

ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 118 • 3/2017



**Läkarbemanning 2017 · Vårdval i Stockholm
Visby · Umeå · Digitalisering**



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 2017

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1 RB	1 februari	2 mars
Nr 2 RB Vetenskap	15 mars	13 april
Nr 3 RB	25 april	26 maj
Nr 4 RB	5 juni	30 juni
Nr 5 RB	22 september	25 oktober
Nr 6 RB Vetenskap	10 oktober	15 november
Nr 7 RB	10 november	14 december



Innehåll • 3/2017

- 3 Redaktörens rad
- 4 Brev från ordföranden
- 5 Brev från vetenskapliga sekreteraren
- 6 Brev från utbildningsansvariga
- 9 Ny adjungerad styrelseledamot
- 10 Maries ST-krönika
- 11 Ioannis krönika
- 12 Katerinas Cartoon
- 14 Läkarbemanning 2017
- 21 Vårdval reumatologi i Stockholm
- 22 Digitalisering av reumatologin - Hur och när?
- 29 Nytt från SRQ
- 30 Pottholzt
- 31 Akademisk reumatologi i Umeå
- 35 Månadens reumaenhet - Gotland
- 40 Aktuell avhandling
- 42 Ur vardagen
- 44 Reumakalender



Omslagsbild: Ringmuren i Visby

Välkomna till ett nytt nummer av ReumaBulletinen

Vi fortsätter med genomgången av de reumatologiska akademiernas historia – denna gång presenteras Umeå av Sol-Britt Rantapää-Dahlqvist. En imponerande utveckling från noll till dagens nivå parallellt med Umeå Universitets utveckling vad gäller forskning och utbildning. Viktigt för framgångarna har nog varit att hitta frågeställningar och områden som andra centra inte adresserat och där man med biobank, register med mera kunnat bygga upp specifika kompetens.

Månadens reuma-enhet finns i lilla Visby vilket Bengt Lindell skildrar i text och bild. God rekrytering och framtidstro präglar bilden.

Milad Rizk beskriver framtida digitalisering och dess betydelse för reumatologin. Jag tror att vi kommer att se ett annat arbetssätt för oss reumatologer framöver med mer arbete med datakonsultationer – från såväl patienter som kollegor. Kanske kommer vi att ha nationella jourer för olika diagnosgrupper vilka kan konsulteras via skype-liknande kommunikation dvs såväl ljud som bild. Här finns en ny roll för universitetssjukhusens nischade specialister.

John Svensson – ny adjungerad facklig sekr presenteras. Ledaren, brev från vetenskapliga sekr och brev från utbildningsansvariga finns givetvis med. Ioannis krönika och Katerinas Cartoon liksom nya Pott-holtz levereras.

Marie Holmqvist skriver i sin ST-krönika om patientbemötande och dess komplexitet. Att vi måste anpassa samtal och kontakt

så att det passar den individuella patienten.

Läkarbemanningen 2017 presenteras med siffror, stapeldiagram och kommentarer. Vi har visserligen ökat antalet specialister under tiden 2003-2017 från 214 till

”Viktigt för framgångarna är att hitta områden som andra inte adresserat”

265 och antalet ST-läkare från 65 till 102 men detta är inte tillräckligt med tanke på arbetsuppgifterna, kraven på nybesök inom 60 dagar och återbesök på planerad tid samt den stora befolkningsökning vi nu har. Vi borde vara 150 ST-läkare för att kunna certifiera 33 specialister/år istället för nuvarande 22. Målet är 5 specialister/100 000 invånare eller att vi är totalt totalt 500 reumatologer.

Vårdval reumatologi i Stockholm riskerar att slå sönder reumatologin i vår huvudstad. Dessutom utgör vårdvalet en fara för reumatologin i övriga Sverige – kanske fr.a. landsting i Stockholms närhet – med rekryteringar till högvärlönade arbeten på privata mottagningar så som skett med specialiteten dermatologi. Forskning och utbildning hotas när fungerande enheter brandskattas på resurser och personal. Trots att profession, akademi, patientorganisation och oppositionen är negativa har alliansmajoriteten beslutat genomföra vårdval med start 180101. Vi får hoppas att fortsatt motstånd hindrar genomförandet av vårdval reumatologi i Stockholm.

Sofia Ernestam skildrar utvecklingen inom SRQ. Sofia själv skall lämna sin post som ansvarig och nya krafter kommer till.

Jag vill slå på trumman för att fler skall skicka in sin avhandling till ReumaBulletinen dvs spikblad, publikationslista och abstract. Ni får gratisreklam och ökat intresse genom detta. I detta nummer presenteras endast en avhandling men jag vet att åtskilliga fler publicerats.

I ”Ur vardagen” skildrar Marit Stockfelt, ST-läkare från Göteborg, ett intressant fall och Marika Kvarnström ger facit till föregående nummers fall.

Slutligen lite reklam: Anmäl er till Reumadagarna i Västerås 13-15 september och till RAforum i Stockholm 23-26 sept. Således två stora evenemang under september.

Styrelse och redaktioner kommer att träffas i Fjällbacka 22-24 maj för att planera för hösten-17 och 2018. Jag önskar läsarna en skön sommar med detta nummer av ReumaBulletinen för hängmattan och som coffee-table litteratur!



Tomas Bremell
tomas.bremell@vgregion.se



Antagna vid styrelsemötet 2017-03-09

Nya ordinarie medlemmar
Charlotte Hammarberg, Visby
Hanna Lindberg, Uppsala
Viktor Molander, Stockholm
Danijel O'Rourke, Linköping

Våren låter vänta på sig

Våren låter vänta på sig. Det gäller att ha tålamod. Tålamod behöver vi ha mest hela tiden när vi arbetar i vården, så jag känner mig väl tränad för att klara även denna utmaning.

För några veckor sedan fick vi i Stockholm uppleva ett terrordåd. Det var skakande och ändå var omfattningen relativt begränsad i jämförelse med det som sker i vår omvärld.

På Karolinska fungerade vår beredskap mycket väl, det fanns en fantastisk handlingskraft och lojalitet hos medarbetarna, det mesta fungerade bra och vi försöker nu dra lärdom och se vad vi kan göra för att stå ännu bättre rustade om det händer igen. Vi behöver också i detta avseende ha tålamod, tålamod att tillsammans stå emot all den ondska som finns i vårt samhälle och i världen, tålamod att inte låta oss hindras att tillsammans bidra till ett öppet och jämlikt samhälle.

Stora förändringar av vårdstrukturen

I Stockholm lever vi fortsatt i en turbulent tid med stora förändringar av hela vårdstrukturen i landstinget framför oss de närmaste åren. För oss inom reumatologin är den största utmaningen vårdval och risken att detta leder till stora nedskärningar inom de landstingsägda verksamheterna med en fortsatt utflytt av vård från akut/universitetssjukhusen, en fragmentisering av vården och de konsekvenser det får för utbildning, forskning och utveckling som jag skrev om i förra numret. En intressant resa under vintern har också varit processen att ta fram ett Regionalt vårdprogram i reumatologi.

Istället för att vårdprogrammet, som skrivs av profession, ska styra hur vården bedrivs och hur nivåstruktureringen ska se ut, har nu beslut fattats att arbetet skjuts upp till hösten för att kunna anpassas utifrån hur tjänstemän och politiker tycker att "regelboken" och avtalen för vårdval ska se ut. Glädjande nog är vi många som från olika håll tålmodigt fortsätter arbeta för en fortsatt professionellt och kunskapsstyrd vård där patientens behov, kunskapsutveckling och utbildning står i fokus.

Första modulen av den andra omgången av ledarskapsprogrammet, RULE, har genomförts i Göteborg i februari. Den här veckan, när jag skriver detta, går den andra modulen av stapeln i Skåne. Deltagarna har hittills överlag varit mycket positiva till programmet och jag ser verkligen fram emot att själv få träffa deltagarna i sam-

band med den tredje och fjärde modulen. Det är inspirerande att få vara med och arbeta med framtidens ledare! Jag vill passa på och tacka Boel Börck och Gerd-Marie Alenius som tillsammans med de regionala programkommittéerna lägger ned mycket tid på att skapa detta program. Gå gärna in på SRFs hemsida och ta del av hur programmet är upplagt. Där finns även litteraturlänkar och tips på olika TED talks.

Riktlinjer och rekommendationer

Styrelsen har haft årets andra styrelsemöte. En av punkterna var att fastställa alla uppdaterade riktlinjer och rekommendationer och dessa ligger nu tillgängliga för alla på hemsidan. Vi arbetade också vidare med planeringen för seminarierna i Almedalen.

Vi har modifierat seminarierna något och planerar nu för ett seminarium den 5 juli kl 16.00 under rubriken "Vårdval – konsekvenser för vårdens kunskapsutveckling" där vi ställer frågan vad som händer med

"Vi fortsätter arbeta för en professionell och kunskapsstyrd vård"

utbildning, forskning, utveckling och innovation när vård flyttas ut från universitetssjukhusen till vårdval och vilka konsekvenser detta får för vården av morgondagens patienter. Det andra seminariet är den 6 juli kl 09.30 och har rubriken "Nya läkemedel – en dyr eller kostnadseffektiv väg till ökad hälsa". Vi ställer frågan hur vi kan säkra en fortsatt jämlik och optimal tillgång av nya och effektiva läkemedelsbehandlingar i Sverige nu och i framtiden med utgångspunkt från den stora utmaningen med kraftigt ökande kostnader vi står inför på grund av den demografiska och medicinska utvecklingen. Vad kan vi lära oss av introduktionen av TNF-hämmarna? Inom kort kan ni hitta information om seminarierna på Almedalens hemsida och förstås på SRFs hemsida.

Det är nu klart att Ralph Nisell efterträder Sofia Ernestam på posten som registerhållare för SRQ. Varmt Grattis Ralph! Ralph tillträder den första juni. Sofia kommer att finnas kvar och "skola in" Ralph på posten under det här året och även i fortsättningsen arbeta med SRQ på olika sätt. Tack än en gång Sofia för ditt fina arbete och stora engagemang för SRQ!

För att sprida delar av den kunskapsut-

veckling som sker inom reumatologin ordnade Läkartidningen tillsammans med Sofia Ernestam en utbildningseftermiddag för primärvården.

Eftersom jag själv medverkade i programmet hade jag förmånen att få lyssna hela eftermiddagen och det var ett fantastiskt fint program om artrit, ultraljud, gikt och jättecellsartrit/PMR som jag önskar att alla allmänläkare i landet hade fått möjlighet att lyssna till. Det är självklart oerhört viktigt för alla patienter med reumatisk sjukdom att kompetensen inom reumatologi hos allmänläkarna är hög. Tyvärr gjordes inte någon websändning eller inspelning vilket verkligen var synd, men vi får försöka upprepa programmet på något sätt framöver.

Kraft och kompetens

Det är verkligen roligt att arbeta med SRF och känna hur mycket kraft och kompetens som finns spridd över landet inom vår specialitet.

I en undersökning som Läkarförbundet genomfört av vad Specialitetsföreningarna ser som sin viktigaste verksamhet framkom en entydig bild:

1. Kompetensfrågor – att bidra till att specialister inom den egna specialiteten har en jämn och hög kompetensnivå (fortbildning) och säkra en god ST-utbildning
2. Att bidra till och påverka utvecklingen av specialiteten – att verka för forskning och kvalitetsutveckling
3. Att bidra till en jämlik vård med en hög och jämn kvalitet av vården över landet. Jag kan bara instämma och hoppas att vi alla har fortsatt tålamod att arbeta vidare tillsammans och anta alla utmaningar som vi ständigt möter.



Cecilia Carlens

Ordförande

ceclila.carlens@karolinska.se

Brev från vetenskaplige sekreteraren

Nu pågår finputsningen av programmet till Reumadagarna i Västerås. Mötet äger rum den 13-15 September och information om mötet, anmälan, utlysta stipendier och det preliminära programmet hittas på reumadagarna.se.

I år fokuserar vi i det vetenskapliga programmet på myosit, vaskulit och systemisk skleros. De företagssponsrade föreläsningarna täcker in reumatoid artrit med fokus på de nya JAK hämmarna samt psoriasisartrit. Till vår glädje har Professor Matthew Brown tackat ja till att bli årets Nanna Svartz-föreläsare och han kommer att presentera nya spännande rön inom ankyloserande spondylit. Övriga internationella föreläsare som tackat ja är Professor Ariane Herrick (Systemisk Skleros) och Dr Louise Diederichsen (myosit). I vaskulitssessionen kommer vi även att bli uppdaterade på ultraljud vid diganos av jättecellarterit. Mer info om årets reumadagar kommer i nästa nummer av RB. Vad

gäller JAK hämmarna Olumiant® och XELJANZ® gick det snabbare än väntat för beslut om begränsad subvention och sedan 21 april är dessa perorala läkemedel tillgängliga på svenska marknaden för behandling av ”måttlig till svår aktiv reumatoid artrit

ter och företag och leds av SKL. 4-länsgruppen (Skåne, VGR, SLL och Östergötland) har fått uppdraget och arbetet kommer nu att intensifieras. Det kommer att bli väldigt spännande att se vilken plats dessa nya läkemedel kommer att ta vid behandling av RA och andra reumatiska sjukdomar.

”Nya spännande rön inom ankyloserande spondylit presenteras på reumadagarna”

hos vuxna patienter när ett eller flera sjukdomsmodifierande antireumatika inte haft tillräcklig effekt eller gett biverkningar”. Priset är satt till listpriset för Benepali®, ca 111 000 kr/år. Sedan årsskiftet pågår även ett arbete med att skriva ett införande- och uppföljningsprotokoll för dessa läkemedel. Detta sker inom ramen för den nationella samverkansmodellen för läkemedel, som är ett samarbete mellan landsting, myndighe-



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



Brev från utbildningsansvariga

Nu är det vår! Ett år går fort, kanske för fort. Men det känns härligt med längre dagar och mildare väder.

När detta skrivs har årets diagnostiska prov skrivits runt om i Sverige. Vi har ännu inte fått svar på enkäten som följer på provet och vet således inte heller hur många som deltagit i år. Målet är att man som ST skall skriva minst fyra prov under sin ST-tid. Rent generellt läggs större

vikt vid så kallad progressionsbedömning under ST-utbildningen. Att utvärderingar av teoretisk och praktisk kunskap ses i ett sammanhang där ett successivt lärande skall kunna följas och värderas. Våra diagnostiska prov som upprepas årligen lämpar sig här utmärkt. Tänk på att man inte kan misslyckas eller underkännas, bara få ett "kvitto" på var man står i kunskapstrappan.

Vi har vid några tillfällen fått frågor som rör vad man skall göra om ST-tiden närmar

sig slutet men man inte gått alla obligatoriska kurser.

Viss möjlighet att byta ut en SK-kurs finns om man gått en EULAR onlinekurs. Läs gärna på SRFs hemsida under utbildning ang. SRFs policy avseende EULAR s onlinekurser. En obligatorisk kurs behöver

”Gör en planering och uppdatera ditt kursläge årligen”

inte vara en SK-kurs och alls inte en svensk kurs. Det kan i vissa fall också röra sig om web-utbildningar. En eller flera relevanta kurser i det aktuella ämnet kan tillsammans mycket väl täcka in kunskapskravet för delmålet. Här bör handledare och aktuell studierektor hjälpa till med värdering. Det är alltid bra att spara schema, kursintyg eller diplom för alla kurser (även obetydliga) då det kan bli aktuellt att skicka in "bevis" när man söker specialistkompetens.

Till sist, försök att från början undvika att hamna i "kursfällan" genom att göra en planering och uppdatera ditt kursläge årligen. Att vissa SK-kurser har omvänd antagning kan t.ex. spela spratt om man redan är specialist i annan specialitet men skall sadla om till reumatologi. Leta efter bra alternativ så snart du anar svårigheter att få till SK-kurser.

Vi önskar alla en fortsatt fin vår och skön sommar!



Vala Sigurdardottir
ST-läkare

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

Katarina Almed
Överläkare Reumatologi
Sahlgrenska Universitetsjukhuset
Utbildningsansvarig SRFs styrelse
katarina.almed@vgregion.se

REUMADAGARNA 2017

Västerås 13-15 september



Bästa möjliga möte i staden utan gränser
Reumadagarna 2017 i Västerås



Information och program finns på
www.reumadagarna.se

SRF's STYRELSE 2017



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



John Svensson
Adjungerad facklig sekr
Reumatologiheten
Sundsvall
851 86 Sundsvall
tel vx 060-18 10 00
john.svensson@lvn.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 Almedhed
Utbildningsansvarig
Reumatologi/Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 10 00 vx
katarina.almedhed@
vgregion.se



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



Rättelse RBV 2/17

Ett språkligt fel i det senaste numret av ReumaBulletinen Vetenskap har uppmärksamats. Detta gäller termen "magnetrontgen tomografi", som förklaring till förkortningen MRT, sidan 21. Termen ska naturligtvis vara "magnetresonanstomografi" och inget annat!

John Svensson - adjungerad facklig sekreterare i SRF

John Svensson har adjungerats till SRFs styrelse som facklig sekreterare. Formellt sett är det styrelsen som adjungerar men John föreslogs dessutom av valberedningen i samband med föreningsmötet 170125 som var positivt till förslaget. Som facklig sekr är John ansvarig för att skriva remissvar, samordna arbetsgrupperna och ansvara för Riktlinjedagen. Han ser sig som en representant för reumatologin på länsjukhus.

Vem är då John Svensson? Han är ursprungligen från Skellefteå, gick läkarutbildning i Stockholm och flyttade sedan halvvägs tillbaka dvs till Sundsvall där han först blev internmedicinare. John bor med fru och två barn - 3 och 5 år gamla - i Sundsvall. Förutom familjen är han intresserad av natur, kultur och idrott - "som alla andra". John tycker om löpträning, skidåkning och går gärna på olika kulturevenemang.



John Svensson

John är sektionsöverläkare för reumatologienheten inom medicinkliniken i Sundsvall. Som sådan har han en rådgivande funktion till verksamhetschefen men inget budgetansvar och ej heller anställningsansvar. Han sitter i läkarrådet på medicinkliniken

och leder sektionsmöten i reumatologi två gånger per år. Reumatologin är en läsenhet vilket innebär att enheten är inblandad i reumatikervården i Sollefteå och Örnsköldsvik.

Varför blev det reumatologi? - John kände efter ett tag att han ville arbeta inom en öppenvårdsspecialitet inom medicinkliniken och gillade reumatologins generalistperspektiv.

Specialiteten fordrar en särskild mentalitet med tålamod, lång uppföljning av behandlingsresultat och mycket baseras på kliniska undersökningsfynd och patientens egna uppgifter och sjukhistoria. John har inspirerat andra läkare att bli reumatologer bland annat Ioannis Parodis.

Vi hälsar John välkommen till SRFs styrelse!

Tomas Bremell



Maries ST-krönika

I år odlar jag gurkor för första gången. Den sorten jag valt heter Beit Alpha och är en rikgivande slanggurka med mild smak, god att äta direkt på mackan. Gurkväxter är ju klättrväxter och tanken var att de skulle stå i vardagsrumsfönstret och klättra upp på trådar fästade i gardinstängen.

Fyra plantor jämte varandra, på väg uppåt, som en gardin- en gurkgardin. Jag har oförtrutet daltat lite extra; petat ner fröna i såjord i stället för vanlig fuljord, låtit dem stå på elementet för att få extra värme under groningen, och givit dem extra ljus när de späda spröten stack upp ur jorden. De planterades om när hjärtbladen fått stöd av de första karaktärsbladen och jag har vattnat, gödslat, vattnat tills de resliga och friska nu fyller mitt fönster och levererar gurkor i överflöd.

Mycket har gått fel på vägen. En planta slutplanterades i en för liten kruka och orkade inte bilda mera än en gurka, en annan toppade jag i enlighet med instruktionen på fröpåsen vilket gjorde att min gurkgardin inte alls blev så hög som jag ville, och självfallet drabbades de av sorgmygg vars larver gärna sätter i sig plantornas rötter och de späda plantornas stammar.

Framför gurkgardinen funderade jag på ett patientmöte som inte alls blev bra, vad det var som hade gått fel. Varför blev den här patienten så irriterad, kort i tonen? Varför lämnade jag mötet med spända käkar och uppdragna axlar? Jag var ju lika professionell, saklig och fokuserad med honom som med alla andra? När mötet

var slut hade vi förstås bockat av obligatoriska saker som sjukdomsaktivitet, recept, smärtbehandling osv men ingen av oss var nöjd. Patienten var ilsken när han gick, och jag kände att vi inte mötts men förstod inte varför.

”Beit Alpha är en rikgivande slanggurka med mild smak, god att äta direkt på mackan”

Den missnöjda patienten

Det misslyckandet gnagde i mig flera veckor efteråt och jag funderade ofta över vad det gått fel. Jag funderade vidare kring vad som är en bra läkare för att förstå. Vissa saker var självklara: Medicinsk kunnskap förstås. Förmåga att tolka statusfynden i relation till anamnesen. Förstå vetenskap. Kunna samarbeta med andra professioner. Att vara saklig och objektiv, inte låta något i en själv stå i vägen för patienten. Andra saker var svårare att greppa och beskriva: Förmåga att läsa av patienten, helst när mycket ligger mellan raderna. Begripa när det är läge att ställa följdfrågor för att komma åt det där som patienten gärna vill berätta men inte vet hur. Förstå när det är läge att vara tyst och när det är läge att tala.

Allt ovanstående är ju viktigt när det gäller att skapa den där viktiga kontakten mellan läkare och patient, förtroendet.

Det som gör att relationen växer och på riktigt kan leda till förbättring av patientens sjukdomstillstånd. Problemet är att det inte finns någon universallösning som passar

alla, utan den individuella blandningen måste utprövas i varje patient-läkare-konstellation. Hur gör man det? Så en dag stod jag med en klen och icke-produktiv grukplanta i handen. Den hade fått samma omsorg som övriga plantor men ville inte ta sig, trots all kärlek. Bladen hängde trötta längs stammen och inte en enda blomma syntes till. Efter en tids funderande insåg jag att jag förmodligen övervattnat den än så länge lilla plantan. Den stod i en litet för stor kruka och fick lika mycket vatten som sina betydligt resligare vänner, vilket resulterade i att den nästa dränktes. Plötsligt insåg jag även att detsamma gällde min missnöjda patient.

Jag gav honom samma bemötande som alla andra patienter men det var inte vad han ville ha. Mitt misslyckande låg i att jag inte funderat över vem han var i relation till sin sjukdom. Vid ett senare besök vågade jag lyfta frågan och fick veta att han mådde dåligt av för hård struktur och för mycket formalia, då detta påminde om sjukhusbesök i hans barndom då hans mor varit sjuk. Han behövde ett annat bemötande och en annan approach för att kunna slappna av och känna förtroende för mig.

Jag korrigerade mitt beteende, och efter några försök gav det resultat. Patienten berättade om smärtproblem han tidigare förnekat och jag förstod mera om hur morgonstelheten tedde sig. Detta ledde till bättre behandling av patientens sammantagna besvär med högre livskvalitet som följd. Att doktorn dessutom lärde sig något nytt om patientbemötande får ses som en lyckosam sidoeffekt! Kanske är det med patient-läkarrelationer som med gurkplantor? De behöver ibland mycket kärlek och pyssel för att börja växa och ge frukt.

Den klena gurkplantan? Jag började vattna den krukans varannan gång jag vattnade övriga, och med denna lilla ändring tog tillväxten fart. Idag har jag skördat två gurkor från den och fler är på gång.



Marie Holmqvist
marie.holmqvist@ki.se

Ioannis krönika

Det finns ett liv där ute. Känner du igen det där att arbetsplatsen är ditt andra hem? Att du har vuxit fast på ditt kontor på grund av ångest och dåligt samvete för din aldrig tomma signeringskorg?

Efter fleråriga observationer har jag konstaterat att läkare lätt glömmar att det finns ett liv utanför arbetsplatsen. Det bara blir så. Ibland är det medvetet, ibland inte. Jag har också drabbats. De senaste åren har varit intensiva. Ambitionerna hade tagit över. Men nu när det har lugnat sig lite inser jag att det även finns ett liv där ute...

När jag skriver dessa rader sitter jag på ett plan som tar mig hem efter drygt tre veckor i Australien och i Nya Zeeland. Min längsta semester hittills. Jag känner mig som en ny människa!

Jag ska börja med Australien. Det var forskningen som drog mig dit, nämligen den internationella kongressen i SLE. Mötet var ovanligt litet i år, antagligen på grund av det långa avståndet för européer och amerikaner. Men små möten är charmiga. Och de är oftast mer lärorika, vilket var fallet med det här mötet också. Efter kongressen stannade jag kvar och turistade. Jag åkte runt längs med Australiens ost- och sydkust, samt flydde ett par dagar till paradiset på Tasmanien. Vilket härligt land! Människorna är mer avslappnade än vi européer, och naturen är helt annorlunda. Att gå på gatorna bredvid långhalsfåglar, att behöva stanna till och fundera lite när en gigantisk ödla stolt äger vägen man går på, att behöva ducka när flygande hundar kommer för nära huvudet var helt nya upplevelser för mig. Och norsk lax i all åra, men den tasmanska var en glad överraskning för smaklökarna. Likaså lokalt kött – jag går inte in på detaljer så slipper jag riskera min vänskap med vegetarianer.

Mina ögon fick se mycket. Regnskogar och floder med eukalyptusträd, koalor och olika sorts färgglada papegojor. Små söta pingviner som när solen går ner inte tvekar att ta sig ur vattnet mot sina lyor, trots hundratals par nyfikna ögon. Stora barriärrevet bjuder fortfarande på koraller i alla möjliga färger och är fortfarande ett paradiset för stora och små fiskar. Hur länge till får vår hybris avgöra fick jag veta under mitt besök där. Jag lovade att sprida kunskapen.

Ännu finare var i mitt tycke dessa två helt underbara öar några sjömil österut, som tillsammans bär namnet Nya Zeeland. Inte undra på varför filmerna Sagan om ringen



Australien, Port Campbell National Park.



Nya Zeeland. Ett stopp vid sjön Erskine på vägen mot Milford Sound.



Nya Zeeland. I hobernas sagoby.



Nya Zeeland. Hoberna har en stor öltradition!



Australien, Kennett River.



Australien. Grekisk-ortodox påsk i Melbourne.

och The Hobbit spelades in där. Ögonen blir aldrig mätta på dessa oändliga backiga

gröna landskap, de vulkaniska formationerna, lysmaskarna i grottorna som ger nätterna en extra stjärnhimmel, fjordarna längs med den sydvästra kusten, glaciärerna som omvandlar bergen till gigantiska tårtor, vattenfall, floder, getter, hjortar. Många hjortar. Våldigt många hjortar!

Där fick jag uppleva mycket. En vandring i hobernas vackra sagoby. En kryssning i underbara Milford Sound och en glaciärlandning med helikopter på vägen tillbaka till Queenstown. Där på bergstoppen fick man inte gå många meter från helikoptern. Risk fanns att glida iväg från glaciären ner till sundet, ett tämligen osäkert fritt fall med garanterat dödligt utfall. Men jag klarade mig – så det blir några krönikor till.

Borta bra men hemma bäst och trots dessa fantastiska upplevelser är hemlängtan stor. På jobbet väntar nya utbytesstudenter och en mycket lång väntelista till följd av disputation och ledighet. Jag hoppas att mina patienter har hållit sig friska i min frånvaro och att de fortfarande är glada och snälla mot mig trots att de har fått vänta länge.

På tal om disputation, denna krönika är min första krönika efter avklarad disputation. Tänk, jag glömde nämna det i början. Så pass avlägset känns det redan. Men det gick bra och både handledare och under-teknad känner sig nöjda. Festen ägde

sedan rum på Junibacken där världens finaste Pippi (Susanne Karlfeldt) och Emil (Johan Hjalmarsson) såg till att vi hade det bra. Disputanden gjorde bort sig mer än en gång, bland annat med den grekiska dansen Ikariotikos som min mor och jag lärde oss att dansa inför detta tillfälle. Det var kul! Till er som var med och gjorde detta till ett oförglömligt minne vill jag ytterligare en gång framföra ett jättestort tack från hjärtat. Och till mina handledare: jag är evigt tacksam!

Jag hoppas att du fick uppleva lite av Australien och Nya Zeeland genom mina ord och bilder. Jag hoppas även att du inte glömmer att det finns ett liv där ute! Och att du naturligtvis inte glömmer att le – det gör världen vackrare!



Ioannis Parodis

ioannis.parodis@karolinska.se

KATERINAS CARTOON · Katerina Chatzidionysiou



Läkarbemanning för reumatologi, mars 2017

Specialistläkare	Offentlig tjänst	252 (+12)
	Privat tjänst	13
	Totalt	265 (+12)
	Tjänstgöringsgrad specialister	67%
ST-läkare		102 (-1)

Inom parentes = förändring jmf med 2016.

Behov	Sett regionvis (dvs. såväl länsjukvård som regionsjukvård) behövs 5 specialister/100 000 invånare. (med ca 70% tjänstgöringsgrad) dvs totalt 500 specialister i reumatologi. Kan också uttryckas som 4 specialister/100 000 invånare för länsjukvård och 1 specialist/100 000 invånare för regionsjukvård.
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nu finns 265 spl varav 79 offentliga och 13 privata pensioneras inom 10 år = 173 kvar. ST-utbildning idag = 102. Utbildningskrav = 225 nya ST-läkare ytterligare på 10 år (utöver nuvarande 102) Nya specialister 2000-2016 = 276 (13-18-12-18-13-11-15-12-9-24-15-13-25-21-13-22-22=16/år). Ett annat mått på utbildningskrav skulle vara socialstyrelsecertifiering av 33 nya specialister/år (jmf idag 22 nya specialister/år) t.o.m. år 2026. Vi måste alltså kraftigt öka utbildningen jmf med idag. Bemanningen är uträknad med det uppdrag vi har idag dvs. begränsat till enbart kunskaps- och bedömningsansvar vid artros eller värtillstånd.

1. Regionsjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	143 (+3)	62 (-2)
Karolinska	38 (-2)	18 (+1)
Sahlgrenska	35 (-1)	18 (+1)
Lund/Malmö (SUS)	21	12
Linköping (länsklin)	14 (+2)	4
Uppsala	14	4 (+1)
Umeå (länsklin)	14 (+3)	2 (-3)
Örebro	7 (+1)	5 (-1)

3. Länsdelssjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	10 (-1)	4
Arvika	1	0
Ängelholm	2 (-1)	1 (+1)
Trelleborg	2	0
Simrishamn	2	0 (-1)
Alingsås	0*	0
Västervik	2	2 (+1)
Visby	1	1 (-1)

2. Länsjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	99 (+10)	37 (+2)
Kristianstad	5 (+2)	0 (-1)
Helsingborg	1 (-2)	1
Blekinge	4 (+1)	1 (-2)
Halland	5	2
Växjö	3	0 (-1)
Borås	6 (+1)	1 (-1)
Skövde	5 (-1)	3 (+2)
Uddevalla	4 (-1)	3 (+1)
Jönköping	5 (+1)	5 (+2)
Kalmar	3 (+2)	2
Danderyd	8 (+1)	1
Centrum Sthlm	4 (+4)	0
Sörmland	4	4 (+1)
Västerås	8 (+1)	2
Karlstad	5 (+1)	2
Falun	7	3
Gävleborg	8 (+2)	2
Östersund	4	3 (+1)
Västernorrland	4 (-2)	0

4. Privatpraktiker	Specialistläkare	ST-läkare
	13	0

Kommentar

- Flera sjukhus är länskliniker t.ex. Blekinge (Karlskrona+Karlskrona), Östergötland, Sörmland (Eskilstuna+Nyköping), Gävleborg (Gävle, Hudiksvall, Bollnäs/Söderhamn), Västernorrland (Sundsvall, Örnsköldsvik), Västerbotten (Umeå, Lycksele, Skellefteå) med tjänstgöring utanför det större sjukhuset.
- Alingsås har ingen egen reumatolog utan försörjs via avtal med Sahlgrenska med motsvarande 1-2 specialister.
- Flera enheter har timanställda seniora specialister. Karolinska har flera, Kristianstad 2, Kalmar 1, Västervik 1, Jönköping 3, Eskilstuna 2, Helsingborg 3, Borås 1, Uddevalla 1, Göteborg 2, medan Sundsvall uppger att man har 2 halvtidspensionärer. Vid halvtidsarbete räknas de in i ordinarie bemanning.
- Alla ST-läkare räknas in – även de som anges som "gräblock".
- Antal privatpraktiker är svårt att beräkna eftersom dubbelarbete förekommer och redovisningen är ngt osäker. Så gott som hela privatpraktikerkåren pensioneras t.o.m. år 2026.
- Tjänstgöringsgraden (reumatologi) har alltid kretsat kring 70% men tycks visa en svag nedgångstrend de senaste åren till knappt 67%.
- De bolagsdrivna enheterna Halland (Capio), Simrishamn (Capio) och Danderyd (bolag inom SLL) räknas in i de offentliga eftersom de har ett anvisat områdesansvar liknande offentlig enhet.

Kommentar till läkarbemanningen 2017

Antal ST-läkare ligger över 100 – idag 102 personer!

Antalet ST-läkare ligger stabilt runt 100 stycken sedan flera år. Totalt finns 102 ST-läkare i reumatologi. På regionsjukhusen ser vi en minskning med 2 ST-läkare jmf 2016 men sett under de senaste fyra åren en ökning med 12 – från 49 till 61! Även på länsjukhusen ser vi en uppgång senaste fyra åren – från 30 till 38 varav årets ökning är 2. Sedan 2004 har antalet ST-läkare inom länsreumatologi ökat från 19 till nuvarande 37. Antalet nya ST-läkare i reumatologi i Sverige som tillkommit under 2016 kan – ur de siffror som enkäten ger – beräknas till 21 personer.

Specialister i offentlig tjänst ökar

Under 2016 har vi sett en ökning av antalet specialister till 265. De offentliganställda står för hela ökningen (+12). Privatpraktikerna har en minskande trend under de senaste fem åren (20-18-16-13-13) men är något svåra att beräkna.

Timanställda specialister

Vi ser en tendens att specialister timanställs efter sin pensionering (t.ex. i Kristianstad eller Kalmar) eller vid övergång till arbete i t.ex läkemedelsindustrin (Stockholm). Totalt rör det sig om 15-20 specialister som på detta sätt ofta arbetar 1-2 dagar per vecka. Denna kategori kan öka. Arbetar den pensionerade läkaren 50% eller mer räknas denne in i normala läkarbemanningen.

Antal nya specialister

Under 2016 erhöll 22 läkare specialistbevis i reumatologi. Med nuvarande tillströmning av nya ST-läkare och med 102 ST-läkare i tjänst torde antalet nya specialister/år kunna överstiga tjuugo i framtiden. Detta är dock inte tillräckligt. Med 102 specialister och en ST-utbildning om minst fem år är det svårt att producera mer än 20-25 specialister/år. Vi förlorar i pensioneringar ca 10 specialister/år och andra kan ju förloras till andra uppdrag inom sjukvård eller industri. För att få ett substantiellt nettotillskott borde vi ha 150 ST-läkare under utbildning!

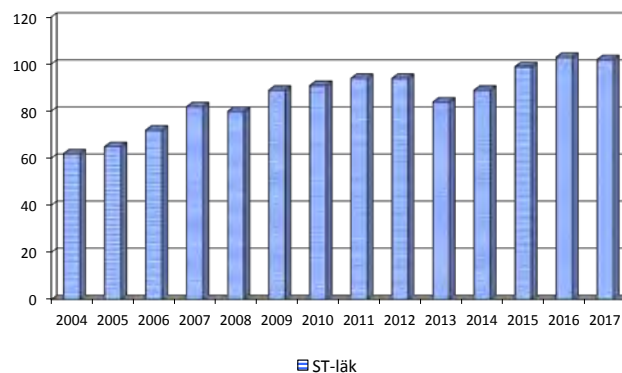
När sker pensionen?

I våra beräkningar räknar vi 65 års ålder som pensionsålder och vi mäter antal nu arbetande specialister som blir 65 år under närmaste 10-års period. Vi har valt 10 år eftersom utbildningstiden för ny ST-läkare till färdig specialist ofta är nästan så lång tid pga föräldraskap, forskning m.m. Men det tycks som om 65-åringarna dröjer sig kvar några år till varför pensionsförlusterna kanske blir något mindre än beräknat. Nu räknar vi med att drygt 90 specialister försvinner fram tom 2026 – vilket innebär knappt 10/år. Kanske är den verkliga siffran något lägre till följd av friskheten och arbetsvilligheten hos våra äldre kollegor. Åldersfördelningen skiljer sig dock över landet. Om man ser hur olika sjukvårdsregioner har det med rekrytering vs pensionering dvs ta antal nuvarande ST-läkare minus antal kommande pensionärer inom 10 år erhåller vi följande siffror (där + anger att rekrytering är större än pensionering): Södra (utom Halland) +2, Halland -2, Västra Götaland +13, Sydöstra +6, Sthlm inkl Gotland -1 (fr.a. privatpraktikerna går i pension), Uppsala/Örebro +4 och Norr -7.

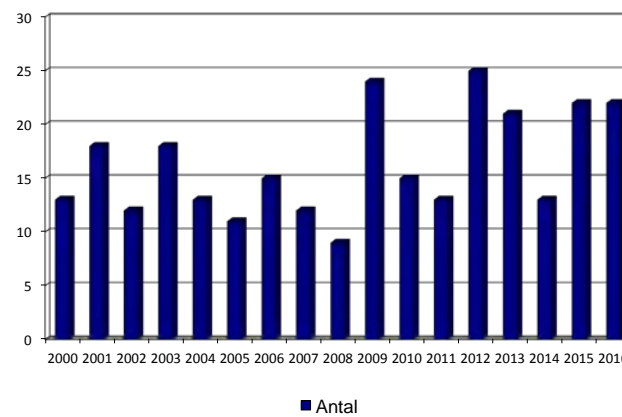
Privatpraktiker

Beräkningen av antalet privatpraktiker, deras sysselsättningsgrad

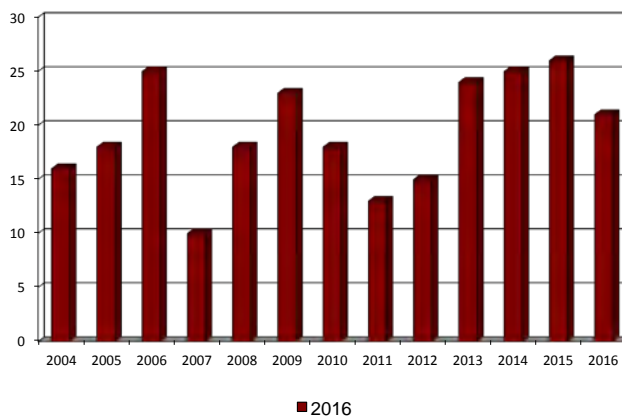
Antal ST-läkare i Sverige 2017



Antal nya specialister i Reumatologi i Sverige



Antal nya ST-läkare i Reumatologi i Sverige



och pensionsålder vilar på något osäker grund pga bristande rapporteringsrutiner. Under de fem senaste åren rapporteras siffrorna 24-20-18-16-13-13 dvs en klar minskning. Utifrån privatpraktiker- nas födelseår torde hela kåren vara pensionärer år 2026.

Tjänstgöringsgrad

Tjänstgöringsgraden bland specialister ligger på knappt 67% med en svag tendens till minskning under de senaste åren. Sättet att rapportera skiljer sig dock åt mellan olika kliniker vilket medför att exakta tal angående tjänstgöringsgrad inte kan sättas – men tjänstgöringsgraden så länge vi gjort mätningar är 67-74% - och ofta betydligt lägre på universitetssjukhusen pga forskning och andra uppdrag. Här utmärker sig Karolinska och Skånes Universitetssjukhus.

Hur många behöver vi vara?

I framtiden kommer vi att ta hand om såväl en allt ökande patientkader med avancerad immunomodulatorisk behandling och ligga långt framme i tillämpning av den nya biologin. De Nationella Riktlinjerna (NR) för behandling av RA, SpA och PsA som kom under 2012 förstärker behovet ytterligare. Ett ev. kommande ökat engagemang i diagnostik och behandling av gikt kan ytterligare öka behovet av reumatologer. SRF och Reumatikerförbundet beräknar behovet av reumatologspecialister – beräknat på hel sjukvårdsregion, dvs såväl regionsjukvård som länssjukvård - till 5 specialister/100 000 inv. Eller 4 specialister för länssjukvård och 1 specialist för regionsjukvård/100 000 invånare. Dessa specialister har knappt 70% tjänstgöringsgrad inom reumatologi. Vi behöver således aktivt arbeta med rekrytering av nya ST-läkare. Utifrån beräknat behov torde vi behöva rekrytera ytterligare 225 ST-läkare under närmaste 10 åren – fr a under de första fem – eftersom vi behöver socialstyrelsecertifiera ca 33 nya specialister/år. Produktion av nya specialister räknat från år 2000 ligger på drygt 16/år med en tendens till ökning de senaste åren till drygt 20. Vår organisation med regional ST-studierektor, SK-kurser (C-kurser) tidigt, Riks-ST-dagar m.m. skall stärka rekrytering. SRF bör göra rekrytering till en överordnad fråga.

Attraktiv specialitet

Reumatologi är en attraktiv specialitet eftersom vi ligger i framkant i den medicinska utvecklingen med såväl framstående forskning som klinik. Arbetets innehåll och den relativt lindriga jourbelastningen kan också stärka attraktionskraften för vår specialitet. Ett område att utveckla är forskning på länssjukhusen – med handledning från universitetssjukhusen. Digitaliseringen i allmänhet och SRQ kan bidra till att reumatologin har bättre förutsättningar än andra specialiteter att utveckla forskningssidan på länssjukhusen. När läkarutbildning i ökande grad förläggs till länssjukhusen ökar också kraven och behoven av akademisk kompetens där. Många länssjukhus ligger ju också på orter med högskola eller universitet. Reumatologin kan således gå i spetsen för akademiseringen av vissa större länssjukhus, vilket ytterligare skulle kunna öka viljan att söka ST i reumatologi där.

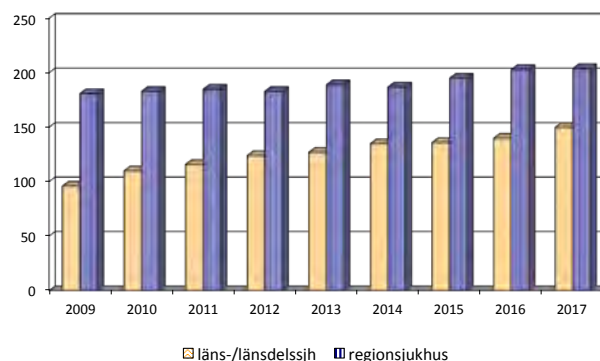
Länssjukhusen ökar mest!

Totalt sett ser vi störst ökning av antalet läkare (specialist+ST-läkare) på länssjukhusen. Regionsjukhusen ligger still med 204 specialister+ST-läkare (203 förra året) medan läns- och länsdelssjukhusen ökar med 11 nya läkare – 109 specialister+41 ST-läkare dvs till 150 läkare jmf med 2016. Regionsjukhusen har en ökning sett ur längre tidsperspektiv från 187 (2014) till 204 (2017).

Vilka skall man rekrytera?

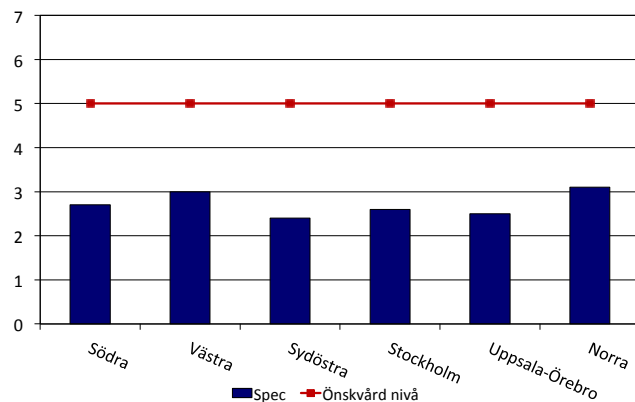
I kommentarerna till enkäten påtalar flera enheter svårigheter att rekrytera specialister. Jag tycker att det är ett feltänk att rekrytera färdiga specialister – om inte dessa kommer från utlandet. Annars

Antal reumatologläkare (spec+ST) på regionsjukhus resp. läns-/länsdelssjukhus

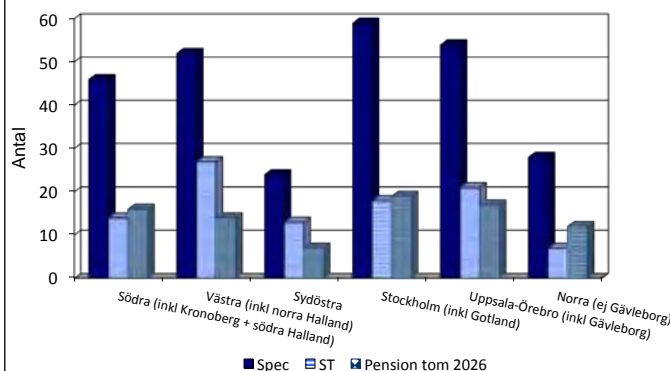


Antal specialister/100 000 invånare

-mars 2017

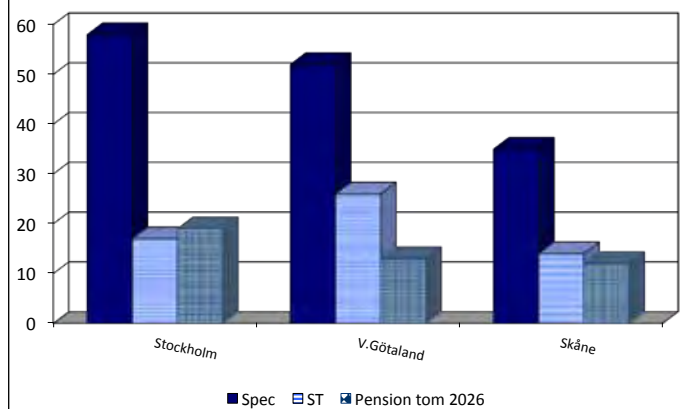


Reumatologer i de olika sjukvårdsregionerna – mars 2017



riskerar vi ju en sorts kannibalism inom svensk reumatologi. Den enda framkomliga vägen är att själva utbilda specialister – dvs rekrytera nya ST-läkare. Och ge dessa en trevlig och stimulerande arbets- och lärandemiljö. Några enheter med brist på specialister utmärker sig här positivt. Strategin kräver ofta att arbetssättet tillfälligt ändras så att man tar väl hand om de nya ST-läkarna. Här utmärker sig Jönköping med 5 ST-läkare, Eskilstuna med 4, Östersund, Uddevalla och Skövde med 3 vardera. Efter ett halvårs lite

Reumatologtätthet i storstadsregionerna
– mars 2017



fylligare introduktion och stöd kan ju en ST-läkare hjälpligt simma själv och blir snart en viktig kugge på enheten. Var således inte rädda att "överrekrytera" ST-läkare när ni har specialistbrist! Ändra arbetsformerna istället.

Länsenheter

Många enheter fungerar som länsenheter dvs tar emot hela länets patienter på flera olika mottagningar. Här finns ju sedan gammalt Västerbotten, Västernorrland, Gävleborg, Sörmland, Östergötland, Blekinge. Nu diskuterar reumatologin ett liknande upplägg i Skåne – dvs en regionklinik med centrum på SUS och med ingående länsenheter för att underlätta rekrytering och stärka omhändertagandet av reumatiker. I Skåne framstår Helsingborg som den största krisorten med endast 1 specialist (och 3 timanställda) och samtidigt omfattande utbildning av läkarstudenter och ett stort upptagningsområde. Medicinklinikens krav på dubbelspecialisering och jouruttag är ett verksamt hinder för rekrytering och utbildning av nya ST-läkare. Men reumatologi är ingen grenspecialitet till internmedicin. All ev dubbelspecialisering måste vara en fråga för den enskilde ST-läkaren och inte bestämmas av medicinkliniken.

Lokala kommentarer

I Skåne finns missnöje med sjukvårdsorganisationen och man försöker driva frågan att få bilda en gemensam klinik för hela Skåne. I Helsingborg finns grav underbemanning till följd av medicinklinikens uttalade krav på invärtesmedicin "first". I Trelleborg (upptag 100 000 inv men endast 2 specialister) hindras verksamheten av medicintjänstgöring och medicinbakjourer. Vidare har Simrishamns uppdrag reducerats med 2/3 vilket överförts till Kristianstad utan att resursförstärkningar följt med.

Halland (Capio) har inte medel för ST-utbildning i sitt avtal med region Halland. Västra Götaland har god rekrytering till nya ST-tjänster med stöttning av centrala medel. Inom Östra Götalandsregionen rapporteras goda möjligheter att anställa ST-läkare. Stockholms svårigheter finns belysta längre ned. Uppsala, Västerås, Gävleborg rapporterar goda möjligheter att nyanställa ST-läkare. Örebro verkar för att få regionansvar för sin region för att få möjlighet att anställa fler ST-läkare. I Norr anger Västernorrland svårigheter att rekrytera pga jouråtagandet på medicin och pga avstånd till forskning. Sunderby rapporterar svårigheter att rekrytera ST-läkare.

Bemanning – glädjeämnen och svårigheter

Glädjande är att antalet ST-läkare överstiger 100 (i år 102). Vi ser en stabil och ökande bemanning på många länssjukhus. Västerås har 8 specialister och 2 ST-läkare. Falun 7 specialister och 3 ST-lä-

kare. Gävleborg ökar – genom egen ST-utbildning – från 6 till 8 specialister och har 2 ST-läkare under utbildning dessutom. Krisorter varierar över tid. Förra året var Kalmar med bara en specialist och Helsingborg med 3 specialister men med stort undervisningsansvar för läkarstudenter i en besvärlig situation. I år har krisen för Helsingborg förvärrats medan Kalmar har rekryterat 2 specialister utomlands. På länssjukhusen ingår ofta reumatologienheten i medicinkliniken. Utveckling för reumatologin kräver därför förståelse från klinikchefen vad gäller jourinsatsen, ev krav på dubbelspecialisering m.m. Här finns – ur reumatologins synvinkel – goda exempel – Karlskrona, Eskilstuna, Jönköping, Skövde och Uddevalla. Några enheter saknar ST-läkare – Växjö, Västernorrland och Kristianstad och åtminstone för Växjö och Västernorrland ser det bekymmersamt ut för framtiden om inte rekrytering tillkommer. Beträffande antalet specialister + ST på regionsjukhusen ser vi siffrorna 187-193-203-204 för perioden 2014-2017. En relativt blygsam ökning mycket beroende på att tillräckliga esurser saknas eller pga det administrativa systemet runt fördelning av ST-tjänster. Intresset för ST i reumatologi på universitetssjukhusen är stort. Vi ser att de något mindre universitetssjukhusen Umeå, Uppsala och Linköping långsamt men stadigt ökar sin läkarbemanning – nu har alla tre enheterna 14 specialister jmf med 9-12 specialister för några år sedan. Länsenheterna ökar från 139 till 150 specialister + ST-läkare sedan förra året.

Ta höjd för befolkningsökningen!

Sett till bemanning regionalt utmärks Sydöstra regionen av låg reumatologtätthet – 2.4 specialister/100 000 invånare – medan övriga regioner redovisar 2.5-3.1 specialister/100 000 invånare. Sydöstra regionen har också lägst läkartätthet över huvud taget i Sverige. Norra regionen har högst reumatologtätthet med 3.1 specialister/100 000 invånare. Sett till storstadsregionerna är Västra Götaland i topp med 3.1 specialister/100 000 invånare medan Skåne backar till 2.7 specialister/100 000 inv och Stockholm till 2.5 specialister/100 000 invånare. Skånes och Stockholms nedgång hänger samman med att ett oföränderligt antal specialister skall ta hand om en kraftigt ökad befolkning. Vi måste alltså ta höjd för den snabba befolkningsutvecklingen. Sverige rymmer idag 10 miljoner invånare och ökningen har gått snabbt – betydligt snabbare än utbildningen av nya specialister. Befolkningsökningen är alltså ett viktigt argument för att få anställa fler ST-läkare. Stockholm har under flera år stått still i totalbemanning och ser man på relationen ST-läkare vs. pensionering ses inga tecken till kommande ökning av nya specialister. Man har svårt att få inrätta nya ST-tjänster. Ett ev vårdval för reumatologi kommer att ytterligare försvåra utbildning/rekrytering till reumatologspecialist i Stockholm! Detta är ett hot mot reumatikervården i Stockholm, vilket ytterligare förstärks av att befolkningen har ökat under hela 2000-talet – nu med motsvarande ett Halmstad om året! Danderyd (drivet av landstingsägt bolag) får endast annonsera efter specialister och får inte inrätta ytterligare ST-tjänster! Enbart sett till ökningen av befolkningen borde antalet specialister i Stockholm ha ökat med två/år under hela 2000-talet.. Svensk reumatologi behöver ett starkt Karolinska som ett nav för såväl klinik som forskning. Även sjukvårdspolitiskt – när det gäller att påverka Socialstyrelsen, Riksdagen och departementen – är ett starkt Reuma-Stockholm viktigt.

Framtidens reumatologi

Vi har alltid varit en expansiv specialitet i så måtto att vi nu tar hand om nästan alla patienter med systemsjukdomar och behandlar artritjsjukdomar allt bättre och effektivare. Hur ser morgondagens expansion ut? Går vi i riktning mot att förstå och ta hand om mer av icke-inflammatorisk sjukdom eller expanderar vi inom inflammations-immunomodulations-området dvs sköter immunomodulation för andra specialiteter och behandlar nya sjukdomsgrupper där inflammation är en viktig sjukdomsfaktor? Ökar antalet giktpa- ➤

tienter? Hur blir vi en ännu mer forskande specialitet?
Hur som helst tror jag att det är viktigt att vi – i vår rekrytering av nya läkare – alltid har ett framtidsperspektiv. Vi kan lova våra

ST-läkare 30-40 års spännande tjänstgöring i en specialitet som inte alls kommer att se likadan ut år 2050 som den gör idag.

Reumatologtätthet i olika sjukvårdsregioner – mars 2017						
Sjukvårdsregion	Antal			Antal/100000	Inv (milj)	5/100 000 inv.
	Spec ST pension till 2026					
Södra (inkl Kronoberg+södra Halland)	46	16	16	2.7	1.7	85
Västra (inkl norra Halland)	52	27	14	3.0	1.75	87
Sydöstra	24	13	7	2.4	1.0	50
Sthlm inkl Gotland	59	18	19	2.6	2.3	115
Uppsala-Örebro (inkl Gävleborg)	54	21	17	2.5	2.2	110
Norra (ej Gävleborg)	28	7	12	3.1	0.9	45

Kommentarer:

1. Privatpraktiker är inräknade – alla pensioneras till 2026.
2. Svårt placera Halland – fördelas så att 1 spec och 1 ST (Varberg) går norrut och 4 spec och 1 ST (Halmstad) söderut och dela befolkningen.

Reumatologtätthet i storstadsregionerna – mars 2017						
Sjukvårdsregion	Antal			Antal/100000	Inv (milj)	5/100 000 inv
	Spec ST pension till 2026					
Stockholm	58	17	19	2.5	2.27	114
Västra Götaland	52	26	13	3.1	1.67	82
Skåne	35	14	12	2.7	1.32	66

22 nya specialister 2016

Nya specialister (n=22) 2016	Nuvarande arbetsplats
Indre Apanaviciene	Borås
Jan Bjersing	Göteborg
Evy Björnehall	Umeå
Aikaterini Chatzidionysiou	Stockholm
Monika Cieniawa	Örebro
Natalia Costaneanu	Borås
Ragnar Gunnarsson	-
Linnea Höper	Göteborg
AnnaMaria Iagnocco	-
Anna Karin Ighe Rahmqvist	Linköping
Johan Karlsson Wallman	Lund
Dag Leonard	Uppsala
Anders Lind	Gävle
Nikolaos Marketos	Linköping
Johanna Nordström	Örebro
Tor Olofsson	Lund
Alexandra Pompieri	Kalmar
Iulia Satula	Kalmar
Paulina Sijtsma	Uddevalla
Jonas Strömbeck	Kristianstad
Ágnes Szentpétery	-
Anna Södergren	Umeå

Jag har inte lyckats spåra aktuell arbetsplats på alla. Det är möjligt att någon enbart tagit ut specialistkompetens i Sverige utan att ännu ha arbete ordnat. Under 2014 fick vi 13 nya specialister, året därpå 22 nya specialister och nu år 2016 likaledes 22 nya reumatologspecialister.

Från 2000 och fram till nu har 276 nya specialister certifierats av socialstyrelsen. Det täcker mer än väl antalet pensionsavgångar och medför en måttlig men tydlig tillväxt av antalet specialister. Vi skulle emellertid behöva skapa 33 nya specialister/år för att motsvara bemanningsmålet 5 specialister/100 000 inv. till år 2026. Vi behöver bli 500 specialister i reumatologi! Nu – år 2017 – är vi 265 reumatologspecialister. Årets specialister har en medianålder på 39 år – yngsta 28 år och äldsta 55 år - och med en övervikt för kvinnor (14 vs 8) liksom tidigare år.

Fördelat på sjukvårdsregioner (här redovisas de 19 där jag lyckats spåra arbetsplats) – Västra Götaland 5, Uppsala/Örebro 4, Östra Götaland 4, Södra 3, Norra 2 samt Stockholm endast 1! Andelen med utländsk grundexamen torde vara nästan 50%.

Tidningen Sjukhusläkaren har – för varje specialitet – redovisat antalet utlandsutbildade (grundutbildning) nya specialister för år 2013. Här framkom att genomsnittet för specialistläkare i Sverige var att 26% av alla hade grundutbildning utomlands. För reumatologi låg siffran på 31%, dvs var tredje reumatolog hade utländsk grundutbildning. Andelen utlandsutbildade har ytterligare ökat sedan dess.

TOMAS BREMELL

Vårdval reumatologi i Stockholm

Den 31 januari 2017 fattade Stockholms läns landsting (SLL) beslut om att införa vårdval reumatologi. Enligt de beslutsfattande allianspolitikerna (Starbrink, Bohlin, Schött m.fl) är syftet att utlokalisera vård från sjukhusen för att skapa billigare vård med större kontinuitet.

Idetta syfte vill man införa ett vårdvalssystem som saknar tak för såväl etableringar som för läkemedel. Tanken är att privata företag skall organisera och utföra öppenvårdsreumatologi samtidigt som öppenvården på nuvarande enheter (Karolinska Solna och Huddinge, Danderyd samt Centrum för reumatologi) kommer att minska. I praktiken flyttas alltså resurser ut från nuvarande enheter. Oppositionen med socialdemokraterna i spetsen är motståndare till förslaget.

Protester från många

Många instanser och personer har rest invändningar och protester mot införande av vårdval.

SRF hävdar 170202 i ett uttalande att vårdval är en olämplig avtalsform eftersom i) värden blir mer ojämlig i Stockholm men även i övriga landet, ii) den leder till stora kostnadsökningar utan ökad kvalitet och iii) möjligheterna till forskning kraftigt försämras när läkare rekryteras till vårdvalsenheter och värden splittras upp samt att iv) möjligheterna att utbilda nya reumatologer minskar när de utbildande enheterna utarmas och vårdvalsenheterna inte utför ST-utbildning.

Reumatikerförbundet (RF) fruktar att vårdval leder till en oetisk prioritering dvs lockar till många och korta besök av lindrigt sjuka till förfång för de svårt sjuka som behöver hjälp från ett helt team. Vidare befarrar man en dränering av specialister i övriga landet som skulle söka sig till Stockholm pga de höga läkarlöner ett vårdvalssystem genererar. Läkemedelskostnaden kommer också att stiga kraftigt eftersom vårdval skulle ske taklöst vad gäller läkemedel. Idag bedrivs ett aktivt arbete på reumatologienheterna för att välja billigare men likvärdiga läkemedel för att åstadkomma så kostnadseffektiv vård som möjligt. Hans Håkansson – ordf i RF – påpekar i publicerad text: ”Uppriktigt sagt är vi förvånade över hur man burit sig åt för att genomdriva detta förslag. Beslutet har fattats utan hänsyn till de värden som gör värden kvalitativ och modern”.



”Beslutet har fattats utan hänsyn till de värden som gör värden kvalitativ och modern”

De ökande kostnaderna inom vårdvalet kommer sannolikt att leda till minskade resurser till reumatologin på sjukhusen. Reumatikerförbundet har också riktat kritik mot att patientorganisationen uteslöts från samtalen om vårdvalet.

I ett gemensamt inlägg i Dagens Samhälle från Cecilia Carlens (ordf SRF) och Hans Håkansson (ordf RF) poängteras att ”Vi inte stillatigande kan se hur beslut nu tas för att omorganisera reumatikervården från prioritering av patienter med störst behov till dem där vårdvalsenheter har möjlighet att göra störst förtjänst och samtidigt drabba den forskning och utbildning som behövs för att framtidens sjuka skall få god vård”.

Även från akademien – Karolinska Institutet – har man varit ytterst negativ till vårdval reumatologi som innebär ett hot mot forskningen och såväl läkarutbildningen som specialistutbildningen.

Den välkände utredaren Göran Stiernstedt har i sin utredning 2017 om sjukvården i Stockholm - och hur denna bör planeras framöver - avrått från vidare vårdval och istället påpekat vikten av att samla ihop sjukvården. Han avråder således från att införa vårdval avseende reumatologi.

Vårdval hud – en katastrof för dermatologin

För några år sedan infördes vårdval hud. Detta har lett till en kraftig decimering av

hudsjukvården på Karolinska och ett stort inflöde av hudspecialister till Stockholm där löner på upp till 150 000 kr/mån lockar, och c:a hälften av Sveriges alla specialister i hudsjukvård arbetar idag i Stockholm, huvudsakligen i vårdval. Det har lett till att hudsjukvården kraftigt reducerats i stora delar av landet i övrigt. Hudsjukvården i Stockholm har samtidigt fragmenterats och möjligheterna till utbildning och forskning har minskat kraftigt. Nyfärdiga specialister rekryteras till den privata hudsjukvården med höga löner och mindre arbetstid. Det dermatologiska kunskapsområdet skadas och förminsas därmed.

Sammanfattning

SLL försöker införa ett vårdvalssystem trots motstånd från hela oppositionen, patientorganisationen, läkarna (SRF), akademien och många experter. Vårdvalet riskerar, om det genomförs, att splittra upp en stor del av reumatikervården, kraftigt skada möjligheterna till forskning och slå sönder nuvarande reumatikervård. Vidare hotas andra delar av landet av en dränering av specialister till vårdvalsreumatologin på samma sätt som redan skett inom dermatologin. Ett motstånd mot vårdval reumatologi är alltså synnerligen viktigt inte bara för reumatologin i Stockholm utan även i övriga landet. Vi behöver en stark reumatologi i Stockholm – både avseende forskning och utbildning av framtidens reumatologer.

Tomas Bremell
redaktör ReumaBulletinen

Digitalisering av reumatologin

Hur och när?

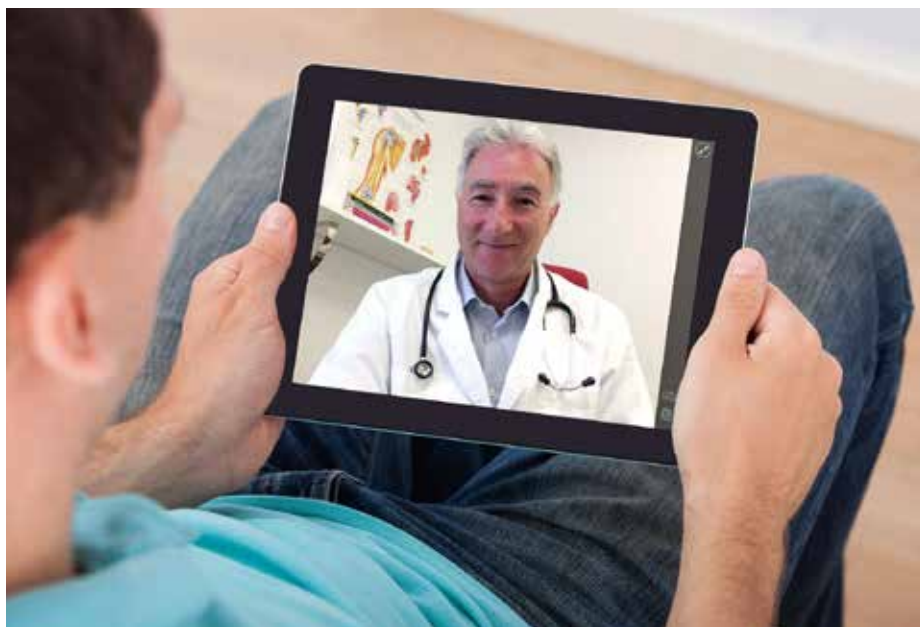
Digitaliseringen av sjukvården har tillåtit dröja och ibland bromsats av politiker och tjänstemän jämfört med andra sektorer. Det har dock skett en hel del förändringar och utvecklingen inom IT går nu i snabb takt så vi knappt hänger med.

Reumatologin i Sverige länge har varit ledande i den utvecklingen tack vare målmedvetet och långsiktigt arbete med kvalitetsregistret (SRQ), patientens egen registrering (PER) och snart patientens egen provtagning (PEP) är här. Sverige ska till år 2025 vara bäst i världen på att använda och ta tillvara digitaliseringen och e-hälsans möjligheter, om regeringen och SKL får sin vision uppfylld. Jag är ganska övertygad om att reumatologin 2025 kommer att fortsätta vara i framkant inom digitalisering då som nu.

Syfte och mål

Digitalisering är en möjliggörare av de allra flesta verksamhetsutvecklings-, forsknings- och innovationsprojekt. Det handlar om att ta fram nya kundvärden, effektivisera och ta fram nya användarvänliga applikationer. Syftet är att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Med artificiell intelligens (AI), intelligenta dataprogram (intelligenta agenter) kan enorma mängder data analyseras och utvärderas och ny kunskap eller varningssystem skapas vilket kan leda till ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet och därmed lägre kvalitetsbristkostnader.

I dag står e-hälsa och vårdens digitalisering högt uppe på de flesta agendor, det är ganska uppenbart att sjukvården är i begynnelsen av tekniskiftet. Det råder knappast någon brist på idéer och nya digitala verktyg för sjukvården. Samtidigt framstår det som att allt detta sker utan någon större samordning. Nyligen lade regeringen och SKL fram en vision kring att Sverige ska vara världsbäst på e-hälsa år 2025. Det är viktigt att man har ett samordnat mål med digitaliseringen generellt men inte minst inom reumatologin. Science företag, branschorganisationer, universitet och akademi, hälso- och sjukvårdens medarbetare, inte minst patienterna och patientorganisationerna, m.m. är en mängd olika aktörer vilket är en styrka men också en utmaning.



Därför är det viktigt att det skapas ramar och tydlighet i vart vi ska och att alla strävar åt samma håll. Det är det enda sättet att få så mångfacetteradsektor att ta stora kliv framåt.

”Viktigt att det skapas ramar och tydlighet för att gå åt samma håll”

Bakgrund

Utformningen av ”intelligenta agenter”, där en intelligent agent är ett system som är medveten om sin omgivning och vidtar åtgärder som maximerar sina chanser att lyckas. John McCarthy, som myntade begreppet 1956, definierar det som ”vetenskapen och tekniken att skapa intelligenta maskiner”.

Exempel på milstolpar inom AI som har och kommer att förändra vardagen inom hälso- och sjukvården i framtiden är: 11 maj 1997 blev Deep Blue den första schackspelsdatorn som slog den regerande världsmästaren i schack, Garry Kasparov. I en uppvisningsmatch i Jeopardy i februari 2011, besegrade IBM:s frågebesvarande datasystem, Watson, de två största Jeopardy-mästarna, Brad Rutter och Ken Jennings, med stor marginal. I mars 2016 vann AlphaGo 4 av 5 matcher av Go i en match

mot Go-mästaren Lee Sedol, vilket resulterade i att AlphaGo blev det första datorbaserade Go-spelsystem att slå en professionell Go-spelare utan handikapp. Kinect, som producerar ett gränssnitt för kroppsrörelse i 3D för Xbox 360 och Xbox One, samt intelligenta personliga assistenter i smartphones, använder algoritmer som utvecklats av många år av AI-forskning.

IBM har från Jeopardy-Watson vidareutvecklat Dr. Watson som i USA används sedan 2013 som ett beslutstöd inom sjukvården. Jag är helt övertygad att vi inom snar framtid kommer att se många fler Dr. Watson runt om i världen och i Sverige, både som patientägda agenter men också inom sjukvården och reumatologin. Första embryot till dessa smarta agenter är t.ex ”ont i lederna” som har utvecklats under ledning av, enligt Medtechvärldens utsedda tredje mäktigaste person 2017, ingen mindre än vår kollega Sofia Ernestam, verksamhetschef vid nystartade Centrum för Reumatologi i Stockholm. 2025 har vi reumatologer men även reumatiker flera appar att välja mellan i diagnostiskt, terapeutiskt och förebyggande syfte.

Kaiser Permanente EHR system i USA omfattar över 10 miljoner patienter och genererar över 30 petabyte (30 miljoner GB) data vilket ökar med 2 petabyte varje år. Europeiska Bioinformatik Institut som samlar huvudsakligen genetisk sekvensering, har under 2015 lagrat över 75 petabyte data och

mängden data dubblas för varje år. Med artificiell intelligens kan en dator generera ny och hög intressant data för hälso- och sjukvården, forskning och innovation.

Flera hinder och begränsningar som bromsar utvecklingen

I:or och nollor ser olika ut i olika system, olika system pratar inte med varandra och därför får de ingen spridning, då skapar vi inget värde, vi uppfinnar hjulet om och om igen, det skapar inte effektivitet. Därför har Vinnova sedan något år tillbaka tillsammans med bl. a SKL, e-hälsomyndigheten och näringsliv drivit projekt inom interoperabilitet, integritet och IT-standarder. Interoperabilitet är grundläggande för att informationen ska kunna flyta, det handlar om tekniska lösningar som är enkla bara man kommer överens om på vilket språk man ska prata.

Ett bra exempel på dålig interoperabilitet är våra olika journalsystem som än idag inte har lärt sig kommunicera med varandra eller med kvalitetsregistren. Det finns vissa få undantag där man tack vare eldsjälar och ihärdigt arbete lyckats få olika system att prata med varandra, tack Jörgen Lysholm i Falun för att du är en sådan eldsjäl i det sammanhanget. Ett annat exempel är faxen som fortfarande har en central plats på många mottagningar och avdelningar. Våra barn och barnbarn vet inte vad fax är för något. När ska vi låta faxen gå i pension? Behövs faxen inom reumatologin år 2025?



Regelverk och lagar skrevs på en tid när vi inte hade de möjligheter som digitalisering erbjuder idag. Det är ofta svårt att gissa hur det kommer att se ut inom några år, utvecklingen inom IT och teknikbranschen går fort framåt.

Ett hinder till är juridiken, vad får vi göra med informationen? Det viktiga att ha med här är den det handlar om, patienten. Vi måste låta patienten komma till tals själv. Patienter vill bestämma över sin egen situation, de flesta vill kunna göra det

Kraftsamling och god vilja att skapa förutsättningar för att Sverige ska bli världsbäst på digitalisering

Samtidigt som vision e-hälsa 2025 klubbadades kom en överenskommelse mellan regeringen och SKL om professionsmiljarden som regeringen satsar i budgeten, den har ett par olika satsningsområden, ett av dem har koppling till e-hälsa och administrativa uppgifter för medarbetarna. Vi vet att olika landsting och regioner genom professionsmiljarden har fått möjligheter att göra stora IT-investeringar.

Socialdepartementet tar fram ett lag förslag på en gemensam nationell läkemedelslista. Nationell läkemedelslista är ett bra exempel på hur vi med digitalisering som verktyg kan göra vården både bättre och mer patientsäker. Ett tillförlitligt, säkert och smidigt redskap som sparar tid för medarbetarna i vården, enklare att följa upp och undvika felaktig förskrivning av läkemedel, motverka missbruk av narkotiska läkemedel. Viktigt att i alla utvecklingsarbeten beakta riskerna med att rubba patientens integritet.

Socialstyrelsen (SOS) har fått i uppdrag sommaren 2016 att ta fram en webbaserad utbildning i förändrings- och utvecklingsarbete med stöd av e-hälsolösningar. SOS jobbar också med det nationella fackspråket så att alla de som jobbar inom vården uttrycker sig på samma sätt om samma sak och inte bara fokusera på standardiserade tekniska lösningar utan även semantisk standardisering.

Vinnova och e-hälsomyndigheten har fått i uppdrag att jobba med ramverket för IT-standarder som fortsättning på tidigare uppdrag men med fokus på långsiktig förvaltning och implementering.

Svensk förening för medicinsk informatik fick under 2016 pengar för att ta fram indikatorer för att kunna jämföra olika e-hälsosatsar mellan våra nordiska grannländer.

Framtiden är redan här

Flera sjukhus har redan utvecklat appar eller köper informationsfilmer till patienter för att stärka patientens tillgång till kvalitetssäkrad information t. ex inför, under och efter operationer. Ett bra exempel på

hur man använder digitalisering i verksamhetsutveckling är ortopedkliniken i Västerås som har varit först i Sverige med att utveckla en interaktiv app för patienterna med all tänkbar information inför operation, under vårdtillfället och även i efterförloppet. Bakgrunden till förändringen var långa väntetider till operationer. Med nya arbetsflöden, arbetsuppgifter som delas upp så att rätt kompetens utför rätt uppgift och attityden till patienterna har förändrats så att de ses som kompetenta att ta ett eget stort ansvar för sin vård och med mer ansvarstagande och välinformerade patienter har man lyckats korta vårdköerna. Efter nio veckor låg patientnöjdheten på ett index 5,54 av 6 möjliga. Vårdtiderna har kortats, 83 % av patienterna går hem redan dagen efter operation.

Vi har ett fantastiskt utgångsläge i Sverige. Vi har alla möjligheter att infria den här visionen om att vara världsbäst i e-hälsa 2025. Vi har en väldigt hög IT mognad, vi använder avancerade IT tjänster redan dagligen i vårt arbetsliv och fritid. Vi har väldigt bra infrastruktur med höghastighetsbroadband. Det finns duktiga människor inom IT som kan utveckla smarta lösningar. Många landsting och regioner idag har samma sjukvårdshuvudman för primärvård och sjukhusvård som har eller kommer att få samma IT plattform och kan kommunicera fritt mellan slut- och öppenvård. Patienten är mer delaktig i sin vård än någonsin, kan fylla i sina hälsoparametrar hemifrån själv (PER), kan kommunicera med sjuksköterska och läkare digitalt. Vi har och kommer att få intelligenta kliniska beslutsstöd över hela vårdkedjan. Vi kommer snart att ha tillgång till digitala agenter som hjälper såväl patient som vårdgivare till en behagligare vardag. Smarta beslutsstöd kommer att hjälpa oss att undvika allvarliga fel, höjer följsamheten till SRF's riktlinjer och rekommendationer.

Digitalisering och prevention kan lösa världens problem i framtiden

Digitalisering och prevention, det är två viktiga ord i en framtidsspaning kring hälso- och sjukvården om 20 år säger Roger Molin, analytiker på SKL. Vården står inför stora problem att lösa. Då är digitalisering det främsta verktyget för att nå det viktigaste målet, att i högre grad förebygga kroniska sjukdomar. I den nya rapporten Hälso- och sjukvården år 2035 ger Roger Molin två framtidsbilder av hälso- och sjukvården. I den nya rapporten Hälso- och sjukvården år 2035 ger Roger Molin två framtidsbilder av hälso- och sjukvården. Den första bilden handlar om att digital teknik hjälper den enskilde till bättre hälsa och sundare levnadsvanor, samt hjälper personer med kroniska sjukdomar till att hantera sjukdomen och undvika komplikationer. Den an-

dra framtidsbilden är att vården ges i högre utsträckning i hemmet än på sjukhus med digital hjälp. Tidigare tekniksprång har medfört en halvering av antalet vårdplatser till dagens omkring 25 000 vårdplatser. När sjukdomspanoramata alltmer domineras av kroniska sjukdomar står vården inför en framtid där färre vårdplatser och färre sjukhus kommer att behövas. Denna förändring blir inte enkel, menar Roger Molin. För samtidigt präglas sjukvårdsdebatten snarare av krav på fler vårdplatser. Något som kan förklaras av betydande strukturella brister inom framför allt omhändertagande och vård av äldre personer, som innebär ständiga återinläggningar på sjukhus.

– Digitaliseringen kommer åtminstone till en början stöka till det. Många yrkesgrupper kommer få helt andra roller när vården i större utsträckning kommer att äga rum inom ramen för vardagslivet och inte på vårdinrättningar. Denna struktur-omvandling blir inte helt enkel, men den är nödvändig om sjukvården ska kunna bryta kostnadsutvecklingen, säger Roger Molin.



Konsekvenser av digitalisering på kort- och långsikt

På kort sikt kommer vi att få en allt mer krympande omvärld med ökad tillgänglighet till senaste information och snabba digitala möten mellan specialistläkare och patient men även specialistläkare emellan samt specialister och olika experter regionalt, nationellt och internationellt. Reumatiker kommer förmodligen att i mindre utsträckning behöva åka långt för att träffa experter fysiskt i olika Universitetssjukhus.

Informationsexplosion och den snabba kunskapsomsättningen ihop med vår begränsade förmåga att processa information kommer att medföra att vi blir alltmer beroende av intelligenta agenter (AI) och smarta beslutstöd.

Trenden gällande dokumentationen i journalsystemen går från milslånga och översködliga anteckningar till journaltabeller som på ett översködligt sätt i en tidsaxel ger oss en snabb överblick i olika vårdprocesser oavsett var patienten fysiskt har befunnit sig. Ett bra exempel på sådant system är SRQ. Det kommer inom kort att leda till att behovet av dokumentation minskar och processstöd öka. Vi kommer inte behöva diktafonen lika mycket och om vi diktarar kommer ett röstigenkänningsprogram att skriva upp det direkt. Om danskarna har lyckats introducera sådana dokumentationsprogram så kommer vi i Sverige att göra det och då blir behovet av medicinska sekreterare obefintligt.

I alla nya system och arbetssätt finns det barnsjukdomar. Exempel på förvirring och risk för missbruk av nya digitala lösningar är den framväxande fria marknaden av digitala läkarkonsultationer. Var går gränsen mellan ett rådgivande sjukvårdssamtal med en sjuksköterska på 1177 och ett digitalt videomöte med en läkare? Vem står för de ökade kostnaderna? Kommer antibiotika och NSAID förskrivningen att ske slentrianmässigt med ökade bieffekter?

På längre sikt blir de digitala icke-invasiva sensorerna för monitorering av vitala parametrar och andra sjukdomsspecifika markörer billigare och enklare att hantera. Patienten som vill kan genom ökad delaktighet och kunskap lösa fler av sina hälsoproblem själv. Patienten kommer att ha tillgång till information om sig själv vilket kommer att förändra vårt arbetssätt radikalt. Läkarrollen kommer utan tvekan att förändras och kraven på ökad flexibilitet och tillgänglighet kommer att öka.

Data om olika sjukdomsparametrar kommer att bli lätt tillgängligt i varenda Smartphone som via appar kommer att trådlöst översvämma oss med information. Talande smarta robotar med AI som plattform kommer att bli en självklarhet då. En mer akademisk Siri, kommer att vara en god vän, en kollega och dygnet runt tillgängligt

bollplank för att sortera och analysera data.

Reumatologin kommer med hjälp av digitalisering och den medicinska utvecklingen av nya målstyrda behandlingar innebära ökad mobilitet, flexibilitet och möjlighet till vård var helst patienten befinner sig. Sensorer som registrerar vitalparametrar och labbvården samlar kontinuerligt in data och kan tillsammans med patientens upplevda hälsotillstånd förutsäga eventuell försämring eller skov i god tid vilket möjliggör tidigt insatt åtgärd som kan förhindra sjukhusbesök eller inläggning.

Hoppas att jag får möjligheten att återkomma om några år för en ny omvärldsbekantning och en ny framtidsspaning inom digitalisering. Det blir spännande att se hur mycket av det jag lyckats få fram infriats med framgång eller visat sig vara ett misslyckande.

Exempel på digitaliseringen nu och i framtiden

Nya verktyg för egenvård. Ett barn som har ont i örat och mamman undrar ska vi söka vård. Distansrådgivning med möjlighet till att live visa kliniska fynd eller skicka bilder/video.

Telemedicin som introducerades i mitten på 90-talet är nu tillbaka och är högaktuell igen med bättre bildkvalitet och snabbare uppkoppling. Redan idag nyttjas telemedicin i Norrland inom reumatologin, sjuksköterskebaserad mottagning där prover och ledstatus utförs och i andra änden, många mil bort, kan en reumatolog ge råd och ordinaera behandling.

Proteus, sensorer man sväljer, man fäster de på tabletter, de använder magsyran för att sluta en batterikrets för att få tillräckligt med energi för att fånga upp signaler på ett plåster på armen som samlar biodata om blodtryck, puls, och annat via mobilen upp i molnet.

Veritas Genetics erbjuder idag abonnenter en total sekvensering av DNA under 1000 USD men inte bara det utan grunderbudandet går ut på att du som prenumererar är hela tiden uppdaterad på vad den senaste forskningen säger om just din DNA profil och din riskprofil och vad du kan göra preventivt för att undvika ett antal allvarliga sjukdomstillstånd.



Milad Rizk

Verksamhetschef

milad.rizk@regionvastmanland.se

POST CONGRESS

.....→
Ett sammanfattande möte från kongressen.



Inbjudan - Post EULAR i Malmö den 29 augusti 2017

Ett regionalt, **kostnadsfritt** möte för läkare, sköterskor och övrig vårdpersonal.

Datum:	29 aug 2017
Tid:	17.30-20.00, följt av mingel och lättare förtäring
Plats:	Scandic Triangeln, Malmö
Föreläsare:	Carl Turesson och Anders Bengtsson mfl

Program:	
17.30-18.00	Samling med kaffe och smörgås
18.00-20.00	Höjdpunkter från EULAR inkl. kaffepaus Senaste inom RA - Carl Turesson Senaste inom SLE - Anders Bengtsson Senaste inom SpA - TBD
20.00-21.30 ca:	Mingelbuffé med öl, vin eller vatten

Varmt välkommen med din anmälan senast:

Onsdag den 23 aug 2017.

Anmälan sker via mediahuset.se/calendar, alternativt svenskreumatologi.se/kalender
Du kan även scanna QR-koden med din mobil för att komma direkt till vår kalender.



Med förhoppning om en trevlig kväll!

Tveka inte att kontakta oss om du har några frågor, funderingar eller bara vill veta mer!
För deltagare, vänligen kontakta Helen Semmelhofer, E-mail: helen@mediahuset.se Telefon: 0730-755 744
För utställare, vänligen kontakta Jens Bäck, E-mail: jens@mediahuset.se, Telefon: 0730-852 339

Arrangör: Mediahuset i Göteborg AB

Mötet arrangeras i enlighet med LERs regelverk avseende: Programinnehåll, sociala aktiviteter, kostnad för måltider, föreläsararvoden. Utställare kan ej påverka det vetenskapliga programmet.

Ny registerhållare - Ralph Nisell

Ny registerhållare, vägen framåt, tack från Sofia och glöm inte att trycka på den gröna pilen!

Ralph Nisell, Centrum för reumatologi i Stockholm, blir ny registerhållare från 1 juni. SRQ kansliet och styrgrupp är glada över att Ralph med sin breda kunskap om SRF och mångåriga erfarenhet kommer leda SRQ framåt tillsammans med alla i reuma-Sverige. Varmt välkommen Ralph!

I samband med byte av registerhållare kommer en strategisk prioritering för SRQ genomföras och en genomlysning av SRQs arbete ske. Arbetsuppgifter för SRQ kansliet, registerhållare, styrgruppens olika medlemmar och kvalitetskoordinatorer kommer närmare definieras. I detta arbete kommer utöver avgående och tillträdande registerhållare, SRQs kansli, styrgrupp och kvalitetsgrupp, ARTIS, SRF och centralt personuppgiftsansvarig huvudman delta.

Tack från Sofia

SRQ blir allt mer en essentiell del i reumatologins verksamhet. Under de senaste åren har allt fler engagerat sig och lagt tid och kraft på att utveckla SRQ och inte minst arbetssätten runt SRQ. Utdatan finns allt bättre presenterad och ett arbete har inletts som innebär att visualiseringen för patienten i samband med vårdbesöket kommer förbättras. Kvalitetsarbetet har utvecklats och planer för ytterligare strukturerat kva-

litetsarbete finns. Ute i varenda verksamhet pågår dagligen ett fantastiskt arbete för att förbättra för patienterna och att använda SRQ för att kunna följa förbättringar för den enskilde, för verksamheten och natio-

nellt genom uppföljning och i forskning.

Det pågår nationella och internationella arbeten som kommer leda till ökad standardisering, minskad dubbelregistrering och en ny generations patientrapporterade utfallsmått. Ibland kan en viss frustration finnas över att utvecklingen går så långsamt och över legala hänsyn som behöver tas. Totalt tror jag efter drygt tre år som registerhållare att detta långsamma, iterativa arbetet tillsammans framåt med medarbetare, patienter, patientorganisationer, forskare, huvudmän och myndigheter är nyckeln till framgång. Det finns inga genvägar och vi behöver arbeta tillsammans med många andra utanför reumatologin för att nå framgång avseende SRQs arbetssätt för att förbättra för patienterna.

Tack så otroligt mycket för att jag fått arbeta med SRQ, med alla er i reuma-Sverige! Särskilt tack går till SRQ-kansliet Inga, Lotta, Marcus, Maud, Daniela, Carina och Malin, ni är bäst! Keep up the good work!

”SRQ blir mer och mer en essentiell del i reumatologins verksamhet”

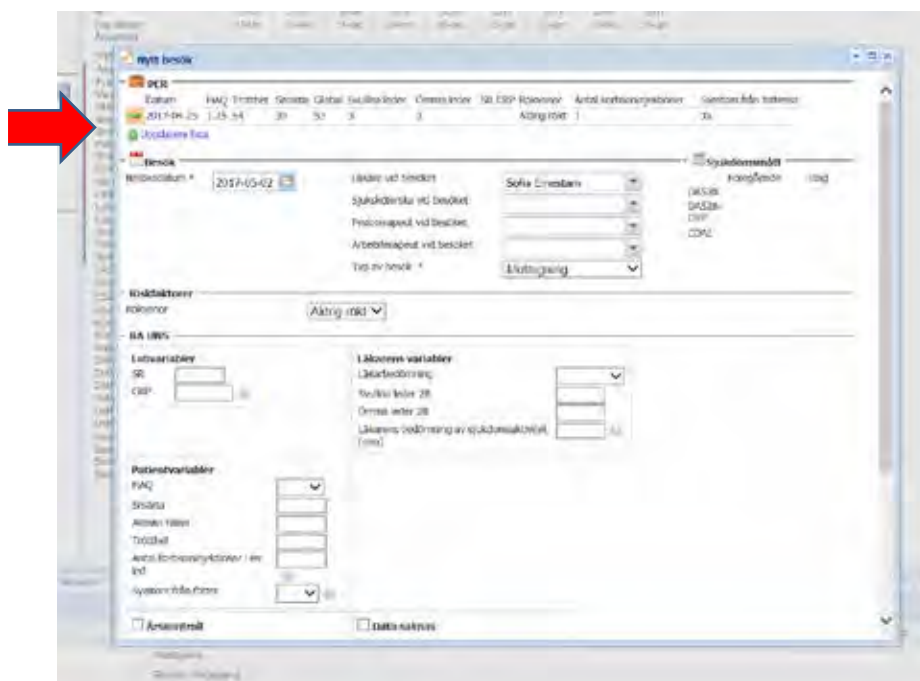


Ralph Nisell

Sofia Ernestam
sofia.ernestam@ki.se

En enkel åtgärd

SRQ skulle vilja lyfta en mycket enkel åtgärd som i ett nafs skulle öka datakvaliteten genom att andelen fullständiga registrerade besök ökar. I besöksvyn finns patientens egen registrering som en rad högst upp. KLICKA PÅ DEN GRÖNA PILEN! Då sparas patientregistreringen ner och det är enkelt att fylla i det som vården ska fylla i. Att endast skriva av det som står på raden innebär att en del data som inte syns på raden inte kommer med. Så klicka på den gröna pilen, det går också snabbare att spara ned då.





Vi ställer upp i alla väder.
Även när det är kav lugnt.



Vi är en ideell förening som räddar liv till sjöss, utan bidrag från staten. Så stöd oss genom att bli medlem. Som tack får du kostnadsfri hjälp vid tex motorstopp eller roderhaveri - även när det är kav lugnt och ingen akut fara. Sätt in 700 :- direkt på 90 05 00-0. Du kan också anmäla dig på sjoraddning.se eller ringa 077-579 00 90.



SJÖRÄDDNINGSSÄLLSKAPET

Utveckling av reumatologi som akademisk specialitet i Umeå

Umeå Universitet firade 50-års jubileum 2015 som fullvärdigt universitet, det femte i Sverige. Dock startade tandläkarutbildningen, som var den första akademiska utbildningen i Umeå, redan 1956. De första läkarstudenterna med den kliniska delen av utbildningen förlagd till Umeå började 1959. Det skulle emellertid de dröja ytterligare nästan 30 år innan reumatologi blev representerad inom akademien.

Umeå universitet gjorde sig berömt eller beryktat som det "röda" universitetet men färgen tror jag nu har falnat av och innehåller alla regnbågens färger som övriga universitet. Successivt byggdes universitetet ut med Socialhögskolan och övriga fakulteter inklusive Skogshögskolan och samtliga fakulteter finns här idag. Senast tillkommen är Konstnärligt campus med arkitekt och konsthögskolan, byggd vid älven med fasad av Sibiriskt trä. Umeå universitet är organiserat i fyra fakulteter (Medicinsk, Humanistisk, Teknisk-naturvetenskaplig och Samhällsvetenskaplig) och tjugotalet centrumbildningar samt åtta högskolor. Idag finns ca 26 000 studenter i Umeå och ytterligare ca 10 000 forskarstuderande. År 2015 fanns 366 professorer varav 30 % kvinnor. Kända alumner som studerat i Umeå är: Kaj Pollak, Susanna Alakoski, Ibrahim Baylan, Stefan Löfven, Marcus Samuelsson, Maria Wetterstrand med flera.

Umeå Centrum för Molekylär Medicin (UCMM) är en framgångsrik centrumbildning vartill unga utländska forskare rekryteras. En av dem är Emmanuelle Charpentier som genom utveckling av sin framgångsrika forskning om den relativt snabba och lättanvända "genetiska saxen" CRISPR-Cas9, ligger bakom ett biomedicinskt forskningsgenombrott med stor tillämpningspotential inom det biologiska och det medicinska området. Umeå är också nationellt centrum för Metabolomik-forskning som är en "core facility".

Reumatologiklinikens tillkomst och akademiska utveckling

Reumatologikliniken blev 1974 självständig klinik med Docent Anders Bjelle som klinikchef. Reumatologikliniken hade då ingen akademisk förankring även om Anders Bjelle och medarbetare regelbundet deltog i undervisningen av läkarkandidater. Kan-



Solveig Wällberg Jonsson (t vän) och Solbritt Rantapää Dahlqvist (t hög) i samband med prisutdelning av Kungliga Skytteanska samsfundets pris 2003.

didaterna var även placerade på kliniken (avdelning och mottagning) under medicinterminen. Anders Bjelle försökte också bygga upp forskning vid kliniken och startade olika forskningsprojekt. Han införde tidigt diagnosregistrering, som vi senare har kunnat använda i vår forskning. Han arrangerade forskarutbildningskurser med olika eminenta föreläsare, t.ex så hade vi en veckas föreläsning om reumatologisk patologi från hjässan till fotabjälle av den amerikanske patologen Sokolov. Andra föreläsare på kurserna var Gabriel Panayi och Ravinder Maini från London, Norman Tallal, Sjögren experten från Texas, Nathan Zvaifler, San Diego, Henrik Sjögren m.fl. Det var mycket intressanta och givande kurser för blivande reumatologer med deltagare från hela Norden!

Så småningom lyckades vi när det kom till undervisningen förhandla oss till s.k. lösa amanuensmånader, 2 månader/termin för undervisningen och handledningen av läkarkandidaterna. Patientföreningen i Västerbotten insåg betydelsen av att specialiteten skulle vara universitetsförankrad så under ledning av ordföranden Gunnar Olofsson lyckades man 1984 få tillstånd att en professur i reumatologi utlystes. Sökande var en dam från den sydliga landsdelen, som kom att inneha tjänsten i



Delar av Umeå forskargrupp. Solveig Wällberg Jonsson (läkare), Sonja Odeblom, Kristina Juneblad (forskningsköterska), Anna Södergren (läkare), Björn Sundström (fysioterapeut), Ewa Berglin (läkare), Gerd-Marie Alenius (verksamhetschef), Heidi Kokkonen (läkare), Inger Bucht (BMA), Bengt Wahlin (läkare), Solbritt RD (läkare) och längst bak Lisbeth Ärlestig (forskningsing).



Solbritt Rantapää Dahlqvist

2 veckor. Tjänsten konverterades därefter till en professur i kardiologi. Dock gav inte patientföreningen upp och efter deras enträna uppvaktning utannonserades en ny tjänst som professor i reumatologi. Denna gång utsåg sakkunniga en sökande från ett nordiskt land med förflutet i Umeå. Dock blev ingen flyttning aktuell emedan vederbörande hade annat åtagande i hemlandet som var svårt att förändra. Den professuren konverterades då till Klinisk Immunologi. Patientföreningen var enträgen och lyckades utverka att ett lektorat utannonserades. Jag erhöll, som den första som disputerat ►



vid Reumatologkliniken 1985, detta lektorat. Från 1992 har således reumatologin haft tillträde till Universitetet. Därefter har 14 doktorander disputerat vid enheten och vi har idag två professorer och en senior professor. Vi tillhör den största institutionen inom Medicinska fakulteten idag, nämligen Institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin med 180 medarbetare och bildar tillsammans med Medicin, Hud och Lunga en enhet. Vi har inga kringresurser som tekniska assistenter eller sekreterarhjälp utan all personal försörjs genom anslag. Vi är däremot befriade från lokalhyror, som finansieras centralt. Angående forskningsutrustning finns en utbredd "core facility" med "user fees", vilket besparar oss från dyra apparatkostnader. Vi har sedan slutet av 80-talet byggt upp en egen forskningsbiobank med insamlade prover från de diagnosgrupper vi har drivit forskning kring, exempelvis tidig reumatoid artrit, psoriasis artrit, polymyalgia reumatika, biologiskt behandlade patienter etc.

Läkarutbildningen vid Umeå universitet är numera regionaliserad och undervisningen är från och med termin sex förlagd till tre sjukhus utöver Umeå, nämligen Sunderbyn (Luleå), Östersund och Sundvall. En stor del av den teoretiska undervisningen sker idag över länk. Reumatologiblocket förflyttades för femton år sedan, i samband med en grundläggande revision av läkarutbildningen, från medicinblocket till termin åtta. Där huserar vi nu tillsammans med ortopedi, hand- och plastikkirurgi, radiologi, rehabiliteringsmedicin, hud/ infektion samt allmänmedicin. Det är en välfylld termin men flytten tycker vi har utfallit positivt. Studenterna har redan passerat grundläggande ämnen som medicin, kardiologi och kirurgi och kommer väl förberedda till den ganska komplexa reumatologin. Stu-

denterna gör en drygt veckolång klinisk placering i reumatologi. Den teoretiska undervisningen sker i form av inspelade föreläsningar, seminariedagar och Case redovisningar. Vi insåg tidigt värdet av "Patient partners" i kandidatutbildningen och införde detta moment i tidigt 90-tal, inspirerade av Peter Lipsky från Dallas. Vi använder fortfarande denna undervisningsform som är mycket uppskattad.

"En stor del av den teoretiska undervisningen sker idag via internet"

Forskningen vid enheten

Jag rekryterades till Reumatologkliniken 1977 från centralasarettet i Boden dit min mentor Torsten Ström hade flyttat. Då hade sambandet mellan HLA-B27 och ankyloserande spondylit presenterats och jag fick i uppdrag att analysera HLA-B27 hos våra patienter. Det visades sig att våra patienter med AS hade mycket hög frekvens av HLA-B27, nämligen 95% och dessutom var frekvensen också hög bland kontrollerna, 17%. Denna höga siffra har sedan konfirmerats av bl.a prof M. Kahn som visat på en hög frekvens cirkumpolärt. Jag disputerade 1985 med prof. Gunnar Husby från Tromsø som opponent. Forskningen gick därefter lite trögt eftersom kliniken var under uppbyggnad men sedan vi fick lektoratet 1992 blev förutsättningarna bättre. Vi har alla varit intresserad av klinisk patientnära forskning, som skulle kunna förbättra vården av patienterna. Jag hade observerat att mina patienter hade "försvunnit" när jag återkom från forskningen och efter rekrytering av dödsbevis (vilket man kunde göra

då) såg jag att det var påfallande många som avlidit av kardiovaskulär sjukdom såsom infarkt, stroke etc. Det blev Solveig Wällberg Jonssons uppgift att börja bena upp eventuella samband mellan reumatoid artrit och kardiovaskulär sjukdom och hon disputerade 1996 på en avhandling om kardiovaskulär sjukdom vid RA. Intresset för detta forskningsområde var på den tiden obefintligt bland reumatologer och många förstod inte vad vi talade om. "Patienterna har ju salicylika..." sa man och det skulle ju vara skyddande mot hjärtinfarkt!. Det är fantastiskt idag att se hur mycket detta område numera uppmärksammas på olika möten, med många goda publikationer och hur preventionsprogram tillkommit etc.

Agneta Uddhammar intresserade sig för polymyalgia reumatika med bl.a. biopsistudier och identifiering av kärlrelaterade faktorer och Gerd-Marie Alenius för psoriasis artrit. Hon har bibehållit sitt forskningsintresse inom detta område med fortsatta studier bl.a. tillsammans med medarbetare inom SWEPSA och deltar fortfarande i ett internationellt genetiskt projekt. Under det närmaste året kommer en doktorand att disputerar inom området.

När registret för tidig RA tillkom startade vi i dec 1995 en tidig artritmottagning, som Ewa Berglin tog sig an och fortfarande leder. I vår tidiga RA kohort ingår hela norra regionen och idag omfattar kohorten 1600 patienter följda sedan dec 1995.

Ewa och jag har också medföra två kappsäckar röntgenfilmer varit lärjungar hos Arvi Larsen i Kongsvinger. Vi läser fortfarande röntgen och scorar enligt Larsen. Under tiden för Ewas avhandlingsarbete hade vi också börjat samarbeta med medicinska Biobanken i Umeå. Detta initierades av patienter vid Tidig Artritmottagningen som berättade att de hade lämnat prov till Medicinska Biobanken och tyckte att vi skulle analysera deras prover för att se om vi kunde finna tecken på RA sjukdomen dvs. om de hade positiv reumafaktor. Vi kunde som första grupp påvisa förekomst av antikroppar mot citrullinerade peptider flera år innan symtomdebut. Detta publicerade vi i en vetenskaplig artikel 2003. Analyserna av dessa antikroppar gjordes av antikroppens "fader" prof. Walther van Venrooij i Nijmegen. Vi hade aldrig träffats och hela samarbetet kunde skötas per email tack vare Walther van Venrooij's positiva attityd och lätthet att samarbeta med.

Därefter har vi utvidgat vår kohort av identifierade individer, som donerat prov och besvarat enkäter i Medicinska Biobanken och även i serologiska biobanken identifierat individer innan symtom debut. Totala antalet identifierade prov uppgår idag till minst 1500 prov från ca 7-800 individer så det finns gott underlag för fortsatta analyser. I flera avhandlingsarbeten

har vi fortsatt att analysera prover innan symtomdebut, såsom påvisande av ökade koncentrationer av flera pro- och anti-inflammatoriska cytokiner innan symtomdebut (Heidi Kokkonen) och även förekomst av antikroppar mot andra citrullinerade peptider (ex. fibrinogen a och β kedjor, vimentin, a-enolas etc) samt antikroppar mot en annan grupp post-translationalt modifierade proteiner, nämligen carbamylerade (Mikael Brink). Vi har också börjat alltmer analysera livsstilsfaktorerens betydelse för sjukdomsutvecklingen (enkätdata) såsom förekomst av ändrad lipidprofil, diabetes och fetma. Vad det gäller fetma synes midjemättet vara särskilt starkt associerad med sjukdomsutvecklingen (Lotta Ljung).

Vi har också funnit att högt saltintag i kombination med rökning ökar risken att insjukna i RA (Björn Sundström). Ett annat sätt att undersöka individer med risk att utveckla RA har varit att analysera förekomst av antikroppar hos släktingar till RA-patienter i kombination med information om genetik och miljö vilket Lisbeth Ärlestig presenterade i sin avhandling. Tioårs uppföljning av detta pågår nu.

Den kardiologiska forskningen har fortsatt under ledning av Solveig Wällberg Jonsson. Utifrån samma tidig-RAkohort som beskrivits ovan följs utvecklingen av kardiovaskulär komorbiditet och dess prediktorer – särskilt har vi intresserat oss för den inflammatoriska aktivitetens deletära effekt i sammanhanget. I en subkohort följs utvecklingen av arterioskleros med noninvasiva metoder och biomarkörer och denna utgjorde grunden för Anna Södergrens avhandling 2008. I Lena Innalas avhandling vidgades komorbiditetsintresset ytterligare. I nu aktuell kardiovaskulär forskning har preventionen fått stor plats och två doktorander arbetar med fysisk träning och syreupptagning och en post doc, Björn Sundström, arbetar med frågor om livsstil. Glädjande är att vi även har ”regional” forskning pågående i Östersund på det kardiovaskulära område och en registrerad doktorand där.

Lotta Ljung har genom sitt samarbete med Institutionen för Klinisk epidemiologi vid Karolinska Institutet analyserat betydelsen av biologisk behandling för att kunna reducera risken för kardiovaskulär sjukdom hos patienter med RA.

Genom den nytillträdda professorn Helena Forsblad d’Élias forskningsintresse har forskningen i Umeå nu kompletterats med forskning om ankyloserande spondylit med analys av sjukdomens manifestationer, komorbiditetsutveckling och identifikation av biomarkörer.

Vi har i år varit representerade vid akademien i 25 år. Vi upplever att vi, trots begränsade resurser och liten enhet varit framgångsrika. Vi har 2 ordinarie professo-

rer och en senior och har sedan millennieskiftet producerat nya medicine doktorer nästan varje år. Vi hoppas naturligtvis på fortsatt framgång med många fler disputationer!

I år ”firar” jag 40-år som reumatolog. Det har varit en mycket intressant resa genom åren och jag är tacksam över att jag en gång blev övertalad att påbörja ett ST-block i reumatologi.

Vi kan göra så mycket mer idag än när jag började men jag är övertygad om att elektroniken inte någonsin kommer att kunna ersätta det personliga mötet. Jag tror att det är viktigt att kunna tillgodose patienternas behov att bli sedd och tagen på allvar av en närvarande doktor när man drabbats av en kronisk sjukdom.

Solbritt Rantapää Dahlqvist
Specialist i Invärtes Medicin och Reumatologi 1980
Med Dr 1985
Post Doc UCSF CA 1996-97
Professor i Reumatologi 2000



Tabell. Avhandlingar utgångna från Reumatolog kliniken Umeå

Namn	År	Titel
Solbritt Rantapää Dahlqvist	1985	Genetic markers in rheumatoid arthritis
Solveig Wällberg Jonsson	1996	On inflammation and cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis.
Agneta Uddhammar	1997	Polymyalgia rheumatica
Gerd-Marie Alenius	2003	A Clinical and Genetic Study of Psoriatic Arthritis
Ewa Berglin	2006	Predictors of disease onset and progression in early rheumatoid arthritis: A clinical, laboratory and radiological study
Grethe Neuman-Andersen	2008	Systemic sclerosis
Ola Grimsholm, 50%	2008	Neuropeptides and neurotrophins in arthritis-Studies on the human and mouse knee joint.
Anna Södergren	2008	Epidemiological and pathogenic aspects on cardiovascular disease in rheumatoid arthritis
Martin Johansson	2010	Systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: analyses of candidate genes involved in immune functions, for susceptibility and severity
Catharina Eriksson, 50%	2011	Immunological mechanisms in systemic autoimmunity: autoantibodies and chemokines in systemic lupus erythematosus and during treatment with TNF inhibitors in rheumatoid arthritis
Björn Sundström	2011	On diet in ankylosing spondylitis
Lisbeth Ärlestig	2012	Genetic studies in rheumatoid arthritis: familial studies and analysis of relationships to atherothrombotic comorbidity
Heidi Kokkonen	2012	Pathogenetic factors of importance for the development and progression of rheumatoid arthritis
Lotta Ljung	2012	Aspects on inflammation and cardiovascular comorbidity in rheumatoid arthritis
Anders Kling, 50%	2013	5-HT _{2A} - a serotonin receptor with a possible role in joint diseases”
Lena Innala	2014	Early rheumatoid arthritis aspects of severity and co-morbidity
Mikael Brink	2015	Presence of immunological markers preceding the onset of rheumatoid arthritis

XELJANZ (tofacitinib) NY VERKNINGSMEKANISM VID BEHANDLING AV RA¹

SNABB OCH BIBEHÅLLEN EFFEKT^{2-5*}



NU
Godkänt av EMA
Subventionerat av TLV
Tillgängligt på apotek

XELJANZ indikationer¹

- XELJANZ i kombination med metotrexat (MTX) är indicerat för behandling av måttlig till svår aktiv reumatoid artrit (RA) hos vuxna patienter när ett eller flera sjukdomsmodifierande antireumatika (DMARDs) inte haft tillräcklig effekt eller gett biverkningar.
- XELJANZ kan ges som monoterapi vid intolerans mot metotrexat eller om fortsatt behandling med metotrexat är olämplig.

* **snabb:** effekt inträdde vecka 2, **bibehållen:** effekt kvarstår upp till 7 år

Ref: 1. XELJANZ produktresumé. ***2.** van Vollenhoven RF et al. N Engl J Med 2012; 367: 508-519. ***3.** van der Heijde D et al. Arthritis Rheum 2013; 65(3): 559-570. ***4.** Fleischmann R et al. N Engl J Med 2012; 367(6): 495-507. ***5.** Strand V et al. Arthritis Res Ther 2015; 17: 307-318

XELJANZ[®] (tofacitinib), Rx, (F), ATC-kod L04AA29 immunosuppressivt medel, JAK hämmare. Tablett 5 mg. Indikationsområden: XELJANZ i kombination med metotrexat (MTX) är indicerat för behandling av måttlig till svår aktiv reumatoid artrit (RA) hos vuxna patienter när ett eller flera sjukdomsmodifierande antireumatika (DMARDs) inte haft tillräcklig effekt eller gett biverkningar. XELJANZ kan ges som monoterapi vid intolerans mot metotrexat eller om fortsatt behandling med metotrexat är olämplig. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv tuberkulos (TB), allvarlig infektion såsom sepsis, eller opportunistiska infektioner. Grav leverfunktionsnedsättning. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Var vänlig läs produktresumen för XELJANZ före förskrivning. XELJANZ har inte studerats hos och ska undvikas till RA-patienter i kombination med biologiska sjukdomsmodifierande antireumatika (DMARD) och potenta immunosuppressiva medel t.ex. azatioprin, ciklosporin och takrolimus. Behandling med XELJANZ ska inte påbörjas hos patienter med aktiva infektioner. Om en patient får en allvarlig infektion, en opportunistisk infektion eller sepsis ska behandlingen avbrytas. Virusreakivering och fall av herpes virus-reakivering (t.ex. herpes zoster) har observerats i kliniska studier av XELJANZ. Gastrointestinal perforation. Sänkning av dosen pga läkemedelsinteraktioner vid samtidig behandling med preparat som hämmar Cytokrom (CYP) P450 3A4 och CYP2C19 på grund av möjlig inverkan av andra läkemedel på XELJANZ farmakokinetik. Behandlingsavbrott/dossänkning kan behövas vid onormala laboratorievärden såsom lymfopeni, neutropeni och anemi och vid sänkt lever och njurfunktion. Behandling med XELJANZ skall inte inledas vid låga B-lymfocyter, B-neutrofiler eller lågt hemoglobin. **Förmån med begränsningar:** Subventioneras endast för behandling av måttlig till svår reumatoid artrit hos vuxna när ett eller flera sjukdomsmodifierande antireumatika (DMARDs) inte haft tillräcklig effekt eller gett biverkningar. För ytterligare information samt prisuppgift se www.fass.se. Pfizer, Vetenskapsvägen 10, 191 90 Sollentuna. Senast uppdaterad produktresumé: 22 mars 2017.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. Se avsnitt 4.8 i produktresumén om hur man rapporterar biverkningar.



Pfizer 191 90 Sollentuna
Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se

XELJANZ[®]
(tofacitinib citrat)
5 mg tablett

Reumatologi på Gotland

I serien "Månadens reumaenhet" besöker vi denna gång den reumatologiska enheten i Visby. ReumaBulletinen träffade en blåsig vårdag delar av teamet på Visby Lasarett. Det var 1995 som den reumatologiska enheten i Visby bildades, inrymd i rehabiliteringsenheten Korpen, som ligger ett stycke från sjukhuset. Martin Mousa anställdes då som ensam specialist i reumatologi. Ett halvår senare blev sjuksköterskan Pia Wigsten knuten till verksamheten.

Sedan det gamla Visby lasarett under 1990-talet stegvis transformerats genom flera etapper av nybyggnad, flyttade man in med mottagningen i nya lokaler där. De paramedicinska medarbetarna finns fortfarande på Korpen.

God bemanning

I dag finns det tre sjuksköterskor som delar på 2,25 tjänster, läkarsekreterare, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator och vid behov samarbetar man också med en dietist. Två fasta överläkare, Veronica Snoder och Charlotte Hammarberg delar på 1,5 tjänster, men då Veronica för närvarande är tillförordnad som verksamhetschef för internmedicinen, har man några återkommande timvikarier som täcker Veronicas tjänstetrymme på 75%; Martin Mousa, Marianne Larsson och Brigitte Dupré Jungnell.

Det finns en ST-läkare i reumatologi, Tomasz Rytarowski, och ofta har man dessutom under kortare perioder randutbildande ST-läkare, framför allt de som går ST i internmedicin, infektionsmedicin och allmänmedicin. En del, men inte alla, AT-läkare kan också under sin medicintjänstgöring få placering på reumatologmottagningen under en mottagningsvecka.

Reumatologmottagningen ingår i verksamhetsområde internmedicin. Överläkarna i reumatologi deltar inte i jour, men det gör ST-läkaren. Upptagningsområdet omfattar 58 000 invånare. Visby lasarett är det enda sjukhuset i Gotlands kommun, numera Region Gotland.

Tillgängligheten är mycket god och man har i princip inga väntetider. Under 2016 hade reumatologmottagningen totalt 5280 besök, varav 190 nybesök. Behovet av inläggande vård är numera mycket litet, men när så behövs kan man nyttja slutenvård inom internmedicin. För regionvård samarbetar man främst med Karolinska Universitetssjukhuset.

Martin Mousa började här den 1 juli 1995,



Personal vid Reumatologienheten vid Visby lasarett. Från vänster: Monica Andersson, sjuksköterska, Martin Mousa, överläkare, Pia Wigsten, sjuksköterska, Gunnel Olsson, sjuksköterska, Veronica Snoder, överläkare, Charlotte Hammarberg, överläkare och Berit Granberg, kurator. Saknas på bilden gör Tomasz Rytarowski, ST-läkare, Ann Högström, sjukgymnast och Elisabeth Andersson, arbetsterapeut. Foto: Bengt Lindell

anställd av medicinkliniken som överläkare, och fick direkt börja med att ta hand om reumatologin och bygga upp ett reumateteam, som kom igång i början av 1996. De första åren var han ensam läkare. Från början av 2000-talet tillkom Marianne Larsson, som då arbetade inom både internmedicin och reumatologi och sedan kom Lars Sköldstam in och deltog delvis i reumatologin vid sidan av sitt huvuduppdrag inom geriatrik.

"Reumatologmottagningen ingår i verksamhetsområde internmedicin"

Överläkare Veronica Snoder började sin reumatologiska utbildning i Falun 2002 och kom till Gotland 2006, där hon slutförde sin ST i reumatologi, och sedan också blev specialist i internmedicin. Hon har sedan helt arbetat med reumatologi och har haft en del chefsuppdrag. För närvarande är hon tillförordnad som verksamhetschef, vilket tar 75 % av hennes tid.

Överläkare Charlotte Hammarberg började inom reumatologin på Karolinska 1986 och har därefter tjänstgjort på Danderyds sjukhus i 16 år. Hon skolade sedan om sig till allmänläkare och arbetade som sådan uppemot 9 år, de senaste åren i Visby, och kom så tillbaka till reumatologin, då hon började sin tjänst i februari i år.

Team och samarbete

Bea Wiksten, reumatologsjuksköterska, har varit här sedan teamet startade 1996 och hennes kolleger Monica Andersson och Gunnel Olsson är med sedan sedan 2003 respektive 2007.

Kurator Berit Granberg är erfaren socionom sedan 1976 och har arbetat som kurator på lasarettet sedan 2013. I reumatologteamet har hon deltagit bara ett drygt år:

– Jag arbetar också med andra avdelningar och mottagningar, säger Berit Granberg, och för mig är det tydligt att reumatiskt sjuka är människor som har mycket behov av kuratorsstöd. Det är både behov av praktisk natur och behov att samtala om hur det är att få en kronisk sjukdom och en förändrad livssituation. Praktiskt stöder många på svårigheter med Försäkringskassan och andra myndigheter och kan själva ha svårt att få sin rätt. Och jag vill också understryka att det är så viktigt att arbeta i team och att man har det samspelade teamet som en bas på en behandlande enhet.

I teamet ingår också en sjukgymnast, Ann Högström och en arbetsterapeut, Elisabeth Andersson. De har varit med sedan verksamheten startade 1996. De har sin arbetsplats och sina behandlingslokaler på Korpen, 1,6 km från sjukhuset. Man har en teamträff en gång i månaden, och emellan dessa tillfällen kan man lätt kommunicera muntligt eller genom journalsystemet när man behöver diskutera. Vid teamträffarna kan envar medarbetare aktualisera en patient för samråd. Nydiagnostiserade pa-

tienter med RA eller annan kronisk sjukdom ses rutinmässigt av arbetsterapeut och sjukgymnast.

Ortopedkliniken i Visby gör en del vanliga operationer också på artritpatienter. På ortopedkliniken har man besökande konsulter, t. ex. i handkirurgi, och det händer att dessa utför en del operationer här på plats. I mera komplicerade reumakirurgiska fall tas patienterna till Stockholm.

Inga väntetider

Vi frågar Veronica Snoder: Ni har inga väntetider – hur har ni lyckats med det?

– Det beror mest på god bemanning – men det är också sårbart. För vårt upptagningsområde skulle vi enligt normerna behöva 1½ reumatolog.

Nu jobbar vi två fasta inte på heltid, men så länge som vi har två fasta anställda läkare, så brukar det gå ihop. Men om någon är borta, så saknas ju hälften av specialistbemanningen. Under den tid vi nu haft en vakant tjänst har vi haft möjlighet att stötta med återkommande vikarier som känner verksamheten. På så sätt har vi haft en god kontinuitet fastän vi har haft mycket vikarier. De sista åren har vi också haft konsulter från Stockholm litet oftare.

– Allmänt har Gotlands sjukvård haft litet svårt att rekrytera personal, men jag tror inte de svårigheterna egentligen är större än för något annat område i landet, fortsätter Veronica. Det förhållandet att det är en liten ö kan nog innebära både fördelar och nackdelar. En del anställda veckopendlar, men i längden blir det svårt. Med hänsyn till familj och partner, kan det finnas hinder för att flytta hit. Men samtidigt är Gotland en väldigt fin plats att bo och leva med hög livskvalitet och det har varit avgörande för en del som bestämt sig för att komma hit.

Samspel med primärvården

– Vi har goda relationer med primärvården och med övriga specialiteter vid sjukhuset, berättar Veronica. Här på Gotland, liksom i många delar av landet, har vi inte fullt ut bemannat med ordinarie allmänläkare. Men med dem som är fasta på vårdcentralerna har vi ett gott samarbete. Vi har haft en del utbildningstillfällen för dem, och framför allt har vi den möjligheten att de kan ringa och diskutera handläggningen av patienter och få råd om utredning innan de skickar remiss eller om hur de kan fortsatta hantera patienten. Enligt Öppna jämförelser ser vi att vi har genomsnittligt kort tid till diagnos, och det tror jag avspeglar en god kommunikation och korta väntetider till specialisten.

– Det är i allmänhet god kvalitet på remisserna och vi tycker det är rätt patienter som kommer till oss. Men någon gång, och kanske särskilt där man inte har fast läkarbemanning på vårdcentralerna, kan remiss-



Lasarettet ligger vid stranden norr om Visby stadskärna, strax utanför ringmuren. Foto: Bengt Lindell

kvaliteten ibland svikta och vi får be om komplettering.

Nu har patienter också möjlighet att skicka egenremiss. Det är samma sak där, att i de fall där vi av remissuppgifterna och av primärvårdsjournalen inte finner det troligt att det rör sig om egentlig reumatisk sjukdom, får vi hänvisa patienten till att först söka till ett första besök på vårdcentralen.

Martin Mousa tillägger:

– Randutbildare, som tjänstgör hos oss en kortare tid, får också ta nybesökspatienter – med en specialist som rådgivare givetvis. Självt var jag först litet frågande till det, men med god handledning så fungerar det. Det bidrar ju också till att öka kapaciteten och hålla nere väntetiderna. Och så har vi satsat aktivt på sjuksköterskemottagning. Reumatologsjuksköterskorna har ett stort mått av telefonrådgivning till patienter. Uppföljningsbesök för välfungerande artritpatienter i remission sker ofta varannan gång till sjuksköterskemottagning, varannan gång till läkare. Detta har vi goda erfarenheter av.

Liten reumatologienhet – fördelar och nackdelar

Veronica Snoder framhåller att det positiva med den lilla enheten är att man känner varandra så väl och att man likaså kommer att känna sina patienter väl.

– Vi känner också de övriga verksamheterna och personerna i organisationen väl. Det är lätt att komma i kontakt med oss, och enkelt för oss att kontakta andra enheter.

Kurator Berit Granberg tillägger:

– För mig som kurator är det så lätt och enkelt att ha sköterskemottagningen nära tillgänglig, så att man direkt kan rådgöra och få svar på frågor som patienterna och jag själv kan ha.



Veronica Snoder

Martin Mousa anser också att det positiva överväger:

– Som jag ser det är den stora fördelen med en liten enhet för patienterna, att man har att göra med ett litet antal personer, så att man har en hög grad av kontinuitet. Nackdelen är förstås att enheten blir mera sårbar. Försvinner en person så tappar man en stor andel av det samlade teamet.

Veronica instämmer i detta:

– Jag tror att patienterna upplever en stor trygghet här. Jag upplever att de känner att de verkligen tillhör den här enheten. Och jag tror det blir ett mer personligt ansvar hos medarbetarna.

– Jag har inte upplevt att det skulle vara svårt att få de resurser för den reumatologiska verksamheten som vi behöver, och tycker inte att det har varit någon känsla av att behöva konkurrera om resurser med övriga verksamheter.

Framtiden

– Det är roligt att ha en ST-läkare som snart är klar, säger Veronica Snoder, och det var bra att kunna anställa Charlotte



S:t Göransporten på norrsidan av Visby ringmur. Foto Bengt Lindell

som kom till oss helt nyligen. Sen kommer vi snart att behöva anställa någon ytterligare ST-läkare. Att rekrytera yngre läkare till specialiteten, det är alltid lättare när det

finns fast anställda reumatologer och på så sätt ser det gynnsamt ut. Och det är en styrka att ha sköterskor som har varit hos oss så länge och som har så stor kompetens

– men det betyder också att vi snart måste tänka på att finna efterträdare till dem. Det bör också vara lättare när man har en stabil sköterskebas.

– Framtiden för reumatologin som medicinsk specialitet är ju spännande med den utveckling av nya behandlingsmöjligheter som vi är mitt uppe i. Det är verkligen tillfredsställande att vara med på den resan. Vi har numera sällan ineliggande patienter, utan kan hantera det mesta i öppen vård. Det som är roligt, men samtidigt utmanande, med att vara en liten enhet är att man får möta och ta hand om all reumatologi här. Man måste kunna både det ena och det andra. Man måste våga ta hand om svårt sjuka patienter såväl som dem som det rullar på lugnt för. Det är också en del av charmen med en liten enhet.

– Slutligen: Vi är tillsammans väldigt duktiga här. Det är kul att arbeta här. Och jag vet att våra patienter är trygga och nöjda med att tillhöra den här enheten – och det är jag väldigt stolt över.

Bengt Lindell



Läkemedel ger effekt om det används rätt – instruktionsfilm är bästa bruksanvisningen!

medicininstruktioner.se

► Beställ kostnadsfria påminnelsekort via info@medicininstruktioner.se

Medicininstruktioner Sverige AB · 031-779 99 87

 **medicininstruktioner.se**



Stockholm

Aula Medica, KI

International forum for RA (IFRA)

Welcome to an international meeting focused on Rheumatoid Arthritis

Time: Saturday September 23^d –
Tuesday September 26th 2017

Venue: Aula Medica, Karolinska Institutet,
Stockholm, Sweden

Organizers: Rheumatology Karolinska (main responsible prof Lars Klareskog) together with co-organizers prof Zhanguo Li (Beijing) and prof Kazuhiko Yamamoto (Tokyo) in collaboration with an international advisory board and a local organizing committee

www.RAforum2017.com

More information will follow continuously

- We intend to allow participation without conference fee
- Recommendations for accommodation in different price classes will be made available on the web page
- Stipend programs are planned and will be announced during spring of 2017; special efforts will be made to attract young scientists/clinicians from Asia as well as other parts of the world
- Time for submission of abstracts and early registration is planned to June 2017.

Welcome!

Further inquiries, mail to: info@raforum2017.com

RAforum2017 · Aula Medica

RAforum2017 går av stapeln i Aula Medica, Karolinska Institutet, Stockholm den 23-26 september och vi vill härmed inbjuda er alla att delta i ett symposium om reumatoid artrit.

Mötet har flera bakgrunder: Dels och främst vill vi att det ska fungera som samlingspunkt och inspirationskälla för forskning och klinik vid reumatoid artrit. Många internationella möten har RA som ett stort tema. Men inget har det som enda tema och sällan samlas forskare och kliniker för att diskutera uppkomst, prevention och terapi mot RA på ett samlat sätt. Ett syfte med mötet är att genom ett fokus på RA skapa en djupare och mer intressant möjlighet att planera forskning och internationella samarbeten för framtiden. En annan bakgrund är att vi för snart 25 år sedan ordnade ett möte om RA, finansierat av Åke Wibergss stiftelse. Detta möte gav kunskap från internationella forskare och kliniker om hur register och longitudinella uppföljningar av RA bäst kunde



byggas upp, och på så sätt bidrog mötet till uppbyggnaden av svensk reumatologis kvalitetsregister och ARTIS. Nu, har Åke Wibergs fond åter gett pengar till ett RA-möte, denna gång med förhoppning att svenska reumatologer (inte minst ni som är lite yngre) ska kunna ta del av den internationella forskningen och skapa kontakter och få inspiration för framtiden på likartat sätt som några av oss som var med 1994 fick då.

Många internationellt aktiva forskare och kliniker kommer att vara med på mötet som talare eller "chairpersons". Därutöver finns ett antal ännu tomma utrymmen för ytterligare talare, framför allt med lite kor-

tare presentationer, och dessutom finns utrymme för postrar. Mötet blir billigt för er som vill delta tack vare bidrag dels från Åke Wibergs stiftelse, dels från Journal of Internal Medicine. Dock inga bidrag från läkemedelsindustrin till detta möte, men givetvis är ni som kommer från industrin också välkomna till mötet. Vi hoppas att många av er vill komma och delta, helst hela tiden, men det går också att boka in sig för delar av programmet. Bäst om ni anmäler er före den 15 juni för då är det billigare och ni kan också anmäla abstracts. Anmälningsavgiften är då 500 kronor (vi ser gärna att ni från industrin betalar lite mer). Vi har reserverat rum på ett antal hotell i Stockholm (med rabatt), och ni kan själva välja läge och nivå för mötet. Program och all praktisk information finner ni på mötets webbplats: www.raforum2017.com. Varmt välkomna till detta internationella RA-möte.

Lars Klareskog
För organisationskommittén

Epigenetic and Gene Expression signatures in systemic inflammatory autoimmune diseases

Författare: Den 17 feb disputerade min doktorand Juliana Imgenberg-Kreuz vid institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet, på avhandlingen "Epigenetic and Gene Expression Signatures in Systemic Inflammatory Autoimmune Diseases". **Fakultetsopponent:** professor Amr Sawalha, Rheumatic Disease Genomics & Epigenomics Laboratory at University of Michigan, Ann Arbor, USA

Abstract

Autoimmune diseases are clinical manifestations of a loss-of-tolerance of the immune system against the body's own substances and healthy tissues. Primary Sjögren's syndrome (pSS) and systemic lupus erythematosus (SLE) are two chronic inflammatory autoimmune diseases characterized by autoantibody production and an activated type I interferon system. Although the precise mechanisms leading to autoimmune processes are not well defined, recent studies suggest that aberrant DNA methylation and gene expression patterns may play a central role in the pathogenesis of these disorders. The aim of this thesis was to investigate DNA methylation and gene expression in pSS and SLE on a genome-wide scale to advance our understanding of how these factors contribute to the diseases and to identify potential biomarkers and novel treatment targets.

In study I, differential DNA methylation was analyzed in multiple tissues from pSS patients and healthy controls. We identified thousands of CpG sites with perturbed methylation; the most prominent finding was a profound hypomethylation at regulatory regions of type I interferon induced genes in pSS. In study II, a cases-case study comparing DNA methylation in pSS patients with high fatigue to patients with low fatigue, we found methylation patterns associated to the degree of fatigue. In study III, RNA-sequencing was applied to investigate the transcriptome of B cells in pSS in comparison to controls. Increased expression of type I and type II interferon regulated genes in pSS was observed, indicating ongoing immune activation in B cells. In study IV, the impact of DNA methylation on disease susceptibility and phenotypic variability in SLE was investigated. We identified DNA methylation patterns associated to disease susceptibility, SLE manifestations and different treatments. In addition, we mapped methylation quantitative trait loci and observed evidence for genetic regulation of DNA methylation in SLE.

In conclusion, the results presented in

this thesis provide new insights into the molecular mechanisms underlying autoimmunity in pSS and SLE. The studies confirm the central role of the interferon system in pSS and SLE and further suggest novel genes and mechanisms to be involved in the pathogenesis these autoimmune diseases.

ISBN

978-91-554-9782-8

List of papers

1. Imgenberg-Kreuz J#, Sandling JK#, Almlöf JC, Nordlund J, Signér L, Norheim KB, Omdal R, Rönnblom L, Eloranta ML, Syvänen AC and Nordmark G. Genome-wide DNA methylation analysis in multiple tissues in primary Sjögren's syndrome reveals regulatory effects at interferon-induced genes. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2016;75(11):2029-36. #Equally contributing authors.
2. Norheim KB, Imgenberg-Kreuz J, Jonsdottir K, Janssen EA, Syvänen AC, Sandling JK, Nordmark G and Omdal R. Epigenome-wide DNA methylation patterns associated with fatigue in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*, 2016;55(6):1074-82.
3. Imgenberg-Kreuz J, Sandling JK, Björk A, Nordlund J, Kvarnström M, Eloranta ML, Rönnblom L, Wahren-Herlenius M, Syvänen AC and Nordmark G. Transcription profiling of CD19+ B cells in primary Sjögren's syndrome reveals an interferon-signature with upregulated BAFF and TLR7. Submitted manuscript.
4. Imgenberg-Kreuz J, Almlöf JC, Leonard D, Nordmark G, Eloranta ML, Padyukov L, Gunnarsson I, Svenungsson E, Sjöwall C, Rönnblom L, Syvänen AC and Sandling JK. DNA methylation mapping identifies gene regulatory effects in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). Manuscript.



Från vänster Gunnel Nordmark, huvudhandledare, Amr Sawalha, opponent, Juliana Imgenberg-Kreuz, respondent, Ann-Christine Syvänen, bihandledare, Johanna Sandling, bihandledare.

Tänk om du var tvungen att gå 6 km varje dag för att hämta vatten.

Och du fick detta?

Hjälp oss förändra liv genom att se till att alla människor får tillgång till rent vatten och sanitet!

SMS:a **VATTEN** till **72980** för att skänka 50 kronor.

 **WaterAid**

Bli månadsgivare idag på www.wateraid.se

 **SVENSK
INSAMLINGS
KONTROLL**



Ur vardagen

Maria söker akut på grund av plötslig svår bröstsmärta.

Kön: Kvinna

Ålder: 25 år gammal.

Tidigare sjukdomar: Tidigare varit väsentligen frisk.

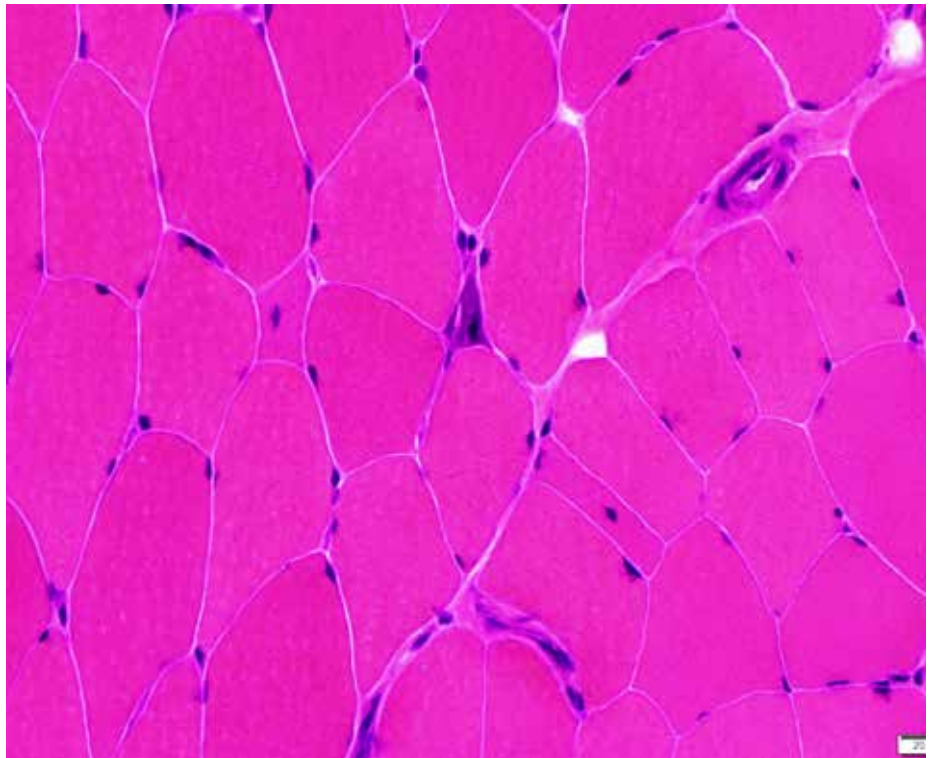
Ärftlighet: Mormor och mormors bror avlidit i plötslig hjärtdöd i 40- respektive 60-årsåldern. Pappa, farbror och farfar med RA.

Tobak/alkohol: Ingen rökning, alkohol eller droger. Det handlar om Maria, en tidigare väsentligen frisk 25-årig kvinna. Hon drabbas plötsligt av svår bröstsmärta och söker akut på hemorten. Man tar ett EKG som är normalt och misstänker panikångestattack. Maria får lugnande besked och får därefter gå hem. Hon söker åter flera gånger med svår attackartad bröstsmärta. Vid ett tillfälle tas TnT som visar sig ligga över 200. Patienten läggs in på IVA med telemetriövervakning. Hon har under vårdtillfället svåra smärtor men inga händelser på telemetrin och EKG:et är normalt.

Maria utreds med MR hjärta och angiografi som är normala. Ingen dynamik på TnT som ligger stabilt omkring 200. Vid nästa smärtgenombrott tas även TnI som utfaller normalt. Man gör EMG och neurografi samt tar ANA/ENA och ANCA. Samtliga utfaller normalt. Hon remitteras till Hjärtkliniken på Sahlgrenska sjukhuset och därifrån remitteras hon vidare till Reumatologkliniken. Vid vidare anamnes framkommer att patienten sedan 10 månader har haft successivt ökad bröstsmärta, trötthet, värk i kroppen, stelhet och andfäddhet. Det känns "som att en elefant sitter på bröstet" när hon vaknar. Hon har svårt att öppna burkar och hon kan knappt stå på benen på morgonen. Hon uppger dålig aptit och viktning på cirka 4 kg på 10 månader. CK 26,1; myoglobin 331.

Frågor

1. Vad kan Maria ha drabbats av?
2. Hur skulle du utreda vidare?
3. Varför var TnT kraftigt förhöjt medan TnI var normalt?
4. Vad visar den histologiska bilden?



Muskelbiopsi. Bild tagen av Anders Oldfors, Professor/överläkare i patologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



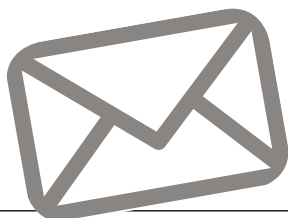
Marit Stockfelt

ST-läkare, Reumatologkliniken, SU



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

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



Tills dess, njut och le!
IOANNIS PARODIS

Facit till Ur vardagen RB 1/2017

Fallet gällde en 50-årig kvinna med mer än 25 års sjukdomsduration av primärt Sjögrens syndrom som uppfyllt nuvarande konsensuskriterier för klassifikation med obligatoriskt delkriterium positiv spottkörtelbiopsi. Efter utredning på annan ort hade behandling med bikarbonat och kalium startats på grund av hypokalemi som hade bedömts vara orsakad av distal renal tubulär acidosis (dRTA) associerat med grundsjukdomen. Förstoring av submandibularis konstaterades i status. Datortomografi hals visade förstoring av submandibularis men ingen lymfadenopati. Punktion visade celler som vid sialoadenit men inga misstänkta lymfomförändringar. NSAID och kortison hade ingen effekt men efter Mabthera gick symtomen i regress dock först efter drygt sex månader.

Hypokalemin försämrades under en period då det senare framkom ökande symtom av IBS, en diagnos som patienten hade fått efter sedvanlig gastroenterologisk utredning inklusive coloskopi. Behandling med pancreaszymer gav ingen säker effekt. Patienten vårdades ineliggande vid flera tillfällen med ökad kaliumsubstitution.

Vid fortsatt utredning framkommer att pH i blodet är förhöjt(!), ökade mängder kalium i urin och även hypomagnesemi föreligger. Renin är förhöjt men blodtrycket lågt.

Gentest görs som visar att patienten är homozygot för SLC12A3, det vill säga genetisk diagnos Gitelmans syndrom bekräftas.

Mutationen påverkar ett protein i njurtubuli som leder till att "förmågan att ta upp natrium från primärurinen i tubulis mellersta del är störd. Detta kompenseras till större eller mindre del av att mer av renin och aldosteron utsöndras, vilket får tubulis sista del att ta upp mer natrium och i stället släppa ut kalium och syra i urinen.

Konsekvensen av detta blir att blodets pH-värde tenderar att bli högt och njurarnas förmåga att koncentrera urinen minskar. Sjukdomarna kännetecknas därför av en varierande grad av kaliumförluster, urinproduktion och ökad törst och ett högt pH-värde i blodet. Kalk- och magnesiumbalansen påverkas också. (Socialstyrelsens ovanliga diagnoser Bartters syndrom och Gitelmans syndrom)".

Fortsatt behandling med kalium och magnesiumsubstitution samt kaliumsparande diuretika planeras. Förklaring fås nu också till patients calcinos av knäleder som sågs på röntgen.

Marika Kvarnström
överläkare
Reumatologkliniken
Karolinska Universitetssjukhuset



Reumakalender

2017

- 14 jun** EULAR Annual European Congress of Rheumatology 2017
14-17 juni, Madrid, Spanien
- 29 aug** Post EULAR
29 augusti, Malmö
- 4 sep** SK-kurs, inflammatoriska systemsjukdomar
4-8 september, Stockholm
- 13 sep** Reumadagarna 2017
13-15 september, Västerås
- 23 sep** RAforum 2017
23-26 september, Stockholm
- 4 okt** RULe - modul 3
4-6 oktober, Mellansverige
- 9 okt** SK-kurs, kroniska artritsjukdomar
9-13 oktober, Stockholm
- 3 nov** ACR/ARHP Annual Meeting
3-8 november, San Diego, USA
- 23 nov** RULe - avslutningsmodul
- 30 nov** SRFs utvecklingsdag
Stockholm
- 1 dec** Post-ACR
Stockholm

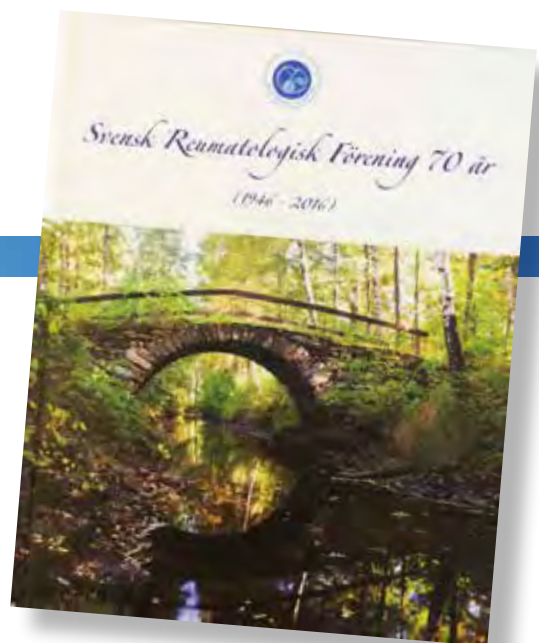
2018

- 5 sep** The 37th Scandinavian congress of rheumatology
5-8 September
Helsingfors, Finland

Jubileumsboken

SRF 70 år har skickats ut till medlemmarna.

Hör av dig till 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

