt beträffande behandling av hyperurikemi hos patienter med tofös gikt, som tenderar att bli för komplicerade för primärvården. Detta är område som kommer att kräva mer uppmärksamhet och insatser, åtminstone hos oss. Ett annat mål för framtiden är att harmonisera vården inom länet, där de gamla sjukvårdsområdena har haft, och fortfarande i viss mån har, mycket skilda förutsättningar.



Sundsvalls stadskärna sedd från Norra Stadsberget. Från Wikimedia Commons (CC BY-SA 3.0).

John Svensson

john.svensson@lvn.se





# Nytt från SRQ

Tack till alla er som deltog på Reumaveckan i Umeå och som tog chansen att på olika sätt interagera med SRQ! På utställningen, genom work-shops och ett välbesökt seminarium fick vi som arbetar med SRQ både veta mer om vad användarna behöver och förmedla nyheter och visioner för informationshantering in reumatologin.

Under seminariet berättade Sara Magnusson Bucher, verksamhetschef på Reumatologen i Örebro, Hanna Eliasson, SKL och Lotta Elkan, SRQ, om vad som konkret behövs för att koppla journal och register och om arbetet med strukturering av artritbesök i journalen i Örebro. Vi fick se att det faktiskt kan gå att genomföra! Registerhållare Sofia Ernestam berättade bland annat om Vetenskapsrådets ansats att sammanställa registervariabler och Malin Regardt, SRQ, visade den nya Rehabmodulen. Daniela di Giuseppe och Lotta Ljung berättade om VAP – Visuell Analys Plattform – och kunde premiärvisa de nya VAP-diagram som precis kommit ut på hemsidan.

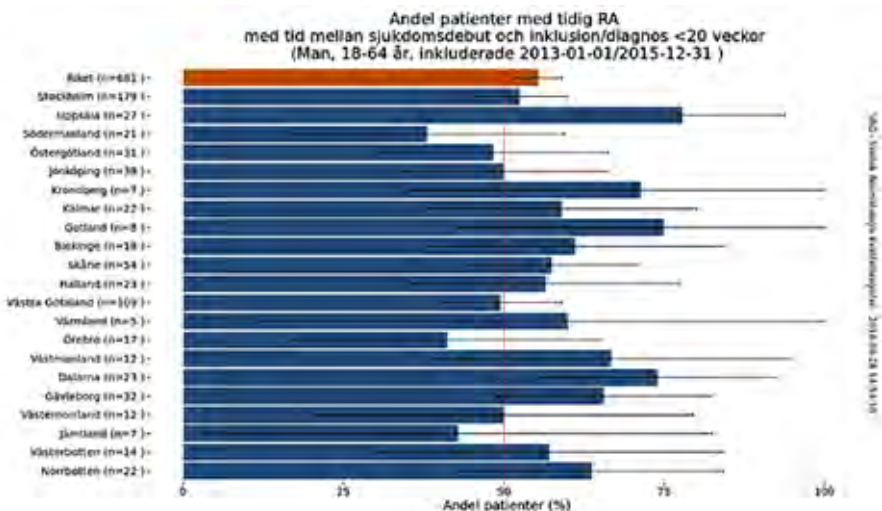
VAP är en ny metod för att presentera data från registret, med användande av dagsaktuell data och med möjlighet att justera ingående parametrar. Diagrammen

hittas lättast på hemsidan (srq.nu) där länken "Våra resultat – VAP" finns till höger på förstasidan. I första skedet har fokus lagts på de diagram som motsvarar de nationella indikatorerna vid RA och motsvarande resultat för spondartriter. Ett par diagram visar data för registerkvalitet, t.ex. täckningsgrad.

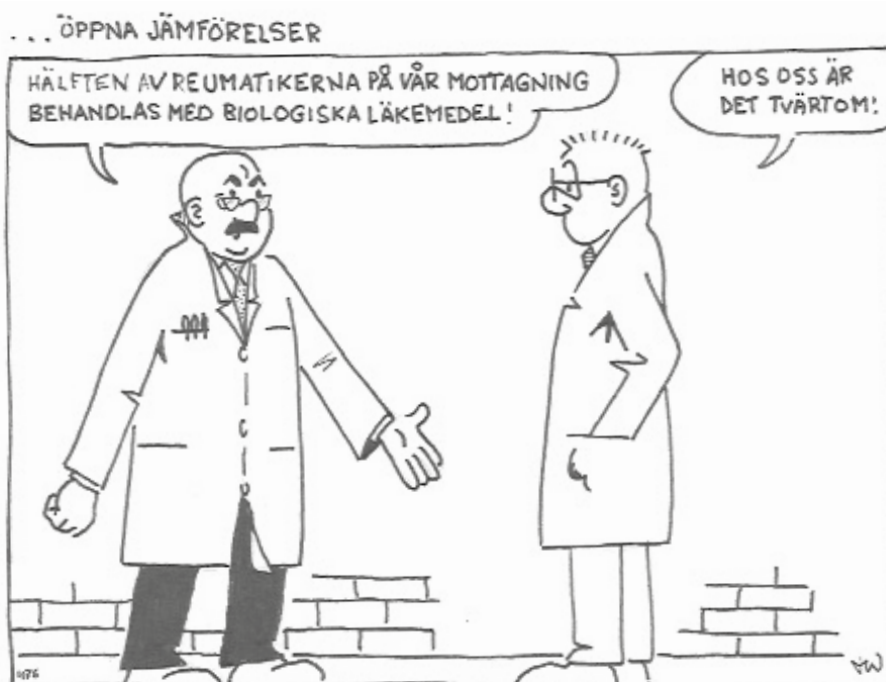
Listan över önskade diagram är lång och flera nya finns i pipe-line, så det är av stor betydelse att vi nu får feedback på de diagram som lagts ut. Vi behöver få veta hur

de fungerar, vad som är bra och vad som behöver göras bättre. Under senhösten räknar vi med att återuppta arbetet och skapa fler diagram. Hör gärna av er så att vi vet vilka som ni behöver och vill ha! Maila synpunkter till lotta.ljung@vll.se eller daniela.digiuseppe@ki.se.

**Sofia Ernestam**  
registeransvarig SRQ  
sofia.ernestam@ki.se



POTTHOLZT · Tomas Weitoft



# Reumatologins framväxt i Norden

Skriftlig och svensk version av föredrag "History of rheumatology in the Nordic countries" framfört den 3 sept. vid sessionen för Narrative Medicine, under den 36 Nordiska kongressen i reumatologi på Island 2016.

Det första nordiska mötet för reumatologer arrangerades den 5-6 september 1946 i Köpenhamn. Spirande tankar om ett nordiskt samarbete inom reumatologin fanns redan under mellankrigstiden men fick läggas på is under andra världskriget.

När detta var slut och återuppbyggnadsarbetet efter kriget inleddes kändes det naturligt att snabbt också återuppväcka tankarna om ett nordiskt samarbete på det reumatologiska området.

Reumatologisk verksamhet hade sakta växt fram i samtliga nordiska länder under mellankrigstiden. I Sverige huvudsakligen tack vare målmedvetet arbete av Gunnar Kahlmeter (fig 1a). Han disputerade 1918 på en avhandling med titeln: Bidrag till kännedom om spondylitis deformans. Senare samma år fick han anställning som biträdande överläkare på Pensionsstyrelsen. Ett av hans uppdrag där blev att klarlägga orsakerna till arbetsförmåga. Inte oväntat visade det sig att 55 % fått sin pension till följd av "ålderdomssvaghet". Helt överraskande var däremot att bland de egentliga sjukdomsorsakerna dominerade ledgångsreumatism med 9,1 % av utbetalningarna. Folksjukdomen tuberkulos, som av vissa vid denna tid släende kallades för allhärjare, svarade bara för 5,8 % av pensioneringarna. Både i Sverige och ute i Europa ställde man sig frågande till Kahlmeters rapport. Fanns det verkligen en i stort sett okänd sjukdom, som så länge och så svårt drabbat så många utan att denna upptäckts? Under de närmaste åren bekräftades dock Kahlmeters fynd genom liknande studier i andra europeiska länder. Kahlmeter blev därmed en erkänd och respekterad internationell expert och engagerades i arbetet med att starta ILAR (International League Against Rheumatism).

ILAR fick fast form 1928 och därmed fanns en plattform för internationellt samarbete kring utvecklingen av reumatologin såväl organisatoriskt som vetenskapligt. Samma år startades också den första vetenskapliga tidskriften i reumatologi, *Acta Rheumatologica*.

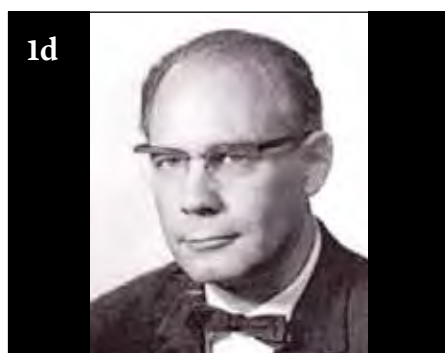
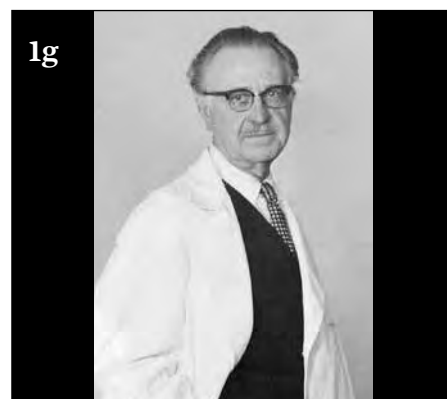
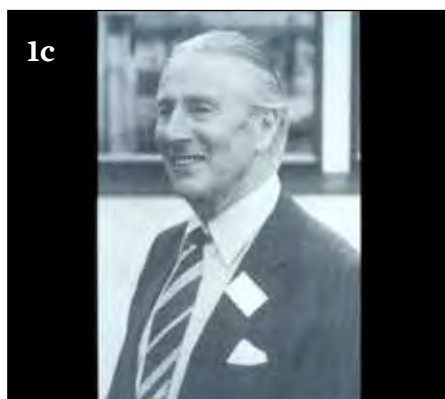
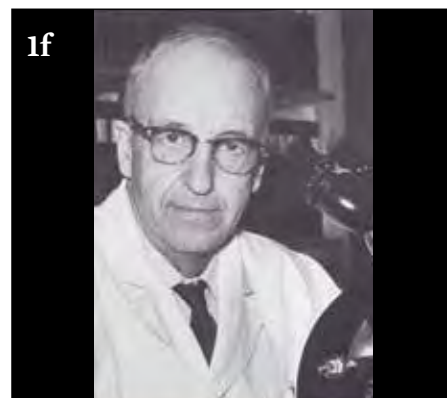
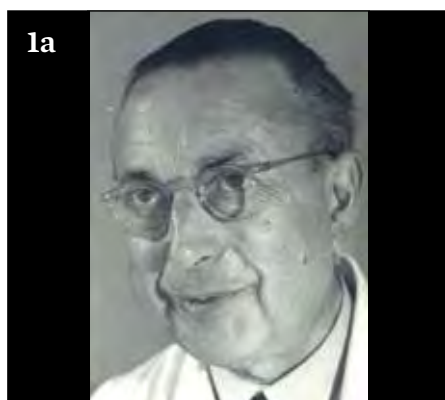


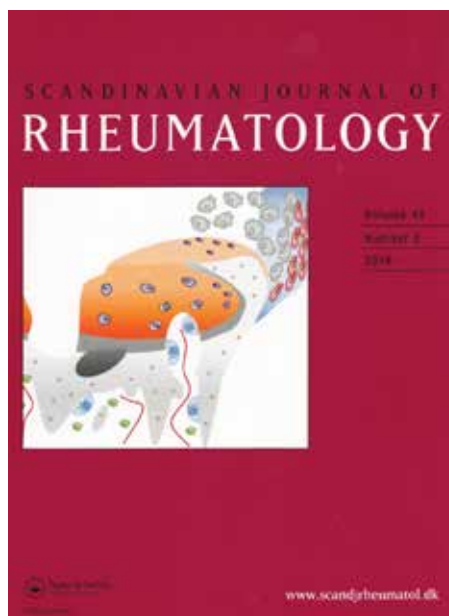
Fig 1a Gunnar Kahlmeter (1885-1951), fig 1b Gunnar Edström (1898-1988), fig 1c Olle Lövgren (1912-88), 1d Veikko Laine (1911-2001), 1e Kauko Vainio (1913-89), 1f Erik Waaler (1903-1997), 1g Henrik Sjögren (1899-1986).

## 1930- och 1940-talen

Under 1930- och 1940-talen bildades såväl yrkesföreningar som patientorganisationer för reumatologi i samtliga nordiska länder utom på Island där det skedde först på 1960-talet, se tabell 1 och 2. Samtliga yrkesföreningar hade som ett av sina huvudmål



Figur 2. Klistermärke framtaget till den första Eular-kongressen 1947 i Danmark.



Figur 3a. Acta Rheumatologica Scandinavica titelsidan 1955. Fig 3b. Tidningen bytte 1972 namn till det nuvarande, Scandinavian Journal of Rheumatology, och då moderniserades också framsidan. Här den design den har idag.



Figur 5. Reumateamets uppgift på 1980-talet sammanfattas och visualiseras på detta frimärke, som utgavs i USA 1981 med anledning av det Internationella handikappåret. Ett handikapp (disabled) behöver inte medföra att patienten skall vara oförmögen (unable) att leva ett liv med hög livskvalitet om rätt hjälp ges till ny insikt och livsförändring.



Bild 4. Frimärke utgivet i Tunisien 1977 som ett led i kampanjen under världsreumatikeråret. Här återges symboliskt dagsläget. Reumatiska sjukdomar finns över hela världen. Reumatologers uppgift är att släcka ledinflammationen och allra helst förebygga densamma. På den tiden saknades effektiva medel för att åstadkomma detta och reumatologens mål var att hitta sådana verktyg.

**”Det första nordiska mötet för reumatologer hölls i Köpenhamn 1946”**

att få ämnesområdet erkänt som en egen medicinsk specialitet. Detta lyckades man också uppnå även om det tog olika lång tid i de olika länderna, se tabell 1. I varje nordiskt land var det vid denna tid enbart ett fåtal läkare, som var engagerade i dessa

Tabell 1: Reumatologi i Norden

**Yrkesförening/fackförening**

1936	Danmark
1937	Norge
1946	Finland
1946	Sverige
1963	Island

**Medicinsk specialitet**

1982	Danmark
1939	Norge
1952	Finland
1969	Sverige
1966	Island

Tabell 2: Patientorganisationer i Norden

1936	Danmark (Gigtforeningen)
1945	Sverige (RMR, idag RF = Reumatikerförbundet)
1947	Finland (Reumaliitto ry/ Reumaförbundet rf)
1951	Norge (NRE, Norsk Revmatikerforbund)
1979	Island (Gigtarfélag Íslands)

Tabell 3: De första inhemska hedersledamöterna i respektive lands reumatologiska förening

Danmark	NN
Finland	Veikko Laine, Kauko Vainio, Mikko Virkkunen (alla 1972)
Island	Sigurdur Samuelsson (1981)
Norge	NN
Sverige	Gunnar Kahlmeter (1948)

frågor. Vissa av dessa eldsjälur och pionjärer hedrades med hedersledamotskap i sina respektive nationella föreningar, se tabell 3.

Som redan nämnts så hölls det första nordiska mötet för reumatologer den 5-6 september 1946 i Köpenhamn. Närvarande var ca 60 deltagare varav flertalet läkare. Samtliga nordiska länder var representerade men också Europa och ILAR genom Jan van Breemen från Holland, som under mellankrigstiden varit generalsekreterare i ILAR. Den första mötesdagen ägnades åt vetenskapliga frågor med livlig diskussion efter de föredrag som framfördes. Den andra dagen var helt vikt för organisatoriska frågor där man bl.a. angav riktlinjer för vilka sjukdomar, som skulle ingå i begreppet reumatism och vilken utbildning som krävdes för en specialist i reumatologi. Förhandlingarna denna dag resulterade också i ett beslut om att rekommendera samtliga nationella organisationer att ansluta sig till en gemensam nordisk förening för reumatologi. Det upprättades även förslag om stadgar, för detaljer se referens 1 sid 6-7.

Man beslöt också att i denna förenings regi vartannat år arrangera fortsatta nordiska möten och att värdskapet skulle cirkulera. Nästa möte bestämdes till Stockholm i september 1948. Under ett förmöte lett av van Breemen bestämdes också att anordna en första europeisk reumatologkongress redan följande år i Köpenhamn. Så blev det också (fig 2) men hälften av kongressdagarna förlades till Århus.

### 1950-1970-talen

Samarbetet mellan de nordiska länderna har varit gott och man har i enlighet med intentionerna i Nordisk Reumatologisk Förenings stadgar turats om att vartannat år arrangera nordiska kongresser. Under de första decennierna hölls anförandena huvudsakligen på "skandinaviska" (danska, norska och svenska), men på 1970-talet blev det kutym att engelska skulle vara det primära kongress-språket. En milstolpe i den nordiska föreningens historia är beslutet 1954, på den 5te nordiska kongressen i Köpenhamn, att starta en egen vetenskaplig tidskrift för Norden. Det första numret av Acta Rheumatologica Scandinavica utkom 1955, se fig 3a. Huvudredaktör var Gunnar Edström (1898-1988) i Sverige och vid sin sida som "Managing Editor" hade han Olle Lövgren (1912-1988), se fig 1b och c. Den senare innehade denna nyckelposition i hela 32 år. Redaktion och huvudredaktör har under de gångna åren skiftats med växlande intervall emellan länderna. Tidskriftens namn ändrades 1972 till det nuvarande Scandinavian Journal of Rheumatology och framsidan har också vid ett par tillfällen moderniserats (fig 3b).

1951 kunde Reumastiftelsen i Finland öppna ett specialistsjukhus för reumatiskt sjuka i Heinola. Denna ort ca 14 mil norr om Helsingfors blev efterhand ett "reumatologins Mecka" framförallt för skandinaver. Den modell man här skapade för helhetssyn kring den enskilda patientens behov fick världsrykte och samarbetet mellan reumatolog och reumakirurg blev skolbildande. Chefpositionerna innehades av pionjärerna Veikko Laine (1911-2001) och Kauko Vainio (1913-89), se fig 1d, e. I mars 1965 tog Veikko Laine, som då var ordförande i den finska reumatologföreningen, initiativ till ett möte i Heinola för att diskutera organisation och utveckling av reumatologin i Norden. Deltagare var åtta andra överläkare och chefer från olika reumatologenheter i Norden. De riktlinjer, som denna "Heinola-kommitté" presenterade för nordiskt samarbete och fortsatt utveckling av reumatologin blev ett gott stöd för de olika nationella föreningarnas arbete på hemmaplan.

I samtliga nordiska länder skedde nu organisatoriska förändringar av reumatikervården, som också efterhand moderni-

Figur 7a



Figur 7b



Figur 7a och 7b. De danska röntgenläkarna Christian Bastrup (1855-1950) och Holger Scheuermann (1877-1960) har bägge beskrivit olika ryggförändringar som bär deras namn. Om inte eponymbeteckningen används så skrivs ofta "kissing spine" respektive juvenil kyfos.

serades. Kåre Berglund, sekreterare i kommittén, beskrev detta förlopp i målande ord: "Ut ur den tidigare töckniga bilden av en trist kurortsbetingad verksamhet med långsamt insättande, svaga terapieffekter, trädde nu fram en dynamisk, mångfacetterad specialitet, vilken krävde en tät fungerande samverkan mellan olika medicinska professioner", (ref 1, sid 102). Den nu påbörjade förändringsprocessen underlättades och fick ytterligare bränsle och fart när



Figur 6. Brevmärke utgivet 1992 av den danska patientorganisationen med anledning av att Nordiska rådet förklarar detta år som ett Nordiskt Reumatikerår.

WHO 1977 bestämde att detta år skulle vara världsreumatikerår som en tydlig signal till politiker och andra beslutsfattare att nu var det hög tid att sona tidigare försummelse genom att öka och förbättra vårdresurserna för de många reumatiskt sjuka (fig 4).

### 1980-talet

Kännetecknande för reumatologin under 1980-talet var det utvecklade och förfinade teamarbetet. I detta avseende var reumatologi en föregångsspecialitet. Än fanns det inte möjlighet att påtagligt hejda de leddestruerande processerna, varför målsättningen blev att hjälpa patienterna till bästa möjliga livskvalitet trots handikappande ledförändringar (fig 5). Reumakirurgins utveckling bidrog i hög grad till att detta mål kunde uppfyllas. Många av dessa åtgärder var relativt specifika för reumatologin, vilket gjorde att begreppet reumarehabilitering fick en särskild innebörd med hög status och lyskraft.

### 1990-talet paradigmskifte

Under 1990-talet skedde ett paradigmskifte. Man övergav den tidigare behandlingsfilosofin/strategin som kännetecknades av ett "go low, go slow"-tänkande vad gällde läkemedelsbehandlingen. I stället inleddes nu, i tidigt sjukdomsskede, behandling med potenta immunmodulerande läkemedel för att så snabbt som möjligt dämpa, helst eliminera ledinflammationen. Tillkomsten av de biologiska läkemedlen gav, med denna nya strategi, revolutionerande be-



**Figur 8.** "Visbymannen" levde i Visby någon gång mellan 900 och 1100. Han är sannolikt nordens äldsta kända fall med pelvospondylit (Mb Bechterew). (Leden I et al. HLA-B 27 sequences identified in a medieval skeleton with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2009, 68: 757 - 758.)



**Figur 9.** Arvi Larsens memoarer på finska 2012. Hans titel på den svenska versionen som publicerades året dessförinnan är: Vägen till leendets land.

handlingsresultat. Denna positiva utveckling avspeglas bl.a. i det kraftigt minskade behovet av reumatologisk slutenvård och reumakirurgiska åtgärder. Under perioden 1999-2009 mer än halverades antalet slutenvårdsplatser i Sverige och behovet av atropplastik, framförallt i höftlederna, mins-

kade också avsevärt (ref 4).

1990-talet kan också beskrivas som kvalitets- och kompetensfrågornas decennium. I alla nordiska länder formeras arbetsgrupper för att driva och kvalitetssäkra utvecklingen inom olika reumatologiska subområden. Ett sådant är upprättandet och utvecklingen av olika nationella kvalitetsregister. Allt detta ledde till en mer strukturerad och mycket effektivare behandling jämfört med tidigare decenniers. Samarbetet mellan de nordiska länderna stimulerades av att Nordiska rådet 1992 förklarade detta år som ett Nordiskt Reumatikerår (fig 6).

Tack vare tillkomsten av biologiska läkemedel i slutet av 1990-talet, har symtomfria patienter med kronisk artrit blivit ett vanligt och välkommet fenomen på våra mottagningar. Vid flertalet reumatologenheter skapades nu särskilda mottagningar för behandling av tidig artrit, dvs. patienter som varit sjuka i mindre än ett år. Fungerar allt optimalt innebär det att en i kronisk artrit nyinsjuknad patient inom ett halvt till ett år är fri från ledinflammation (i remission) och därmed i stort sett åter kan leva som före insjuknandet.

#### Pionjärer med eponymstatus

Berättelsen skulle kunna sluta här, men jag väljer att som final kort omnämna ytterligare några pionjärer på det reumatologiska fältet vars namn och gärning fått världsrykte. Den norske läkaren Erik Waaler (1903 - 1997) (fig 1f), som var både mikrobiolog och serolog, observerade redan 1937 att färbloodkroppar agglutinerades vid tillsats av serum från patienter med reumatoid artrit (RA). Han och andra insåg inte den fulla betydelsen av denna reaktion förrän den 1948 återupptäcktes av amerikanen Harry Rose. Det visade sig då vilken epokgörande observation detta var, som gav möjlighet att genom Waaler-Rose testet särskilja RA från seronegativa kroniska artriter. Detta gav incitament till nya studier av såväl RA som olika typer av ryggsjukdomar. De danska röntgenläkarna Christian Baastrup (1855-1950) och Holger Scheuermann (1877-1960) hade redan på 1920-talet beskrivit olika typer av röntgenförändringar i ryggen som sedan dess bär deras namn (fig 7a, b). Nu blev man i alla de nordiska länderna intresserad av att starta studier kring ryggsjukdomen Mb Bechterew som fått sitt namn efter en rysk läkare. Parentetiskt kan jag inte låta bli nämna att det tidigaste kända fallet i Norden av denna ryggsjukdom torde vara den 60-åriga man som under tidig medeltid levde i Visby (fig 8). Relativt nyligen visades det att han, som förväntat, var HLA-B27 bärare (referens i fig 8).

Den svenske ögonläkaren Henrik Sjögren (1899-1986) (fig 1g) har fått ge namn åt den syndromkonstellation han beskrev i sin avhandling 1933 och som sedan länge, över

hela världen, benämns Sjögrens syndrom. Den finske reumatologen och globetrottern Arvi Larsen får avsluta denna kavalkad, såsom den yngste och enda ännu levande, av de här nämnda nordiska läkarna med eponymstatus. Han föddes 1939 i Sortavala vid Ladogasjön i dåvarande Finland, idag Ryssland. I den doktorsavhandling han 1974 framlade vid Helsingfors universitet anvisade han en metod för att gradera de artritförändringar man vid slättröntgen finner hos patienter med RA, Larsens index eller score. Detta index kom efterhand att användas över hela världen. Arvi Larsen flyttade efter sin avhandling först till Sverige och sedan 1993 till Kongsvinger i Norge. Numera bor han i Thailand där han studerar olika filosofiska läror och skriver sina memoarer (fig 9).



Historieberättare

**Ido Leden**

senior reumatolog, Kristianstad  
ido.leden@skane.se

#### Källor

1. Jubileumsbok: Nordisk Reumatologisk Förening 50 år under redaktion av Leden Ido och Nived Ola. Malmö (Searle AB): OD grafik AB, 1996.
2. Jubileumsbok: Svensk Reumatologisk Förening 50 år under redaktion av Leden Ido och Nived Ola. Stockholm (SmithKline Beecham). Oskarshamn: Ab Primo, 1996.
3. Jubileumsserie artiklar, med reportage från varje nordiskt land, publicerade i Reuma-Bulletinen 2013 -14. Juul Lars. Reumatologien i Danmark. RB Nr 95, 2014. Pettersson Tom. Reumatologin i Finland. RB Nr 98, 2014. Gröndal Gerdur. Reumatologi på Island. RB Nr 94, 2013. Rødevand Erik. Reumatologi i Norge. RB Nr 92, 2013. Bremell Tomas. Reumatologin i Sverige. Norsk RB Nr 4, 2013
4. Jubileumsbok: Svensk Reumatologisk förening 70 år (1946 - 2016) under redaktion av Bremell Tomas, Leden Ido och Lindell Bengt. Växjö: Åkessons tryckeri, 2016.
5. Jubileumsbok: Revmatisme - gamle plager ny viten under redaktion av Munthe Eimar och Larsen Oivind. Oslo: Tano 1987. (Fig 1f finns på sid 81.)
6. Jubileumsbok: Riksförbundet mot Reumatism 50 år (1945 - 1995). Från välgörenhet till rättighet. RMR, Falu Bokproduktion 1995.
7. Jubileumsbok: Spenshult 1913 - 2003. Miljöns läkande kraft - mot allhjärjare och folkförstörare. Emmaboda: Åkessons tryckeri AB, 2003.

# Bad tattoo?

**33-årig man, tidigare väsentligt frisk, icke-rökare. Ingen hereditet för reumatiska sjukdomar.**

## Kontaktsak

Kommer under våren 2016 på remiss från primärvården på grund av tilltagande svullnad och värk i extremiteter sedan fyra månader tillbaka.

## Anamnes

Subakut symtomdebut efter en tatuering.

Det var egentligen andra gången han gjorde tatueringen på vänster underarm. Han tatueras för första gången för cirka 10 år sedan. En vecka efter "re-tatueringen" debut av domningar i fingrar bilateralt och svullnad i handryggen. Under en vecka

utveckling av symmetriskt ödem i underarmar och underben. Förnekar feber, gastro-intestinala eller luftvägsbesvär, viktnedgång, svettningar, trötthet, och Raynauds fenomen. Inga hudutslag som patienten har lagt märke till. Han upplever myalgier distalt men ingen muskelsvaghet. Han har provat NSAID utan effekt. Han förnekar användning av andra läkemedel.

## Status

Uttalat pittingödem i underarmar och underben, "hård" konsistens. Inga artriter, inga tenosynoviter. Grov muskelstyrka är normal. Status i övrigt är utan anmärkning. Inga hudutslag konstateras förutom en hudförändring i underarmen vid abduktion (bild).

## Laborationer

Tecken till lätt inflammatorisk aktivitet, SR 39 mm/h (ref. <10) och CRP 5 mg/L (ref. <3). Mild anemi (Hb 114 g/L, ref. 134-170), normocytär, normokrom. Mild hypoalbuminemi (P-albumin 31 g/L, ref. 36-48).

U-sticka, transaminaser utan anmärkning. Förhöjd LD (5,5 mikrokatal/L, ref. <3.5). CK normal. Diskret hypergammaglobulinemi. Immunserologi: ANA, ANCA, RF negativa. Anti-CCP svagt positiv (låg titer).

## Frågor

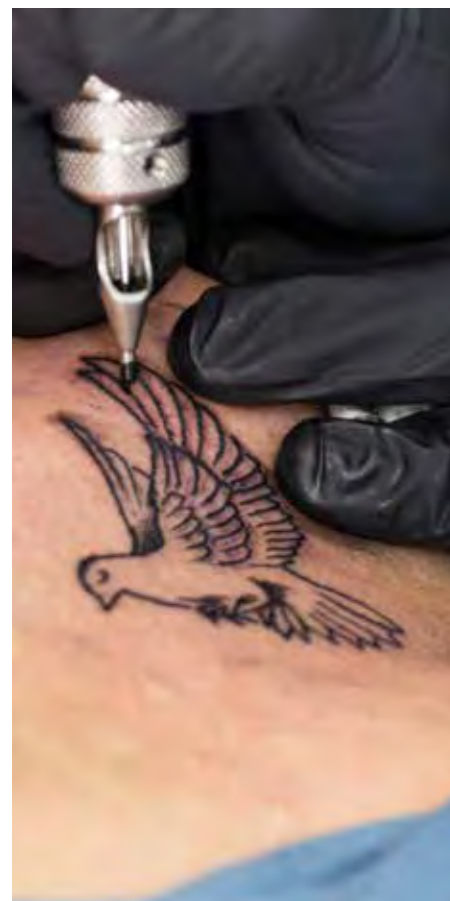
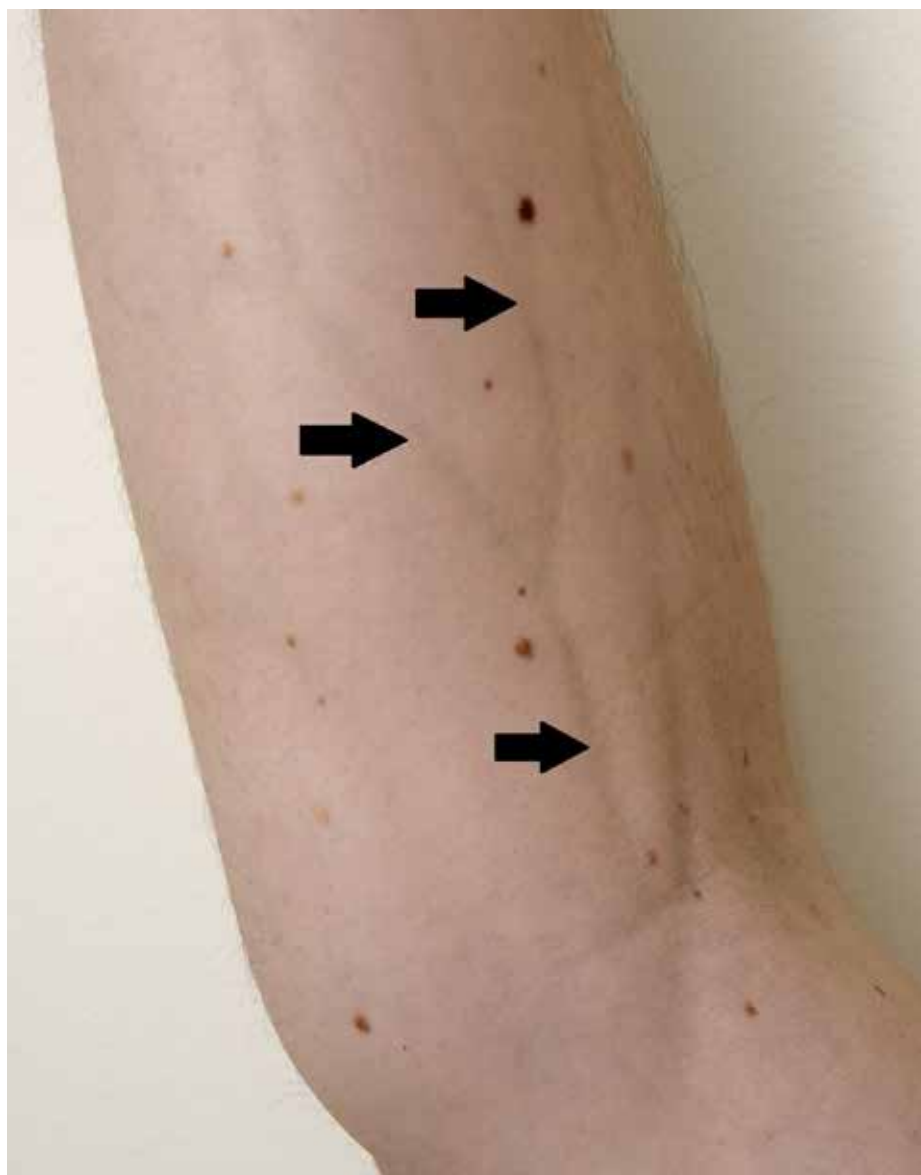
1. Hur skulle ni gå vidare med utredningen? Vilka prover saknar ni? Vilka ytterligare undersökningar/ingrepp behövs för att bekräfta diagnosen?
2. Vad heter hudförändringen? Vilken sjukdom är denna förändring mest karakteristisk för?
3. Differentialdiagnoser?

**Katerina Chatzidionysiou**

Reumatologkliniken

Karolinska Universitetssjukhuset

[aikaterini.chatzidionysiou@karolinska.se](mailto:aikaterini.chatzidionysiou@karolinska.se)





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

Skicka in en kort sammanfattning, stimulerande frågor och facit till [ioannis.parodis@karolinska.se](mailto:ioannis.parodis@karolinska.se).



Tills dess, njut och le!  
**IOANNIS PARODIS**

### Facit till Ur vardagen RB 5/2016

Således handlar det om en 86-årig kvinna med mångårig seropositiv destruerande RA under behandling med Methotrexate. Hon blev splenektomerad för 6 år sedan på grund av primärt spleniskt marginalzonslymfom. I samband med inläggande vård för hjärtsvikt noteras leukocystoklastisk vaskulit på underbenen och remiss skickas till patientens reumatolog för vidare utredning av eventuell systemisk vaskulit. Kreatinin har då stigit till 105 (från tidigare 60). U-sediment

visar erythrocyter 11-20, leukocyter 21-50, hyalina cylindrar >50 samt korniga cylindrar 6-10. SR 67 och CRP 32. Hb 89, LPK 23 (lymfocyter 15), TPK 92. ANA och ANCA är negativa. RF 25200 IE/mL, anti-CCP 250 E/mL. Komplementaktivering via den klassiska vägen. Förhöjda kryoglobuliner –IgA 0,46 g/L (ref <0,033), IgG 1,04 g/L (ref <0,167), IgM 2,68 g/L (ref <0,021)–, vilket inger misstanke om kryoglobulinemisk vaskulit (man bör dock notera att provet inte har tagits med obruten värmekedja, som är rekommendationen).

Under februari blir patienten försämrad med trötthet, dåligt födointag relaterat till svampinfektion i munnen samt tilltagande ödem och blir därför inlagd. Vid ankomsten har patienten Hb 89, LPK 30, TPK 37 (som dock stiger till cirka 100 några dagar senare), P-albumin 20. Vaskuliten i huden har gått i regress utan behandling. Patienten bedöms vara för skör för njurbiopsi. Blodstatus inger misstanke om lymfomrecidiv. P-elektrofores visar M-komponent 15 g/L, sannolikt IgM-kappa men bedömningen försvåras av att kryoglobulinerna faller ut och patienten är i för dåligt skick för att ta sig till provtagningscentralen för att lämna prov med obruten värmekedja. Benmärgspunktion bekräftar lymfomrecidiv. Patienten planeras att få Mabthera i kombination med perorala steroider, men innan detta hinner starta drabbas patienten av stafylokock- och streptokocksepsis. Patienten får antibiotika, men trots sjunkande CRP och feber blir patienten successivt sämre. Behandlingsförsök med steroider görs, men tyvärr avlider patienten efter två veckor på avdelningen.

Både lymfoproliferativa sjukdomar och autoimmuna sjukdomar kan ge upphov till kryoglobulinemisk vaskulit. Typ I kryoglobulinemi, vilken består av monoklonal immunoglobulin, vanligen IgM, har en mycket stark koppling till lymfoproliferativa sjukdomar. Vid typ II kryoglobulinemi ses en blandning mellan en polyklonal, vanligen IgG, och en monoklonal komponent, vanligen IgM, som har RF-aktivitet och denna typ av kryoglobulinemi är associerad till både autoimmuna och lymfoproliferativa sjukdomar, även om hepatit C är den vanliga orsaken. Den sista gruppen, typ III, består av polyklonala immunoglobuliner, har RF-akti-

vitet och är framförallt associerad till autoimmuna sjukdomar samt vissa virusjukdomar [1].

I detta fall vet vi inte med säkerhet om det var patientens RA eller lymfom som orsakade kryoglobulinemin (hepatit C med mera uteslöts) då vi via vårt laboratorium inte får svar på eventuell monoklonalitet bland kryoglobulinerna. Dock kan vi notera att patienten hade ett nyupptäckt lymfomrecidiv, medan hennes RA inte bedömdes vara aktiv, vilket vi ändå bedömer talar starkt för att lymfomet låg bakom patientens kryoglobulinemiska vaskulit.

### Katarina Uttervall

ST-läkare

Hematologiskt Centrum  
Karolinska Universitetssjukhuset  
För närvarande randande på  
Reumatologkliniken

1. Shihabi ZK. Cryoglobulins: an important but neglected clinical test. *Ann Clin Lab Sci.* 2006;36(4):395-408.





# Reumakalender

## 2016

- 11 nov**     **ACR 2016**  
11-16 november  
Washington, DC  
<http://acrannualmeeting.org>
- 17-18 nov**   **Reumatologiskt ledstatus och ledinjektionsteknik**  
Göteborg
- 1 dec**        **SRFs utvecklingsdag**  
1 december  
Stockholm
- 2 dec**        **Post-ACR**  
2 december  
Stockholm

## 2017

- 25 jan**       **SRQs registerdag**  
25 januari, Clarion Hotel Sign  
Östra Järnvägsgatan 35, Stockholm
- 26 jan**       **SRFs riktlinjedag**
- 8-10 feb**     **RULe - modul 1**  
Göteborg

- 22-23 mar**   **Graviditet och reumatisk sjukdom - utbildningskurs för specialister**  
Göteborg
- 26-29 mar**   **12th International Congress on Systemic Lupus Erythematosus (LUPUS 2017) & the 7th Asian Congress on Autoimmunity (ACA 2017)**  
Melbourne, Australien  
[Lupus2017.org](http://Lupus2017.org)
- 26-28 apr**   **RULe - modul 2**  
Skåne (ort meddelas senare)
- 11 maj**        **Cutting Edge Rheumatology**  
Lund
- 14-17 jun**    **EULAR Annual European Congress of Rheumatology 2017**  
Madrid, Spanien
- 12-15 sep**   **Reumaveckan 2017**  
Västerås
- 4-6 okt**      **RULe - modul 3**  
Mellansverige (ort meddelas senare)
- 23-24 nov**   **RULe - avslutningsmodul**



*Svensk Reumatologisk Förening 70 år  
(1946-2016)*

## Jubileumsboken

SRF 70 år sänds nu ut till medlemmarna.

Hör av dig till [tony@mediahuset.se](mailto:tony@mediahuset.se) om du inte har fått boken eller om du som är enhetsföreträdare vill beställa boken till enhetens bibliotek.

Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på

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