

ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING · NUMMER 123 · 1 / 2018



**UEMS Rheumatology · Post-ACR · Riktlinjedagen
Registerdagen och Utvecklingsdagen 2018**



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

Har du flyttat eller bytt mejladress? Gör eventuella ändringar på: www.svenskreumatologi.se eller mejla till: koordinator@svenskreumatologi.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 2018

| Nummer | Manusstopp | Utgivning |
|-------------------|--------------|-------------|
| Nr 1 RB | 1 februari | 2 mars |
| Nr 2 RB Vetenskap | 15 mars | 18 april |
| Nr 3 RB | 25 april | 25 maj |
| Nr 4 RB | 5 juni | 25 juni |
| Nr 5 RB | 22 september | 25 oktober |
| Nr 6 RB Vetenskap | 10 oktober | 13 november |
| Nr 7 RB | 10 november | 14 december |

Innehåll • 1/2018

- 3 Redaktörens rad
- 4 Brev från ordföranden
- 5 Brev från vetenskapliga sekreteraren
- 6 Brev från utbildningsansvariga
- 8 Emma Tuominen - SRFs nya kommunikator
- 9 UEMS Rheumatology - vad är det?
- 10 Utvecklingsdagen 2017
- 14 Post-ACR i Stockholm 2017
- 20 American College of Rheumatology in San Diego
- 23 Maries ST-krönika
- 24 Ioannis krönika
- 25 Katerinas cartoon
- 25 Grattis!
- 26 SRQs Registerdag 2018
- 31 Stark uppslutning vid årets Riktlinjedag 2018
- 39 Nytt från SRQ
- 40 Pottholzt
- 41 Akademisk reumatologi i Göteborg
- 45 Månadens reumaenhet: Ängelholms sjukhus
- 48 Aktuell avhandling
- 50 Ur vardagen
- 52 Reumakalender

Omslagsbild: Gamla rådhuset i Ängelholm vid Stortorget, sett från det inre av skulpturen Sommarbrunn och vinterlykta av Pål Svensson 1994. Så här säger Ängelholms kommun om den: "Skulptur i gnejs och granit på temat vatten och ljus. Den är stor, men hotar ingen, istället bjuder den in till att vila en stund". Foto: Bengt Lindell

Nytt år - 2018!

Nu är det dags för ännu ett år med ReumaBulletinen. Det tionde i nuvarande form dvs i samarbete med Mediahuset och med professionella reportage från våra möten och kongresser. Ido Leden, Bengt Lindell och jag själv har varit med hela denna tid.

Under gång har ju redaktionen utökats med Milad Rizk och Ioannis Parodis, antalet nummer ökats från tre till fem samt dessutom årlig Reuma-Matrikel och två nummer av ReumaBulletinen VETENSKAP med egen redaktion. Ett uttryck för att SRF är en duktig, ambitiös och framgångsrik förening.

Detta nummer innehåller reportage från ACR, utvecklingsdagen, Registerdagen och Riktlinjedagen.

Just Riktlinjedagen tycker jag är speciell. Sättet som vi genomför vårt riktlinjearbete är ju unikt vad gäller kompetens, förankring, legitimitet och aktualitet. Årliga uppdateringar med hjälp av ett 40-tal specialister i de olika riktlinjegrupperna (15% av Sveriges reumatologspecialister) och 90 personer på Riktlinjedagen (35% av specialisterna) och sedan beslut i SRFs styrelse borgar för att de riktlinjer som beslutas också används och stöds av specialiteten.

Månadens reuma-enhet är Ängelholm som beskrivs i ett reportage signerat Bengt Lindell. Just månadens enhet har varit Bengts uppgift vilket han nu nästan fullbordat dvs nästan alla reumatologenheter i Sverige har skildrats. Ängelholm – denna månads enhet - finns också på omslagsbilderna sett genom Pål Svenssons skulptur.

Historia med Ido håller på att beskriva landets sex universitetsinstitutioner – i detta nummer är turen kommen till Göteborg och institutionsavdelningen för reumatologi och inflammationsforskning vid Sahlgrenska Akademien. Den innehåller nästan

50 år av historia från start utan forskning till en stor translationell enhet med hundratalet aktiva forskare, tekniker och doktorander. Naturligtvis blir det också en historia om olika personers insatser – här fr.a. personifierat av Andrzej Tarkowski.

Jag tror att äktenskapet mellan reumatologisk klinik och grundläggande immunologi/molekylär-biologi innebär en fortsatt

”Äktenskapet mellan klinik och grundläggande immunologi/molekylärbiologi innebär en allt snabbare utveckling av diagnos, prognos och behandling”

och allt snabbare utveckling av diagnos, prognos och behandling av reumatiska och andra inflammatoriska sjukdomar. Redan talet om SLE som en interferonopati pekar i denna riktning dvs att sjukdomar allt mer kommer att beskrivas utifrån defekter i immunsystemet (ihop med genetiska förutsättningar) som bidrar till sjukdomens uppkomst. Kanske kommer vi i framtiden att beskriva remission och sjukdomsaktivitet mer utifrån nya lab-prover (med DNA-teknik eller annat) och inte utifrån PROMs och konstiga (egentligen oförståeliga?) matematiska formler. Andra sjukvårdsområden – t.ex onkologi och demensforskning - arbetar intensivt för att hitta tidiga markörer eller yttringar av sjukdom.

Vår nya koordinator/kommunikatör i SRF Emma Tuominen presenterar sig. Krönikor från såväl Ioannis Parodis som Marie Holmqvist (ST-krönikan). Båda skildrar Stockholms läns landstings enastående förmåga att göra dåliga affärer och försnilla

det allmännas egendom. Katerinas Cartoon illustrerar effektivt samma sak. Pottholzt från Tomas Weitoft. Ralph Nisell berättar om nyheter från SRQ. Cecilia Carlens ledare innehåller bl.a. information om SRFs nya ledarskapsprojekt RUC. Dessutom brev från vetenskaplige sekr och från utbildningsansvariga. De sistnämnda påtalar vikten av att genomföra det diagnostiska provet – vilket också kommer att premieras publikt. Vårt europeiska samarbete inom UEMS är viktigt och beskrivs av vår representant Vala Sigurdardottir från Falun.

Annonserna omfattar Nationella ST-dagar i Skåne 19-20 april, Cutting Edge i Lund 24 maj, 37th SCR i Helsingfors 5-7 september samt Reumadagar i Uppsala 19-21 september med mycket intressant program.

I slutet av maj möts styrelsen och redaktioner i Fjällbacka ihop med Mediahuset för att planera kommande års ReumaBulletinen och RB VETENSKAP – något vi gjort sedan 2009. Om du har synpunkter eller vill att vi skall ta upp något speciellt – hör av dig till våra redaktioner.

Välkommen till en omfattande läsning!



Tomas Bremell
tomas.bremell@vgregion.se

Antagna vid styrelsemötet 2018-01-26

Nya ordinarie medlemmar

Marie Dahlén, Göteborg
Jill Ganz, Trelleborg
Evangelos Giannakos, Eskilstuna
Boel Holmqvist, Göteborg
Jennie Midendal, Gävle
Karin Qvarnström, Gävle
Fabrinez Sadiq, Ängelholm

Nya associerade medlemmar

Ann-Charlotte Blom, Stockholm
Anna Deleskog, Stockholm
Lena Ehrling, Örebro/Stockholm
Lotta Gustafsson, Lund
Susanne Karlfeldt, Stockholm
Mattias Mädlar, Tyskland
Kristina Nerle, Stockholm



Brev från ordföranden

När jag skriver detta känns det som om jag nyss skrev en "ledare" för Reumabulletinen och som 2018 just har börjat, men jag kan i datorns nederkant konstatera att vi redan skriver 2 februari. Jag kan också konstatera att mycket har hänt sedan sist.

Sista november var det SRFs årliga Utvecklingsdag. Den här gången var vi en ganska liten skara som samlades. En av höjdpunkterna var när vi fick höra om Umeås mycket välfungerande distansmottagningar över videolänk. Läkaren sitter i Umeå och på plats tillsammans med patienten finns reumasjuksköterska och fysioterapeut (Doktor Kry var inte direkt först med videobesök även om många verkar tro det). En annan inspirerande presentation var när Verksamhetschefen för internmedicin vid Västmanlands sjukhus i Sala, Jonas Ekström, berättade om hur en bra elektronisk journal skulle kunna fungera i framtiden om vi inte fortsätter med en "pappersjournal" i datorn. Eftersom uppslutningen till Utvecklingsdagen inte var lika god som tidigare tar vi gärna emot synpunkter på hur vi kan utveckla programmet. Utvecklingsdagen riktar sig till enhets/verksamhetsföreträdare och chefer inom reumatologi, men också till studierektorer, de som har olika ansvarsområden och på olika sätt arbetar med utveckling i verksamheten, de som funderar på att bli chefer och andra intresserade. Maila gärna förslag och synpunkter till Katarina Almehed, utbildningsansvarig i styrelsen.

Dagen efter var det Post-ACR med rekordmånga deltagare och rekordhögt betyg i utvärderingen, 4,41 av 5 möjliga. Det enda mindre bra var att lokalen var lite för trång när så många ville vara med. Det får vi förbättra till nästa gång. Läs mer om innehållet längre fram. Vi planerar för ett nytt Post-ACR 2018, preliminärt datum är 30 november.

RULE 2017 avslutades med två dagar i fängelset på Långholmen. Alla nominerade chefer och de som gick förra omgången av RULE var inbjudna att vara med och lyssna på deltagarnas reflektioner över vad de lärt sig under programmet. Det var imponerande både till form och innehåll! Med många praktiska exempel visade de verkligen att de hade lärt sig mycket och tillskansat sig många nya färdigheter och sätt att se på olika situationer ur ett ledarskapsperspektiv.

Nu pågår arbetet för fullt med SRFs nya ledarskapsatsning, RUC, Reumatologins

Utveckling för Chefer, ett mentorsprogram som riktar sig till relativt nyblivna chefer inom reumatologin. Ansvarig för programmet är Boel Mörck. I programmet, som sträcker sig över ett år och innebär fyra gemensamma träffar med adepter och mentorer samt cirka sex träffar mellan adept och mentor där emellan med start i höst, finns plats för tolv adepter. Vår förhoppning är att få två deltagare från respektive region. Vi tror att ett mentorsprogram kan stärka och motivera nyblivna chefer och ge verk-

"RUC - ett mentorsprogram - är SRFs nya ledarskapsatsning"

tyg för att möta alla de utmaningar chefs- och ledarrollen innebär samt bidra till en god kontinuitet i ledarskapet. Du som skulle vilja delta i programmet som "nybliven chef" förankrar med din chef och skickar in en intresseanmälan till SRFs koordinator senast den 11/3. Blankett finns på SRFs hemsida. Att vara mentor är också väldigt utvecklande och vi vänder oss till reumatologer med många års cheferfarenhet. Vi är övertygade om att detta kommer att bli ett mycket livaktigt och stimulerande nätverk för såväl adepter som mentorer.

Årets Register- och Riktlinjedagar gick av stapeln näst sista veckan i januari och var mycket välbesökta. Det är varje år lika roligt att se vilket enormt engagemang det finns inom svensk reumatologi, från norr till söder och från små till stora sjukhus.

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har tagit fram en ny modell för nationell kunskapsstyrning av vården. I och med denna skapar man 19 olika nationella programområden som ska speglas ner i regioner och landsting vilket betyder att alla regioner och landsting nu håller på och omformar sin "kunskapsstyrningsorganisation" för att passa den nya modellen. I varje programområde ska det på nationell nivå finnas en representant från de sex regioner man delat in landet i. Inom vissa områden där framtagande och efterlevnad av nationella riktlinjer inte fungerar tillfredsställande och vården varken är tillräckligt god eller jämlig kan detta säkert vara bra, men för reumatologin ser vi inte någon större nytta med detta. Tvärtom riskerar det istället att skapa problem eftersom reumatologin har placerats i programområdet "Rörelseorganens sjukdomar" tillsammans med ortope-

di och handkirurgi. Utifrån dagens kunskap och utveckling inom våra olika specialiteter ser vi i styrelsen inte att reumatologi, ortopedi och handkirurgi kan representera varandras specialiteter och ta fram och besluta om gemensamma nationella riktlinjer.

Detta har på olika sätt framförts till SKL samt till flera av de stora landstingen/regionerna. Styrelsen har nu också skrivit en skrivelse till SKL och Socialstyrelsen med krav på att få bilda ett eget programområde i reumatologi.

Svenska Läkaresällskapet, SLS, har föreslagit att alla nuvarande sektioner ska bli de huvudsakliga medlemmarna i SLS och att de ansluts med samtliga medlemmar som därmed blir en del i organisationen. Idag har SLS enskilda medlemmar som betalar medlemsavgift, men som inte har någon rösträtt i fullmäktige, vilket däremot sektionerna har. Förslaget innebär att sektionerna från och med 1 jan 2020 betalar en avgift till SLS på i storleksordningen 200-300 kr per medlem, vilket i sig innebär att medlemsavgiften till Specialitetsföreningen behöver höjas med motsvarande belopp. Det är sedan sektionerna som i SLSs fullmäktige beslutar om budget, avgifter och SLS huvudsakliga verksamhet och vad den ska få kosta. SLS är läkarkårens oberoende vetenskapliga och professionella organisation och arbetar med frågor baserade på vetenskap, utbildning, etik och kvalitet. Gå gärna in på SLS hemsida och läs mer om verksamheten och motivering till förslaget. Förslaget presenterades på SRFs föreningsmöte den 24 jan och deltagarna på mötet ställde sig positiva till förslaget. Även styrelsen har ställt sig positiv till förslaget.

Förslaget kommer att tas upp igen på årsmötet i samband med Reumadagarna. Vid SLSs fullmäktigemöte i maj kommer ett inriktningsbeslut att fattas om sektionerna röstar ja till förslaget.



Cecilia Carlens

Ordförande

ceclila.carlens@karolinska.se

Brev från vetenskapliga sekreteraren

Som jag skrivit tidigare - jag blir alltmer imponerad av vår specialistförenings engagemang för att underhålla, förbättra och förnya våra register och riktlinjer. Arbetet som läggs ned och resultaten som blir till, är helt klart i världsklass. För närvarande pågår initiativ för uppdatering av socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Med våra egna evidensbaserade texter som grund torde de reumatologer som representerar vår specialistförening få ett relativt enkelt arbete. SRF:s styrelse är även engagerad i aktuella frågor om kunskapsbaserad och jämlik vård, bildandet av nationella programgrupper och nationella läkemedels-expertgrupper. Styrelsen tillvararar SRF:s intressen i dessa frågor och lyfter hela tiden vårt sätt att samarbeta och kommunicera. I sammanhanget är det av intresse att konstatera att år 2015 stod TNF-hämmare för cirka 10% av de totala förmånskostnaderna för läkemedel. Det vill säga, den i sammanhanget lilla specialiteten reumatologi, hanterar en stor del av de totala läkemedelskostnaderna i Sverige. Sannolikt har denna kostnadsandel minskat sedan 2015 i takt med ökad användning av biosimilarer.

Dock kommer nya originalläkemedel in på marknaden och indikationsområdena

vidgas. Senaste nyheten rör jätteceller där det nu finns förslag på nya riktlinjer och var i behandlingen det blir aktuellt med Tocilizumab (Roactemra). Så, vi har ett stort ansvar inom reumatologin att använda våra läkemedel klokt och så långt möjligt evi-

”Vi har ett stort ansvar att använda våra läkemedel evidensbaserat”

densbaserat, dvs i enlighet med våra riktlinjer och att vi alla använder vårt register för uppföljning och forskning.

Nu pågår planeringen för årets Reumadagar i Uppsala, september 19-21. Mötet äger rum på en universitetsklinik, vilket innebär att den lokala programgruppen har ett stort inflytande över programmens utformning. Den består av Ann Knight, Johan Back, Gunnel Nordmark, Eva Baecklund och Lars Rönnblom. Programmet pågår, liksom i Västerås under tre dagar. Vi börjar vid lunchtid på onsdagen och avslutar efter lunch på fredagen. Vi planerar för tre tematiska sessioner, den första om RA och komorbiditet där bland annat immunologin vid onkologisk behandling och dess konsekvenser för reumatologin kommer att lyftas

av reumatolog och Professor Laura Cappelli, från John Hopkins. Läs gärna mitt brev i reumabulletinen nr 7 förra året för en kort introduktion. I den andra sessionen kommer nya rön inom genetik vid reumatiska sjukdomar att avhandlas. Vi är glada att dr Johanna Dahlqvist, nu verksam i Boston, kommer till oss för att presentera detta område. I den tredje sessionen avhandlas SLE och systemsjukdomar.

Årets Nanna Svartz föreläsare blir Professor Merete Lund Hetland från Köpenhamns Universitet, som kommer att prata om reumatoid artrit samt deras registerforskning.

Vi är även väldigt glada att presentera våra tre guldspansorer för i år, nämligen Bristol-Myers Squibb (BMS), Novartis samt Eli Lilly, som förutom ett viktigt och betydande finansiellt stöd till vårt möte även organiserar de tre företagssponsrade symposierna. Symposierna kommer att handla om våra artritssjukdomar.

Jag hoppas att många kommer till Uppsala i september! Förra årets möte i Västerås fick mycket goda recensioner och så klart arbetar vi för ett minst lika bra möte i år. Av de 502 deltagarna i Västerås var 30 % medlemmar i SRF. Sjuksköterskor, sjukgymnaster, andra yrkesgrupper och deltagare från vår patientförening, organiserade inom SveReFo, FRS, fysioterapeuterna respektive reumatikerförbundet utgjorde 30 %.

Utställarpersonal och andra delegater stod för resterande 40%. Mötet har således vuxit och det tvärvetenskapliga programmet likaså, vilket känns mycket roligt. Det är ett bra betyg för reumatologin i Sverige.

Till sist, hemsidan för årets reumadagar är öppen (reumadagarna.se) och deadline för alla era viktiga abstraktsbidrag är 15 april.



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



Brev från utbildningsansvariga

Det är fortfarande vinter och vi är mitt inne in oxveckorna när detta skrivs men tiderna blir allt ljusare. Som ett värtecken lika säkert som melodifestivalen eller gatsopning är det vecka 12 traditionsenligt dags för nästa diagnostiska prov att skrivas.

Vi vill uppmana alla som har möjlighet att skriva det diagnostiska provet! Det är ett bra tillfälle att både för egen del och tillsammans med sin handledare se hur man ligger till i förhållande till kunskapsmålen, vad man kan bra och vad man behöver titta lite mer på. Att alla skriver samma prov oavsett hur långt man har kommit i sin ST har en pedagogisk poäng. Har man skrivit provet vid flera tillfällen kan man följa utvecklingen i den egna kunskapsinhämtningen. Ansvaret för att skriva frågorna till provet roterar, i år är det Göteborgs tur.

Som en extra sporre till att skriva provet har SRF beslutat att dela ut ett diplom till de ST-läkare som skrivit provet 4 eller fler gånger. Dessutom kommer man omnämnas i Reumabulletinen. Så om du vet med dig att du skrivit provet 4 gånger, hör av dig till din lokala ST-studierektor.

Vi hoppas att ni ser fram emot de Nationella ST-dagarna 19 och 20e april i Glum-

slöv utanför Landskrona lika mycket som vi gör. Aladdin Mohammad, studierektor i södra regionen, har satt ihop ett mycket intressant program med fokus på vaskulit-sjukdomar. Sista anmälningdag är 18 mars, inbjudan finns i detta nummer av Reumabulletinen samt på SRFs hemsida. Glöm inte att anmäla er för att få höra på spännande föreläsningar och umgås med trevliga kollegor i vackra Skåne.

Det kan vara av intresse att stora förändringar av läkarutbildningen är aktuella inom några år. Syftet är att uppnå större likhet mellan ländernas utbildningar på europeisk nivå och underlätta för rörlighet och en öppen arbetsmarknad. Läkarutbildningen kommer då att bli 6-årig där programmet direkt leder till legitimation vid examen. Nuvarande grundutbildning kommer omarbetas i grunden och att vi måste tänka på att en nylegitimerad läkare inte kommer besitta samma kunskaper som idag. Det betyder också att AT successivt avvecklas och inte är aktuellt för de läkare som utbildas enligt det nya 6-åriga systemet.

AT kommer sannolikt ersättas av bas-tjänstgöring (BT), en 6-12 månaders tjänstgöring som inleder ST-tjänsten och innefattar 2-4 placeringar med tät handledaruppplöjning och flera formativa bedömningar. ST som nu är målstyrt och pågår

under minst 5 år förlängs med ett halvår och kommer därmed också behöva omarbetas.

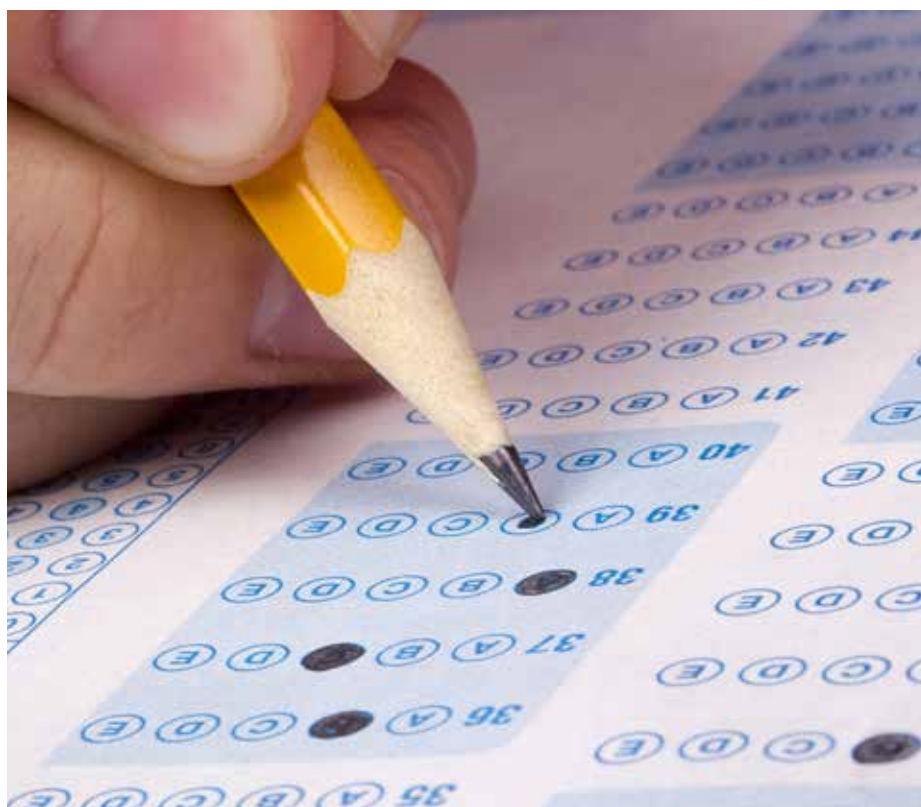
SRF har under vintern besvarat en remiss från socialdepartementet om bas-tjänstgöring.

En fördel med det föreslagna nya systemet är att läkare som utbildas i Europa och som flyttar till Sverige som legitimerade kommer att få en bra introduktion till svensk sjukvård under BT, likvärdig dem som utbildat sig i Sverige. Dessa läkare är

”Stora förändringar av läkarutbildningen är aktuella inom några år”

för närvarande utestängda från AT (de är redan legitimerade) trots att de utgör en stor andel av nya läkare. Redan 2003 var antalet nya svenska läkarlegitimationer fler för utlandsutbildade än för de som utbildats i Sverige. Störst andel var utbildad i Europa, Läkartidningen 2013;110:CE94. Och trenden tycks hålla i sig, cirka 60 procent av de nylegitimerade läkarna i Sverige de senaste åren var utbildade utanför Sverige, Läkartidningen 2015;112:DUFD.

Det finns flera fallgropar i det tänkta nya systemet och det kommer nog att dröja innan alla frågetecken rätas ut. I bästa fall försvinner den flaskhals i karriären som AT just nu utgör men vi hoppas att ST inte ska bli den nya flaskhalsen! SRF fortsätter att bevaka frågan.



Ylva Borgas

Yngreläkarrepresentant
Reumatologikliniken
Skånes Universitetssjukhus
ylva.borgas@skane.se

Katarina Almeded

Överläkare Reumatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Utbildningsansvarig SRFs styrelse
katarina.almeded@vgregion.se

2018
UPPSALA
19-21 SEP

REUMADAGARNA



SRQ



SRF's STYRELSE 2017



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



Lotta Ljung
Vice ordförande
Reumatologkliniken
Västerbotten
Norrlands Universitets-
sjukhus, 901 85 Umeå
Tel: 090-7851374
lotta.ljung@vll.se



John Svensson
Facklig sekreterare
Reumatologenheten
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 Almehed
Utbildningsansvarig
Reumatologi/Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 10 00 vx
katarina.almehed@
vgregion.se



Ylva Borgas
Ledamot,
ungreläkarrepresentant
Reumatologkliniken
Sektionen Reumatologi
Skånes Universitetssjukhus
205 02 Malmö
Tel: 040-332489
ylva.borgas@skane.se



SRFs nya kommunikator

Tre frågor har jag fått höra väldigt många gånger sedan jag började mitt jobb som kommunikator och koordinator för Svensk Reumatologisk Förening.

De lyder: ”Jaha, och vem är du då?”, ”Och du kommer från... Finland eller?” och ”Hur kom det sig att du började jobba här då?”.

De två första frågorna är väldigt enkla att besvara, så vi börjar där.

Vem är jag? Jag heter Emma Tuominen och jag är SRF:s nya kommunikator och koordinator. Och ja, jag skriver medvetet kommunikator före koordinator. Det är nämligen inom kommunikationen som jag ska utveckla både Svensk Reumatologisk Förening och Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ). Vår information ska bli tydligare, våra grafiska framställningar snyggare och våra hemsidor mer användarvänliga. Framför allt ska vi bli bättre på att kommunicera all den fantastiska forskning som görs på data från SRQ.

Sedan ska jag givetvis koordinera en massa också: möten, evenemang och – i synnerhet – reumatologer med så fullspäckade kalendrar att de inte kan koordinera sig själva.

Så till fråga två då. Kommer jag från Finland, eller? Svar ja, jag kommer från Finland. Men det som kanske kan misstas för

en finsk brytning är i själva verket en finlandssvensk dialekt. Jag hör nämligen till de 290 000 personer som utgör den svensktalande minoriteten i Finland. Det innebär kort sagt att mitt modersmål är svenska, men att jag även talar flytande finska och givetvis hejar på Finland i ishockey-VM.

Den tredje frågan är svårast att besvara. Hur kommer det sig att jag började jobba

har jag varit väldigt föreningsaktiv inom Östra Finlands Nation vid Helsingfors universitet. Därmed var ett jobb inom en förening perfekt för mig. För det fjärde – och det här är ganska avgörande om man ska jobba i Sverige – hade jag nyss flyttat från Finland till vårt underbara västra grannland. Därmed var ett jobb i Stockholm perfekt för mig.

Så som ni ser, pusselbitarna föll på plats, planeterna lade sig i linje och plötsligt var jag här. Med äran att få titulera mig kommunikator och koordinator för Svensk Reumatologisk Förening och Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister. Det ska bli riktigt bra det här!

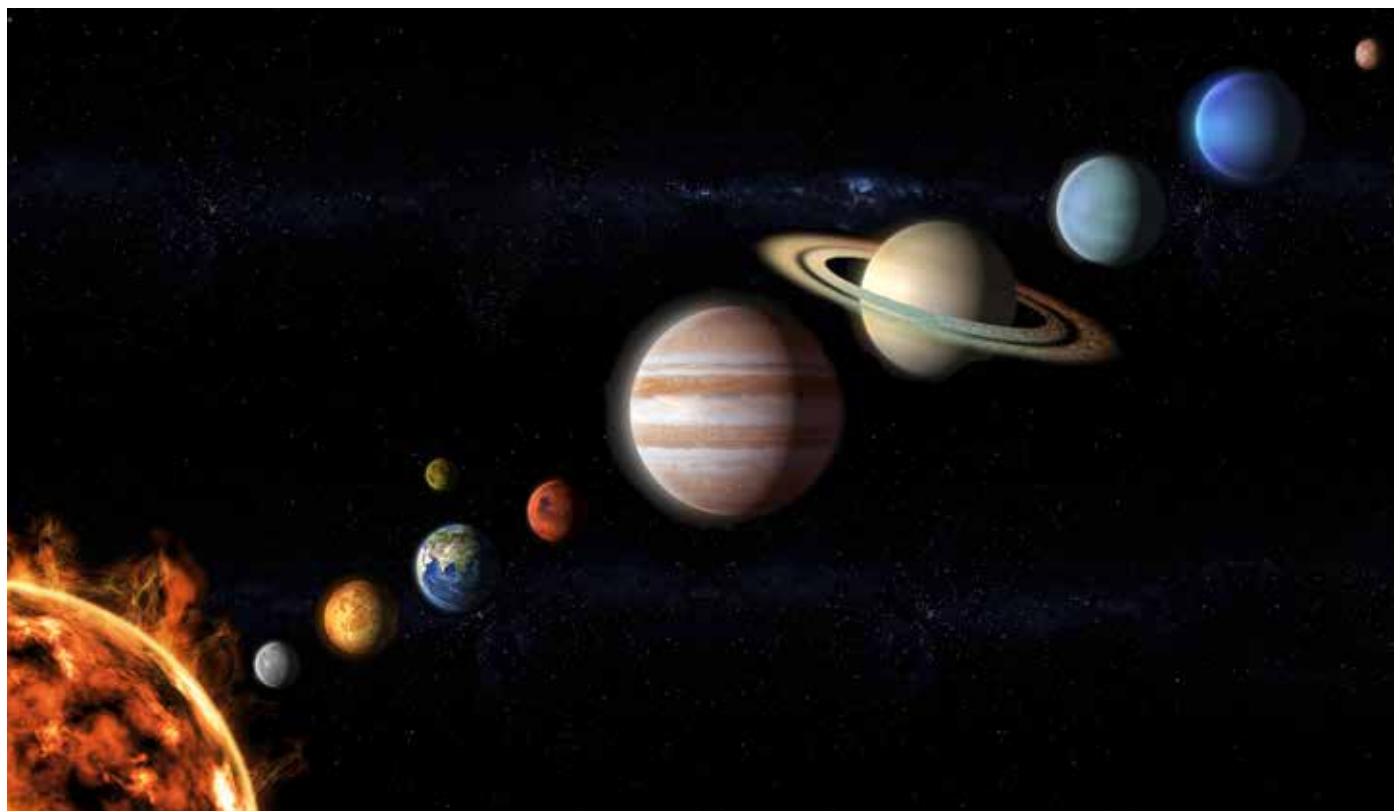
”Pusselbitarna föll på plats, planeterna lade sig i linje och plötsligt var jag här”

för SRF och SRQ? Det korta svaret på den frågan är att jag såg annonsen och sökte. Men det är ju inte ett särskilt kul svar. Det långa svaret däremot omfattar fyra bakomliggande faktorer. För det första har jag studerat journalistik och kommunikation vid Helsingfors universitet och jobbat mycket som journalist. Därmed var ett jobb som kommunikator perfekt för mig. För det andra har jag studerat fysiologi och neurovetenskap vid den biologiska fakulteten vid Helsingfors universitet.

Därmed var ett jobb som förmedlare av vetenskap perfekt för mig. För det tredje



Emma Tuominen
kommunikator/koordinator
Svensk Reumatologisk Förening



UEMS Rheumatology - vad är det?

UEMS står för "Union européenne des médecins spécialistes" eller på engelska "European Union of Medical Specialists". UEMS representerar de trettio-nio medlemsländernas nationella läkarorganisationer på EU-nivå och är den organisation som europeiska kommissionen (EC) vänder sig till i frågor som rör läkare och läkarutbildning.

UEMS huvudaktiviteter är politisk lobbyverksamhet gentemot EC. UEMS strävar dessutom efter att sätta en gemensam standard för specialistutbildning och är den instans som sköter ackreditering av fortbildningsevents för läkare (EACCME). UEMS har fyrtiotre sektioner och "Section and Board of Rheumatology" är en av dem.

UEMS Section and Board (S&B) of Rheumatology

Varje medlemsland har två representanter i S&B. Tanken är att en ska representera akademien och en ska representera specialistföreningen i respektive land. I praktiken har de flesta länder bara en representant som åker på möten. S&B har möten två gånger om året, ett två dagars möte i december och ett kortare möte i juni i anslutning till EULAR-konferensen. S&B har en hemsida med adress uemsrheumatology.eu där man kan läsa mer om sektionens arbete.

Vad har S&B of Rheumatology arbetat med under 2016-2017?

Ny vision/målsättningar för sektionens arbete

Under 2016 så arbetade S&B fram en ny vision och målsättningar för sektionens arbete eftersom de äldre formuleringarna upplevdes som orealistiska i ljuset av att UEMS inte egentligen har någon rätt att bestämma över vad medlemsländerna i praktiken gör. Nuvarande övergripande målsättning/vision är formulerad enligt nedan:

"The first mission of the UEMS Section of Rheumatology/European Board of Rheumatology is to maintain the highest level of care with the best outcome for those with musculoskeletal conditions through establishing and maintaining high professional standards amongst rheumatologists in Europe.

To achieve this, the aim of the Section is to promote the highest standard of competence-based rheumatology training and harmonization at the European level and to promote the professional interests of rheumatology."

Implementering/uppföljning av den europeiska målbeskrivningen för specialistutbildning i Reumatologi

European Training Requirements (ETR) in Rheumatology arbetades fram av S&B och godkändes av UEMS 2014. Sedan dess har S&B arbetat med att sprida ETR i medlemsländerna och med att kartlägga vilken roll dokumentet fått. Begreppet "training requirements" upplevs problematiskt då UEMS ju inte i praktiken kan ställa några krav på medlemsländerna om att följa dokumentet. S&B skulle nog hellre se att dokumentet kallades för "training guidelines" men begreppet "training requirements" är beslutat högre upp i UEMS och det är inte lätt att få detta ändrat.

ETR in Rheumatology har implementerats rakt av i några få länder där man tidigare inte haft någon målbeskrivning alls för specialistutbildning och på så sätt får man anta att de bidrar till att lyfta standarden för specialistutbildningen i dessa länder. I de länder som redan har en inarbetad målbeskrivning för sin specialistutbildning, som i Sverige, är poängen med ETR inte lika tydlig. Vid utarbetandet av SRF:s särskilda rekommendationer till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialistutbildning görs försök att harmonisera med ETR vad gäller vilka sjukdomstillstånd/färdigheter som specificeras så vitt möjligt med hänsyn till svenska förhållanden.

"Vad har S&B of Rheumatology arbetat med under 2016-2017?"

Bedömningsmetoder

I nuläget är S&B mycket intresserat av bedömningsmetoder och att utveckla och implementera en gemensam standard för de bedömningsmetoder som används för att bedöma utbildningsläkare i medlemsländerna. I ETR rekommenderas bedömning med skriftliga formativa och summativa kunskapstest, regelbunden handledning, regelbundna möten med studierektor, klinisk logg-bok och bedömning enligt "360° multi-source feedback" metoden. Detta skiljer sig en del från vad som praktiseras och rekommenderas i Sverige. Det pågår också ett "EULAR points to consider..."-projekt om bedömningsmetoder som är ett samarbete mellan UEMS och EULAR, men detta är i nuläget i planeringsstadiet.

Bedömning av kvalitet inom reumatologisk vård

Ett annat område som S&B intresserar sig för nu är kvalitetsindikatorer/hur kvalitet bedöms inom reumatologin. Resonemanget som förts inom S&B är att man kan kanske säga att kvaliteten av den vård som levereras är slutprodukten av specialistutbildningen.

Bra utbildning → bra reumatologer → hög kvalitet av den vård som patienterna får. Tanken är då att det bästa måttet på om specialistutbildningen är bra i ett land egentligen är att mäta kvaliteten i det medicinska omhändertagandet som patienterna sedan får.

Vid senaste S&B-mötet i december 2017 fick deltagarna presentera hur "quality assurance" går till i deras länder. Jag berättade om "öppna jämförelser" och de kvalitetsindikatorer som ingått där för reumatologin samt om SKL:s nationella patientenkät för specialiserad öppenvård. Av de länder som rapporterade vid mötet så var det som jag uppfattade det inget annat land som har kvalitetsmonitorering i den omfattning som vi har i Sverige, utom möjligen Danmark och Finland. Flera länder har ingen kvalitetsmonitorering alls på nationell nivå.

Kompetensförsörjning

S&B har överblick över hur många reumatologer det finns i Europa (10514 stycken, 0,6% av alla specialister i Europa). Vid mötet i december 2017 presenterades siffror över antal reumatologer per 100.000 invånare i de olika länderna. Det finns en mer än tiofaldig skillnad mellan topp och botten, där Danmark leder stort med 6,5 reumatolog per 100.000 invånare medan Irland har botten-placeringen med 0,5 reumatologer per 100.000 invånare. Flera länder förväntar sig stora problem med kompetensförsörjningen framöver med anledning av stora pensionsavgångar när babyboom-generationen pensionerar sig.



Vala Sigurdardottir

Utvecklingsdagen 2017

I slutet av november hölls traditionsenligt SRF:s utvecklingsdag med fokus på teman som IT och digitalisering samt rekrytering, bemanning och fortbildning.

Förmiddagen inleddes av Jonas Ekström, överläkare och verksamhetschef vid Medicinkliniken på närsjukhuset i Sala. Sedan många år är han engagerad i frågor som rör digitalisering och är funktionellt ansvarig för journalsystemen i Region Västmanland.

– Framtidens journal måste bli mer strukturerad, problemorienterad och funktionell och ta bättre hänsyn till hur vi tänker kring diagnostik, behandling och vård av patienter. I dag är det oerhört svårt att få en översiktlighet och följa tanketrådar, mycket tid går till att leta och hitta relevant information.

För att få ett mer ändamålsenligt journal-system med en mer modern struktur krävs en tydligare och mer genomtänkt kravställning när digitala lösningar ska upphandlas, menar Jonas Ekström.

– Vi fick det vi beställde. Vi utgick från att papperslösningar skulle flytta in i datorn och så blev det som det blev. Vi måste bli mycket bättre på att ställa krav på att systemen ska stödja vårdens processer för en säkrare och mer effektiv vård.

Det förutsätter, menar Jonas Ekström, att läkare är engagerade i journalsystemens utveckling, införande och användande.

– Patientdelaktighet är en underskattad resurs. Det skapar bättre resultat och kan frigöra tid i vården.

I Sverige pågår nu stora upphandlingar av journalsystem. Två stora USA-baserade leverantörer, Epic och Cerner, beräknas få fäste på den svenska marknaden.

– De nya journalsystemen kommer dramatiskt att förbättra situationen i vissa regioner. Även i de landsting och regioner som valt att utveckla befintliga system kommer det sannolikt att bli mycket bättre, säger Jonas Ekström.

Han berörde även den pågående diskussionen kring AI (artificiell intelligens) och hur automatisering och sensorer kommer att förändra vården- och läkaryrket.

– Vi kan ställa oss vid sidan av utvecklingen, eller välja att vara med och påverka till gagn för patienter och vårt yrke, säger Jonas Ekström.

Nya digitala verktyg

Milad Rizk, verksamhetschef vid reumatologkliniken på Västmanlands sjukhus i Västerås, fortsatte på temat digitalisering.



– Egentligen handlar det om verksamhetsutveckling med stöd av digital informatik.

Han berättade om utvecklingstrenderna inom reumatologin när det gäller digitala verktyg.

– På vår klinik slipper vi exempelvis stora dyra bordsfasta kapillärmikroskop och har istället en rullvagn med ett digitalt mikroskop som ger oss möjligheter att docka till alla datorer i alla undersökningsrummen.

– Ljusbildningsmikroskopet är på väg att digitaliseras. Okuläret kan exempelvis bytas ut mot en smartphone, olika objektiv som kan kopplas till mobiltelefonen är till stor hjälp vid diagnostisering.

Ett annat exempel på digitalteknik som kan komma att användas som ett diagnostiskt hjälpmedel är värmekamera; den hjälper till att upptäcka skillnader i kroppstemperatur mellan olika extremiteter, till exempel lägre temperatur vid cirkulationsstörning eller stenosis i en artär vid Takayasu arterit, eller högre temperatur i en led vid artrit.

Vård på distans

Lotta Ljung är reumatolog och arbetar på Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Hon berättade om vård på distans i Västerbotten, ett län som upptar en åttondedel av Sveriges yta och som sträcker sig in mot Norge.

Sedan 2003 är reumatologiska kliniken i Umeå en länsklinik och har mottagningsverksamhet i Umeå, Skellefteå och Lycksele.

– Alla våra läkare är stationerade i Umeå, men en eller två gånger i veckan reser någon av dem till Skellefteå och Lycksele för mottagningsverksamhet. Fördelen är att



Milad Rizk

patienterna kan erbjudas vård på hemorten, nackdelen är att kostnaderna för mottagning är höga och kräver omfattande resurser.

Med dagens och framtidens digitala teknik kan alltför många besök ske via telefon och videomöten. Det ger också förutsättningar för en utökad konsultationsverksamhet mot primärvården och skapar möjligheter för uppföljningsmöten med såväl Försäkringskassan som Arbetsförmedlingen.

Ett exempel är hälsocentralen i Storuman där man med hjälp av robotteknik kan göra ultraljudsundersökningar av hjärtpatienter, ekokardiografi. En undersköterska assisterar patienten i Storuman medan undersökningen sker på distans och utförs av en hjärtspecialist och robotoperatör i Skellefteå. Roboten är i grunden en vidareutvecklad industrirobot, kompletterad med styrsystem och videokonferensutrustning och är relativt enkel att flytta.

Ett annat exempel är elektroniska stetoskop som genom en webbaserad portal möjliggör för läkare i Umeå att undersöka hjärta och lungor på patienter på distans i exempelvis i Lycksele.

Hur upplever patienter videomöten?

Vicky Du, diabetessjuksköterska på Capio vårdcentral Ringen i Stockholm, har inom ramen för en examensuppsats intervjuat patienter och fysioterapeuter om upplevelser av videomöten.

– Tanken var också att utvärdera tekniken och se om videomöten kan effektivisera vården och ersätta eller komplettera vissa fysiska besök.

Hennes undersökning visar att många äldre hade svårt att hantera tekniken; videomöten kräver bland annat mobilt bankid, att man varit inloggad i 1177 Vårdguiden, att man har en dator med webbkamera, högtalare och mikrofon och en uppdaterad webbläsare.

Men det finns också många vinster: videomöten tycks passa bra för primärvården och är tidsbesparande. Patienter uppskattar att de kan vara kvar hemma och upplever en viss frihet.

– Videomöten kommer vi att se mer av i framtiden. Många i den äldre generatio-



Vicky Du



Ylva Borgas

nen upplever dock att det är svårt, men den yngre generationen kommer att klara detta bra, säger Vicky Du.

Aktiv läkarrekrytering

Tomas Bremell, reumatolog och redaktör för ReumaBulletinen, gjorde en historisk tillbakablick och visade att bemanningsutvecklingen över tid har varierat stort i olika sjukvårdsregioner. SRF genomför sedan 2004 en årlig bemanningsenkät så vi har god kunskap om hur läkarbemanningen utvecklar sig i olika delar av landet. SRF och Reumatikerförbundet anger behovet av reumatologspecialister till 5/100 000 invånare – varav 4 för länssjukvård och 1 för regionsjukvård. Siffran är uträknad för hel sjukvårdsregion.

”Det gäller att sätta reumatologi på läkarstudentens karta”

Vi får ca 20 nya specialister/år medan ca 10 pensioneras. Eftersom behovet är 500 specialister och vi idag har 260 har vi en mödosam väg att gå för att nå vårt mål. Vi måste helt enkelt rekrytera fler ST-läkare. Idag har vi ca 100 ST-läkare i reumatologi i Sverige. Målet borde vara 150 så att vi kunde få ut 30 specialister/år!

Sett över landet noteras att Västra Götaland haft en mycket positiv utveckling med en ökning av antalet specialister från 29 till 52 sedan 2004 medan Stockholm (2004-2017) stått helt still på 58 specialister och med fler pensionsavgångar än nya ST-läkare. Vidare ser vi att länssjukhusen kraftigt ökar sin bemanning av såväl specialister som ST-läkare – totalt ökning (ST+spec) från runt 100 (2009) till 150 (2017)! Ökningen på universitetssjukhusen är mer blygsam.

För att klara kompetensförsörjningen på sikt krävs en hållbar planering och med-

veten strategi. Det gäller att ta höjd, menar Tomas Bremell, för läkares frånvaro på grund av forskning, föräldraledighet, ledningsuppdrag och jourkomplexitet. Den genomsnittliga kliniska tjänstgöringsgraden ligger på knappt 70%

– Vi skulle vinna oändligt mycket på att se rekrytering som ett överordnat mål. Överbemanning inom ekonomisk ram är nödvändig för att fullgöra våra kliniska uppgifter

Hur stärker man rekryteringen?

Katarina Almehed, verksamhetschef på Sahlgrenska universitetssjukhuset och utbildningsansvarig i SRF:s styrelse, berättade om hur föreningen arbetar aktivt med specialitetsfrågan och långsiktig rekrytering.

– Vi jobbar med regionala ST-studierektorer och försöker stötta mindre orter i rekryteringsfrågor. Vi ger också stöd till verksamhets- och enhetschefer i frågor som rör utbildning. I vår styrelse har vi också med en yngre läkarrepresentant, Ylva Borgas från Malmö, för att fånga upp frågor och perspektiv som är viktiga för våra yngre läkare.

För att lyckas med en långsiktig rekrytering krävs en medveten strategi under hela läkarstudentens tid från kursstart termin 1 till val av specialitet (ST). Tidig yrkeskontakt för att träffa reumatiska patienter, bra och välkomnande undervisning under läkarutbildningen, tidiga vikariat, AT-läkare får tjänstgöra på reumatologienhet under AT och AT-läkardagar (undervisning) är några initiativ i Västra Götaland. Det gäller att sätta reumatologi på läkarstudentens karta.

Katarina Almehed lyfte även fram SRF:s satsning på ledarskapsutbildning, RULe (Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap). Syftet är att stärka reumatologins ställning genom att motivera och förbereda ett antal reumatologer inför olika typer av ledaruppdrag.

Välfungerande klinik kräver bra ledningsstruktur

Tomas Husmark är verksamhetschef för reumatologikliniken vid Falu lasarett.

– Vi har en välfungerande klinik och vi ser gärna att våra verksamhetschefer är läkare. Jag tillträdde själv för tre år sedan och efterträdde då en verksamhetschef som tog ett kliv tillbaka. Det fungerar alldeles utmärkt att vara chef ett tag och sedan gå tillbaka till kliniskt arbete.

Tomas Husmark listade några viktiga punkter för att skapa en välfungerande klinik med en god arbetsmiljö.

– Vi har en biträdande verksamhetschef som är läkare och som sitter med i klinikledningen. Det ger tidigt en inblick i vad det innebär att vara verksamhetschef. Vi har också högt i tak och våra medarbetare



Tomas Husmark

har en påverkansmöjlighet. Det minskar steget till att senare vilja ta över som chef. Vi försöker på olika sätt se till att de som jobbar på kliniken ska känna en delaktighet i verksamheten, vilket skapar en stark teamkänsla.

På fredagar inbjuds läkargruppen till en gemensam lunch där det mesta kan tas upp på agendan, såväl högt som lågt. En gång i månaden hålls även referatmöten, ofta hemma hos en kollega.

- Vi bjuder hem varandra på middag och refererar vetenskapliga artiklar. Det skapar en stark och enad läkargrupp och hjälper oss att dra åt samma håll. Under många år har vi varit välbemannade och när vi rekryterar tänker vi på vilka spelare vi vill ha med i laget. Vi har ingen Zlatan, det hade nog varit besvärligt, säger Tomas Husmark.

Reumatologkliniken är en egen klinik, vilket är en styrka. Sjukhusets storlek och närheten till varandra och andra kliniker är en annan styrka.

- Vi har också satsat mycket på klinisk forskning, vilket är en viktig faktor för att medarbetare ska trivas och utvecklas på jobbet.

Fortbildning i fokus

Den avslutande delen av Utvecklingsdagen handlade om fortbildningsfrågor.

Mats Dehlin är reumatolog och fortbildningsstudierektor för reumatologspecialister i Västra Götalandsregionen.

- Uppdraget som fortbildningsstudierektor är en tjänst är på 25 procent och jag får även 25 000 kronor för egen fortbildning. Syftet med uppdraget är att säkerställa en bra fortbildning för specialister.

Han är en av cirka 16 fortbildningsstudierektor i regionen, vilka ingår i ett utvecklingsråd (Medicinska utvecklingsrådet, MUR) som funnits sedan 2006 och som ansvarar för en stor del av specialistläkarnas fortbildning i Västra Götalandsregionen. Rådet har även till uppgift att medverka i implementeringen av regionala riktlinjer och vårdprogram.

Frågan om fortbildning har länge varit het.

Sedan 2014 finns nya samverkansregler kring vad som gäller när hälso- och sjukvårdens och industrins medarbetare ska samverka med varandra inom olika områden, som exempelvis utbildning och resor.

- När reglerna skärptes behövde vi hitta en lösning för att ersätta läkemedelsbolagens tidigare sponsring. I dag delar regionen och kliniken på ansvaret för att finansiera kongressresor.

Mats Dehlin presenterade också olika lärandeteorier och modeller för hur man bäst lär ut och vad som är viktigt för att man ska vilja lära sig nya saker.

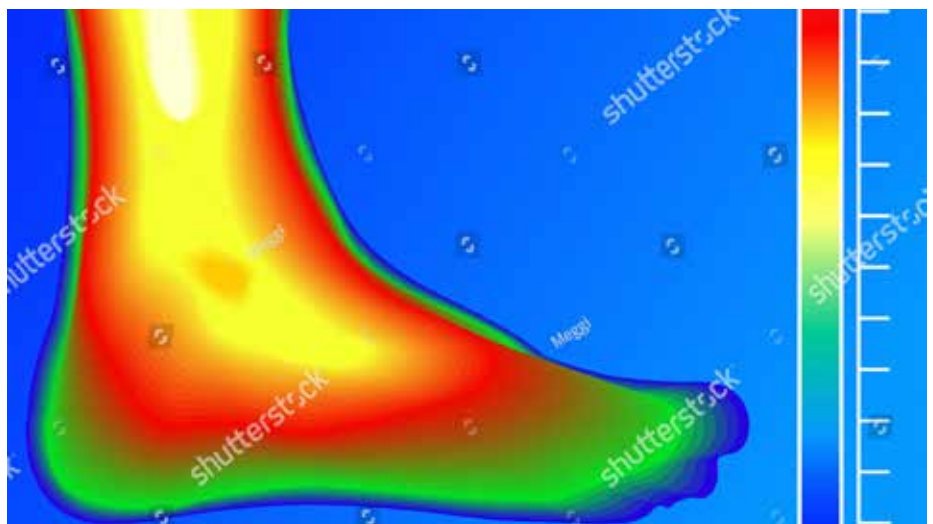
- Jag går olika pedagogiska kurser för att lära mig mer om teorier kring lärande.



Mats Dehlin



Kajsa Öberg



I början var jag skeptisk och ganska negativt inställd, men med tiden har jag fått flera spännande aha-upplevelser. Jag vill utifrån den kunskapen gärna engagera studenterna och väcka deras nyfikenhet.

Vi lever i ett lärande samhälle och det behöver vi förhålla oss till, menar Mats Dehlin, som tipsade om en inspirerande TED-talk med Eduardo Briceño: "Att bli bättre på det du bryr dig om".

- I Regionen har vi har en rad olika ak-

tiviteter i form av utbildningsdagar, interaktiva kurser och videomöten för att lyfta fortbildningsfrågan. Vi samverkar även över specialitetsgränserna. Utbildning är en pågående livslång process och vi behöver skapa bra modeller för kunskapsutveckling, säger Mats Dehlin.

Eva Nordin



Post-ACR i Stockholm 2017

Postkonferens reumatologi, som fokuserar på de viktigaste nyheterna från årets upplaga av ACR i USA, har blivit en årlig sammankomst som lockar allt fler reumatologer för varje år.

Maria Lindkvist, från tidningen *Dagens Medicin* som arrangerade konferensen, kunde i sin välkomsthälsning glatt konstatera att även 2017 års möte hade slagit rekord i antal anmälningar – det var cirka 100 personer som sökt sig till Bygget konferens i Stockholm den 1/12.

De hälsades också välkomna av Per-Johan Jacobsson, som i egenskap av SRFs vetenskapliga sekreterare var moderator för mötet.

SRF bevakar kongressen

American College of Rheumatology – ACR – gick av stapeln i San Diego, USA, den 3 - 8 november. Ett antal av SRFs medlemmar var på plats, och bevakade kongressen utifrån olika vinklar – artrit, psoriasisartrit, axial spondylartrit samt vaskultitsjukdomar. Under postkonferensen i Stockholm berättade de sedan för sina kollegor om de vad som framkommit inom just det område de hade bevakat. Först ut av dessa var Anca Catrina, Karolinska Universitetssjukhuset och Carl Turesson, Skånes Universitetssjukhus, som båda talade om artrit.

JAK-hämmare

Anca Catrina berättade om CareRA-studien – en tvåårig prospektiv, pragmatisk, randomiserad och kontrollerad studie (RCT) på tidig RA, med DMARD-naiva patienter.

– I studien har de fokuserat på 298 högriskpatienter, som antingen hade erosioner, RF och/eller ACPA eller hög sjukdomsaktivitet, sa hon.

Dessa randomiserades till tre olika behandlingsstrategier – en ”klassisk COBRA” behandling (methotrexate, sulfasalazin och hög dos kortison), en lättare variant av COBRA behandlingen (methotrexate och mindre doser kortison) och en nyare variant av COBRA behandlingen (metotrexat, leflunomide och mindre doser kortison). Studiens resultat visade inga skillnader mellan dessa grupper när det gällde utfall. En annan studie hade undersökt tofacitinib som kombinationsbehandling för RA. Även här var det tre grupper – tofacitinib jämfört med tofacitinib + metotrexat, samt även adalimumab + metotrexat.

– Resultatet visade små skillnader som talar för en kombinationsbehandling. Men



de olika grupperna låg ganska nära varandra, så det är oklart vilken klinisk relevans det finns för dessa små skillnader, konstaterade Anca.

RA Beyond är en fas III nedtrappningsstudie på baricitinib. Patienter från studierna *RA BEGIN*, *RA BEAM* och *RA BEACON* som hade fått 4 mg baricitinib, och var i klinisk remission längre än tre månader, var randomiserade till att antingen fortsätta med 4 mg, alternativt trappa ner till 2 mg.

– De flesta i båda grupperna med 2 mg och 4 mg hade låg sjukdomsaktivitet vecka 48. Men nedtrappning till 2 mg gav en låg – men signifikant – ökning av sjukdomsaktiviteten. Låg sjukdomsaktivitet kunde dock återställas med en ökning av dosen tillbaka till 4 mg. Man fann även ett något mindre antal rapporterade biverkningar med 2 mg, konstaterade Anca.

Ingen fördel med ultraljud-kontroll för att nå klinisk remission

US BIODAM är en studie där man under två år jämfört en behandlingsintensifiering beroende på klinisk treat-to-target bedömning med en dito baserad på ultraljud. Resultatet var att ultraljudsundersökningen inte var till någon fördel.

– Men jag säger *inte* att ni inte ska använda ultraljud i er klinik i alla andra sammanhang där det finns tydlig fördel med denna teknik!

Nya läkemedel

SELECT-NEXT hade undersökt upadacitinib, en selektiv JAK-1 inhibitor, för RA. 4,500 patienter hade deltagit i Fas III kliniska studier, där man jämfört upadacitinib (15 mg och 30 mg) i kombination med cs-



Anca Catrina

DMARD med placebo och csDMARD. ACR 20 och DAS28-CRP 3,2 eller lägre utgjorde endpoints. ACR 20 nåddes av 64 % i armen med 15 mg och 66 med 30 mg – mot 36 % i placebogruppen. Bägge doserna med aktiv drog visade 48 % för DAS-28-CRP, mot 17 % för placebo.

– Data följer samma mönster som för de andra JAK-hämmarna, kommenterade Anca.

Fractalin är en kemokin som förstärker effekten av selektin och integrin.

– Fractalin hjälper leukocyter att passera epitelet. En japansk studie som undersökt säkerhet, farmakokinetik och effektivitet för en antikropp mot fractalin på 33 RA-patienter som sviktat på en TNF-hämmare visade intressanta data. Vi kommer att få höra mer om detta.

Ett stort antal studier som testat olika biosimilarer presenterades vid ACR. De vi-

sade som regel samma effektivitet med en jämförbar säkerhet, fortsatte hon.

Ingen påvisad ökad cancerrisk med biologiska DMARDS

En registerstudie från det danska registret DANBIO slog fast att RA-patienter som haft en cancerdiagnos, och som behandlats med biologiska DMARDS, inte hade någon ökad risk för en ny cancerdiagnos.

– Man såg inte heller någon tydlig ökad mortalitet bland RA-patienter som har haft cancer och behandlats med bDMARD, och det gällde för vilken bDMARD som helst.

Minskad risk för demens

Sex olika studier på gikt som presenterats stod sedan i fokus. Den första (*Zhang et al*) hade inte konstaterat någon skillnad i CV-risk mellan patienter med gikt behandlade med febusostat jämfört med allopurinol. Nästa hade dock funnit att patienter med okontrollerad gikt har en ökad risk för sjukhusinläggning pga. hjärtsvikt (*Morlock et al*).

– *Vargas-Santos et al* visade i en studie att



Carl Turesson

det finns en ökad njursjukdomsrelaterad mortalitet – och en minskad demensrelaterad mortalitet – bland giktpatienter.

Den fjärde studien visade på en mindre risk för demens med ökade allopurinol-doser och febusostat 40 mg (men inte 80 mg) jämfört med allopurinol mindre än 200 mg (*Singh et al*).

Söner till giktpatienter har en ökad frekvens av både asymtomatisk hyperuricemi och asymtomatisk kristalldeposition (*Abhishek et al*).

– Det var en intressant studie – observera att det var *friska* söner! Vilka som kommer att utveckla sjukdom återstår att se, sa Anca.

Den sista studien hon presenterade visade i en djurmodell att låg och måttlig fysisk aktivitet minskar inflammationen vid akut gikt (*Young et al*).

Ingen ökad infektionsrisk hos barn till bDMARD behandlade

Carl Turesson tog sedan plats i talarstolen, och berättade att hans fokus under ACR hade legat på säkerhetsaspekter vid läkemedelsbehandling.

Carl berättade om en observationsstudie som undersökt kvinnor från USA och Kanada med avseende på graviditeter och allvarliga/opportunistiska infektioner.

– Slutsatser man drog var att det finns ingen signifikant ökad risk för allvarliga eller opportunistiska infektioner under första levnadsåret efter exposition för biologiska DMARDS när som helst under graviditeten, eller under tredje trimestern, berättade han.

Man kunde även rapportera en estimerad högre risk för kvinnor som tog kortison under tredje trimestern, men det var få händelser.

– Detta talar för att bDMARDS kan ges till de gravida kvinnor som behöver det.

Svagheten i studien är att det finns inga uppgifter om mindre allvarliga infektioner, ej heller om typ av bDMARD, duration av kortisonbehandling och kortisondos, påpekade han.

Carl fortsatte med en studie från Korea som undersökt om svaret på vaccination mot influensa hos patienter med RA blir bättre vid uppehåll med metotrexat. Det var en randomiserad, kontrollerad studie (RCT) som omfattade totalt 320 patienter.

– Den visade på en signifikant skillnad – till fördel för de patienter som gjorde ett uppehåll på två veckor efter vaccination. De får en bättre antikroppsrespons. Av de som stod kvar på metotrexat hade 55 % svar på vaccinationen – att jämföra med 76 % för de som gjorde uppehåll. Men samtidigt så fick de som var utan metotrexat något fler skov med ökad sjukdomsaktivitet. Så man får väga den kliniska nyttan mot risken för försämring. Det är också oklart hur många fler infektioner man förhindrar genom att sätta ut metotrexat vid vaccination.

Läkemedelsbehandling, postoperativa infektioner och frakturrisk

Påverkar uppehåll med abatacept före ledplastikoperation risken för postoperativa infektioner? Frågan hade studerats med hjälp av data från amerikanska Medicare.

– Studien visade att det inte förelåg någon riskökning vid kontinuerlig abataceptbehandling jämfört med uppehåll. Inte heller för postoperativa protesinfektioner. Man fann inte heller några skillnader mellan olika bDMARDS vid kontinuerlig användning när det gäller postoperativ infektionsrisk – men däremot en dosberoende riskökning för glukokortikoider, konstaterade Carl.

Påverkar läkemedelsbehandling risken för frakturer hos patienter med RA? En prospektiv observationsstudie hade undersökt detta.



– Man fann ingen skillnad för behandling med DMARD – men en *tendens* till minskad risk för TNF-hämmare jämfört med dem som behandlats med metotrexat i monoterapi.

Det förelåg dock en ökad risk för osteoporoserelaterade frakturer hos RA-patienter med opioidanvändning, framför allt kortvarig sådan – sannolikt relaterat till ökad falltendens.

– Även en ökad risk med antidepressiva läkemedel, framför allt för selektiva serotoninåterupptagshämmare vid behandling längre än 3 månader. Däremot fann man ingen riskökning kopplad till NSAID.

Carl avslutade med att berätta om en stor kohortstudie som hade funnit att interartikulära kortisoninjektioner ger en statistiskt signifikant ökad risk för progress av knäledsartros.

– Frågan är vad som ligger bakom detta – är det så att de sjukare patienterna är de som får kortison, alternativt att symptomlindringen leder till mer ogynnsam belastning – eller att det finns en direkt kortison-effekt på ledbrösket?

Tarmen signalväg för AS?

Axial SpA var Lennart Jacobssons ämne, och han inledde med att beskriva en genetisk associationsstudie om hur olika gener interagerar vid SpA.

– Gener för ERAP1/2 samt IL23R är associerade med utveckling av AS. Associationer med ERAP 1 är endast konstaterad i närvaro av HLA-B27. Men det finns *många fler* gener – mer än 40 i nuläget, ofta ”immun-gener” – som är associerade med AS, sa Lennart.

Han beskrev även en föreslagen patofysiologisk signalväg för AS, som har med mikrobiomet i tarmen att göra.

– Patienter med AS har en distinkt profil på sitt mikrobiom i tarmen som är associerad med den genetiska signaturen för AS. Detta kan aktivera signalvägen för IL-23, möjligen i kombination med ett abnormalt uttryck av HLA-B27 (som i sin tur möjligen är påverkat av funktionen för ERAP1 och ERAP2). Potentiellt nya mål för behandling utgörs av ERAP, mikrobiomet i tarmen samt tyrosin kinas 2 (Tyk2) och Janus-tyrosinas 2 (JAK2).

Fler faktorer för bedömningen

Därmed lämnade Lennart patofysiologin och fortsatte med kliniska problem och diagnostik.

– En undersökning av inflammatorisk ryggsmärta (IBP) i Mayo-klinikens närområde under 2000 - 2003 visade att av de som sökte för ryggsmärta hade 2,3 % IBP. Det var alltså en lägre siffra än de 5 % vi brukar läsa i litteraturen!

30 % av dessa utvecklade SpA, och 50 % blev symptomfria under 10 års uppföljning.

SpA-karakteristika – speciellt uveit – predikterade utvecklingen av SpA.

En annan studie, baserad på 683 AS-patienter i Ankylosing Spondylitis Registry of Ireland visade att daktylit och Achilles entesit var i justerande analys kopplat till uveit.

– Det stämmer väl med data från Göteborg (*Klingberg*), där man dessutom ser en koppling till subklinisk aortainsufficiens. Det ger visst stöd för att dessa manifestationer, som är relaterade till ”mekanisk belastning”, hör samman och ger ett visst stöd för hypotesen att mekanisk stress är en patofysiologisk faktor vid dessa manifestationer, konstaterade Lennart.

MR bästa metod för imaging

Flera studier har visat att röntgen inte är en bra undersökning för diagnostik av tidig axial SpA.

– MR och CT är bättre, MR kan belysa olika stadier av sjukdomen, fortsatte Lennart.

En studie hade undersökt om tröskelvärdet för vad som är signifikant inflammation enligt ASAS definition (SPARCC=2) är för liberalt.

– Ett ”signifikant” benmärgsödem sågs i relativt hög grad även hos grupper som inte hade SpA. T.ex. hos danska hockeyspelare, vilket kanske inte är förvånande och maratonlöpare, men stora och intensiva ödem sågs dock exklusivt i axSpA-gruppen.

Bland patienter med klinisk axial SpA hade en annan studie funnit att benmärgsödem signifikant – och bättre än något annat – predikterade ”fatty lesions” i såväl SI-leder som kotpelare efter 5 år, samt AS enligt New York-kriterierna efter 5 års uppföljning.

– MR är således den bästa metoden för imaging för att prediktera förlopp vid tidig sjukdom.

När det gäller datortomografi är studier på gång vad gäller tidig diagnostik av sakroiliit.

– Tekniken har en 4 gånger högre känslighet för att detektera förekomst och progress av syndesmofyter i kotpelaren – mest torakalt och lumbalt enligt data som presenterades i San Diego. Metoden, kommer därför troligen i en framtid att vara lämplig för att utvärdera syndesmofytprogress i t.ex. läkemedelstudier.

Substantiella skillnader i Norden

Resultat från det brittiska biobehandlingsregistret angående arbetsförmåga hade undersökt bionaiva AS-patienter som startade sin första TNF-hämmare, och matchat dem med patienter som fortsatte med konservativ behandling.

– Resultaten visade på en måttlig effekt på frånvaro från arbetet – men en påtaglig effekt på förmåga att *prester*a på arbetet,



Lennart Jacobsson



samt övrig aktivitetsförmåga. Det kanske är de första ”real-life data” som visar på denna effekt, som normalt inte har inkluderats i observationella hälsoekonomiska utvärderingar, berättade Lennart.

En indirekt jämförelse mellan golimumab (TNF-hämmare) och sekukinumab (IL17-hämmare) på bionaiva patienter mellan matchade grupper som presenterades, visade att resultatet ser likvärdigt ut.

Sist presenterade Lennart det nordiska bidraget till kongressen. Där hade skillnader mellan de nordiska länderna när det gäller behandlingen av patienter med axial SpA undersökts. Det var ett samarbete mellan de biologiska registren i de fem länderna.

– Trots en relativt homogen population och hälsovårdssystem i regionen, såg man substantiella skillnader i förekomsten av användandet av bDMARD. Exempelvis var användandet av ko-medikation med cs-DMARD när man behandlade med en första TNF-hämmare i Finland 72%, jämfört med t.ex. 11% i Norge. Det förelåg också avsevärda skillnader vid behandlingsstart av den första TNF-hämmaren mellan länderna.

Dessa nationella skillnader kommer man att behöva ta hänsyn till när man ska analy-

sera och tolka sammanslagna data från olika länder, var en av studiens konklusioner.

– Sammanfattningsvis var det inga jättenheter när det gäller behandling vid 2017 års ACR, men ändå – när man sätter sig och summerar – upptäcker man en hel del som var intressant, avslutade Lennart.

Ingen ökad stigning av lipider över tid

Nästa ämne var psoriasisartrit (PsA), och Johan Wallman rapporterade vad som framkommit vid kongressen.

– Det är en spännande tid i PsA-fältet – med många nya läkemedel och studier, och det kommer troligen ännu mer under 2018, sa Johan.

Han inledde med data från studier på nya behandlingsmöjligheter, och började med tofacitinib.

– Studien *OPAL Broaden* omfattade 422 patienter med otillräckligt behandlingssvar på en eller fler csDMARD. *OPAL Beyond* hade 395 patienter med otillräckligt behandlingssvar på en eller fler TNF-hämmare. Båda studierna uppnådde sina primära utfallsmål, dvs. signifikant bättre ACR 20 respons och HAQ-förändring med tofacitinib jämfört med placebo. I *OPAL Broaden*

såg man dessutom en signifikant skillnad jämfört med placebo avseende ACR 50 och 70 samt PASI75. *Opal Beyond* visade också signifikant skillnad jämfört med placebo avseende ACR 50, men ej för ACR 70. Röntgen-data finns bara från *OPAL Broaden*, där effekten av tofacitinib föreföll likvärdig med adalimumab.

Lipid-data från de båda studierna visade LDL/HDL ratio och total kolesterol/HDL ratio helt jämförbara mellan de två dosgrupperna 5 mg och 10 mg och placebo vid både 3 och 6 månaders uppföljning.

– Tofacitinib påverkar blodfetter, med ca 10 % ökning efter 3 månader – men sedan ingen ytterligare stigning över tid, och även HDL stiger i samma grad som LDL och total kolesterol, vilket är betryggande.

”Det är en spännande tid i PsA-fältet – med många nya läkemedel och studier”

Ny IL-17 hämmare mot PsA

Ixekizumab (anti-IL17A) har också varit föremål för studier vid PsA. Studien *SPIRIT-P1* omfattar 417 bionäva patienter (där 85 % hade tidigare csDMARD) och *SPIRIT-P2* 363 patienter med otillräckligt behandlingssvar (eller intolerans) på 1 - 2 TNF-hämmare.

Båda studierna visade signifikant bättre ACR 20 respons med ixekizumab jämfört med placebo, vilket var det primära utfallsmålet. *SPIRIT-P1* visade dessutom signifikant skillnad mot placebo, även avseende hämning av röntgenprogress, ACR 50 och 70, HAQ-förändring och PASI 75, och motsvarande skillnader sågs också i *SPIRIT-P2* (där röntgen-data dock saknas) fortsatte Johan.

– En 56 veckors fortsättningsstudie på *SPIRIT-P2* demonstrerade vidare att

ACR50-svaret för ixekizumab-behandlade patienter höll i sig genom hela perioden av förlängning.

Nytt läkemedel mot PsA i FAS II

Guselkumab är en human monoklonal antikropp mot p19 subenheten av IL-23. Läkemedlet är godkänt för plackpsoriasis i USA 2017. Johan redovisade resultatet från en Fas II-studie på guselkumab vid PsA. 149 patienter deltog.

– De första 24 veckorna av de totalt 56 veckor som studien varade, var placebokontrollerad. Primärutfallet ACR 20 nåddes då av 58 % i den aktiva armen, att jämföra med 18 % för placebo. Denna effekt för guselkumab höll sedan i sig under ett år, sa Johan.

Ustekinumab bättre vid entesit?

Han rapporterade även att ACR för första gången håller på att publicera behandlingsrekommendationer för PsA. Dessa är under review nu. Johan visade även SRFs behandlingsrekommendationer som en jämförelse.

Han fortsatte med data om anti-TNF terapi och sjukdomsduration som visade signifikant bättre behandlingseffekt vid kort sjukdomsduration.

– Det är helt i linje med tidigare data – det är bättre att behandla tidigt, konstaterade Johan.

Avslutningsvis presenterade Johan en liten tysk studie som hade jämfört ustekinumab med anti-TNF för entesit vid PsA. Det var en öppen, randomiserad, head-to-head studie. 23 patienter var randomiserade till ustekinumab, och 24 till vilken anti-TNF som helst.

– Resultatet visade att ustekinumab hade bättre effekt på entesit mätt med flera olika entesitinstrument. Det var signifikant, men det var en liten och oblandad studie. Ändå är den intressant, summerade Johan.

Ingen relaps för patienter med rituximab och belimumab

Ann Knight och Carl Turesson berättade om nyheter om vaskulitjukdomar. Ann inledde med ANCA-associerad vaskulit (AAV).

– En late-breaking poster på kongressen rapporterade om rituximab som re-induktionsterapi vid relaps av AAV. Slutsatserna var att rituximab + CS är effektivt för att uppnå remission vid relaps, samt att säkerhetsprofilen är god. Underhållsstudien *RITAZAREM* med azatioprin jämfört med rituximab pågår, och kommer att presenteras 2019, sa Ann.

BREVAS är en studie på belimumab som tilläggsbehandling vid granulomatös polyangiit (GPA) och mikroskopisk polyangit (MPA). Efter induktion med cyclofosamid eller rituximab, fick deltagarna antingen underhållsbehandling med azatioprin + CS + placebo, alternativt azatioprin + CS + beli-



Johan Wallman





mumab. Det visade sig att belimumab plus underhållsterapi med azatioprin och orala glukokortikosteroider inte reducerade risken för relaps av AAV.

– Men man såg ingen relaps av AAV i patienter som hade haft rituximab som induktionsterapi och som underhållsbehandling behandlats med belimumab – vilket kräver uppföljande studier. Inga nya säkerhets signaler observerades. Hos patienter med rituximab som induktionsterapi, såg man emellertid att antalet infektioner var högre i belimumab-gruppen, jämfört med gruppen med placebo. Dock var det mest frågan om icke allvarliga händelser, sa Ann.

Hon påpekade också att endast 100 patienter ingick i studien.

– Så detta är inte klart ännu.

Bra data för mepolizumab vid EGPA

Carl talade därpå om jättecellsartrit, och inledde med ytterligare data om IL-6 hämning från studien GiACTA.

– Vid förra ACR visade GiACTA att det är en lägre risk för återfall för de som behandlats med tocilizumab och kortison, jämfört med de som enbart behandlats med kortison. I år presenterade man data som visar att patienterna hade bättre hälsorelaterad



Ann Knight

livskvalitet om de behandlats med tocilizumab, berättade Carl.

Han fortsatte med en studie som undersökt överensstämmelsen mellan MR angiografi och PET vid storkärlsvaskulit – jättecellsartrit eller Takayashus syndrom. Fynden var att man såg en överensstämmelse mellan PET och MRA för att bestämma aktiv, jämfört med inaktiv, sjukdom i två tredjedelar av fallen.

– Men överensstämmelsen mellan de båda teknikerna för sjukdomens omfattning är dålig. Man kan dock säga att undersökningarna kompletterar varandra.

Ann återkom med rubriken ”Lite av varje på vaskulitemat”. MIRRA är en studie på mepolizumab vid eosinofil granulomatös med polyangit (EGPA). Studien hade undersökt säkerhet och effekt av mepolizumab, jämfört med placebo, som tilläggsbehandling till kortison.

– Data visade att remission vecka 12 var 41 % för mepolizumab, jämfört med 7 % för armen med enbart kortison. 18 % i mepolizumabgruppen kunde sluta helt med kortison – det är en stor vinst att man kan bli kortisonfri snabbt. Och 44 % hade en kortison dos på under 4 mg per dag.

Studien hade inte funnit några allvarliga biverkningar, och visade att mepolizumab påverkar alla former av återfall – inte bara astman.

Ny behandling mot cancer förstärker autoimmunitet

Kongressens ”snackis” hade enligt Ann varit autoimmunitet och cancer check-point inhibitorer.

– Det är en ny klass av immunologisk cancerbehandling, som fungerar genom att blockera negativa co-stimulerande faktorer. Det är en revolution inom cancerbehandlingen!

Metoden medför ökad T-cellsaktivering, och har inneburit ökad överlevnad i en rad avancerade maligniteter – t.ex. malign melanom, småcellig lungcancer m.fl.

– Men det finns en baksida på medaljen:



Per-Johan Jakobsson

Biverkan i form av en rad autoimmuna och reumatologiska sjukdomar. Check-point inhibitorer verkar genom att öka T-cellsaktivering. Kom ihåg att cancerläkemedlet ipilimumab (anti-CTLA-4) är att betrakta som raka motsatsen till abatacept, underströk Ann.

Hon ställde frågan om vad vi ska göra om våra patienter drabbas av cancer.

Ny lovande behandling mot pSS

Till slut berättade Carl om en liten studie på anti-CD40 som en ny behandling av primärt Sjögrens syndrom (pSS).

– Sjukdomen kännetecknas av ektopisk formering av germinalcentra och exokrin dysfunktion. CD40-CD40-L interaktion har betydelse för många immunfunktioner, inklusive uppkomsten av germinalcentra. CZF533 är en icke-depleterande antikropp som selektivt blockerar CD40, förklarade han.

Han beskrev en Fas IIa Proof of Concept-studie som presenterats i San Diego.

– Medelförbättringen i ESSDAI i behandlingsgruppen var 6,35 – jämfört med 1,27 i placebogruppen. En signifikant minskning av kemokinen CXCL13 konstaterades i aktiv arm. Man såg även en förbättring i placebogruppen efter skifte till aktiv behandling, tillsammans med minskning av CXCL13. Inga allvarliga bieffekter konstaterades, men man ska komma ihåg att det var en relativt liten studie, med ett litet underlag.

I sin sammanfattning konstaterade Ann att det finns möjligheter till optimering av induktions- och underhållsbehandling vid ANCA-associerad vaskulit.

– T.ex. schemalagd återbehandling med rituximab, men det finns andra modeller, sa hon.

Carl konstaterade att förbättringen i patientrapporterade utfallsmått av tocilizumab vid jättecellsartrit är en viktig nyhet.

– Det finns nya insikter om patogenes vid jättecellsartrit, som indikerar att även andra behandlingar kan bli aktuella.

Ann påminde om de positiva uppföljningsresultat hon beskrivit för mepolizumab mot EGPA.

– Och check-point inhibitorer mot cancer ger ökad risk för autoimmunitet – det är en ny utmaning, och ger oss anledning att samarbeta med onkologikliniken, påpekade hon.

Carl avslutade deras föreläsning med att konstatera att det finns en ny, lovande behandling med anti-CD40 mot primärt Sjögrens syndrom.

Och därmed var även denna dag om vad som hade avhandlats på ACR 2017 i San Diego kommen till sitt slut.

Per Lundblad

American College of Rheumatology in San Diego

Årets möte var som väntat både välmatat och välorganiserat. San Diego har ett ytterst angenämt klimat, ca 20 grader varmt, och svaga vindar samt SOL.

Konferensanläggningen ligger vid hamnpromenaden och sväljer lätt de 16000 deltagarna. Jag har tacksamtt mottagit bidrag från Henrik och Greta Dunkers donation vilket underlättat den långa resan för min gamla rygg. Här följer några av intrycken från mötet.

Pre-conference Basic Research. Interface of Innate and Adaptive Immunity in Rheumatic Diseases. fredag-lördag

Under halvannan dag avhandlades detta centrala och aktuella ämne med 30-minuters föredrag av en rad experter, både kliniker och basalforskare. Greg Barton, Seattle redogjorde för Toll-receptorernas egenskaper och signalering, TLR 3 via dsRNA, TLR 7/8 via ssRNA och TLR9 via DNA. Dessa receptorer känner av främmande mikroorganismers nukleinsyror, och startar immunsystemets försvar. Detta medför emellertid risk för överdriven aktivering och även för aktivering mot kroppens egna nukleinsyror. Receptorernas aktivitet måste därför kontrolleras minutiöst såväl extra- som intracellulärt för att hindra uppkomst av autoimmunitet. Dessa mekanismer omfattar även receptorernas intracellulära lokalisering. Ökad kunskap om på detta område kan leda till både bättre diagnostik och ny terapi.

Yanick Crow, inbjuden föreläsare på vårt Cutting Edge Rheumatology möte i Lund sistlidna maj, höll en fascinerande föreläsning om den grupp av sjukdomar han 2011 döpte till interferonopatier. SLE karaktäriseras som bekant av en ofta uppreglad IFN laktivitet, men det finns även en rad monogenetiska mutationer (J Exp Med 2016 Nov14;213(12):2527-2538, Crow förutspådde att denna grupp av rubbningsar kommer att växa. Autoinflammatoriska manifestationerna kan blandas med autoimmuna. Ett exempel är kopplat till en tidigare doktorand i Lund, Christian Lood, numera verksam i Seattle, och medarbetare från Lund och Uppsala som beskriver konsekvenser av C1q brist vid SLE (Arthritis Rheum. 2009;60:3081-3090). Crow är en imponerande forskare, med ett ben i Paris på Hopital Necker och ett i Manchester. Många tillstånd beror på TREX1 mutatio-



ner men tabellen visar på en rad andra senare beskrivna enzymdefekter med rubbningar i nukleotidomsättningen i släptåg. TREX1 mutationer diskuterades i detalj av Nan Yan. Dessa påverkar signalvägen cGAS – STING – IFN, en bidragande förklaring

”Oxidativ stress utmärker initialskedet av många virusinfektioner”

till mångfalden av interferonopatier.

Den välfyllda dagen avslutades av Ralph Budd som talade om redox känslig MAVS-oligomerisation vid SLE.

Oxidativ stress utmärker initialskedet av många virusinfektioner. Den kommer till stånd genom retinoic acid gene I (RIG-I) helikas bindning till virus RNA. RIG-I-RNA komplex förenar sig med mitokondrial anti-virus signal (MAVS) protein, en förening som faciliteras av CARD. Därvid bildas oligomerer av MAVS vilket i sin tur aktiverar IFN reglerande faktor 3 (IRF3) och IRF7 och NF-κB till produktion av INF 1. Hos patienter med SLE sker detta även utan medverkan av RIG I. Hos patienter med en variant av MAVS kallad MAVSC79F

är MAVS oligomeriseringen hämmad och därigenom sjukdomen mildrad. Denna variant finns hos 30% av SLE patienter i södra Afrika (Sci Signal. 2017 May 16; 10(479)). Så avslöjas ytterligare en pusselbit i patogenesen av SLE och ger ett tips för ett möjligt nytt mål för specifik terapi.

Öppningsceremonin

På öppningsmötet höll presidenten, en praktiserande reumatolog från Dallas ett utmärkt tal, följt av prisutdelningar. Därefter följde ett ytterst imponerande festtal av Tony Fauci, många år chef på NIHs infektionsavdelning.

Fauci började sin bana som reumatolog och var en av de ledande experterna på Wegeners sjukdom (numera granulomatosis med polyangit) på 1980-talet. Han publicerade också 1982 det kanske första arbetet som påvisade ökad halt av interferon i serum vid SLE (Arthritis Rheum 1982;25:396-400). Han redogjorde för alla stora epidemier han haft att handskas med på NIH från HIV till Ebola och Zika, och sina interaktioner med alla presidenter från Ronald Reagan till Barack Obama. Framgången i dessa samtal och det ekonomiska stöd de genererade har säkert räddat otaliga liv. Det kunde kvalificera Fauci för ett Nobel Fredspris.

Söndag

Dagen inleddes av veteranen Argyhros Theofilopoulos, verksam på Scipps i La Jolla i nära 30 år som på en knapp timme sammanfattade forskningsfronten rörande Toll receptorer, till vilken han själv lämnat talrika bidrag. Samtidigt kunde man lyssna till The year in review där Richard Pope från Chicago på ett mästerligt sätt refererade ett begränsat antal basala arbeten publicerade under det gångna året.

En viktig höjdpunkt på eftermiddagen var sessionen om immune checkpoint inhibitors, ICI, en grupp läkemedel som används sedan några år för behandling av melanom och andra maligna tillstånd, och som inaktiverar CTLA-4, cytotoxic T-lymphocyte associated protein-4, PD-1, programmed cell death protein-1, eller PD-L1, programmed cell death ligand-1. Denna grupp av läkemedel riktar sig mot den andra signal som krävs för att effektor T-celler skall bli aktiva och istället gör dem anerga. Därigenom motverkar de den strategi som maligna tillstånd använder för att inaktivera kroppens immunförsvår. ICIs slog igenom för c:a 5 år sen och har hälsats med entusiasm av onkologerna, men nu visar det sig inte förvånande, att medaljen har en baksida. Clifton O Bingham, Hopkins i Baltimore, rapporterade om ett växande problem med autoimmuna/autoinflammatoriska biverkningar. Dessa kan vara milda, grad 1-2, eller svåra, grad 3-4, se figuren. Dessa komplikationer är vanliga, 30-40% av de behandlade.

Artriter är vanliga och ofta underdiagnostiserade av onkologerna. Manifestationerna liknar ett flertal reumatiska sjukdomar kliniskt, t.ex. RA eller reaktiv artrit, med konjunktivit, uretrit och oligoartrit. En rad andra tillstånd har observerats. In-

tressant är att autoantikroppar i regel inte kan påvisas. Dr Bingham förutspår att problemet med dessa biverkningar kommer att växa i takt med läkemedlens ökade användning och tillkomsten av allt fler substanser i klassen av checkpoint inhibitors. Tillstånden svarar dåligt på t.ex. kortison i sedvanlig dosering. Fjorton abstrakt presenterades vid mötet, ett antal som kommer att stiga till nästa år. (Immunotherapy. 2017 Jan;9(1):5-8). Optimal terapi kommer att kräva samarbete över specialitetsgränserna, allt enligt Bingham.

Kondrocyternas liv och död

Denna session avslutade min dag på kongressen. Två förnäma talare och forskare delade de 90 minuterna. Matthew Warman från Harvard och Martin Lotz från La Jolla. Den förra känner vi från framträdande på Cutting Edge Rheumatology symposium i Lund. Warman är känd för sitt arbete med Lubricin, ett effektivt smörjmedel som utsöndras av ytliga kondrocyter i leden och hjälper att minska friktionen vid rörelse. Warmans grupp visar nu att dessa celler förnyas via prekursorceller i leden. En annan forskningslinje gäller mekanism av broskskador hos äldre respektive efter trauma. Hos möss tyder allt nu på att det inte är döda celler utan levande kondrocyternas katabola stimulering som orsakar broskförlust. Detta kan få terapeutiska konsekvenser – om det kan extrapoleras till människa.

Martin Lotz talade om sin intressanta upptäckt av defekt autofagi som en ny mekanism för broskskada hos möss och människa. Autofagi hämmas vid åldrande och skada genom ökad rapamycin mTOR signalering. REDD1, som finns i hög koncentration i normalt brosk, minskar i dessa

situationer, varvid mTOR får fritt spelrum. Tillförsel av REDD1 kan vara ett sätt att minska broskskada på "naturligt" sätt.

Måndag

Paul Klemperer introducerade som bekant termen "collagen diseases". Denna tidiga morgon hedrades Sir Ravinder Maini, med att hålla The Paul Klemperer MD Memorial Lecture. Den stora salen var ganska glest besatt, men de åhörare som infunnit sig kl 07:30 belönades med en lysande uppvisning i vältalighet av den tidigare chefen för Kennedy Institute i London, numera i Oxford, upptäckaren av TNF hämmarnas dramatiska effekt vid reumatoid artrit (1993-4). Tiny Maini som vännerna kallar honom, inledde med att erinra om bakgrunden av Klemperers (felaktiga) benämning av en grupp sjukdomar som han dock med rätta förstod hade delvis gemensamma drag: inlagringen av en färgbar amorf substans synlig i histologiska snitt. Han gav därefter en mycket fängslande bakgrund till cytokinforskningen på 1970-80 talet som ledde fram till TNF och anti-TNF, dock med stark överbetoning av de egna insatserna.

Connie Weyand, höll ett intressant föredrag sin vaskulitforskning. Kärilväggen är genom sin vitala betydelse en immunprivilegerad vävnad. Detta medieras genom att endotelceller, makrofager och dendritiska celler på sin yta uttrycker PD-L1 som hämmar T-cellsaktivering genom att fästa på dessas PD1. Men vid jättescellarterier, GCA, är uttrycket av PD-L1 lågt vilket medför att T-cellerna utsöndrar IFN-gamma, IL-17, IL21, stimulerar inflammation och angiogenes och proliferation av intima. Vad denna defektiva checkpoint funktion orsakas av förblir dock okänt, men fyndet kan leda till nya terapiförsök.

Dagens Plenary med 6 abstrakt inleddes med en optimistisk rapport om effekt av en monoklonal anti-CD40, CFZ533, som i en fas IIa studie visat effekt vid Sjögren's syndrom. 44 patienter ingick i denna multicenter studie med nästan lika många författare. Studien hade etiketten "proof of concept" och de lovande resultaten kommer nog att leda till fortsatt prövning genom tillverkaren Novartis.

Ett högst intressant föredrag hölls av Greg Silverman, New York, där man visade att lupus nefrit hos unga patienter var associerat med immunitet mot en intestinal mikroorganism *Lacnospiraceae Rhuminococcus Gnavus*. Man undersökte mikrobiomet med S16 rRNA teknik och fann att liksom vid andra autoimmuna tillstånd det förelåg en minskad mångfald (contraction) av bakterier, bl.a. minskning av några immunsupprimerande arter. Däremot var halten *Lacnospiraceae* i genomsnitt 5-faldigt ökad. Högst var halten i tarmen hos patienter med lupus nefrit. Resultaten var repro-



ducerbara i 3 olika kohorter. I serum förekom antikroppar mot organismen i ökad halt, och korrelerade även med anti-ds-DNA. Konklusionen var att immunkomplex med dessa antikroppar kunde ha patogen betydelse, i analogi med anti-streptokock komplex vid reumatisk feber. Den gamla drömmen om identifiering av en mikrobiell etiologi vid SLE kan ha kommit ett steg vidare.

Tisdag

Amy A Shah, Baltimore, redogjorde för sina viktiga studier över samband mellan malignitet och sklerodermi, som kunnat knytas till förekomst av anti-RNA polymeras III. Hypotesen att sambandet är ett nytt exempel på paraneoplasia får stöd av studier i Baltimore och på andra håll och de molekylära sambanden är uppseendeväckande (Curr Opin Rheumatol 2015;27:516-23).

En utsökt session om smärta levererades av Tom Huizinga, Georg Schett och Camilla Svensson, där alla hade nya data, inte minst

Camilla. T-lymfocyter, cytokiner, och osteoklasterna har centrala roller i generering av smärta. Camilla var nästan på hemmaplan efter sina år i La Jolla

”T-lymfocyter, cytokiner, och osteoklasterna har centrala roller i generering av smärta”

Onsdag

Sista dagen inleddes med en klassiker: Artie Kavanaugh och Jack Cush, goda vänner från UCSD respektive Dallas, presenterade tillsammans några av russinerna från kongressen som de funnit viktiga. Att göra detta på ett meningsfullt men njutbart sätt på en timme är inte lätt men de båda har en stor kapacitet där kliniskt kunnande och överblick kombineras med pedagogisk skicklighet och humor. En utvidgad återblick från kongressen kommer svenska kolleger till

del via länk från USA. (Reds anmärkning: Denna uppskattade aktivitet ägde rum 2018-01-11).

En abstrakt session handlade om balsalforskning vid sklerodermi. Alexander W Stinson studerar fucosyltransferas och visade att detta enzym hos möss är nödvändigt för TGF beta signalering. Pravitt Gourth presenterade GWAS studie av afroamerikaners sklerodermi och kunde påvisa ett nytt samband mellan TGF beta 3 och sjukdomen hos drygt 900 patienter jämfört med samma antal kontroller. Detta kan vara en bidragande faktor till att sklerodermi är både vanligare och har ett svårare förlopp hos afroamerikaner.

Och nu är ACR i gång med planeringen för nästa ACR-möte, som äger rum i Chicago den 19-24 oktober, förhoppningsfull innan den riktiga vintern börjat.

Frank Wollheim



Maries ST-krönika

Osäker på ordningen så säger jag att först kom vårdval reumatologi, ett ideologiskt drivet förslag som syftade till att driva på etableringen av privata aktörer inom reumatologin för att, på politikerspråk, öka tillgängligheten och valfriheten för kunderna, förlåt, patienterna.

Marken skälvde och vi fruktade att utflytten av vård skulle leda till kompetenstapp, försämrad följsamhet till våra behandlingsriktlinjer, svårigheter att bedriva klinisk forskning och att vi inte skulle klara av att utbilda nya reumatologer på Karolinska universitetssjukhuset. Andra såg framför sig att det kanske inte skulle vara helt fel med fler arbetsgivare i länet än två. Det var många som engagerade sig mot vårdvalet och det var ännu fler som kämpade för att se till



att de villkor som skulle reglera vårdvalet tog hänsyn till patientens bästa, att utbildningen inom reumatologi på alla nivåer inte äventyrades och så att vi på ett bra sätt skulle ha underlag för vår forskning även i framtiden. Utöver verksamhetsledningens och fou-representanternas engagemang så

”Vissa saker ändras aldrig och en sådan sak är mötet med patienterna”

var vi några ST-läkare som försökte understryka behovet av att utbildningsfrågorna togs på allvar, men det är svårt att veta hur beredningsgruppen, som var helt tjänstemannastyrd, mottog våra argument. När väl förslaget kom upp i landstingsfullmäktige så röstades det ned och det blev inget vårdval reumatologi. Den här gången.

Under tiden denna process pågick så stod vi inför två enorma organisatoriska förändringar på reumatologkliniken Karolinska:

Vi skulle omfördela våra resurser (pengar, läkare, sköterskor, paramedicinare och inte minst patienter) så att vi på Karolinska Solna fysiskt fick plats på det nya sjukhuset och så att vi kunde utföra beställarnas nya beställning, nämligen högspecialiserad vård. Bort skulle alla stabila artrit-patienter utan behov av avancerad sjukvård, tyckte beställarna. Vi flyttade ut stora mängder patienter till det nystartade Centrum för reumatologi och många av kollegorna som var vana vid att arbeta uteslutande i Solna fick vänja sig vid att ta tåget till Karolinska Huddinge med regelbundenhet då det på pappret och ironiskt nog annars skulle uppstå ”arbetsbrist” i Solna (något jag gissar ingen av specialisterna med fler än 350 patienter i sin stock och ca 15% mottagnings-tid i veckan upplevde som direkt märkbart).

Det var en smärtsam och inte alls enkel process för den som efter lämning av barn på förskolan skulle lägga till ytterligare 45 minuter till restiden och tiden borta från de små, eller för den som, likt de flesta, hade flertalet andra uppdrag som var kopplade till Solna.

Den andra stora förändring vi stod inför var införandet av en helt ny organisatorisk modell, där vi inte längre arbetade på kliniker utan i ”patientområden” och ”flöden” som i sin tur låg under olika ”teman”. Det har tagit tid för mig att lära mig att jag nu arbetar inom Patientområde Gastro, hud, REUMA, som ligger under Tema Inflammation och Infektion. Vi delar slutenvårds-

sängar med njurmedicin (Patientområde Endokrinologi och Njurmedicin, också Tema Inflammation och Infektion) och vår ledningsgrupp består inte längre av ledningen på gamla reumatologen, utan även av representanter från dermato-venereologin och gastroenterologin. Spännande, sa Bill. Jäkligt läskigt, sa Bull.

Jag måste erkänna att de ovan beskrivna förändringarna skrämde mig. Inte för att jag personligen skulle hamna i kläm utan för att det var väldigt oklart hur reumatologin i Stockholm skulle klara sig igenom detta, och i förlängning hur det skulle gå för våra patienter. Skulle vi fortsätta vara en forskningsstark och drivande enhet där vi kunde erbjuda förstklassig vård för våra patienter, eller skulle vi splittras, fragmenteras, skickas ut i länet och tappa allt vi byggt upp i form av samarbete kring patienter och forskning? Och hur skulle vi kunna positionera oss på det nya sjukhuset?

Skulle vi ha någon mottagningsverksamhet och dagvårdsverksamhet kvar i Solna eller skulle vi enbart bedriva slutenvård för patienter som annars sköttes i Huddinge och på Danderyd?

Så verkar det definitivt inte bli, tack och lov, och jag är extra glad nu när den nya organisationsmodellen trätt i kraft, att vi har en stark och tydlig representant för reumatologin som patientområdeschef och räds-lan att vi kommer marginaliseras på sjukhuset eller i länet finns inte kvar.

Det är också trösterikt, mitt i alla förändringar, att vissa saker aldrig ändras och en sådan sak är mötet med patienterna. Vissa möten kommer vara fyllda med gråt, andra med skratt, och oaktat om vi nu arbetar på en klinik eller ett patientområde så kommer vårt huvudsakliga mål alltid vara att sätta patienten först och att erbjuda den absolut bästa vård vi har tillgänglig.

I det oföränderliga finns lugn.

Med detta tackar jag för den här tiden som ST-krönikör i Reumabulletinen. Hoppas vi ses någon gång därute i reuma-Sverige!



Marie Holmqvist
marie.holmqvist@ki.se

Ioannis krönika

Vart är vi på väg? Att vara en del av Karolinska sjukhusets reumatologi var en ny dröm för mig för åtta år sedan, som något år senare blev ett mål, och som snart efter det blev verklighet. Några år senare började det pratas om Nya Karolinska Solna och visionen om "patienten i centrum".

Iskrivande stund står Nya Karolinska nästan klart och flytten har kommit halvvägs, men vi som arbetar på Karolinska sjukhuset, det gamla och det nya, bevittnar händelser som snarare sätter patienten på kanten än i centrum, i bästa fall på en brits i en av akutmottagningens korridorer efter många timmars väntan.

De som är insatta verkar oroad och pratar om några personer som under ett antal år agerat konsulter och sålt sina dyra tjänster till att planera den berömda högspecialiserade vården, som dock verkar ha svikit även de som initialt trott på att experimentet kan ha fördelar också. "Patienten först" – det låter ju bra! Personerna ska kalla sig för Boston Consulting Group eller något liknande. Jag hör även att de ska ha fått stora summor pengar utan underlag som visar vad pengarna har gått till.

Måndag den 5 februari 2018

Mot den bakgrunden var jag idag med i en sista minuten-protest utanför Gamla Karolinska Solna. Vi vill stoppa den planerade försäljningen av det gamla sjukhuset, i hopp om att förhindra ytterligare försämringar i sjukvården inom SLL. Det är ju uppenbart att Stockholm behöver betydligt fler vårdplatser än de som NKS erbjuder och dessa vårdplatser finns i denna fina byggnad, som faktiskt imponerar på många, mig inbegripet när jag jämför det med det jag sett i mitt hemland och i andra länder. Det har dessutom ett fantastiskt läge med närhet till det nya sjukhuset samt till Karolinska Institutet. Jag förstår att planen om försäljningen är färdigdiskuterad sedan lång tid tillbaka, men nu när det är dags att gå vidare med processen har man ändå insett att byggnaden behövs i åtminstone några år till, inte minst på grund av kraftiga förseningar i bygget för den nya. Då har man bestämt sig för att hyra de "gamla" lokalerna från dess nya ägare. Jag förstår även att sjukhuset säljs billigt men kommer att hyras dyrt. Och att personer som tidigare har suttit i styrelsen för Karolinska även sitter i styrelsen för det bolag som köper. Men vänta nu! Låter inte det som en skandal som är mer uppenbar än värsta exoftalmus?



Vi vill stoppa försäljningen av gamla Karolinska.

"Hjärnceller är mer perceptiva för ny kunskap när smaklöckarna är glada"

Man undrar onekligen vart vi är på väg. Man får en bättre insikt om man sätter dessa händelser i det aktuella sammanhanget. Försäljningen genomförs mitt i ett kaos. Den nya organisationen har sedan ett tag tillbaka lett till allt färre medarbetare och stora brister på både läkar-, sjuksköterske- och övrig personal. Alla vårdplatser som ändå finns är alltså inte tillgängliga för patienten som står kvar där i sitt centrum och väntar på att få gynnas av vår spetskompetens. Hen får visserligen vänta lite längre än vanligt, men när hen väl får vårdas hos oss får hen en rymlig ensängssal och sin egen platt-tv. Har hen överlevt så ska hen få njuta av lyx för få!

Dessa diskussioner överskuggar alla samtal i personalrummet under fika och lunch, och skapar oro bland oss alla. Men de påverkar inte vår nyskapade studiegrupp "the Plaquenils", bestående av kollegor som tillsammans läser EULAR-kursen i autoimmuna bindvävnadssjukdomar. Initiativtagaren Ola har lyckas dra med sig Katerina, Francesca, Maryam, Yvonne, Antonella och

mig till gruppen. Ikväll utmanade vi våra kunskaper i graviditet vid reumatisk sjukdom samt APS hemma hos Maryam, som är trofast i teorin om att hjärnceller är mer perceptiva för ny kunskap när smaklöckarna är glada. Vi kände oss väldigt perceptiva ikväll vågar jag påstå för allas räkning!

Så här dags när jag är mätt och maximalt belåten, om än oroad över Stockholms patienters framtid, ska jag skynda mig till sängs. Om fyra timmar ringer väckarklockan och lite senare väntar nya studenter på att få ta del av mina kunskaper, både gamla skruttiga lärdomar och nyregistrerade från ikväll. I det här laget vet du vad jag önskar mig från dig som ändå tagit dig tid och läst ända hit: håll humöret uppe och glöm inte att le, såväl i arbetsglädje som i, ännu viktigare, ett ofrivilligt men ändock påverkansbart vårdkaos.



Ioannis Parodis
ioannis.parodis@sll.se



GRATTIS · från SRF



Grattis Västerås och Fredrik Markros

Överläkaren Fredrik Markros på Reumatologkliniken i Västerås utsågs nyligen av SYLF i Västmanland till årets kliniska pedagog 2017.

Utöver äran så har han fått ett diplom, en vandringspokal med sitt namn ingraverat och 5000 SEK. För pengarna har Fredrik bestämt att bjuda hela kliniken på lunch 31 jan.

Motiveringen

”Fredrik tar sig alltid tid att noggrant förklara både kroniska diagnoser och normala symptom för underläkare men även patienter. Fredriks dörr står alltid öppen och han betonar ofta att även han dagligen lär sig saker av frågor från kollegor. Med många skämt och stort intresse för undervisning gör han dagarna på Reumatologen lärorika och trevliga”



SRQs Registerdag 2018

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister – SRQ – hade traditionsenligt bjudit in till en heldag i Stockholm. Det var den 24:e januari som man samlades i Hotel Clarion Signs konferenslokaler vid Norra Bantorget i Stockholm.

Registerhållare Ralph Nisell var väldigt glad över den stora uppslutningen när han hälsade alla välkomna.

– 140 personer står på anmälningslistan, och det är väldigt roligt! Det är en trevlig tradition med en Registerdag så här års.

Ralph underströk i sitt inledningsanförande att SRQ är ett föredöme för andra register.

– Staffan Lindblad, och därefter Sofia Ernestam, har utfört ett mycket gott arbete som registerhållare, konstaterade han.

Den vanligaste artritsjukdomen efter artros

Programmet inleddes sedan med att Lennart Jacobsson berättade om giktforskningsnätverket i Sverige.

– Det är ett nätverk under SRF, där vi är cirka 20 medlemmar. Jag hoppas vi blir fler – så välkomna att anmäla er, sa Lennart.

Han fortsatte med att förklara målen för nätverket: Det är att starta och samordna forskningsprojekt över hela landet, att öka och sprida kunskap om gikt och att förbättra diagnostik och behandling.

– Vi ska även arbeta för en ekonomisk plattform som bas för gemensamma studier.

Nätverket har bl.a. arbetat med utbildningsaktiviteter, medverkat till läkemedelsverkets rekommendationer för diagnostik och behandling 2016 och genomfört forskning.

– Och så har vi en modul i SRQ.

Gikt är – om man inte räknar med artros – den vanligaste artritsjukdomen. 1,7 % av befolkningen – och mer än 7 % av män över 70 års ålder – har diagnostiserad gikt.

– Men endast 30 % initierar behandling med allopurinol, och det är bara 25 % som fullföljer behandlingen över 2 år. Det är väldigt få, fortsatte Lennart.

Han visade giktmodulen och dess variabler i SRQ. Där finns i dagsläget 49 patienter från 14 sjukhus. Därför avslutade Lennart med att uppmana alla att inkludera sina patienter.

Pågående arbete med SLE

Elisabet Svenungsson och Christopher Sjöwall fortsatte med en lägesrapport från SLE-gruppen.

– Eftersom SLE är en heterogen och komplicerad sjukdom, är vår ambition att förenkla i registret, förklarade Elisabet.

De visade besöksmodulen, och presenterade de delar de håller på att arbeta med.

– Det handlar om basdata där diagnos och sjukdomsmanifestationer – inklusive antikroppar och labdata för diagnos – ingår, sa Elisabet.

– Dessutom organskada, med SLICC damage index som ska registreras årligen. Besöksdata innehåller doktors data om sjukdomsaktivitet och läkemedel – och vi

håller även på att arbeta med en PER-modul, berättade Christopher.

Elisabet beskrev förändringar som genomförts när det gäller ACR-kriterier och basdata. Bl.a. tas årtal för symptomdebut bort, och tidigare definition av njurengagemang är ändrat till nefrit.

– Det finns hjälprutor om man är osäker på definitioner, påpekade hon.

De berättade att de inte ännu har fått godkänt att lägga in PER-registrering via Kort-SLAQ.

– Vi kan inte införa det, innan det är validerat – så vi håller på med att göra det, avslutade Christopher.

Ny modul på gång

En modul som inte är klar, men där det pågår arbete, är jättecellsartrit (GCA). Det berättade Ann Knight.

– Det är angeläget med registrering av GCA i SRQ med tanke på indikation för tocilizumab, konstaterade Ann.

Hon förklarade att modulen ska vara enkel att använda, och likna RA-modulen samt inte ha för många parametrar.

– Den ska vara användbar för klinikern i första hand, men även för den som ska forska.

Efter att ha visat de inklusionsdata som gruppen tänker sig, visade Ann även förslag för nya diagnoskriterier.

– De kräver diskussion, och är inte tagna ännu. Detsamma gäller PER-data. Det är viktigt med PER-data mellan läkarbesöken – t.ex. kan de ske med läkar- eller sjuksköterskekontakt via telefon.

Hon fortsatte med besöksregistreringen.

– En viktig punkt är läkemedel, som ska registreras på samma sätt som i RA-modulen. Viktigt, eftersom vi inför nya läkemedel mot GCA nu, påpekade Ann.

Avslutningsvis presenterade Ann gruppens förslag till vilka variabler som ska finnas i tabellöversikten. Det var SR, CRP, Läkares bedömning av sjukdomsaktivitet, VAS samt Prednisolondos.

– Samt andra läkemedel/DMARDS/biologics. Har ni synpunkter på detta, så maila dem till oss via Emma Tuominen, SRFs kansli, på koordinator@svenskeumatologi.se!

Utvärderingsmått för PsA

PARA 2010-studierna om fysisk aktivitet vid RA, presenterades av Christina Opava.

– Det är inte en ny modul, utan studier som gjorts via registret, förtydligade hon.

Syftet var att studera prevalens, korrelerat och prediktorer för fysisk aktivitet. Även



Foto: Emma Tuominen



Christopher Sjöwall

implementering av program för hälsofrämjande fysisk aktivitet, samt mekanismer för inflammation, smärtmodulering och kardiovaskulär funktion.

– Vi ville också studera fysioterapeuters lärande, och utveckling av mätmetoder, tillade Christina.

Hon redovisade de slutsatser och rekommendationer författarna hade kommit fram till.

– När det gäller hälsofrämjande fysisk aktivitet, fråga inte enbart om patienten har ägnat sig åt det – utan också hur länge. Ansträng dig för att nå dem som kan ha bäst nytta!

Christina underströk att man måste inse att beteendeförändring är en komplicerad process.

– Förstå att ”one size does not fit all”.

Det sista budskapet från studien var att man även måste överväga om man själv måste ändra arbetssätt.

Det finns många utvärderingsmått vid PsA. Fortfarande pågår internationella diskussioner om vilket man ska använda, berättade Thomas Husmark.

– DAPSA tror vi är ett bra mått, sa han.

DAPSA är ett ledindex, och står uttytt för Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis.

– Det som gör det kliniskt användbart är att DAPSA mäter remission och skiljer på låg, måttlig och hög aktivitet. MDA (minimal disease activity) svarar endast ja eller nej, och säger därför ingenting om förbättringar. Därför har vi inte med det i SRQ, utan använder DAPSA i stället, förklarade Thomas.

Valideringsprocess för patientrapporterade utfallsmått

Malin Regart gav en lägesrapport om Rehabmodulen och PROMIS.

– Rehabmodulen är aktiv sedan 2016, och ger möjlighet att registrera besök hos rehab, med egen tabellöversikt. Man kan tanka ner PER vid besöket, och registrera rehabiliteringsbehandling, berättade Malin.

PROMIS står för Patient Reported Outcome Measure Information System, dvs. patientrapporterade utfallsmått. Olika domäner består av 5 - 8 frågor.

– Ju friskare patienten är, desto fler frågor får de besvara – ju sjukare de är, desto färre. Det minskar risken för utmattnings.

Arbetet med översättningen av frågorna pågår, och ska i workshoppar granskas av professionen under februari. Sedan ska kognitiva intervjuer med patienter genomföras, för att säkerställa att de tolkar frågan som det är tänkt.

– Därefter vidtar en valideringsprocess – en SRQ-arbetsgrupp arbetar med att ta fram domäner som vi vill använda. Intresserade enheter får gärna höra av sig till mig – skicka i så fall ett mail till malin.regart@sll.se, avslutade Malin.

Kunskapsdokument om biosimilarer

Richard Grönevall från företaget Carmona AB, som levererar IT-systemet till SRQ, beskrev 2017 års workshop, samt ett visuella

”DAPSA mäter remission och skiljer på låg, måttlig och hög aktivitet”



Elisabet Svenungsson



Thomas Husmark



seringsprojekt som genomförts i samarbete mellan SRQ och Carmona. Projektet har som mål att öka användarvänligheten och förbättra vyn.

Kicki Dackhammar tog sedan över och berättade om VAU samt VAP (visualiserings- och analysplattform) som grafiskt presenterar aktuell statistik från SRQ med interaktiva program och tabeller. Eva Hagel demonstrerade med att grafiskt visa hur byte sker mellan olika farmakologiska (biologiska) behandlingsstrategier.

– Med hjälp av selektion av variabler, kan man ta fram den information man behöver. Det är ett bra sätt att visa ganska komplicerad statistik, ansåg Eva.

Nils Feltelius är reumatolog, men arbetar på Läkemedelsverket. Han inledde med att informera om ett kunskapsdokument som publicerats om biosimilarer.

Han framhöll att det där tydligt står att val mellan referensläkemedel och biosimilar vid start av behandling, såväl som eventuell ändrad förskrivning under pågående behandling (s.k. switch) mellan referensprodukt och biosimilar, i Sverige görs av förskrivande läkare i samråd med patienten.

– Tills vidare rekommenderas inte upprepade byten mellan dessa (s.k. multipel

switch). Utbytbarhet på apotek beslutas av Läkemedelsverket, och hittills har inte någon biosimilar bedömts som utbytbar, konstaterade Nils.

Han redogjorde även för fakta bakom indragningen av Alvedon 665.

– Det är ett vanligt använt läkemedel, och reumatologer förskriver det mycket – de utgör det högsta antalet användare av alla specialister. En grov skattning av Läkemedelsregistret visar att cirka 150 000 patienter i Sverige kommer att ha itererade recept med minst ett kvarstående uttag, och som efter eventuell indragning då kommer att behöva förskrivas ett nytt recept på annan Alvedon för smärtlindring.

Ska vara ett föredöme bland kvalitetsregister

SRQ behöver formulera en vision, sa Ralph Nisell och visade ett förslag – som dock inte ännu är godkänt av styrgruppen. Detta för att få till en diskussion om förslaget.

– Vårt visionsförslag lyder ”100 % av allt”. Det kan ses som en motsats till nollvisionen vi har för olyckor i trafiken, förklarade han.

Han påpekade även att en vision är något man ska sträva mot – det är inte något man alltid uppnår.

– Vårt nationella kvalitetsregister ska ha hundra procents täckning, delaktighet och kvalitet och genomsyras av hundra procents arbetsglädje och engagemang. Dessutom ska SRQ – över hela landet – vara en självklar del i patientmötet, utvärderingen och utvecklingen av den reumatologiska verksamheten, samt vinnandet av ny kunskap. Därmed ska SRQ vara ett föredöme bland kvalitetsregister, och göra oss alla – som jobbar inom eller för svensk reumatologi – vara stolta över vårt register.

Så löd de förklarande meningarna till visionen, och det blev debatt. En synpunkt var att man kanske ska förtydliga med 100 % av allt som vi vill ha.

– Vi vill ju inte ha 100 % uteblivna, eller ofullständiga, registreringar, löd en kommentar.

Förbättringsprojekt för SpA

Därmed inleddes en session om datakvalitet, där Johan Askling var förste talare.

– Kvalitet är centralt för det möte vi har med patienten – och för forskningen. Har vi dålig kvalitet, riskerar vi att fatta felaktiga beslut, framhöll Johan.

Ulf Lindström berättade om ett förbättringsprojekt för SpA i SRQ.

– Det övergripande målet var att öka fullständigheten i SRQ för patienter med SpA, inklusive psoriasisartrit. Även att förbättra förutsättningarna för en mer komplett registrering i framtiden och – i den mån det är praktiskt utförbart – också komplettera befintliga data, sa Ulf.

Tor Olofsson fortsatte med data om



Foto: Emma Tuominen



Jörgen Lysholm

PER, och kunde bl.a. visa att det inte är så stor skillnad för antal PER med biologisk DMARD och annan DMARD.

De landade i ett antal frågor om hur vi vill att SRQ skall användas som kvalitetsregister vid SpA.

– Vilka patienter vill vi registrera? Vilka besök? Och vilka uppgifter vill vi registrera?

Det blev sedan diskussion kring dessa frågor.

Det som är värdeskapande är det som ska registreras

Daniela Di Giuseppe tog upp ämnet datakvalitet och hur vi kan mäta denna. Hon började med att visa att täckningsgraden för RA i SRQ har ökat kraftigt mellan år 2006 och 2016. Sedan fortsatte Daniela med att visa data för täckningsgraden av biologiska DMARDs. Den är ganska god, men betydligt lägre för patienter med csDMARDs.

– Det är dessutom olika för olika bDMARDs. Adalimumab och golimumab har lägre täckningsgrad, jämfört med etanercept och certolizumab pegol. Jag undrar varför det är så, sa Daniela.



Ralph Nisell



Hon visade också data för uppföljningsbesök efter insatt bDMARD.

– För de första två besöken är täckningsgraden god, men den sjunker sedan rejält för det tredje besöket.

Johan Askling kommenterade att täckningsgraden kanske inte är 100 % – men att den ändå är väldigt bra.

– Mycket bättre än vad man skulle kunna tro. Kom ihåg att en patient som hoppar av en bDMARD efter 2 veckor, inte ska ha ett återbesök.

Johan underströk att man måste definiera det värde som ger ett stöd i mötet med patienten.

– Det som är *värdeskapande*, är vad vi ska registrera!

Exempel från Falun

Datakvalitet ur ett verksamhetsperspektiv presenterades av Jörgen Lysholm. Han beskrev hur de på hans klinik i Falun har arbetat för att optimera datakvaliteten i SRQ.

– Det finns många kliniska datalager – i patientjournaler och röntgenapparater mm, som innehåller mängder med data och mätvärden. Dessutom sker förskrivningen idag elektroniskt på de flesta håll, inledde Jörgen med att påpeka.

Han visade exempel på vad de i Falun gör med dessa data.

– Vi ser hur var och ens patientstock ser ut. Vi undersöker antalet nya biobehandlingar på bionaiva patienter, hur vi använder metotrexat (doser, peroralt eller subkutant), hur våra Mabthera-patienter ser ut och om vi tar blodtryck vid återbesök. Andelen rökare med RA respektive PsA – är det någon skillnad? Svaret visade sig vara ja: 7 % för RA och 15 % för PsA.

Jörgen påpekade dessutom att även om juristen ibland säger att man inte får ta fram alla dessa data, så gör denne det med utgångspunkt från Patientdatalagen.

– Men då ska man komma ihåg att vi *måste* göra det enligt Hälso- och sjukvårdslagen!

Röster från workshoppen

Dagen avslutades med en workshop om att optimera datakvalitet. Alla deltagare hade på sin namnbricka en bild på ett djur, och fick sätta sig tillsammans med andra som

hade samma symbol. Totalt bildades 13 grupper, och dessa fick frågor som de skulle gemensamt diskutera under 20 minuter.

Frågorna skilde sig åt mellan grupperna, beroende på dess sammansättning – kliniker, forskare, rehabilitering samt representanter från industrin satt alltså samlade var för sig. Efteråt sammanfattade varje grupp den diskussion de haft. Här följer några exempel på vad som sades:

– Kvalitet innebär att vi registrerar samma saker i hela landet – och att vi registrerar det som verkligen är *viktigt*.

– SRQ ska vara enkelt, snyggt och relevant.

– Tydliga rutiner på kliniken för hur man ska registrera är viktigt.

– Hårddata är viktiga för kvaliteten. SRQ visar inte verkligheten, som är väldigt komplicerad. För att SRQ ska kunna göra det, behöver SRQ utvecklas till ett journalsystem.

– Visionen om 100 % av allt är bra!

– PER-frågorna behöver glesas ut – patienterna orkar inte alla. Dessutom behöver SRQ även registrera *omvårdnad* – inte bara ”hårdvaran”.

– Vi forskare vill också ha 100 % kvalitet på allt. Vi vill också att PER-data ska vara allmänt tillgängligt – med uppgift om när de registrerades: Före eller efter besök.

– I industrin vill vi ha kontinuerlig transparens, och kan tänka oss att hjälpa till med fortbildning om registret. Vi delar också uppfattningen att data ska vara 100 % korrekta.

Efter detta var det dags för Ralph Nisell att avsluta dagen – hans första i egenskap som registerhållare.

– Det har varit en väldigt rolig och trevlig dag, med bra diskussioner och synpunkter. Jag ser verkligen fram emot att jobba tillsammans med er alla i fortsättningen, sa Ralph.



Ulf Lindström



Tor Olofsson



Foto: Emma Tuominen

Per Lundblad



Stark uppslutning vid årets Riktlinjedag

Riktlinjedagen som varje år hålls i januari och arrangeras av Svensk Reumatologisk Förening (SRF), lockade fler deltagare än vanligt. Drygt 90 personer anslöt till seminariet som bland annat presenterade en ny jävspolicy och en nybildad arbetsgrupp för jättcellsartriter.

Riktlinjedagen, som i år ägde rum på Clarion Sign Hotel vid Norra Banatorget i Stockholm, är en slags fortbildningsdag då specialister inom reumatologi får en genomgång av utkast till den årliga uppdateringen av behandlingsriktlinjer och rekommendationer. Dagen ger också reumatologer möjligheter att ställa frågor och komma med förslag till förändringar och uppdateringar.

– Arbetet är en ständigt pågående process och med stor möjlighet att påverka framtidens vetenskapliga riktlinjer och rekommendationer. SRF är som specialitetsförening ganska ensam om att hålla en Riktlinjedag och vi ser det som ett bra sätt att stärka implementeringen och förankra riktlinjerna i sjukvårds-Sverige, säger Tomas Bremell, reumatolog och redaktör för Reumabulletinen.

I en särskild faktaruta kan du läsa mer om hur arbetsprocessen går till.

Jäv

Dagen inleddes med en diskussion om jävspolicy. Specialister i reumatologi utgör cirka en procent av läkarkåren, men står för 10 procent av forskrivningen inom läkemedelsförmänen.

Det är därför av avgörande betydelse att SRF har en fristående hållning mot industrin och andra intressenter, Johan Svensson, facklig sekreterare i SRF.

För att skapa en hög trovärdighet hos patienter, beslutsfattare och kollegor har SRF tagit fram ett förslag till jävspolicy.

– Vi har tidigare inte haft en formaliserad sådan, men nu vill vi tydliggöra och skärpa rutinerna, bland annat när det gäller redovisning av sidouppdrag. Det är också viktigt att en jävsdeklaration skickas in till styrelsen i början av året så att det inte uppstår jäv i samband med att riktlinjerna ska presenteras.

Exempel på situationer som kan utgöra jäv kan vara: engagemang i expertpaneler, deltagande i kliniska prövningar eller observationsstudier på uppdrag av industrin,



innehav av aktier i enskilda företag, föreläsningar på företagssponsrade möten och forskningsanslag eller stipendium från företag.

– Beslut om jävspolicyn ska fattas senare i vår. Inför beslut går det bra att höra av sig med eventuella frågor och synpunkter till vice ordförande Lotta Ljung.

Riktlinjer för behandling av RA

I många andra länder sneglar man på Sverige och det omfattande arbetet med att årligen uppdatera riktlinjer, menar Carl Turesson, ordförande i arbetsgruppen för RA.

– Ett grannland nära oss uttryckte en avundsjuka på vår process och det engagemang som finns. I många länder sker uppdateringar mycket mer sällan och de kan också ha svårt att få med kollegerna i arbetet, säger Carl Turesson.

Han sammanfattade de viktigaste nyheterna i 2018 års uppdatering av riktlinjerna för RA och inledde med en presentation av senaste rekommendationerna vad gäller behandling med JAK-hämmare. Några av nyheterna är att: JAK-hämmarna baricitinib och tofacitinib anges som ett alternativ till TNF-hämmare och andra biologiska DMARD-preparat hos patienter med otillräcklig effekt av metotrexat. De ses även som ett alternativ till IL-6 hämmare för patienter med intolerans för metotrexat och som har flera ogynnsamma prognostiska faktorer.

– Behandling med JAK-hämmare kan också bli aktuellt vid otillräcklig effekt eller intolerabla bieffekter av TNF-hämmare, säger Carl Turesson.

Ett nyskrivet avsnitt om säkerhetsaspekter på JAK-hämmare har även lagts till i dokumentet under avsnittet om tsDMARDS.



Carl Turesson

Kortisonbehandling vid tidig RA

Avsnittet om kortisonbehandling vid tidig RA har reviderats. Sammanfattningsvis ger det vetenskapliga underlaget stöd för att patienter med tidig RA utan kända riskfaktorer (som diabetes, osteoporos, hjärt-kärlsjukdom) bör behandlas med lågdoskortison under ett år, därefter bör kortisonet trappas ut.

– Även om bieffekterna på lång sikt av kortisonbehandling i hög dos är signifikanta, finns det flera studier som tyder på att initial behandling med lågdos har en relativt god säkerhetsprofil.

Om patienten efter nedtrappning av kortison återinsjuknar bör återkomsten av sjukdomsaktiviteten bedömas som behandlingssvikt, vilket ger stöd för fortsatta behandlingsstrategiska överväganden, det vill säga tillägg av bDMARDS/tsDMARDS/cs/DMARDS.

– Det finns dock otillräckligt underlag för att bedöma den övergripande nyttan av låg-

doskortison vid kombinationsbehandling med TNF-hämmare och andra bDMARDS, säger Carl Turesson.

TNF-hämmare

Vid otillräcklig effekt av behandling med TNF-hämmare bör behandling med abatacept, rituximab eller tocilizumab övervägas.

– Den nyligen registrerade antikroppen mot IL 6-receptorn, sarilumab, som i stor utsträckning har samma indikationer som tocilizumab, har lagts till då den också visats ge signifikant klinisk effekt hos patienter med otillräcklig effekt eller intolerans för behandling med TNF-hämmare, säger Carl Turesson

I ett separat appendix i riktlinjedokumentet presenteras ett policydokument som rör biosimilarer. Där finns även en tabell som listar samtliga biosimilarer.

– Det är viktigt att påpeka att det är ett policydokument och inga riktlinjer. I policydokumentet har vi också listat vilka parametrar som bör registreras i samband med byte mellan originalpreparat och biosimilarer.

MORR

Elisabeth Lindqvist är ordförande för arbetsgruppen för Modern ReumaRehabilitering, MORR, som tar fram rekommendationer för reumarehabilitering vid artritssjukdomar. MORR är även referensgrupp i SRF:s arbete med Svenska Läkarsällskapets Levnadsvaneprojekt.

– Några av nyheterna är att layouten är omarbetad och vi har även uppdaterat dokumentet med nya referenser. Vi har också lagt till en text om trötthet/fatigue, smärta, dålig sömnkvalitet, låg fysisk aktivitet och nedstämdhet, vilka är vanliga symtom även hos välbehandlade patienter.

Avsnittet om levnadsvanor (kost, rökning, alkohol och motion) har även kopplats till Socialstyrelsens nya riktlinjer där patienter med kroniska sjukdomar, inklusive reumatiska sjukdomar, är inkluderade.

– Vi läkare behöver inta ett coachande förhållningssätt och istället för att tala om för patienterna vad de ska göra, istället uppmuntra och stödja dem att själva vara aktiva.

Riktlinjedokumentet tar även upp handträning för patienter med RA, där starkare evidens framkommit.

SpA och PsA

Helena Forsblad d'Elia, professor i reumatologi vid Norrlands universitetssjukhus, presenterade nyheter vad gäller läkemedelsbehandling.

– Vi har inte fått några nya läkemedel för behandling av axial spondylartrit under det gångna året. Men vi har uppdaterat bakgrundsinformationen och lagt in en



skrivning om att samtidig behandling med metotrexat vid TNF-hämmande behandling sannolikt förlänger "drug-survival" både vid axial spondylartrit och psoriasisartrit.

Under förra året blev abatacept godkänt för behandling av psoriasisartrit.

– Vi har därför modifierat behandlingsalgoritmen för PsA.

I år förväntas även fler preparat bli godkända för psoriasisartrit (JAK-hämmare, ytterligare IL-17A hämmare), men de tas inte upp i årets dokument.

Johan Wallman, reumatolog vid Skånes universitetssjukhus, presenterade DAPSA (Disease Activity index for Psoriatic Arthritis) som nu också finns tillgängligt i SRQ.

– Det är en stor nyhet. För första gången rekommenderas DAPSA som ett utfallsmått vid psoriasisartrit.

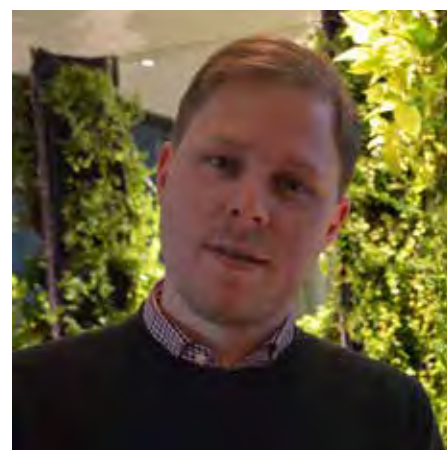
Johan Wallman berättade även om fördelar respektive nackdelar med DAPSA och jämförde även instrumentet med ett annat instrument MDA (Minimal Disease Activity).

Jättecellsartrit-nybildad grupp

Ann Knight, reumatolog och överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, är ordförande för den nybildade arbetsgruppen som tagit fram riktlinjerna för GCA, jättecellsartrit.

Dokumentet tar upp diagnostik och uppföljning. Ett större kapitel handlar om behandling. Kortison kvarstår som förstahandsbehandling och i dokumentet finns ett förslag på nedtrappningsschema. Här finns även ett avsnitt om DMARDS och om adjuvant behandling.

Två appendix har lagts till, ett om validering av evidens enligt GRADE. Ett annat om tänkbara framtida terapier, exempelvis ytterligare biologiska läkemedel som kan vara på gång.



Johan Wallman

– Vi ger förslag på nya kriterier för diagnostik och vi har utvidgat symtomfloran. Ett viktigt tillägg är den möjlighet som finns att ställa diagnos med hjälp av ultraljud och MR, säger Ann Knight.

Arbetsgruppen rekommenderar att den initiala dosen av prednisolon är 40–60 mg i fyra veckor och därefter en successiv nedtrappning. Vid synpåverkan eller andra tecken på allvarligt kärlengagemang bör intravenöst kortison 1000 mg/1xIII övervägas.

Till patienter med återfall eller aktiv sjukdom under pågående kortisonbehandling rekommenderas tocilizumab som tillägg till prednisolonbehandling.

– Vi d nydiagnostiserad jättecellsartrit kan tocilizumab övervägas om det finns stor risk för framtida biverkningar av kortison och uttalade kliniska och labbmässiga tecken till kärlinflammation. Behandlingen med tocilizumab bör dock avslutas efter ett år, säger Ann Knight.

Många patienter med GCA har en okomplicerad sjukdom och kan tas om hand i primärvården.

– Men vi behöver diskutera hur och på vilken vårdnivå de svårare fallen ska tas om hand.

Läkemedelssäkerhet

Eva Baecklund är reumatolog och överläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Hon är också ordförande för arbetsgruppen som tar fram rekommendationer för läkemedelssäkerhet.

– Rekommendationerna består av sju dokument. De mest genomgripande förslagen till förändringar är i avsnittet om vaccination av patienter med reumatisk sjukdom.

SRF:s rekommendationer utgår från reviderade vaccinationsrekommendationer från EULAR som publiceras under 2018.

Levande försvagade vaccin skall undvikas vid immunomodulerande behandling. Beträffande vaccination mot herpes zoster är ett icke-levande vaccin på ingång (godkänt i USA okt-17) mot herpes zoster. Det levande herpesvaccinet som finns idag re-

”Levande försvagade vaccin ska undvikas vid immunomodulerande behandling”



Elisabet Svenungsson



Ann Knight och Eva Baecklund

kommenderas inte till patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar i Sverige som står på biologisk behandling eller DMARDS.

Eva Baecklund underströk även vikten av biverkningsrapportering som i högsta grad hör ihop med läkemedelssäkerhet.

I år introduceras tre nya godkända läkemedel för patienter med RA: Kevzara (sarilumb), Olumiant (baricitinib) och Xeljanz (tofacitinib).

– Det är viktigt att rapportera direkt i SRQ, då överförs data direkt till Läkemedelsverket. Gör man inte det får tyvärr inte SRQ eller ARTIS tillgång till rapporterna.

Inför 2018 har Folkhälsomyndigheten uppdaterat sitt dokument om preventiva insatser mot tuberkulos.

– Dokumentet överensstämmer med vårt dokument, även om vi valt att skriva om och förkorta texten. Men vi har inte ändrat i rekommendationerna, de kvarstår. Vi är nu nere i 1-2 fall av tuberkulos/år hos våra patienter med bDMARD vilket visar att vårt förhållningssätt fungerar mycket bra.

Rekommendationerna för behandling vid hepatit B, ögonkontroller vid klorokin-terapi samt antibiotikapofylax, kvarstår. Huvudbudskapet är som tidigare att starkt dra ned på antibiotikaförskrivningen.

Inför kirurgi

Förslaget till dokumentet slår fast att vi har stora kunskapsproblem då det råder brist på randomiserade kontrollerade studier. En av slutsatserna är dock att det bör ske ett uppehåll med biologiska läkemedel inför kirurgi. Vi har gjort en öppnare skrivning då det finns grupper där ett uppehåll inte krävs. En individuell värdering måste göras.

RA och graviditet

Karin Hellgren, reumatolog vid Karolinska universitetssjukhuset presenterade rekommendationerna för antiinflammatorisk och immunomodulerande behandling i samband med graviditet och amning.

– I januari i år godkände den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA en indikationsändring för Certolizumab pegol, vilket är det första godkända TNFi-preparatet under graviditet och amning.

Det är högst ovanligt, menar Karin Hellgren, att myndigheten gör en sådan indikationsändring. Bakom beslutet finns data från Cradlestudien och Cribstudien.

För övrigt är rekommendationerna inför 2018 väsentligen oförändrade.

Kardiovaskulär prevention

Anna Södergren reumatolog vid Norrlands universitetssjukhus och Carl Turesson, överläkare och professor i reumatologi vid Lunds universitet, är med i arbetsgruppen för kardiovaskulär primärprevention vid

inflammatorisk reumatisk sjukdom.

– Patienter med reumatisk sjukdom måste regelbundet screenas för påverkbara riskfaktorer som rökning, högt blodtryck, lipidrubbingar och diabetes, säger Anna Södergren.

Eftersom diabetes typ 1- och 2 är starka riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom bör särskilt inriktade beräkningsverktyg användas.

Förra året presenterades en svensk nationell registerstudie (Bengtsson et Al. Arthritis Res Ther 2017; 19: 102) som visade en ökad risk för akut koronart syndrom hos patienter med PsA och även hos dem med AS eller odifferentierad spondylartrit, jämfört med befolkningen i övrigt.

Ett nytt avsnitt har också lagts till om antifosfolipid antikroppar. Dokumentet har även ett uppdaterat avsnitt om fysisk aktivitet och rökning.

– Styrketräning i kombination med konditionsträning har en effekt på kardiovaskulära riskfaktorer. Det finns även en stark evidens för rökstopp, särskilt för patienter med SLE som har en kardiovaskulär riskökning. Det saknas dock studier som visar om rökstopp är till nytta vid RA, men rekommendationen bör ändå följas, säger Carl Turesson.

SLE

Anders Bengtsson, överläkare och professor i reumatologi i Lund, introducerade SLE-gruppens riktlinjer för behandling av SLE.

– När vi arbetar med behandlingsriktlinjerna behöver påminna oss om vad okontrollerad sjukdomsaktivitet leder till, nämligen sämre livskvalitet, sämre arbetsförmåga, organskada och mortalitet. Många organskador är kopplade till kortikosteroider, men om orsaken är läkemedel eller själva sjukdomen, det är svårt att veta.

Det har inte registrerats några nya SLE-läkemedel. De flesta avsnitten i dokumentet är dock uppdaterade och förbättrade, exempelvis avsnittet om APS (antifosfolipidsyndromet) som väsentligen är omarbetat.

– En viktig nyhet är att vi fått en ny medlem, professor Elisabet Svenungsson, som har gjort uppdateringen.

Hon diskuterade bland annat SLE- och antifosfolipidantikroppar, aPL.

– Trots att de är vanliga vid SLE och ingår i klassifikationskriterierna som kom 2012, är de undervärderade. Rekommendationen är att kontrollera aPL på alla nydiagnostiserade SLE-patienter och inför varje graviditet. Då ska man ta vissa speciella prover och vid stark misstanke är det viktigt att extrabeställa prover.

Cirka 30 till 40 procent av SLE-patienterna har aPL och cirka 15 till 20 procent utvecklar sekundärt APS, vilket ökar risken

för bland annat tromboser, graviditetskomplikationer, neurologiska symtom och oroanskada

Elisabet Svenungsson kommenterade även fyra pågående studier på nya direktverkande antikoagulantia, NOAC/DOAC. Oroande fallbeskrivningar har rapporterats när det gäller patienter som bytt från waran till direktverkande antikoagulantia.

– Vi har hört flera fall där man satt ut wa-

ran på grund av dålig följsamhet och ersatt med NOAC, men där patienter insjuknat i TIA och stroke. NOAC och DOAC ska vanligen inte användas vid APS! Vi vill uttryckligen varna för att byta ut waran mot NOAC/DOAC på dessa patienter!

Eva Nordin



Frank Wollheim



Karin Hellgren



Tomas Bremell



Meliha Kapetanovic



SRFs riktlinjer - så går det till

SRF utser ordförande i arbetsgrupp och godkänner övriga deltagare som arbetar med behandlingsriktlinjer och rekommendationer.

Även studiegrupper kan lägga fram förslag till riktlinjer/rekommendationer och anmäler då detta till vetenskaplig sekreterare i SRF, som tar ställning till om förslaget ska processas enligt nedan.

Studiegrupp kan även fråga styrelsen om man kan få ett uppdrag att ta fram riktlinjer/rekommendationer. I så fall bildas en arbetsgrupp av SRF.

Skillnaden mellan en "riktlinje" och en "rekommendation" är inte alltid glasklar men grovt kan sägas att en riktlinje är något starkare och en rekommendation något svagare i sitt påbud. För att dessa riktlinjer/rekommendationer ska vara förankrade i föreningen tas de fram enligt en särskild process:

1. Arbetsgruppen utarbetar ett förslag varje höst. Detta kan antingen vara en uppdatering av ett tidigare dokument eller ett nytt dokument.
2. Ordförande i arbetsgruppen skickar ut förslaget på remiss till SRFs professorskollegium och vetenskaplig sekreterare i SRF senast den 1/12.
3. Förslaget omarbetas enligt professorskollegiets och ev andras kommentarer som ska inkomma senast 1/1.
4. Ordförande i arbetsgruppen skickar ut förslaget två veckor före Riktlinjedagen i januari till professorskollegiet, verksamhetschefer, särskilda nyckelpersoner, samtliga anmälda till Riktlinjedagen samt SRFs styrelse så att en initierad diskussion kan ske vid Riktlinjedagen.
5. Under Riktlinjedagen ger mötet arbetsgruppen direktiv om ev förändring. Ifall mer betydande omarbetning behövs ska förslaget åter ut på remiss till professorskollegiet och verksamhetschefer från ordförande i arbetsgruppen.
6. När förslaget är klart ska det skickas till vetenskaplig sekreterare i SRF senast 15/3 så att det kan tas upp vid styrelsemöte i slutet av mars.
7. När styrelsen anser att dokumentet är färdigt fattar styrelsen formellt beslut.
8. Vetenskaplig sekreterare ansvarar för att de beslutade dokumenten publiceras på SRFs hemsida inom två veckor efter beslut.

Inbjudan till Cutting Edge 2018

Välkommen till det nittonde Cutting Edge Rheumatology-symposiet i Lund torsdagen den 24 maj 2018.

Målsättningen är som tidigare att bjuda deltagarna på nyheter från såväl laboratorium som klinik inom olika områden av intresse för såväl kliniker som grundforskare.

Symposiet äger rum i föreläsningssalen på LUX. Registrering från 08:15, programmet börjar 9.00. Deltagandet är kostnadsfritt, inklusive måltider under dagen och kvällen, men en avgift om 1000 kronor uttages vid alltför sen avbokning av måltiderna. Resa och uppehälle täcks av deltagarna själva.

Symposiet riktar sig till kliniker och grundforskare. Sponsorer är Abbvie, Pfizer Sweden och Kåre Berglunds fond.

Bindande anmälan senast 30 april via följande anmälningslänk: <http://tinyurl.com/cuttingedge Rheumatology2018>.

Hjärtligt välkomna till Lund den 24 maj!

Anders Bengtsson
Carl Turesson
Mattias Collin
Sofie Eklund

Preliminärt program (fler talare tillkomer)

- Eric Boilard, Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Canada. "The non-hemostatic role of platelets in rheumatic diseases"
- Ken Smith, University of Cambridge, UK "Genome wide association studies in vasculitis"
- Virginia Krauss, Duke University, Durham, North Carolina "New views on pathogenesis and treatment of OA"
- Iain McInnes, University of Glasgow, Scotland "Immunopathogenesis of Rheumatoid Arthritis"
- Diana Karpman, University of Lund "Microvesicles in inflammation and thrombosis"



abbvie



Inbjudan till Nationella ST-dagarna i Skåne

Välkomna till årets nationella ST-dagar i Reumatologi som i år är i Skåne! Vi kommer att vara på Örenäs slott i Glumslöv, www.orenasslott.com.

Kostnad

Kostnaden 1000 kr för medlemmar i SRF och 3500 kr för övriga.

Anmälan

Anmälan till sofie.s eklund@skane.se så snart som möjligt men senast 2018-03-18 för vår planering. Ni får en bekräftelse via mejl med begäran om definitiv anmälan och i samband med det sker även betalningen. Ange även eventuell specialkost eller allergier. Avgiften betalas in på Bankgiro nummer 5051-4728 med meddelande: Ansvar 314335, Nationella ST dagar och Ditt namn. Observera att anmälningen är bindande och att anmälningsavgiften inte kan återbetalas vid avanmälan.



Preliminärt Program

Torsdag 19 april

Transport: Buss avgår från Lund på förmiddagen, plats och tid meddelas senare.

- 11.45-12.00 Samling och introduktion
- 12.00-13.00 Lunch
- 13.15-14.00 ANCA
- 14.00-14.45 Översikt, diagnos och utredning vid misstanke om småkärlsvaskuliter
- 15.00-15.30 Behandling av icke livshotande vaskuliter
- 15.30-16.00 Fika
- 16.00-16.45 Behandling av livshotande vaskuliter
- 16.45-17.00 Bensträckare
- 17.00-17.30 Plasmaferes vid AAV
- 17.30- 18.00 Falldiskussioner med frågor
- 19.30 Middag

Fredag 20 april

- 07.00-08.00 Frukost
- 08.30-09.15 Jättecelsarteriter (GCA) - Kliniska fenotyper
- 09.15-10.00 Jättecelsarteriter (GCA) - Update om behandling
- 10.00-10.30 Fika
- 10.30-11.30 Behçet's Disease: Diagnosis, clinical manifestations and up-date on treatment
- 11.30-12.15 Ögonmanifestationer vid Behçets sjukdom
- 12.15-13.15 Lunch
- 13.15-13.30 Takayasu arterit i Sverige -
- 13.30-14.00 Falldiskussioner -
- 14.00-14.30 Avslutning
- 14.30 Buss till Lund

Föreläsare

Professor Jörgen Wieslander, Professor Märten Segelmark, Professor Carl Tureson, Docent Ömer Karadag, Överläkare Sophie Ohlsson, Överläkare Ola Rauer och Docent Aladdin Mohammad.

Välkomna!

Aladdin Mohammad
regional ST-studierektor
södra sjukvårdsregionen,

Jehns Christian Martineus
sektionschef reumatologiska kliniken,
Skånes universitetssjukhus
Lund och Malmö



19-20 april



Nytt från SRQ

Det är - när detta skrivs - i början av februari och Registerdagen har nyligen avslutats. Snöslask, fukt och blåst härjar i ett tämligen ruggigt Stockholm.

Då är det skönt att värma sig med att det reumatologiska registret SRQ är ett starkt svenskt nationellt kvalitetsregister. Man skulle lite förenklat kunna säga att Sverige består av en kohort på ca 10 miljoner personer, med individuella personnummer, och med denna population har vi fantastiska möjligheter att standardiserat registrera och följa sjukdomar och olika händelser, från födseln genom livet till graven. Från dessa data och uppgifter som kan plockas från våra förehavanden och händelser, registrerade i våra nationella register, kan vi i Sverige lära oss mycket. Men även andra länder kan dra lärdomar eftersom förhållanden mellan orsak (arv + miljöfaktorer) och verkan / utfall till stora delar är likartade och jämförbara.

Det har blivit en fin och viktig tradition inom Svensk Reumatologi att i slutet av januari månad först arrangera Registerdagen (av SRQ), sedan - dagen efter - genomföra Riktlinjedagen (organiserad av SRF). På så sätt upprätthålls en fruktbar tradition och arbetssätt genom att årligen uppdatera såväl våra egna rutiner inom SRQ och registerarbetet som att ta dessa i perspektiv till internationella erfarenheter och publikationer. Läs gärna i detta nummer av Reumabulletinen, Per Lundblads utmärkta artikel och referat från årets Registerdag som hölls på hotell Clarion Sign i Stockholm den 24 januari.

SRQ - Svensk Reumatologis Kvalitetsregister - startades i mitten av 90-talet, det gick då under namnet RA-registret, och blev några år senare ett nationellt kvalitetsregister. På den tiden fanns det inte så många nationella kvalitetsregister i landet. Ortopederna var först ut och de startade faktiskt redan på 70-talet med knäprotes-registret som lite senare, på 80-talet, följdes upp med registret för höftproteser. Idag - lite mer än 20 år sedan RA-registret och SRQ initierades - har vi drygt 100 nationella kvalitetsregister. Men nu kommer det att bli tuffare tider för alla kvalitetsregister i Sverige. Den särskilda 5-åriga satsning som pågick under åren 2012-2016 är nu över och det ekonomiska statliga stöd från SKL som tidigare varit frikostigt begränsas nu märkbart. Här måste vi vara innovativa för att kunna fortsätta på ett bra sätt och utveckla vårt register, och med bibehållen hög kvalitet.

SRQ har varit och är fortfarande ett framgångsrikt register. Första registerhållare var Staffan Lindblad som avgick från denna post efter 18 års kreativt och innovativt registerarbete 2013, då Sofia Ernestam tog över och hon fortsatte i liknande kreativa + innovativa anda som Staffan. Nu har jag så-

”Tuffare tider för alla kvalitetsregister i Sverige”



ledes, sedan i somras, tagit över rollen som registerhållare. Det är ett spännande och ansvarsfullt uppdrag att anta denna utmaning. SRQ är på många sätt ett föredöme bland nationella kvalitetsregister. Många utanför reumatologin i Sverige tittar på oss. SRQ har utvecklats snabbt och fortsätter att utvecklas. Registret följer med i den tekniska tidsutvecklingen och in i den spännande framtiden med digitala e-hälsa lösningar för vården. Det är samtidigt dags för konsolidering av SRQ, parallellt med utvecklingsarbete. Exempelvis, att arbeta med förbättrad data-kvalitet i vårt register är en viktig fråga som vi hade en särskild work-session kring under Registerdagen. Det finns myck-

et positiv energi i reuma-register-Sverige och jag hoppas förstås på fortsatt stort engagemang och brett deltagande från rikets alla delar och hörn.

SRQs vision har diskuterats under hösten och förslaget som presenterades under Registerdagen togs väl emot. Visionen har dock ännu inte, när detta skrivs, definitivt klubbats i SRQ styrgrupp, som ju är den regionalt representerande ”styrelse” som bestämmer inom SRQ och även tar ut dess färdriktning. Att SRQs vision siktar mot ”100 % av allt” är förstås pretentiöst men det bör en vision vara. Att den är i princip ouppnåelig är i sig inte något hinder. Men vi ska sträva i den riktningen, dvs mot 100 % delaktighet, ansvarstagande + engagemang, och med 100 % ifyllande av registerdata och därmed minimera missing eller felaktiga data. Och våra registreringar ska helst vara av 100 % kvalitet dvs det ska vara rätt uppgifter inlagda med bästa noggrannhet. Då erhåller vi ett kvalitetsregister som på sikt blir ännu bättre och ännu mer tillförlitligt och användbart vilket förstås är en angelägen del av visionen och ett viktigt mål i vårt registerarbete.

Snö och iskylla råder under denna februari- och vintertid i Sverige. Vi kan i det moderna samhället med fossila bränslen samt eluppvärmning av våra hem leva relativt obesvärat trots det skandinaviska bistra och mörka vädret. Man kan förundras över hur stenåldersmänniskorna överlevde i detta klimat för flera tusen år sedan, men anpassning och problemlösning är ett av mänskligheten kännemärken. I dessa moderna tider är det givetvis andra villkor som gäller för oss homo sapiens sapiens i Sverige, men anpassning (till dagens utmaningar) och olika former av problemlösningar är fortfarande något vi dagligen ställs inför och utmanas av, även i Reuma-Sverige och i registervärlden, och något som även får oss att växa som människor. Snart är det vår igen i skog och mark, och naturen kommer att spira och grönskan återkomma. Det känns skönt och stabilt att årstiderna går att lita på, åtminstone än så länge. Och det känns skönt att känna att vårt nationella kvalitetsregister SRQ kommer att fortsätta må bra och med all sannolikhet kommer att utvecklas väl även 2018, trots att (eller kanske tack vare att) 100 % av allt inte är realistiskt, men härligt ändå att sträva mot.

Ralph Nisell
Registerhållare SRQ



REUMATOLOGISTIPENDIUM 2018

SYFTE: SRF har i samarbete med Lilly instiftat ett reumatologistipendium med syfte att stödja patientnära forskning inom reumatologi.

STIPENDIETS STORLEK: 100 000 kronor. Hela stipendiet utdelas som forskningsanslag och förvaltas av stipendiatens forskningsinstitution.

UTDELNING: Stipendiet kommer att utdelas i samband med Reumaveckan i Uppsala 19–21 september.

VEM KAN SÖKA: Läkare kliniskt verksam inom reumatologi och som bedriver aktiv forskning. Sökanden måste vara registrerad som doktorand eller ha disputerat under de senaste 5 åren (föräldradedighet får räknas av). Stipendiaten skall vara medlem i SRF.

BESLUTSKOMMITTÉ: Ansökan bedöms av SRFs professorskollegium och beslut fattas av SRFs styrelse.

SISTA ANSÖKNINGSDAG: Den 1 maj 2018.

KRITERIER: Stipendiet tilldelas sökande som bedriver kliniskt relevanta patientnära forskningsprojekt inom området för reumatiska sjukdomar som syftar till att öka förståelsen för, och kunskapen om, reumatiska sjukdomar ur ett patientperspektiv.

Stipendiet ges i sin helhet till en sökande.

ANSÖKAN SKALL INNEHÅLLA:

> Projektbeskrivning, inklusive namn på projekt, syfte, bakgrund, projektplan. Max 2 sidor.

> CV med publikationslista.

> Rekommendationsbrev från senior forskarkollega.

(Ansökan kan lämnas antingen på svenska eller engelska).

SKICKA ANSÖKAN ELEKTRONISKT TILL: SRF Koordinator (koordinator@svenskreumatologi.se).

DETTA STIPENDIUM GES MED STÖD AV ELI LILLY AB.

Reumatologi i Göteborg - Sahlgrenska Akademin

Reumatologverksamhet inleddes i Göteborg först 1969 då pensionerade medicinprofessorn Erik Wassén startade en poliklinisk verksamhet i källaren under Kvinnokliniken.

Han hade blivit medicine doktor 1935, docent i medicin vid Karolinska Institutet 1940, överläkare vid Sahlgrenska sjukhuset 1947-1967 och professor i medicin 1952-1967. Han arbetade vid Med klin III som hade sina lokaler på gamla Vasa sjukhus dvs med en rehab-orienterad verksamhet. På reumatologmottagningen arbetade dessutom flera timanställda privatpraktiker.

Helge Hedberg rekryteras

1972 rekryterades docent Helge Hedberg från Lund för att få igång reumatologin i Göteborg. Snart fanns FV-läkare (dvs ST) i form av Monica Ahlmén, Barbro Blohmé och Kerstin Althoff vilka snart följdes av Tomas Bremell, Andrzej Tarkowski och Nisse Peterson. Helge Hedberg hade i Lund givit viktiga forskningsbidrag när det gällde komplementsystemet vid reumatisk sjukdom. Sålunda påvisade han komplementkonsumtion i ledvätska – ett fynd som fanns med i den mest välrenommerade läroboken – Arthritis (Hollander) – i många upplagor. Helge fick ett litet forskningslaboratorium men var för ensam och saknade kringresurser för att kunna dra igång någon omfattande forskning i Göteborg. Reumatologin hamnade i stryckklass på Med Klin II på Sahlgrenska och Helge hade inte förmågan att kraftfullt strida för specialiteten. Motståndet från internmedicin var också omfattande.

Under 1970-talet fick mottagningen nya lokaler, en reumadispensär inrättades med egen bassängverksamhet och 5-dygns slutenvård inrättades. Inom politiken fanns enighet om att få till stånd en välfungerande verksamhet, varför satsningar gjordes – ibland till medicinklinikens förtret. Medicinchefen ville egentligen använda de givna resurserna för andra ändamål.

Anders Bjelle professor

Anders Bjelle rekryterades 1983 som professor och sektionschef. Han var Helge Hedbergs raka motsats. Anders Bjelle var sålunda kraftfull företrädare för reumatologin och ledde verksamheten ut ur Med Klin II till att bli egen klinik 1985. Däremot



Delar av forskningsavdelningen utanför Mikrobiologhuset på Guldhedsgatan år 2007

var Anders Bjelle utomordentligt skeptisk till reuma-immunologisk forskning. ”Tyvärr har immunologin, som prioriterats med stora anslag i decennier, ännu inte presterat mycket användbart inom reumatologisk diagnostik och terapi” (i boken SRF 50 år, 1996)

Under Bjelles tid utvecklades klinisk forskningsverksamhet i Göteborg med disputationer av bl.a. Monica Ahlmén, Eva Bagge, Magnus Gudmundsson och Gösta Bendix.

”En enastående miljö för translationell forskning”

Andrzej Tarkowski

Helge Hedberg hade tidigt sett Andrzej Tarkowskis potential som kliniker och forskare och tog också de inledande stegen med målet att den unge vetgirige underläkaren skulle få gedigen forskarutbildning inom immunologin. Sålunda traskade Helge och Andrzej upp till Guldhedsgatan 10 där de mikrobiologiska laboratorerna huserar än idag. Den alltid kloke och positiva kliniska immunologen Lars-Åke (Lasse) Nilsson blev på detta sätt huvudhandledare för Tarkowski. Avhandlingsarbetet var inriktat mot Reumatoid faktorer och delarbetena innehöll såväl kliniska som laboratorietekniska nyheter. Andrzej visade att förekomst av IgA-RF var associerat till lederosivitet och han satte, tillsammans med den kreati-

ve franske forskaren Cecil Czerkinsky upp en alldeles ny analysmetod för att påvisa immunglobulin- och antikroppsproduktion på enskild cellnivå – ELISPOT-metoden fick på detta vis sin tillblivelse.

Andrzej trivdes mycket bra i den vetenskapliga miljön på Guldhedsgatan där han samarbetade med kollegor som Jan Holmgren, Ann-Marie Svennerholm, Lars-Åke (Nenne) Hanson och Catharina Svanborg. Han rekryterade sin första doktorand och det blev Hans Carlsten. Men denne hann knappt påbörja sina studier av T cellsfunktion hos SLE möss förrän Andrzej ville ut i världen för att göra en post-doc. 1986 for han till Bill Koopman och Jiri Mestecky i Birmingham Alabama i USA och lärde sig ofantligt mycket om immunologi. Den oerfarne Carlsten fick kämpa på egen hand hemma i Göteborg men han hade fint stöd av Lasse Nilsson och sedermera även av Rickard Holmdahl, då verksam i Uppsala och med ett intresse för östrogen hormons effekter på inflammation och artrit. Östrogenforskningen har Carlsten varit trogen nu i över 30 års tid och i samband med att han åtog sig uppdraget som prefekt 2009 har Ulrika Islander mer och mer tagit över ansvaret för laboratoriet.

Till Klinisk Immunologi

När Andrzej återvände från sin post-doc 1987 var det ganska tufft att få anslag och återetablera forskningen. Den ännu lilla forskargruppen flyttade till institutionen för klinisk immunologi som leddes av Nenne Hanson. Här rädde en verkligt trivsam

atmosfär och människor från hela världen välkomnades till forskningssamarbeten. Nu inleddes en alldeles exceptionell utveckling inom den reuma-immunologiska verksamheten. I djurhuset hittades en sommarmorgon 1989 mycket svullna och rodnade tassar på mössen. Andrzej kunde isolera toxinproducerande Stafylockocker och etablerade därmed den första spontana modellen för septisk artrit. Bara några dörrar bort fanns expertis inom bakteriologi och vaccinologi så projektet kunde få en enastående bredd. Avhandlingarna om septisk artrit kom nu på löpande band; Tomas Bremell, Elisabeth Josefsson, Arturo Abdelnour, Yi-Xue Zhao, Ing-Mari Nilsson, Olof Hultgren, Inger Gjertsson, Margareta Verdrengh, Egidija Sakiniene, Lena Mölne, Tao Jin och fler därtill.

Institutionsavdelningen växer

1996 erhöll Andrzej Tarkowski – i tuffast tänkbara konkurrens - professuren efter Anders Bjelle som gick i pension. Efter några år flyttade oral mikrobiologi till odontologen på medicinarberget och äntligen fick reumatologforskarna sina egna lokaler - fortfarande på Guldhedsgatan. Forskningsavdelningen växte såväl genom egen tillväxt som genom att forskare ville flytta till oss. Ett flertal forskare inom det immunologiska och mikrobiologiska fältet ville flytta till reumatologerna som verkade ha så kul och alltid var positiva till nya projekt. På detta vis växte gruppen kraftfullt när fagocytbiologen Claes Dahlgren, oralimmunologen Ulf Dahlgren, virusimmunologen Kristina Eriksson och exosomforskaren Esbjörn Telemo flyttade in. Det dröjde inte länge förrän två docenter från medicinsk mikrobiologi, Anna Rudin och Catharina Lindholm framförde sitt intresse att bli kliniska specialister i reumatologi och etablera sig och ta med sitt kunnande från forskning inom allergi och *Helicobacter pylori* till oss reumatologer. Det var förstas oerhört roligt och dessutom utvecklande att vi fick denna både djupa och breda kompetens i vår forskningsavdelning.

Bred utveckling

Efter att ha kämpat mot en malign sjukdom i två år avled Andrzej Tarkowski den 1 juni 2008. Han var såväl kliniskt som forskningsaktiv ända in i det sista. Han hade med sin outtröttliga entusiasm och med stöd av oss andra lyckats skapa en enastående miljö för det vi idag kallar translationell reumatologisk forskning. Kliniska frågeställningar försöker vi belysa med en lång räckvidd metoder och till det krävs bred kompetens och ett öppet sinne. Forskningsavdelningen har, om än i en något lugnare takt, fortsatt att växa under de gångna 10 åren. Många medarbetare har efter försvar av sina avhandlingar gått vidare, blivit docenter och



Andrzej Tarkowski - professor 1996-2008

professorer. Maria Bokarewa kom till oss från Stockholm och har en professur finansierad av Göteborgs läkaresällskap för sina studier av survivin vid artrit. Helena Forsblad fortsätter sitt arbete med studier av AS och benmetabolism och är sedan några år professor i Umeå. Inger Gjertson for efter sin disputation till London för en post-dok och tog med sig avancerad hem genetisk

Ekwall har etablerat sin thymusforskning hos oss och tillträdde för några år sedan en professur i pediatrik immunologi. Catharina Lindholm beslutade sig efter några år som forskande reumatolog att fortsätta sin karriär på Astra Zeneca där hon ansvarar för kliniska prövningar.

EULAR Centre of Excellence

Någon kanske tycker att det reumatologiska forskningslandskapet i Göteborg är alltför brett och brokigt. Jodå, vi kan nog hålla med om att en mer fokuserad och smalare profil kanske kunde göra oss starkare och konkurrenskraftigare i en internationell forskningsjämförelse. Å andra sidan är det faktiskt väldigt kul och stimulerande att vi har så många och ganska olika projekt igång. Avdelningen blev utsedd till EULAR Centre of Excellence in Rheumatology Research 2012 - 2017 och det är nu förlängt till 2022. Vi utgör sedan länge en egen avdelning inom den väldigt stora medicininstitutionen vid Sahlgrenska Akademien och med över hundratalet medarbetare varav 10 talet professorer (4 med kombinationsanställning) och ett stort antal doktorander och post-doc:ar står vi oss ganska väl rustade inför framtida utmaningar. I den akademiska vardagen vid Sahlgrenska Akademien och Göteborgs Universitet har vi också ett stort engagemang där vi bemannar viktiga fakultetsuppdrag såsom vicedekan för forskarutbildningen, prefekt för medicininstitutionen, ordförande för lärarförslagsnämnden, vicedekan och strateg för ALF frågor, ledamot i Akademistyrelsen mm.

Forskning och sjukvård

En avgörande faktor i framgången för reumatologisk forskning i Göteborg har varit ett nära och allt som oftast mycket gott sam-

”Forskning och sjukvård hänger ihop”

transfektionsteknik som hon kunde etablera här i Göteborg. Idag är hon professor och arbetar tillsammans med Rikard Holmdahl i sökandet efter biomarkörer för RA. Anna Rudin har numera ett spännande forskningsprogram kring immunreglerande effekter av nya biologiska behandlingar vid RA och har en professur finansierad till 50 % av Astra Zeneca. Kaisa Mannerkorpi erhöi en forskartjänst vid VR och är numera professor i fysioterapi. Lennart Jakobsson rekryterades från Malmö/Lund för fem år sedan och har etablerat epidemiologisk reumaforskning i Göteborg och dessutom lyft fram gikt på ett helt nytt sätt såväl i kliniken som i forskningen. Lennart har nu lärt upp bland andra kollegorna Mats Dehlin och Ulf Lindström i epidemiologins och registerforskningens konst. B-cellsimmunologen Lill Mårtensson, vår nuvarande avdelningschef, ville efter många år i England återvända till Sverige och erhöi en professur i immunologi vid vår avdelning. Tao Jin, vår biträdande avdelningschef har fortsatt sin forskning om septisk artrit med omfattande stöd från VR. Barnläkaren Olov



Andrzej Tarkowski, Tomas Bremell, Hans Carlsten på kliniken år 2007

arbete med sjukvården. Det är viktigt att de akademiska profilerna arbetar i sjukvården och så är verkligen fallet. Under många år på 90 talet och in på det nya millenniet var det professorerna i reumatologi som ansvarade för de två reumatologiska slutenvårdsavdelningarna. Ett viktigt nytt inslag i den akademiska reumatologin är en ganska nyligen etablerad och välfungerande och modern prövningsenhet för forskarinitierade liksom företagsbaserade läkemedelsstudier på Sahlgrenska sjukhuset. Här bedrivs viktiga kliniska studier och unga kollegor tränas i denna viktiga form av forskning.

Framtiden

Hur ser då den reumatologiska forskningen i Göteborg ut i framtiden. Tre saker tror vi kommer få större betydelse. Det första är förstås en fortsatt utveckling av diagnostik, prognostik och terapi baserad på nya kunskaper inom genetik och molekylära cellbiologin. I det sammanhanget kommer vi säkert kunna bidra eftersom vi har duktiga basalforskare inom immunologi och inflammationsforskning på vår avdelning. Det andra är att vi kommer samverka ännu mer med våra kollegor inom de andra medicinska specialiteterna. Samsjuklighet eller komorbiditet är uppenbart inom flera discipliner. Vi tror att diagnostik, prognostik, profylax, terapi, livskvalitet och överlevnad skulle kunna förbättras avsevärt om vi har ett bredare perspektiv än bara det strikt reumatologiska. Här tror vi att Sahlgrenska Akademien och Universitetssjukhuset på grund av sin storlek vad gäller patientströmmar, forskningskapacitet och goda samarbete kan komma att ligga i framkant. SCAPIS projektet som är en mycket stor

nationell studie av riskfaktorer för hjärt- och lungsjukdomar har sitt ursprung just i Göteborg och kan stå som modell för hur vi bättre skall förstå varför vissa individer drabbas av många olika diagnoser medan flertalet klarar sig undan. Den tredje stora utmaningen är enligt vår mening artros. I ärlighetens namn har det inte skett några stora genombrott när det gäller denna mycket vanliga sjukdom. Att proteskirurgi fortfarande är den slutgiltiga behandlingen är förstås inte tillfredställande. Även här tror vi att forskare från fler kunskapsområden måste samarbeta för förstå vad som händer och varför. Det måste vi kunna klara av för att hitta effektiv terapi mot alla dessa höfter och knän som värker och till slut hamnar på operationsbordet.

Det kommer förhoppningsvis ges goda möjligheter att arbete tillsammans med andra forskare när det stora nya forskningshuset "Sahlgrenska Life" är på plats mellan sjukhuset och Medicinareberget om så där 6-8 år. Det reumaimmunologiska laboratoriet kommer få en central position eftersom vi har den eftertraktade kompetensen inom immunologi/inflammation som ju är grundläggande för många medicinska specialiteter. Det är ett viktigt planeringsarbete som nu pågår och många av oss som företräder reumatologin är delaktiga på olika nivåer.

Tomas Bremell
doc, överläkare

Hans Carlsten
professor, prefekt, överläkare



SRFs stipendium till Andrzej Tarkowskis minne

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

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

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

Svensk Reumatologisk Förening utannonserar härmed ett forskningsstipendium till Andrzej Tarkowskis minne. Stipendiet ska tilldelas en nyligen (för mindre än fem år sedan) disputerad forskare inom reumatologi som söker besvara kliniska frågeställningar med hjälp av integrerade molekylära, experimentella och patientnära vetenskapliga metoder. Med andra ord en forskare som i Andrzej Tarkowskis forskningsanda bidrar till lösningen av någon av reumatologins framtida utmaningar.

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

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

Ansökan ska innehålla CV (max 2 sidor), nomineringsbrev från senior forskarkollega och en kortfattad beskrivning av det aktuella projektet (max 1 sida).

Ansökan skickas enbart elektroniskt till SRF:s koordinator. E-post: koordinator@svenskeumatologi.se

Sista ansökningsdag är 1 maj 2018. Nomineringarna bedöms av medlemmarna i SRF:s professorskollegium. Medlemmar som själva nominerat eller som har andra starka vetenskapliga kopplingar till någon nominerad medverkar inte i bedömningen. SRF:s styrelse utser stipendiaten efter att ha tagit del av professorskollegiets bedömningar. Stipendiet delas ut under Reumadagarna i Uppsala, 19-21 september 2018.

Per-Johan Jakobsson
Vetenskaplig sekreterare, SRF

Scandinavian research foundation/ Scandinavian Journal of Rheumatology

Svensk Reumatologisk Förening har via Editorial Board i Scandinavian Journal of Rheumatology återigen i år fått möjlighet att utlysa ett stipendium på 100 000 norska kronor.

Stipendiet kommer att delas ut till en etablerad forskare inom reumatologi – som dock ännu ej erhållit akademisk tjänst i form av professur – och som bedrivit aktiv och framgångsrik forskning.

Motsvarande stipendium kommer också att delas ut av de övriga skandinaviska reumatologiföreningarna.

Nomineringar till stipendiet sändes enbart elektroniskt till SRF:s koordinator: koordinator@svenskeumatologi.se, senast den 1 maj 2018.

Nomineringen ska bestå av nomineringsbrev från en senior kollega, väl förtrogen med ditt arbete, CV, publikationslista och en kort beskrivning av aktuell forskning.

Stipendiaten utses av Svensk Reumatologisk Förenings styrelse utifrån bedömningar av en sakkunnigkommitté, och stipendiet kommer att överlämnas i september 2018 vid Scandinavian Congress of Rheumatology's möte i Helsingfors. Stipendiatens resa och boende i samband med kongressen betalas av Scandinavian Research Foundation.

Per-Johan Jakobsson



Reumatologisektionen vid Ängelholms sjukhus

Ängelholms sjukhus, grundat 1870, är beläget centralt i staden. Sjukhuset är en del av Skånevård Sund, som är en av Region Skånes fyra hälso- och sjukvårdsförvaltningar. Dit hör också sjukhusen i Helsingborg, Landskrona och Trelleborg samt primärvården i västra Skåne, flyktinghälsan och psykiatrin. Det har funnits reumatologisk verksamhet i Ängelholm sedan senare delen av 1970-talet.

Vi besökte nu i januari 2018 den reumatologiska sektionen vid Medicinkliniken, och hade då tillfälle att tala med de tre läkarna och några av de andra medarbetarna.

Göran Karlsson är sektionsöverläkare:

– Här i Ängelholm har det funnits reumatologisk verksamhet länge. Jag kom från Karolinska till reumatologkliniken i Helsingborg 1999. Vid den tiden var medicinklinikerna i Helsingborg och i Ängelholm organiserade som en gemensam klinik. Vi reumatologer i Helsingborg pendlade till Ängelholm, men det fanns, sedan 90-talet tror jag, en fast reumatolog, Bo Holmgren. Klinikerna delades sedan, och efter det har det mestadels funnits en reumatolog här på plats.

Från 2000 efterträddes Bo Holmgren av Astrid Schröder. Hela tiden har reumatologin varit en sektion inom medicinkliniken, och så är det fortfarande. Bo Holmgren var till stor del också engagerad inom medicinklinikens verksamhet med ansvar för vårdplatser och allmän internmedicinska patienter. Reumatologin var en del av hans arbete. Astrid Schröder tjänstgjorde däremot helt som reumatolog.

Den reumatologiska verksamheten tillhör i dag Hälsostaden, ett särskilt sjukvårdsområde som delvis ligger utanför Region Skåne som ett slags dotterbolag. Det började som ett pilotprojekt 2013 och drivs gemensamt av Region Skåne och Ängelholms kommun. Delar av medicinkliniken tillhör Hälsostaden, medan andra tillhör sjukvårdsområde Sund inom Region Skåne.

– Att ingå i Hälsostaden är på ett sätt bra, säger Göran Karlsson, eftersom det innebär att vår verksamhet är litet mer självständig och i någon mån är det öppet för egna idéer när det gäller att organisera verksamheten. Många tycker att det är positivt.



Personal vid Reumatologimottagningen i Ängelholm. Från vänster: Anna Thorell, sjukgymnast, Karin Ekström, sköterska, Eva Lindelöv, randande ST, Johanna Norlin, sköterska, Torvald Berg, reumatolog, Ingrid Haraldsson, arbetsterapeut, Annika Svensson, sekreterare, Göran Karlsson, reumatolog, sektionsöverläkare, Fabrina Sadiq, ST reumatologi. Foto: Bengt Lindell.

Stabil bemanning

– Läkarbemanningen består av två överläkare, Torvald Berg och jag, och vår ST-läkare Fabrina Sadiq, som kom hit i november 2016.

– Jag har varit här i 7 år, berättar Göran Karlsson. Dessförinnan arbetade jag i Helsingborg i 7 år och på Spenshult i 2½ år. Ursprungligen kom jag från Karolinska, där jag jobbade på 90-talet. Jag började min reumatologbana i Karlstad hos de utmärkta reumatologerna Jon Lien och Jan Castenhag. Här i Ängelholm tjänstgör jag på halvtid, och resten av tiden i Bodö i Norge.

”Vi är ett välfungerande team som på ett verkligt sätt arbetar tillsammans”

Överläkare Torvald Berg tjänstgör 100%:

– Jag har en bakgrund från Spenshults reumatikersjukhus, där jag var i 24 år. Här i Ängelholm har jag varit sedan 3½ år tillbaka.

Fabrina Sadiq har nu varit i Ängelholm som ST-läkare i reumatologi i 15 månader:

– Mitt första jobb som läkare efter examen var i Vasa i Finland. Jag kommer från Frankrike och gjorde min medicinska grundutbildning i Rumänien. Inför arbetet i Vasa gick jag en intensivutbildning i

svenska språket i Stockholm. Vasa är ju tvåspråkigt, och ibland fick jag där ta till tolkhjälp vid möte med finsktalande patienter.

Reumatologisektionen, liksom en del andra mottagningar, har precis flyttat till nya lokaler i en nyrenoverad del av sjukhuset. Flytten skedde i oktober 2017. Medarbetarna är mycket nöjda med de nya lokalerna, som är rymliga, väl disponerade och ljusst inbjudande.

Göran Karlsson berättar vidare:

– Det finns två reumatologiska sjuksköterskor på heltid och 1,6 undersköterskor, som är gemensamma för denna mottagningsenhet, som omfattar reumatologi, neurologi och gastroenterologi. Vi har ett reumateam, där det ingår en läkarsekreterare, en sjukgymnast, en arbetsterapeut, en kurator som arbetar dels för oss och dels med en del annan verksamhet och en dietist som tillhör medicinkliniken, men som är knuten till vårt team.

– Vi tycker att vi tillsammans är ett väldigt välfungerande team, som på ett verkligt sätt arbetar tillsammans. Vi har behandlingskonferenser där vi träffas kring patienter och vi har temamöten en gång i månaden, där alla är samlade och där vi diskuterar driftssaker, utveckling och organisation. Där bedriver vi också utbildning. Vi har verkligen bemödat oss om att det skall vara ett levande team kring patienterna. På sina håll finns kanske en tendens att teamarbete försvagas i och med att vi har fått

effektivare medicinsk behandling inklusive de biologiska, men här har vi starkt inriktat oss på att behålla teamets roll och det tycker vi att vi har lyckats med.

Rehabiliterande behandling ger vi genom vår arbetsterapeut och vår sjukgymnast. Det finns varmbassäng på sjukhuset.

Röntgenrund har vi en timme varje torsdag eftermiddag. Oftast går det till så att vi anmäler de patienter som skall tas upp för diskussion med röntgenläkare på denna rond. Detta arbetssätt fungerar alldeles utmärkt och det har blivit ett bra samarbete.

Rent poliklinisk verksamhet

– Vi har den här polikliniken, där vi följer alla typer av diagnoser inom reumatologin, men vi har ingen planerad sluten vård. Det händer ju att våra patienter kommer in via akutmottagningen för olika saker och kan behöva inläggning. Ibland kan det komma någon nydebuterad reumatologisk patient, som hamnar på en medicinsk avdelning. Då sköter vi dessa patienter på konsultbasis. Vi brukar inte från vår sida lägga in patienter där. När vi någon gång har exempelvis en patient med vaskulit eller annat tillstånd, som är i behov av reumatologisk slutenvård, så remitteras den patienten till Lund.

– Det finns en dagavdelning, gemensam för neurologi, gastroenterologi och reumatologi, där vi ger infusioner och behandlingar över dagen. Där har vi våra öronmärkta reumasköterskor som svarar för våra patienter, liksom det finns gastro- och neurosköterskor.

– Vårt upptagningsområde omfattar c:a 90 000 invånare. År 2017 hade vi 1944 patientbesök till läkare, varav 300 nybesök. Övriga var återbesök och där ingår också injektionsbesök. Vår sköterska hade under året 90 besök för information om läkemedel, uppstart av behandling och annat. På dagavdelningen är det mest infusioner av läkemedel. Vi har just nu 32 patienter som står på behandling med infliximab och 16 på rituximab. Totalt är det 274 patienter som står på biologisk behandling.

– Vad gäller väntetider följer vi i dag vårdgarantin. Vi klarar alltså att se nya patienter inom 90 dagar. Vi har nu inte heller några väntetider för återbesök, utan håller de avsedda återbesökstiderna. Hur har vi lyckats med det? Jo, vi har haft en systematisk inriktning, Torvald och jag, under de senaste tre åren, att renodla mottagningen. Vi gick igenom våra mottagningspatienter och övervägde varje ny patient som kom: "Behöver denna patient i fortsättningen följas här?" Principen var att de patienter som vi skulle följa upp här skulle ha inflammatorisk-reumatisk sjukdom och behov av DMARD. Andra patienter remitterade vi ut och avslutade. Vi tittade också på om det fanns rutinmässiga planerade återbesök som kanske inte är nödvändiga, och sökte



Torvald Berg, Fabrina Sadiq och Göran Karlsson. Foto: Bengt Lindell



Ängelholms sjukhus. Foto: Bengt Lindell

bedöma vad som var behövliga intervall för återbesöken. För en patient som varit stabil på en välfungerande behandling i flera år kanske det kunde räcka med ett läkarbesök per år eller rentav med 1½ års mellanrum. Det skulle förstås alltid finnas möjlighet att ringa vid oväntade problem. Genom det arbetet har vi lyckats med att få bort köerna.

– Så fick vi möjlighet att anställa en ST-läkare. Det har man aldrig haft här förut. Det hade varit svårt att rekrytera specialister till denna lilla enhet, kanske för att man förväntade sig att det skulle vara en stor arbetsbelastning. Därför ville vi välja strategin att utbilda en egen ST-läkare. Det utlystes och det var flera sökande. Så an-

”Lätta och konstruktiva samarbeten över specialistgränserna”

ställdes Fabrina. Hon har snabbt vuxit in i arbetet och är väldigt produktiv. Det hjälpte också till att arbeta bort köerna.

Göran Karlsson vill också gärna framhålla att man har mött positiv inställning och gott stöd från klinikledningen:

– Vi fick också stöd till att få anställa vår ST-läkare, som har en ren reumatologisk ST-tjänst och inte kommer att bli internmedicinare. Detta till skillnad från ST-tjänster

i medicinska grespecialiteter vid medicinkliniken.

Kapacitet som motsvarar behovet

– Med den bemanning och det arbetssätt, som vi nu har, klarar vi att motsvara behovet av reumatologisk vård utan väntetider. Och dessutom har vi många kolleger i primärvården och bland blivande internmedicinare som vill komma hit för randutbildning. Nästan hela tiden har vi en sådan randutbildare. De brukar tjänstgöra 3 eller 4 veckor hos oss. Vi har fått till ett bra teamarbete. Det gör att folk trivs och det bidrar till att arbetet fungerar bra.

Vi diskuterar relationer och samarbete med andra verksamheter och specialiteter

– Kontakterna med primärvården är huvudsakligen att de remitterar till oss, säger Göran Karlsson. Vi har inte haft några systematiska möten eller utbildningar. Vi får i genomsnitt 10-15 remisser i veckan eller omkring 400 per år och vi gallrar noggrant. Vi läser remisserna, och tycker vi att det är patienter som inte vi behöver se, utan som kan tas omhand i primärvården, skriver vi

svar med konkreta råd: ”gör så och så, det är som vi skulle göra”. Det betyder att vi har ett ganska strikt galler för inkommande fall. Det är nog 15-20 % av remisserna som avvisas på det sättet.

Torvald Berg tillägger:

– För ett par år sedan gick vi ut med en liten skrivelse till distriktsläkarna. Vi hade då under en period tyckt att kvaliteten på remisserna kanske inte var så jättehög. Vi informerade om att det ständigt finns en doktor som går med en jourtelefon och som man kan ringa och diskutera om hur man skall göra med en patient. Vi gjorde då också ett minikompendium på 3-4 sidor som remisstöd – vad man skall tänka på innan man skriver remiss med frågeställning om RA, psoriasisartrit, SLE, och så vidare”. Effekten av det var framför allt att vi fick flera telefonsamtal. Det tycker jag är bra, för det är ganska mycket som man kan lösa med en telefonkontakt.

Angående kontakterna inom sjukhuset fortsätter Göran Karlsson:

– Detta sjukhus är ”lättarbetat” Det finns en tradition av lätta och konstruktiva sam-

arbeten över specialitetsgränserna. Vi har mycket kontakter med lungmedicinerna, öron-näsa-hals och så vidare. Reumakirurgi, handkirurgi och ortopedi har vi också tillgång till här på sjukhuset. Det är ganska få patienter som behöver remitteras till universitetssjukhus.

De tre är eniga om att de lätta kommunikationerna är en fördel med ett mindre sjukhus. Det är små avstånd, och det är alltid lätt att få tag i t. ex. en gastroenterolog, en neurolog eller en lungmedicinare när det behövs – de finns en bit bort i korridoren bara och ofta kan man klara ut frågor utan en massa formalia.

Läkarna och de övriga medarbetarna vid Reumatologimottagningen i Ängelholm är stolta över att berätta om sin effektiva verksamhet med korta väntetider, nöjda patienter och en positiv anda hos medarbetarna. Personalsituationen är stabil och man räknar med att grunden är säkrad till en fortsatt trygg utveckling.

Bengt Lindell



RUC

Reumatologins Utvecklingsprogram för Chefer

SRF fortsätter sin strategiska satsning på chefs- och ledarskapsutveckling
Till hösten startar ett mentorskapsprogram för 12 nya chefer (adepter) och 12 mentorer
Programmet pågår under ett år med start i Göteborg 24-25 oktober
Mer information på hemsidan www.svenskreumatologi.se



Catharina Wöhlecke-Haglund



Boel Mörck

Välkomna!

The Interleukin-23 axis and innate immunity in the airways

Författare: Marit Stockfelt. Akademisk avhandling som för avläggande av medicine doktorexamen vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet kommer att offentliggöras fredagen den 1 december 2017 kl 09.00 i Föreläsningssalen våning 3, Guldhedsgatan 10 A. **Fakultetsopponent:** Professor Thomas Sandström, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet, Sverige.

Abstract

The Interleukin-23 (IL-23) axis is a communication system that integrates innate and adaptive immunity. When triggered by microbial stimuli, antigen presenting cells can secrete the cytokine IL-23, leading to the production of IL-17 and IL-22. These cytokines facilitate the recruitment of neutrophils that can eliminate microbes, but may also cause epithelial damage through extensive inflammation. At the same time, the IL-23 axis protects the epithelium through the production of antimicrobial peptides.

The protective role of the IL-23 axis for local epithelial defence led us to ask whether inflammatory cells of the airway epithelium can produce IL-22, a cytokine

associated with the IL-23 axis. We showed that airway macrophages responded to IL-23 and a bacterial stimulus with the secretion of IL-22. This constitutes a local and accessible source of IL-22 during activation of the innate arm of pulmonary host defence.

The IL-23 axis leads to neutrophil recruitment which risks damaging epithelial tissue. Therefore, a strict regulation of the production of these cytokines is necessary. We showed that IL-17 exerts a negative feedback effect on IL-23, thus decreasing its own production. Further, the IL-17 receptor was present on macrophages demonstrating a prerequisite to this response.

The airway epithelium is protected by antimicrobial peptides functioning as inn-

ate antibiotics, several of which are regulated by the IL-23 axis. We demonstrated the expression of two antimicrobial peptides, calprotectin and LL-37, in healthy human airways. Of these, only LL-37 was induced by the gram-negative bacterial stimulus endotoxin in this setting. This demonstrates the involvement of LL-37 in the innate immune response against gram-negative bacteria.

Finally, we quantified cytokines associated with the IL-23 axis in smokers with and without chronic obstructive pulmonary disease. Airway IL-17 did not differ significantly between the groups, but plasma IL-22 was increased in smokers, demonstrating a smoking induced systemic effect on the IL-23 axis. Neutrophils in the airways displayed signs of activation and could be further activated by TNF α , indicating that the local microenvironment can affect neutrophil activation.

Keywords

IL-23, IL-22, IL-17, airway, LL-37, neutrophil, macrophage

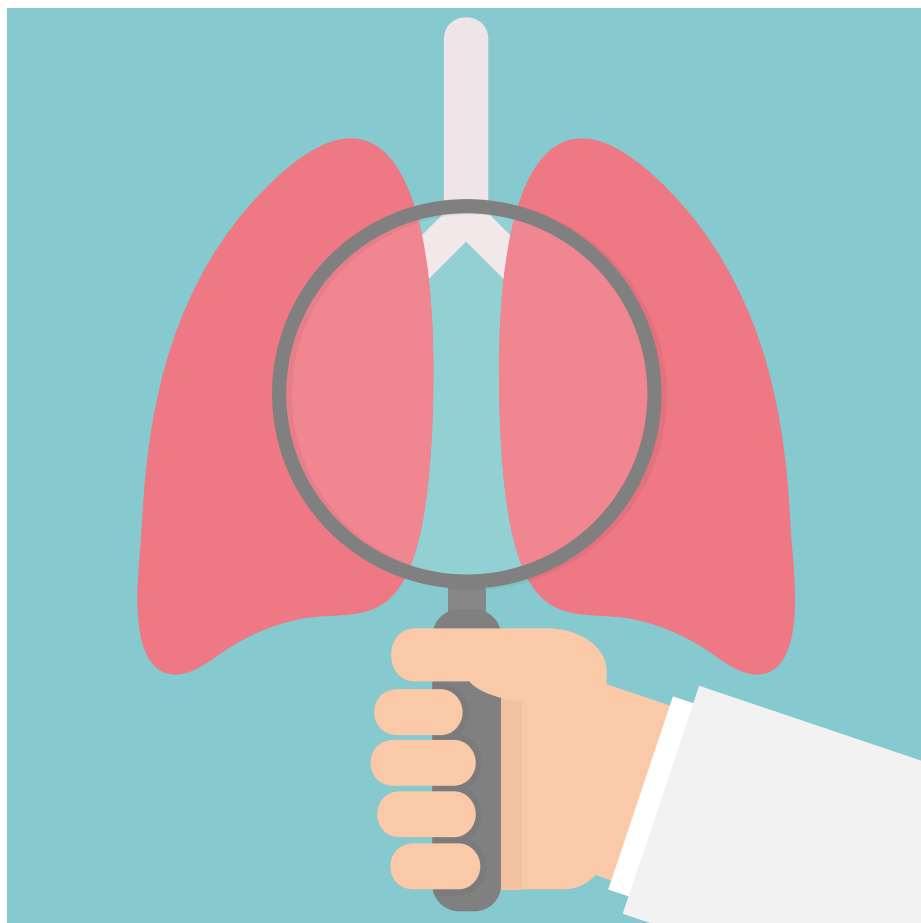
ISBN

978-91-629-0308-4 (tryck)

978-91-629-0309-1 (pdf)

List of papers

1. Hansson M, Silverpil E, Lindén A, Glader P. Interleukin-22 produced by alveolar macrophages during activation of the innate immune response. *Inflammation Research* 2013; Jun;62(6):561-9.
2. Silverpil E, Wright AK, Hansson M, Jirholt P, Henningsson L, Smith ME, Gordon SB, Iwakura Y, Gjertsson I, Glader P, Lindén A. Negative feedback on IL-23 exerted by IL-17A during pulmonary inflammation. *Innate Immunity* 2013 Oct; 19(5):479-92.
3. Smith ME*, Stockfelt M*, Tengvall S, Bergman P, Lindén A, Qvarfordt I. Endotoxin Exposure Increases LL-37 – but Not Calprotectin – in Healthy Human Airways. *Journal of Innate Immunity*. 2017. *Joint first authorship.
4. Stockfelt M, Christenson K, Andersson A, Björkman L, Padra M, Sun J, Levänen B, Ganguly K, Asgeirsdóttir H, Qvarfordt I, Bylund J and Lindén A. Neutrophil activation and associated cytokines before and after extravasation into the airways of smokers with and without COPD. Manuscript in preparation



Ur vardagen

Jul- och nyårshelgernas utmaningar...

Detta rör sig om en juridikstuderande ung kvinna som söker akut kl. 06:00 på morgonen på julafton på grund av 3–4 dagars ihållande bröstorgssmärta som förvärras vid djupandning och med viss rörelsekorrelation. Nu svårt att hantera smärtan, upplever andnöd. Produktiv hosta, grönt slem som ibland är blodtillblandat. Negerar feber. Orienterande prover visar lätt avvikande D-Dimer på 1,4 mg/L, CRP 59 mg/L och ALAT 1,32 μ kat/L. Allt övrigt i rutinlab på Akutmottagningen är helt utan anmärkning. På grund av provsvaret beslutar juren att göra en datortomografi av thorax, främst för att utesluta lungemboli. Bild DT1 visualiserar en 2 cm rundad förändring med central uppläring.

På basen av fyndet väcks misstanke om infektion, främst TBC då patienten kommer från Armenien, men även misstanke om svamp. Patienten läggs in. Provtagning med IGRA. Flera försök till inducerat sputum för odling/PCR med magert resultat som ändå skickas för analys. Föreslås för bronkoskopi som dock inte genomförs i detta läge och planeras för biopsi.

Fördjupad anamnes under juldagen och mellandagarna ger en hel del ytterligare information:

Patienten har varit tröttare än normalt under det senaste året. Nästäppa av och till samt några episoder av näsblod vilket hon inte tidigare besvärats av. Opererad i näsan tidigare, lite oklart om det varit för polypos eller mer kosmetiskt. Mångåriga besvär med höger knä, smärta och värk som behandlats med NSAID och Tramadol. På grund av tilltagande besvär från höger ben, men även besvär från höger arm med svaghetskänsla och sensibilitetsbortfall i delar av hela höger kroppshalva inklusive ansiktet blir hon utredd på Neurologen under hösten. MR hjärna u.a., s-IgM-stegring till 2,7 g/L (0,45–2,3) men inga andra avvikande fynd i utredningen eller vid klinisk undersökning. Man har beslutat en förnyad MR hjärna efter sex månader. Patienten upplever själv att symptomen är stressrelaterade. Patienten upplever sig nu ytterligare försvagad, i båda benen. Hon undergick IVF som dessvärre slutade med ett tidigt missfall under sommaren. Graviditetsönskan sedan tioalet år. Nyttillkommet utslag på ett ben, eksemliknande. Svar på klassisk SR anländer och är 84, under höstens utredning SR 27 och i mars samma år SR 12.

Beslut fattas på annandagen om att bredda utredningen med tillägg av datortomo-



DT 1

grafi av sinus som inte visar någon slemhinnesvullnad men något mer prominent concha inferior på vänster sida jämfört med höger. Tillägg av ANCA till provtagningen. Tularemiserologi, HIV. Hudkonsult. Patienten upplever sig tilltagande försämrad, framförallt tilltagande smärta i bröstorg, främst vid andning.

I samband med lungbiopsi liten pneumothorax, prov skickas för TBC-diagnostik, PCR, odling och direktmikroskopi. PCR och mikroskopi utfaller negativa, 7 veckor till odlingssvar. Svar på Tularemiserologi ankommer, svagt positivt 1,6 (<1,1) som dock inte går att i bekräfta med kompletterande analys som ankommer någon vecka senare. CRP i stigande, nu 72 mg/L. Hudkonsult bedömer förändringarna som ett ospecifikt eksem vilket senare bekräftas av PAD. Patienten går på permission med recept på Ciproxin på låg misstanke om Tularem. CRP har stigit till 113 mg/L. I samband med utskrivning på nyårsafton noteras i journalen att patienten har haft ont i höger öra vilket inspekteras med möjligen något förtjockad trumhinna. Man bedömer det hela som bakteriellt orsakat och fortsätter Ciproxin-behandlingen samt lägger till Amimox och planerar för ett snart polikliniskt återbesök.

Första dagen efter helgerna, den 2/1 kontaktas infektionsjouren då patienten har en lågt positiv PR3-ANCA 26 IU/mL. Man bedömer att det hela kan hanteras i samband med återbesök till infektionsjouren nästkommande dag.

Jouren uppmärksammar den longitudinella anamnesen, försämrade symptom från örat inklusive gult sekret på kudden, subfebrilitet, ytterligare trötthet. Inga fynd av svamp i biopsin som tagits, HIV negativ. Kontakt med reumatologjour och patienten läggs in för kompletterande utredning på Reumatologen.

Förnyad ANCA fortsatt positiv för PR3 i stigande titer, nu 45 IU/mL. ÖNH-konsult hittar inget annat än förtjockad trumhinna med bakomstående sekret. Patienten har



DT 2

behandling mot otit med Amimox vilket fortsätts. Nässköljning rekommenderas. Septumdeviation med kompensatoriskt förstörd vänster concha, således inget som ter sig inflammatoriskt. Nefrologisk utredning visar svag positivitet för proteinuri på en urinsticka vilket ej upprepas. Övriga prover helt utan anmärkning. Mikroskopi visar inget avvikande, inga korniga cylindrar. Komplettering med hepatitserologi inför högdos steroidbehandling och ytterligare immunsuppression, visar utläkt hepatit C. På grund av svaghet planeras komplettering med neurofysiologisk utredning där inget avvikande noteras, denna kan dock ej genomföras förrän efter att behandling inletts. Ultraljud buk utesluter gallvägsspatologi eller stenar och leverförändringar som orsak till lätt ALAT-stegring. IGRA utsvaras negativt för TBC.

Patienten erhåller Solu-Medrol 1000 mg/dag med planering för tre dagars behandling men där man på grund av trombocytökning till $1.147 \times 10^9/L$ endast ger 100 mg + 1.000 mg + 500 mg. Därefter 50 mg Prednisolon dagligen.

Patienten mår bättre fysiskt men blir uppjagad av kortisonet. Dock uppger hon nu hörselnedsättning i höger öra. Inspekteras med ilsken kärleteckning på hammarskafet men för övrigt inget sekret, ingen perforation.

Kontroll av lungförändringar (Bild DT2). Progress av den tidigare förändringen och tillkomst av ytterligare förändringar. Dessutom CRP ånyo i stigande, som lägst 35 mg/L, nu 72 mg/L.

Man beslutar i samråd med infektions-, lung- och reumatologkonsult om förnyad biopsiering. Denna gång tas prover för PAD men förnyade infektionsprover läggs av misstag också i formalin och kan ej analyseras.

Ytterligare en skiktröntgen genomförs och visar försämring av kända förändringar. Tillkomst av ytterligare nästäppa och lite blödning. Ny remiss till ÖNH. Nu ser man

slemhinneförändringar som biopseras. Blodig upphostning vid något tillfälle. CRP 100 mg/L.

Patienten erhåller förnyad Solu-Medrol-pulsbehandling 500 mg x 2 istället för Prednisolon per oralt på grund av misstänkt dåligt behandlingssvar.

Frågor

1. Är det rimligt att anse att infektion är helt uteslutet?
2. Kan vi ge patienten Mabthera?
3. Hur skall man förhålla sig till Sendoxan?
4. Patienten har frysta embryon men inget barn. Andra behandlingsalternativ?
5. Hur bråttom är det? Nuläge med hörselbortfall, lungförändringar med progress, inget njurengagemang. Ny biopsi tagen från slemhinna i övre luftvägarna där nya förändringar konstateras. CRP i stigande, kraftig trombocytos.
6. Övervägande av Fragminbehandling?

Patienten vill veta att vi är säkra på diagnosen. Hon börjar läsa på Internet. Mycket oroad.

Sara Bucher

Reumatologiska kliniken, Örebro

Facit till 2017 · 5 och 2017 · 7

I detta nummer blir vi kanske lite klokare på två patientfall som presenterades i RB under hösten 2017. Fall nummer ett presenterades av Katerina Chatzidionysiou för två nummer sedan och handlade om en 35-årig helsvensk man som besvärades av feber, svettningar, vikttnedgång, torrhosta, återkommande aftösa sår i munnen samt hudutslag på ryggen och bröstet. I anamnesen omnämndes epididymit och utredningen visade tromber i höger hjärtkammare. Fall nummer två presenterades av Ioannis Parodis i förra numret och handlade om Fredrik, en 62-årig helsvensk man som utöver ursprunget uppvisade en del andra likheter med Katerinas patientfall, bland annat förekomst av endokardiella tromber och aftösa sår i munhålan. Utöver dessa symptom besvärades Fredrik av en invalidiserande sensomotorisk polyneuropati.

Efter extensiv utredning hittades inga hållpunkter till malignitet eller infektion som kunde förklara den kliniska bilden i dess helhet i något

av fallen. I Katerinas fall utföll omfattande mikrobiologisk diagnostik negativ. Patienten förnekade ledbesvär, ögon eller öronsymptom, eller sår i genitalia. De återkommande aftösa munsåren, erytema nodosum, acne-liknande utslag, den kraftiga inflammatoriska aktiviteten och de vaskulära manifestationerna förde tankarna till Mb Behçet. Vidare utredning visade ett negativt patergi-test, men genetisk analys påvisade positivitet för HLA-B51. Ioannis patient uppvisade utöver såren i munnen även lokala reaktioner på ställen där patienten hade fått Fragminsprutor. Patergireaktion? Patienten hade en allvarlig neurologisk påverkan, där upprepade neurologiska konsultationer inte ledde till någon konklusiv neurologisk diagnos. Även denna patient testade positivt för HLA-B51, vilket ändrade arbetsdiagnosen från PAN till neuro-Behçet.

Behçets sjukdom är en systemisk vaskulit som involverar blodkärl av olika storlekar. Syndromet är uppkallat efter den turkiska läkaren Hulusi Behçet som beskrev den kliniska triaden aftösa sår, genitala sår och irit år 1937. Sjukdomen hade även beskrivits några år tidigare, år 1930, av den grekiske doktorn Benediktos Adamantiades, varför den ofta benämns Adamantiades-Behçets syndrom i litteraturen.

Behçets syndrom är prevalent över hela världen, med uppvisar högst prevalens i östra medelhavsregionen och Asien. Tidigare ansågs syndromet i huvudsak drabba män, men modernare data tyder på en mer jämställd prevalens. Män tycks drabbas oftare i mellanöstern medan kvinnor dominerar i Nordeuropa och i USA. Vaskulära manifestationer förekommer hos upp till 40% av alla patienter, något oftare hos män. De kan involvera blodkärl av alla storlekar och vener drabbas oftare än artärer. Djupven-trombos är den vanligaste vaskulära manifestationen. Intrakardiell trombos är en sällsynt manifestation (förekommer hos <5% av patienterna) och är starkt associerad till andra vaskulära manifestationer. Studiedata tyder på att den viktigaste farmakologiska åtgärden är immunsuppression, och att enbart antikoagulation inte är tillräckligt.

Patient nummer ett fortsatte med prednisolon och blev också insatt på azatioprin och TNF-hämmare (infliximab). Efter samråd med koagula-

tionsläkare och kardiolog fick patienten även warfarin. Sjukdomen är i remission och de intrakardiella tromberna har gått i regress. Patient nummer två fick utöver warfarin behandling med höga doser steroider och cyklofosamid med god och snabbt etablerad effekt. Ett tag senare fick man byta från Waran till Fragmin på grund av svårinställd INR, delvis på grund av den pågående immunmodulerande terapin. Ny ekokardiografi är beställd för att se huruvida vänsterkammarmfunktionen är förbättrad och huruvida tromben har minskat i storlek eller förhoppningsvis försvunnit, samt därefter vidare avgöra indikationen för fortsatt blodförtunnande behandling.

Take home messages

1. "Off the road" Behçets sjukdom, även hos svenska patienter.
2. Vaskulära manifestationer kan innefatta DVT, tromboflebit, intrakardiella tromber, lungartäraneurysm, med mera.
3. Immunsuppression är viktigare än antikoagulation.

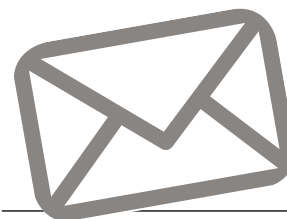
**Katerina Chatzidionysiou
Ioannis Parodis**

Reumatologkliniken
Karolinska Universitetssjukhuset



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@sll.se.



Tills dess, njut och le!
IOANNIS PARODIS

Reumakalender

2018

- | | | | |
|--------|---|---------|--|
| 15 mar | SK-liknande kurs: Bild och funktionsmedicin 15-16 mars Göteborg | 13 Juni | EULAR Congress 13-16 juni Amsterdam, Netherlands www.congress.eular.org/index.cfm |
| 21 mar | 11th European Lupus meeting 21-24 mars Düsseldorf | 5 sep | The 37th Scandinavian congress of rheumatology 5-8 september Helsingfors, Finland |
| 10 apr | Översikt kurs i reumatologi 10-13 April Uppsala | 17 sep | SK-kurs: Reumatologisk farmakoterapi 17-21 september Lund |
| 12 apr | Fortbildningskurs: Akut reumatologi för specialister 12-13 april Göteborg | 19 sep | SRFs Reumadagar 19-21 september Uppsala |
| 19 apr | Nationella ST-dagar 19-20 april Lund | 1 okt | SK-kurs Reumatologisk farmakoterapi 1-5 oktober Lund |
| 23 apr | SK-liknande kurs: Kroniska artritsjukdomar 23-26 april Stockholm | 19 okt | ACR/ARHP Annual Congress 19-24 oktober Chicago, IL, USA www.rheumatology.org/Annual-Meeting |
| 21 maj | SK-liknande kurs: Grundläggande immunologi och immunologiska sjukdomsmekanismer 21-25 maj Göteborg | 19 nov | SK-kurs: Ovanliga Inflammatoriska systemsjukdomar 19-22 november Umeå |
| 24 maj | Cutting Edge Rheumatology meeting Lund | | |

Reumatologins Rötter

Boken Reumatologins rötter, den andra jubileumsboken, utdelades till deltagarna i Reumadagarna i Västerås. I anslutning till föreningens 70-årsjubileum 2016 belyser den reumatologispecialiteten från ett medicinhistoriskt perspektiv. De medlemmar, som inte var där, kommer att få boken per post. Hör av dig till tony@mediahuset.se om boken inte kommer eller om du som är enhetsföreträdare vill beställa boken till enhetens bibliotek.



Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på

www.svenskreumatologi.se