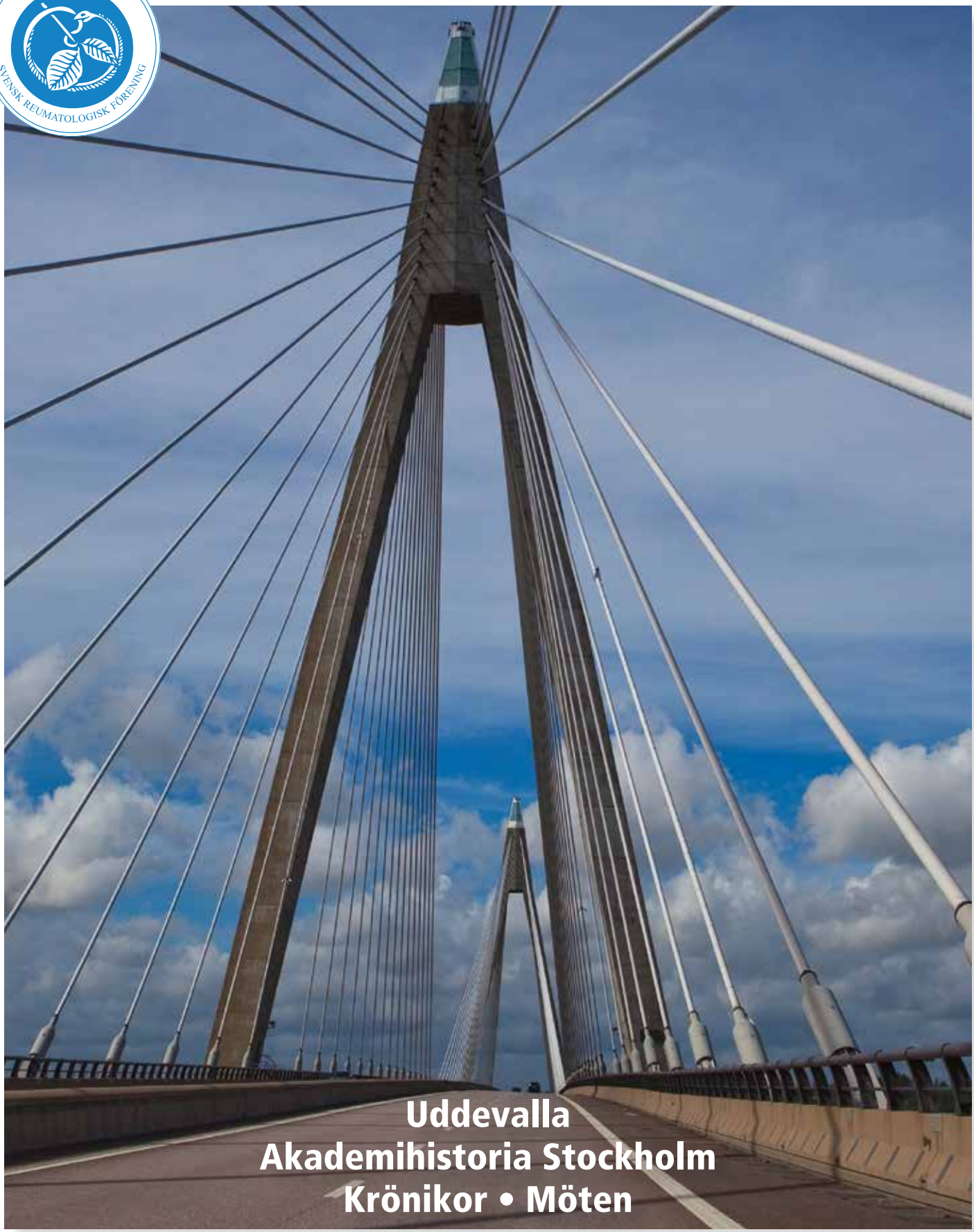
ReumaBulletinen

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING · NUMMER 130 · 1 /2019

SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING



Uddevalla
Akademihistoria Stockholm
Krönikor • Möten

ReumaBulletinen

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

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

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

Red.medlemmar
Gerd-Marie Alenius
gerdmarie.alenius@vll.se
Bengt Lindell
bengt@lindell.cc
Ioannis Parodis
ioannis.parodis@sll.se
Milad Rizk
milad.rizk@ltv.se
Marit Stockfelt
marit.stockfelt@vgregion.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
Niklas Lundblad
niklas@mediahuset.se

Layout
Anders Svensson
anders.svensson@mediahuset.se

Tryck
Åkessons - GPC Tryck
Emmaboda - Växjö

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

Utgivningsplan 2019

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	10 juni	5 augusti
Nr 5 RB	22 september	25 oktober
Nr 6 RB Vetenskap	10 oktober	13 november
Nr 7 RB	10 november	14 december

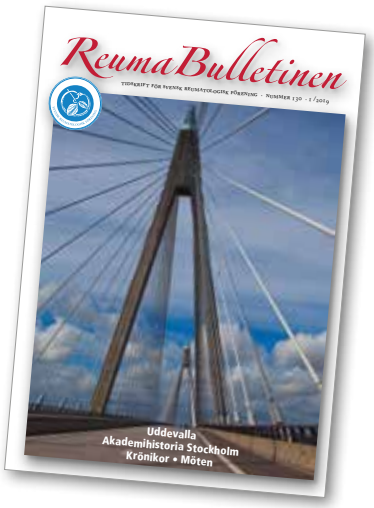
Innehåll · 1/2019

3 Redaktörens rad
4 Brev från ordföranden
6 Brev från vetenskaplige sekreteraren
7 Brev från utbildningsansvariga
8 Protokoll från SRF:s föreningsmöte 2019
10 RUCh
12 ST-krönika – Marit Stockfelt
14 Perspektiv på forskning
15 Framtidens vård
16 Utvecklingsdagen 2018
18 ReumaBulletinen gratulerar
20 Post-ACR 2018
26 Registerdagen 2019
30 Riktlinjedagen 2019
32 Krönika – Frank Wollheim
35 Pottholtz
36 Månadens reumaenhet – Uddevalla
41 I huvudet på en verksamhetschef
42 Akademihistoria Stockholm
47 Nytt från SRQ
48 Ur vardagen
52 Reumakalender

Omslagsbild: Uddevallabron är Sveriges näst längsta motorvägsbro, som spänner över Byfjorden mellan Sunningen och Sund utanför Uddevalla. Den är en del av den viktiga förbindelsen E6 mellan Köpenhamn och Oslo.

Månadens reumaenhet i detta nummer är den reumatologiska verksamheten i Uddevalla, som presenteras på sid. 36.

Foto: Bengt Nyman via Wikimedia Commons (CC BY 3.0).



www.svenskreumatologi.se

Redaktören har ordet

Välkommen till årets första nummer av ReumaBulletinen. Ett fullspäckat nummer! I och med detta nummer hälsar vi också två nya redaktionsmedlemmar välkomna – Gerd-Marie Alenius och Marit Stockfelt vilka även kommer att ansvara för var sitt område (mer om detta nedan).

Fyra mötesreferat

Vi rapporterar från fyra möten – Post-ACR, Utvecklingsdagen, Registerdagen och Riktlinjedagen. Dessa dubbelmöten över två dagar har stor betydelse för svensk reumatologi. Sättet som vi tar fram nationella riktlinjer på – dvs årlig revision av en nationellt representativ arbetsgrupp, förankring och diskussion inom såväl professorskollegium som på riktlinjedagen är unik i Sverige. Arbetet utgör en grundläggande förutsättning för det kommande NPO-arbetet. Vi har redan de enskilda arbetsgrupperna som bas för det kommande arbetet inom programområdet reumatologi. Utvecklingsdagen reflekterade också över NPO och det kommande arbetet där liksom på utbildning och undervisning. Eva Nordin bevakade dessa möten liksom registerdagen. Per Lundblad bevakade Dagens Medicins/SRFs arrangemang Post-ACR som var mycket välbesökt och innehöll det nyaste och mest intressanta om RA, SpA, SLE, kardiovaskulär sjukdom samt gikt.

Månadens reuma-enhet

Månadens reuma-enhet är Uddevalla. Bengt Lindell har bidragit till att skildra samtliga reuma-enheterna i Sverige. I artikeln tecknas svårigheter och möjligheter när en ny bemanning skall etablera sig och föra reumatologin vidare. Veteranen Dan Norberg berättar om NU-sjukvårdens (Uddevalla, NÄL, Trollhättan, Vänersborg m.fl) reuma-historia.

Stockholms reuma-akademiska historia

Serien om akademihistoria avslutas iom att Lars Klareskog, Ingrid Lundberg och Bo Ringertz berättar om Stockholms reuma-akademiska historia inklusive flera fina bilder. Jag tror att det är värdefullt med kunskap om historien – den gör oss medvetna hur fantastisk vår specialitet är idag och visar på kraften i den medicinska utvecklingen. Och vi är bara i början av utvecklingen vad gäller förståelse av inflammationens dynamik och därmed framtida möjligheter att förebygga, bota eller på annat sätt behandla de reumatiska sjukdomarna. Om 30 år kommer vi att vara lika undrande över vad vi gör idag som vi idag frågar oss vad vi gjorde på -80-talet.

Krönikor

Frank Wollheim berättar underhållande och lärorikt i en krönika om sin från början motvilliga väg in i reumatologin på 60-70-talet.

Marit Stockfelt har skrivit en ny tankeväckande ST-krönika och startar nu upp som ny redaktionsmedlem med ansvar för en artikelserie vi kallar Perspektiv på forskning. Gerd-Marie Alenius är likaså ny redaktionsmedlem och kommer att ansvara för en artikelserie benämnd Framtidens Vård, vilket båda berättar om i detta nummer. Båda artikelserierna beräknas starta i nr 3/2019.

Mer

Vår cartoonist Tomas Weitoft från Gävle har levererat nya fräscha bilder vilka kommer att dyka upp i detta och kommande nummer.

Emma Tuominen berättar vidare om RUCh – SRFs ledarskapsprogram.

Milad Rizk ansvarar för ”I huvudet på en verksamhetschef” - och i detta nummer beskriver Johan Back från Uppsala arbetet med att driva vården när det saknas tillräcklig läkarbemanning.

Ioannis Parodis redogör för två egna patientfall.

Därutöver som vanligt ledare, brev vetenskaplig sekr med en betraktelse över akademiskt liv förr och nu, brev utbildningsansvariga, nytt från SRQ med Ralph Nisell och protokoll föreningsmötet 190123.

Dessutom gratulerar vi ST-läkaren Viking Huss från Karolinska som belönats av studenterna för sina undervisningsinsatser.

Således ett omfattande nummer. I nästa nummer dvs nr 3/2019 kommer 2019 års läkarbemanning att beskrivas utifrån den enkät som sänds ut nu i februari.

Ni får gärna beställa fler ex om ni vill ha liggande i lunchrum eller liknande.

Ha en trevlig läsning!

Tomas Bremell
tomas.bremell@vgregion.se

Antagna vid styrelsemötet 2018-28-11

Nya ordinarie medlemmar

Heidi Kokkonen	Umeå
Panagiota Vlachogianni	Luleå

Antagna vid styrelsemötet 2019-22-1

Nya ordinarie medlemmar

Francesca Faustini	Solna
Anna Hugelius	Stockholm
Karin Palmblad	Stockholm
Malin Thorén	Eskilstuna

Nya associerade medlemmar

Martin Gyllbäck	Täby
Eva Karlsson	Uddevalla
Ellen Landgren	Lund
Stefan Sandström	Stockholm

Brev från ordföranden

Hej!
Nytt år, ny sjukhusdirektör på Karolinska, ny Region Stockholm istället för Stockholms läns landsting, ny Hälso- och sjukvårdsdirektör i den nya regionen, ny regering (till slut). Listan av nyheter kan göras lång. Det är svårt att veta vart allt "det nya" tar oss. Vart är vi på väg? Ibland känns det inte riktigt som att så mycket förändras i vårt dagliga arbete med att ge våra patienter god vård, utbilda och forska. Förändringen i verksamheten går mer smygande och arbetet känns inte alltid så nytt även om vi flyttat in i nya lokaler. Ibland kan det till och med kännas som om vi tar ett steg framåt och två bakåt.

Nytt och annorlunda kändes det däremot efter ett intensivt dygn med RUCh. I mitten av januari var det dags för den andra modulen i vårt mentorsprogram och denna gång träffades vi på Krusenberg herrgård i ett vintervackert landskap vid Ekoln, en del av Mälaren, utanför Uppsala. Den här gången gästades vi av Patrik Sundström, programansvarig för E-hälsa på SKL och Tobias Perdahl, utgivare av Vårdmaktpodden och chefläkare och medgrundare till Doktor24. Det var spännande presentationer som satte rejäl fart på gruppen med mycket givande diskussioner om nuet och framtiden. Vi har en gigantisk utmaning framför oss med den ålderspyramid och allt högre medellivslängd vi har i Sverige. Den kan beskrivas som ett krokodilgap med brant stigande sjukvård- och omsorgsbehov och utplanande kurva över de som bidrar med skattemedel och arbetskraft. Detta scenario har förvisso utmålats tidigare och vi har trots det på olika sätt klarat att inte bara ge vård till alla utan allt bättre vård med effektivare behandlingar. Den medicinska utvecklingen går fort. Frågan är nu hur vi utnyttjar all tillgänglig teknik och kommande tekniska och digitala möjligheter för att förbättra och utveckla vården på ett resurseffektivt sätt som leder till mätbart ökad hälsa för befolkningen? Vi har idag sjukvård i absoluta världstoppen om man ser till hela befolkningen, men hur kan vi fortsätta ligga i topp och hur kan vi få ännu bättre sjukvård? Detta är kanske något vi borde ha en artikelserie om i Reumabulletinen framöver. Är det någon som är intresserad av att skriva en reflektion över detta är ni välkomna att kontakta Gerd-Marie Alenius (ansvarig i redaktionen för serien Framtidens vård) så planerar vi in det i kommande nummer.

Sex regionala representanter till vårt nationella programområde, NPO, reumatologi, ska nu vara utsedda, men vi har inte fått officiellt besked om gruppens sammansättning ännu och inte heller vilken region som blir ordföranderegion. Besked böra komma inom kort och arbetet förväntas starta under februari. Ett arbete som dock påbörjats är den nationella nivåstruktureringen av högspecialiserad vård. I alla regioner runt om i landet har man nu fått i uppdrag att komma med förslag på högspecialiserad vård som man tycker behöver nivåstruktureras nationellt, vilket innebär att vården endast kommer att utföras vid mellan 1 och 5 sjukhus i Sverige. Inom SRF har vi haft diskussion i Styrelsen, Professorskollegiet och på Verksamhetsföreträdarmötet och vi var där överens om att en nationell nivåstrukturering inte skulle vara till nytta i vården av patienter med reumatologiska sjukdomar förutom vid enstaka situationer kopplade till specifika vårdåtgärder såsom stamcells- eller lungtransplantation, läs brev på SRFs hemsida från Styrelsen och Professorskollegiet till alla verksamhetsföreträdare i landet.

SRF är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet, SLS. För ett knappt år sedan kom SLS med ett förslag om obligatoriskt medlemskap i SLS för alla ingående läkarmedlemmar i sektionerna. Frågan togs upp vid SLS fullmäktigemöte i maj 2018, men bordlades då oenighet rådde och beslut inte kunde fattas. I stället tillsattes en större arbetsgrupp som i förra veckan kom med ett nytt förslag om medlemskap. Förslaget presenterades på Föreningsmötet den 23 januari. Det nya förslaget innebär två alternativ för de nuvarande sektionerna. Antingen väljer man att bli medlemsförening vilket innebär att sektionen ansluts med hela sitt medlemsantal (läkare) och utövar inflytande och betalar avgift till SLS i förhållande till antalet medlemmar eller att man kvarstår som sektion och betalar en mindre administrativ avgift till SLS. Sektionen utövar inflytande utifrån det antal medlemmar som också är enskilda medlemmar i SLS. Kostnaden som medlemsföreningen betalar till SLS föreslås till ca 200 kr per läkarmedlem i medlemsföreningen per år och kostnaden för enskild medlem blir som idag ca 700 kr per år. Målet är att de flesta ska välja att bli medlemsförening. Ni kan läsa mer om förslaget på vår hemsida. Vid Föreningsmötet den 23 jan beslutades att SRF vill bli medlemsförening.

Det var glädjande att vi var så många som var med på 2018 års Register- och Riktlinjedagar som i år hölls i SLS lokaler fina lokaler. Det var givande och inspirerande dagar och som vanligt oerhört imponerande att ta del av alla våra uppdaterade riktlinjer och rekommendationer. Nu kommer arbetsgrupperna att göra en sista revidering utifrån diskussionerna på mötet och därefter fastställs de av styrelsen vid styrelsemöte i mars. Det blir spännande att se hur den nya organisationen för kunskapsstyrning kommer att docka an till det omfattande och gedigna arbete som görs inom SRF. Jag utgår från att SRF och den nya NPO gruppen kommer att ha en nära dialog och samarbete.

Hälsningar
Cecilia

Cecilia Carlens
Ordförande
cecilia.carlens@sll.se

Brev från vetenskaplige sekreteraren

Jag har nyligen varit på register- och riktlinjedagarna i Stockholm och en föreläsning ur ett idé- och lärdomshistoriskt perspektiv om universitetets historia samt ett antal andra begivenheter där jag antigen lärt ut eller lärt mig.

Vi fick uppgiften att under historieföreläsningen att fundera över vad som förändrats inom universitet under de senaste 1000 åren. Kort sagt kan man säga att fram till efterkrigstiden är det inte mycket som rört på sig men därefter har fantastiskt mycket hänt även om många gamla traditioner och former finns kvar. Vi har t ex kvar benämningar såsom universitet, fakultet, dekanus, prefekt, disputation etc. även om dess innebörd ändrat sig under åren. Visste ni att fram till i början på 1800-talet när Wilhelm von Humboldt grundade det första moderna forskningsuniversitet ”Humboldt-Universität zu Berlin”, så var universitetets uppgift i stort sett enbart undervisning? Utöver undervisningsuppdraget som präglades av Lern- und Lehrfreiheit, lade Humboldt tonvikten på ämneskunskaper och forskningsanknytning varpå en mycket stark ställning för professorerna vid de olika ämnesinstitutioner växte fram. Vad är Lern- und Lehrfreiheit? Jo, det är att studenterna tar del av föreläsningar och övrig undervisning efter egen lust och professorerna undervisar om det de vill utefter vad de, efter sin forskarkompetens anser mest väsentligt. Vilken härlig, fri och sannolikt helt kaotisk tillvaro! Jag tror att vi är ganska många akademiker som önskar att det var mer åt detta hållet istället för de kraftigt reglerade strukturer och den administration vi nu lever i och med. Självklart är en av flera orsaker till dagens system den utbildningsexplosion och skapandet av massuniversitet i efterkrigstiden. Möjligheten gavs till många många fler. Och trots allt, är jag som kvinna och vars far- och morföräldrar var bönder, trots alla regleringar mycket tacksam över möjligheterna som givits. Det är fint att bildligt talat få sitta i lunden Academos (det är därifrån ordet akademi kommer) tillsammans med Platon och hans lärjungar.

”För oss idag är universitetens uppgifter ganska klara: Undervisning, Forskning och Den tredje uppgiften, dvs att förmedla den kunskap som akademiker har tillskansat sig till allmänheten och andra intressenter.”

För oss idag är universitetens uppgifter ganska klara: Undervisning, Forskning och Den tredje uppgiften, dvs att förmedla den kunskap som akademiker har tillskansat sig till allmänheten och andra intressenter. Register- och riktlinjedagarna som hölls i Svenska Läkaresällskapets lokaler innehöll allt detta. SRQ, som vi alla så gott som dagligen arbetar med, är en guldgruva för patientutbildning vid det enskilda patientmötet, för verksamhetsutveckling och för forskning. Det är inte så lätt att få ihop alla dessa uppgifter, men varje år kommer nyheter, varje år kommer förbättringar och många personer arbetar hårt med optimeringen av SRQ. Riktlinjedagen är dagen där vi reumatologer tillsammans får diskutera de olika riktlinjegruppernas genomgång av aktuell forskningslitteratur och kondensat för att på bästa möjliga sätt kunna behandla patienter. Som vanligt var föreläsningarna (vet ni att ordet föreläsa verkligen betyder ”läsa före”? Innan böcker fanns i massupplaga var det det som undervisningen oftast gick ut på) mycket väl förberedda och diskussionerna konstruktiva och intressanta. Jag tror våra historiska föregångare skulle vara nöjda!

Vad har vi att se fram emot i vår? Alla har förstås sina egna agendor, men det som är på tapeten i reumatoloi-Sverige är bland annat Jubileumssymposiet för Konung Gustaf V:s 80-årsfond 4 april i Stockholm och Cutting Edge 16 maj i Lund. Reumadagarna går av stapeln 11-13 september i Falun och det börjar bli dags att skicka in abstract. Deadline för abstracts är 17 april!

Jag önskar er alla en härlig vår med forskning och undervisning i alla dess former för studenter, patienter och vem det nu vara månde!

Inger Gjertsson
Vetenskaplig sekreterare
inger.gertsson@vgregion.se

AbbVies stipendium till Andrzej Tarkowskis minne 2019

I samarbete med AbbVie utannonserar Svensk Reumatologisk Förening ett forskningsstipendium till Andrzej Tarkowskis minne.

Stipendiet ska tilldelas en disputerad forskare som söker besvara kliniska frågeställningar inom området inflammatoriska reumatologiska sjukdomar med hjälp av integrerad molekylär och experimentell forskning vars resultat inom en överskådlig framtid kan appliceras i kliniken. Med andra ord en forskare som i Andrzej Tarkowskis forskningsanda bidrar till lösningen av någon av reumatologins utmaningar. Vid värdering av forskningsmeriterna ska särskild vikt läggas vid koppling mellan laboratorieforskning och kliniska observationer.

Stipendiesumman är 150 000 kr, och får användas till finansiering av forskningstid eller täckning av andra kostnader direkt relaterade till forskningsprojektet, dock ej för resa till vetenskaplig kongress.

KRITERIER: Disputerad forskare som ännu ej uppnått professur. För att få söka stipendier från SRF måste sökanden ha varit medlem eller associerad medlem och betalat medlemsavgift året innan.

ANSÖKAN SKALL INNEHÅLLA:
- En kortfattad beskrivning av det aktuella projektet (max 2 sidor).
- CV (max 2 sidor) + publikationslista.

BESLUTSKOMMITTÉ:
Ansökan bedöms av SRF:s professorskollegium och beslut fattas av SRF:s styrelse. Ansökan skickas enbart elektroniskt till SRF:s koordinator.
E-post: koordinator@svenskreumatologi.se

SISTA ANSÖKNINGSDAG: Den 17 april 2019.

Stipendiet delas ut under Reumadagarna i Falun, 11–13 september 2019.

Brev från Utbildningsansvariga

Det är knappt att man har hunnit bryta ett nyårslöfte eller två förrän det nya året är igång med full fart.

Med allt man vill hinna av kliniska tjänstgöringar, randningar, mottagningar, VAB, VIB (vård av inre barn), kvalitetsarbete, forskning, kurser och livet, kan det lätt bli att vardagen känns rörig, stressig och det är svårt att få en bra övergripande bild över sin ST. För att få sin ST-utbildning mer greppbar tycker vi att det såhär i början av året är väl investerad tid att sätta sig ner, gärna tillsammans med sin handledare, och titta igenom och uppdatera sin ST-utbildningsplan. Vilka sidotjänstgöringar har jag tänkt göra, när och vem behöver jag ta kontakt med angående detta? Vilka kurser planerar jag att gå det närmaste året och ska dessa sökas? Finns det något särskilt mål i målbeskrivningen jag behöver fokusera på? Behöver jag hitta alternativa sätt för att nå mina mål?
Vi har fått önskemål om att på SRFs hemsida lägga upp en mall/förslag på hur en ST-utbildningsplan kan se ut och jag (Ylva) har börjat att spåna på en sådan och välkomnar förslag. Kanske har du den perfekt utformade utbildningsplanen med tydlighet och uppdateringsbara tider? Skicka den till mig (Ylva). Apropå SRFs hemsida, nu ligger den uppdaterade Utbildningshandboken med uppdaterade checklistor till målbeskrivning för ST enligt SOSFS 2015:8 ute på hemsidan. Detta arbetades om under hösten. Titta gärna in under ST-dokument på SRFs hemsida!

2019 års ST-prov går på de flesta orter av stapeln den 22 mars och vi hoppas att så många som möjligt tar chansen att skriva. Tanken är att både nyare och mer seniora ST-läkare som hunnit olika långt i sin kunskapsinhämtning i reumatologi ska delta. Genom att skriva provet flera gånger kan man följa sin egen kunskapsutveckling men får också en chans att upptäcka kunskapsluckor som behöver fyllas. På vissa orter går man sedan igenom provet i grupp. Gör man inte det hos dig? Ta då som vana att planera in handledningstid för att tillsammans med din handledare gå igenom provet. Genomgången är i sig ett värdefullt utbildningstillfälle! Äran och ansvaret för utformningen av provet roterar mellan orter, i år är det Stockholms tur. För att uppmuntra till att så många som möjligt skriver provet varje år

erhåller man ett diplom efter 4 genomförda diagnostiska ST-prov. Då vi tänkt göra detta till en tradition är vi tacksamma att du som vet med dig att du skrivit provet 4 gånger (eller fler) hör av dig till mig (Ylva) eller din lokala ST-studierektor så kommer vi vid senare tillfälle sammanställa vilka som berörs och ordna med diplomen.

Kom också ihåg att "save the date" till de nationella ST-dagarna i Uppsala 16-17 maj! Lilian Vasaitis, ST-studierektor i Uppsala med omnejd, har förberett ett mycket spännande program med föreläsningar om immunologi vid SLE och systemisk skleros och det mycket aktuella ämnet immunrelaterade biverkningar vid cancerbehandling med så kallade check-point inhibitorer. Mer information om innehåll och hur anmälan sker finner du på SRFs hemsida via kalendariet. Vi ses i Uppsala!

Ylva Borgas
Yngreläkarrepresentant
Reumatologkliniken
Skånes Universitetssjukhus
ylva.borgas@skane.se

Katarina Almehed
Överläkare Reumatologi
Sahlgrenska Universitetsjukhuset
Utbildningsansvarig SRFs styrelse
katarina.almehed@vgregion.se

SRF:S STYRELSE 2019

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

Lotta Ljung
Vice ordförande
Reumatologkliniken
Västerbotten
Norrlands Universitetssjukhus, 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

Inger Gjertsson
Vetenskaplig sekreterare
Reumatologmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 10 00 vx
inger.gjertsson@vgregion.se

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

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

SRF föreningsmöte 2019

Tidpunkt 2019-01-23. Kl. 16:30–18

Plats Svenska Läkaresällskapet, Stockholm

Närvarande Cecilia Carlens (ordförande)
Lotta Ljung (vice ordförande)
Inger Gjertsson (vetenskaplig sekreterare)
Elisabet Lindqvist (kassör)
Katarina Almehed (utbildningsansvarig)
John Svensson (facklig sekreterare)
Ylva Borgas (representant för läkare under utbildning)
Carl Turesson
Alf Kastbom
Nancy Vivar
Ingrid Lundberg
Korosh Hekmat
Boja Jovancevic
Kristina Juneblad
Åsa Häggström
Lena Björkman
Christina Dackhammar
Per-Johan Jakobsson
Johan Askling

§ 1 Mötet öppnades.

§ 2 Mötesordning

a) Cecilia Carlens valdes till ordförande för mötet.
b) SRF koordinator valdes till sekreterare för mötet.
c) Dagordningen godkändes.
d) Christina Dackhammar och Åsa Häggström valdes till protokolljusterare.
e) Föreningsmötet konstaterades stadgeenligt utlyst.
f) Inga övriga frågor anmäldes.

§ 3 Godkännande av SRF:s årsberättelse 2018

Årsberättelsen för 2018 godkändes.

§ 4 Den nationella kunskapsstyrningen

Alla regioner har nominerat var sin representant till det nationella programområdet (NPO) reumatologi. Regionerna har även haft möjlighet att ansöka om värdregionskap för NPO:t, och därmed även ordförandeskap med en processledare som är anställd 50 %. Den nationella kunskapsstyrningsorganisationen kommer att fatta beslut om bägge ärenden inom de närmaste dagarna.

NPO Reumatologi inleder sitt arbete i februari, och behöver då komma i kapp med de övriga programområdena som redan har existerat i ett år. Parallellt med NPO:t ska det också bildas RPO:n, d.v.s. regionala programområden. För tillfället är det oklart hur sammansättningen av yrkeskategorier i dessa grupper ska se ut.

NPO:t kommer så småningom att utse NAG:er, d.v.s. nationella arbetsgrupper, som ska jobba inom specifika områden. Förhoppningen från SRF:s sida är att man ska kunna införliva riktlinjearbetet i dessa NAG:er, så att man inte gör parallellt arbete. Dock är finansieringen och praktiska detaljer fortfarande oklara.

Ett av de första uppdragen som ska behandlas inom NPO:na är den nationella nivåstruktureringen av vård. Socialstyrelsen önskar att NPO:na identifierar diagnoser/tillstånd/händelser motsvarande 4–5 procent av all sjukvård som är lämpliga att göra om till riksjukvård. Alla regioner behöver vara uppmärksamma på processen. SRF:s ståndpunkt är att det inte är meningsfullt att nivåstrukturera reumatologin nationellt, utan endast regionalt.

§ 5 Jävspolicy

SRF:s styrelse utarbetade under 2017 en policy för jäv. I början av 2018 samlades jävsdeklarationer in elektroniskt från alla styrelse- och arbetsgruppsmedlemmar. Dessa bedömdes av styrelsen utgående från den existerande jävspolicyn. Överlag var det få jävssituationer som framkom, men i några fall ansåg styrelsen att medverkan i vissa advisory boards inte var förenligt med att fatta beslut i vissa av arbetsgrupperna avseende vissa läkemedel.

Jävspolicyn och bedömningsförfarandet diskuterades under årsmötet 2018, varefter besluten avseende jävsdeklarationerna drogs tillbaka och styrelsen skickade ärendet på remiss till Professorskollegiet för att få ett förslag på princip för styrelsens bedömning av jävsdeklarationerna. Professorskollegiets förslag ligger huvudsakligen som grund till avsnittet ”Principer för styrelsens bedömning av jävsdeklarationer” i det nya policydokumentet, som presenterades under föreningsmötet.

En representant från Professorskollegiet ansåg ändå under föreningsmötet att styrelsens nya jävspolicyförslag och Professorskollegiets förslag skiljer sig avgörande angående bedömningen av medverkan i advisory boards. Professorskollegiet avsåg i sitt förslag att en jävssituation kan uppstå vid arvoderade uppdrag i form av medverkan i advisory boards/expertgrupper anordnat av läkemedelsföretag baserat på avtal som löper över längre tid och gäller flera tillfällen, och där arvode betalas ut till gruppmedlemmen/styrelseledamoten personligen. Styrelsen har en strängare definition i sitt förslag, d.v.s. att medverkan i advisory boards kan utgöra risk för jäv om arvode betalas ut till gruppmedlemmen/styrelseledamoten personligen, oberoende av längd på avtal eller antal tillfällen. Representanten från Professorskollegiet ansåg att styrelsen ska skriva om delen om advisory boards i jävspolicyn.

En diskussion fördes angående vikten av att föreningsmedlemmar som ingår i riktlinjearbetsgrupper inte har eventuella jävskopplingar, speciellt med den nya kunskapsorganisationen och de nationella programområdena i åtanke. Dokumenten bör tåla en utomstående granskning. Att delta i ett advisory board för ett läkemedel som behandlas i riktlinjerna man är med och utarbetar, och samtidigt arvoderas personligen för advisory board-deltagandet, är inte önskvärt. Gäller advisory board-deltagandet andra läkemedel eller läkemedel under utveckling medför det däremot inte risk för jäv.

En diskussion fördes också angående punkterna i dokumentet som inte medför risk för jäv. Styrelsen ska förtydliga att de inte hör ihop, utan gäller var för sig.

Föreningsmötet röstade med handuppräckning om principerna för jävsbedömning. En klar majoritet röstade för styrelsens förslag, och policyn antogs därmed med den lilla förändringen att punkterna som behandlar situationer som inte medför risk för jäv förtydligas.

Styrelsen betonade slutligen att policyn inte är skriven i sten utan får betraktas som ett levande dokument som kommer att anpassas till eventuella framtida jävsprinciper för de nationella programområdena.

§ 6 Reumadagarna

Reumadagarna 2019 äger rum 11–13 september i Falun. Planeringsarbetet går mycket väl.

Hemsidan med anmälan öppnas i början av februari, och då öppnas även abstractinlämningen. I år prövar man ett nytt system för abstractinlämning som förhoppningsvis fungerar smidigare än det gamla. Abstractutformningen är identisk med den för EULAR. Däremot kan postrarna inte vara i samma storlek p.g.a. utrymmesbrist i lokalerna i Falun.

§ 7 Post-ACR och Utvecklingsdagen

Utvärderingen för Post-ACR 2018 utföll mycket positivt som vanligt. SRF för diskussion med Dagens Medicin som gärna ordnar evenemanget i år igen. Datumet blir fredagen den 29 november.

Även Utvecklingsdagen 2018 var uppskattad med ett intressant program. Årets utvecklingsdag blir torsdagen den 28 november.

§ 8 RUCh

Reumatologins Utvecklingsprogram för Chefer består av 9 adept-mentor-par och har haft två internat hittills. Två internat återstår i maj och november. Programmet har varit väldigt uppskattat av deltagarna..

§ 9 Almedalen

SRF kommer liksom tidigare att vara på plats i Almedalen och ha ett gemensamt seminarium med Reumatikerförbundet.

§ 10 Utbildningsfrågor

Den utbildningsfråga som så småningom blir aktuell är att läkarutbildningen blir 6-årig och utmynnar i legitimation. AT försvinner och i stället ingår en bastjänstgöring i utbildningen.

§ 11 Obligatoriskt medlemskap SLS

Svenska Läkaresällskapet inkom i fjol med ett förslag om att alla sektioner i SLS ska ha obligatoriskt medlemskap, d.v.s. alla läkare som är medlemmar i sektionerna är obligatoriska medlemmar i SLS. Förslaget framlades under fullmäktigemötet i maj 2018 men godkändes inte eftersom det inte fanns samsyn i fullmäktige. I stället bordlades frågan och en arbetsgrupp tillsattes med uppdraget att utarbeta ett nytt förslag.

Det nya förslaget skickades ut till föreningarna i går och går ut på att en ny medlemskategori, medlemsförening, införs för de föreningar som i dag är sektioner i SLS fr.o.m. januari 2021. En medlemsförening ansluts med hela sitt medlemsantal och betalar en avgift på förslagsvis 200 kr per läkarmedlem till SLS. Medlemsavgiften läggs på SRF:s medlemsavgift (500 kr SRF + 200 kr SLS = 700 kr). Samtliga medlemmar i föreningen blir medlemmar i SLS.

Sektioner som avstår från att bli medlemsföreningar kan ansöka om att kvarstå som sektion, och därmed betala en symbolisk avgift för föreningsvården som är knuten till den. Däremot har en sektion inte tillgång till förmåner som reducerat pris på fortbildningsdagar eller nyttjande av SLS lokaler till reducerat pris.
Mervärdet som medlemsavgiften ger en medlemsförening är bl.a. medlemsregisterstöd, remisshantering, tillgång till SLS lokaler till reducerat pris o.s.v.

SRF fattade under föreningsmötet 2018 ett beslut för obligatoriskt medlemskap. Även under dagens föreningsmöte var en klar majoritet för medlemsföreningskap.

§ 12 Ekonomi

SRF:s årsbokslut presenteras vid årsmötet under Reumadagarna 2019.

Läkarförbundet sköter faktureringen av de SRF-medlemmar som är medlemmar i LF. Dock meddelar LF inte SRF om när medlemmar går ur LF. Därför är det viktigt att SRF-medlemmar meddelar koordinatorn om alla förändringar i medlemskap, även inom LF.

Även förändrade e-postadresser bör meddelas till koordinatorn, eftersom kassören mejlar ut medlemsavgifter till de e-postadresser som finns i SRF:s register.

§ 13 Övriga frågor

Inga övriga frågor anmäldes

§ 13 Nästa möte

Nästa möte äger rum den 12 september under Reumadagarna i Falun.

.

SRFs ledarutbildning – några personliga reflexioner

RUCh-deltagarna har träffats under två internat hittills, i Göteborg och i Uppsala. Det innebär att man har nått halvvägs in i Reumatologins Utvecklingsprogram för Chefer. Adepten Jon Thorkell Einarsson reflekterar över tiden hittills.

Jag är en av dem som hade förmånen att delta i RULe (Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap) 2015. Jag tyckte att programmet var fantastiskt roligt och det ändrade min inställning från att vara skeptisk till ledarskapsroller och chefsuppdrag, till att börja tänka: "Varför inte!" Trots att jag inte har något chefsuppdrag utan är så kallad enhetsansvarig läkare får jag också delta i RUCh (Reumatologins Utvecklingsprogram för Chefer). Jag är så kallad adept och har fått tilldelat en fantastisk mentor som redan nu har hjälpt mig formulera mål för min fortsatta utveckling. Ökad självinsikt är ett huvudmål och jag hoppas kunna bli mer medveten om mina starka sidor, men de flesta målen lägger nog fokus på mina svagare sidor. Att lära känna roliga kollegor från olika håll i landet har varit en stor bonus och varje träff ger mig energi som jag tar med mig tillbaka till vardagen.

I mitten av januari var det dags för den andra modulen av fyra på Krusenberg Herrgård utanför Uppsala, temat var e-hälsa. Digitaliseringen ska öka både kvaliteten inom vården och hjälpa oss använda våra resurser på ett effektivare sätt. Men som vår middagsgäst Patrik Sundström, jurist och programansvarig för e-hälsa på SKL, kunde bekräfta så är de rådande lagarna inte utformade utifrån patientperspektivet och det finns stora utmaningar inför breddinförande av digitala lösningar i sjukvården. Tobias Perdahl, chefsläkare och medgrundare av Doktor24 samt grundare av Vårdmaktpodden, var inspirerande i sitt tal när han visade olika digitala lösningar för bättre kommunikation mellan vårdpersonal och patienter, hur sjukvården kan vara tillgänglig för egenvård, och arbetsverktyg med algoritmer för lättare diagnostik och (i teorin) säkrare vård.

"Men i den här gruppen fanns ingen brist på idéer och kreativa lösningar"

Att bli bättre på att leda och coacha är något alla chefer vill, en enkel övning i små grupper där vi simulerade och observerade coachande samtal avslöjade svårigheten. Men sedan diskuterade vi förändringar: hur kan vi lyckas med en förändring, stor eller liten, från idé till långvarig, hållbar lösning. Vi satt nio adapter i grupp och efter en kort diskussion kunde vi konstatera att alla brottats med samma tankar och problem. Vi hinner inte! Det blir allt fler patienter och patientgrupper men inte fler reumatologer på klinikerna. Krav om korta tider till nybesök samtidigt som vi vill kunna erbjuda tät uppföljning och målstyrd behandling till våra patienter gör att vi inte hinner med de mer kroniskt sjuka. Ökad administration och dokumentation samt konstant negativt feedback från försäkringskassan ger känslan av att vi inte duger. Men i den här gruppen fanns ingen brist på idéer och kreativa lösningar.

Jag hoppas att RUCh-programmet inte minst kommer att bidra med starkt nätverksbyggande över landet där vi kan dela med oss av lösningar för mer hållbar och effektiv vård. Det är inte minst viktigt nu när olika digitala lösningar (och problem) testas på flera håll. En lösning för Västerbotten kanske fungerar i Skåne också. Vi samarbetar kring behandlingsrekommendationer och kvalitetsregister, men varför inte verksamhetsutveckling i större utsträckning?

Jag känner att mentorsprogrammet kommer att hjälpa mig mycket och tror att nätverket kommer att vara viktigt för reuma-Sverige.

Jon Thorkell Einarsson
överläkare Reumatologi/

RUCh

- **Står för Reumatologins Utvecklingsprogram för Chefer.**
- **Är ett mentorsprogram för nyblivna chefer inom reumatologin.**
- **Ska skapa förutsättningar för ett utbyte av kunskap och erfarenheter samt för att bygga upp ett chefsnätverk.**
- **Består av fyra moduler som sträcker sig över ett år.**
- **Är en del av SRF:s strategiska satsning på ledarskap. Läs mer i jubileumsboken "SRF 70 år", kapitlet "Utveckling och ledarskap under 2000-talet".**

RUCh – mentorerna

Vilka är mentorerna som ska dela med sig av sin erfarenhet under RUCh? Det har du fått veta i de senaste ReumaBulletinerna, där vi har presenterat några mentorer åt gången genom att fråga om deras syn på ledarskap. Nu har turen kommit till våra tre sista mentorer: Jehns Christian Martineus, Sven Tegmark och Martin Hedberg.

Om du vill bekanta dig närmare med alla mentorer kan du läsa mer om dem på www.svenskreumatologi.se/utbildning/ruch/

---

1. Vad är bra ledarskap?

2. Hur skulle du beskriva ditt eget ledarskap?

3. Vilka utmaningar finns för framtidens ledare inom reumatologin?

Jehns Christian Martineus

Sektionschef för vårdenhet reumatologi på Skånes universitetssjukhus Malmö och Lund

1. Att vara tydlig med vad man har för målsättning och vad man vill åstadkomma med sitt ledarskap.
2. Snabba beslut när det gäller ”rutinärenden”, men försöker förankra och lyssna in medarbetarnas åsikter då det gäller mer komplexa processer.
3. Det är viktigt att framtidens ledare är väl förberedda för sina uppdrag i en allt hårdnande tillvaro både ekonomiskt och bemanningsmässigt.

Martin Hedberg

Överläkare på reumatologsektionen vid Södra Älvsborgs sjukhus

1. För mig är ett bra ledarskap när medarbetarna känner sig glada att gå till jobbet och lite stolta över att jobba på sin arbetsplats. Med en närvarande chef som ser dem dagligen (eller chefens ersättare vid frånvaro). Där medarbetarna känner att de kan påverka sitt eget arbete och sitt arbetsschema. Där man känner att chefen och medarbetarna går åt samma håll.
2. Nu är det ett tag sedan jag var klinikchef och sektionschef. Då rekryterades ofta chefer internt genom att man blev tillfrågad eller ”utsedd” i förväg vilket inte alltid var ett bra sätt att tillträda sin chefstjänst på. Framför allt inte på sin egen arbetsplats (sjukhus). Jag försökte vara en öppen och tillåtande chef som inte skulle ”sätta sig på” mina f.d. arbetskamrater. Därför uppfattades jag nog som en ganska ”snäll och otydlig” chef. Jag ville att respektive sektionsansvariga och avdelningschefer tog ansvar för sina egna områden både i det dagliga arbetet och i utvecklingsfrågorna. Klinikledningsmötet präglades av konsensus då jag försökte uppnå så stor enighet som möjligt i varje fråga. Likadant var det med det fackliga samarbetet. Samtidigt ifrågasatte jag inte sjukhusledningen även när man försökte genomföra organisationsförändringar som senare visade sig vara mindre lyckade. Vilket påverkade mitt eget chefskap negativt. En klassisk konflikt för en ”mellanchef” så som klinikchefskap (verksamhetschef) riskerar att hamna i.
3. Framtidens ledare inom reumatologin måste fortsätta att försvara och företräda specialitetens plats i svensk sjukvård. Det är det envisa och framgångsrika arbetet till reumatologins försvar som gör att vi idag har den position i vården som vi har. Det går fort att förlora den positionen om vi inte kan bemanna med goda chefer och ”inspiratörer”, men det tar lång tid att återuppbygga det som går förlorat. Detta innebär att de som är chefer också har ansvar för att vi idag rekryterar och utvecklar de medarbetare som skall bli morgondagens chefer i sjukvården och reumatologin.

Sven Tegmark

Medicinskt ansvarig och personalansvarig för reumatologiverksamheten i Gävle och Hudiksvall

1. Jag försöker se de enskilda individerna och ge dem möjligheter att utvecklas och växa i sina roller. Det är även viktigt att hantera konflikter direkt, t.ex. genom en kort samling på fredag efter lunch där de positiva och negativa händelserna från veckan avhandlas samt en översiktlig planering för kommande vecka.
2. Jag är intresserad av att utveckla gruppdynamiken och hur man genom ledarskapet kan få gruppen att dra åt samma håll. Detta kan uppnås genom en stor tolerans och respekt för varandra, men samtidigt en gemensam värdegrund och gemensamma övergripande mål. Arbetsmiljön och trivseln kan förbättras genom att man utvecklar en egen ”anda”, en rådande positiv atmosfär, som patienter och andra som på olika sätt interagerar med oss direkt kan känna av. Genom mitt förhållningssätt gentemot både medarbetare och patienter försöker jag vara en förebild, men att samtidigt vara lyhörd och själv visa respekt och anpassning till gruppens dynamik. Inte vara rädd för att erkänna sina egna svagheter och tona ner min egen roll och hellre lyfta fram medarbetarna.
3. Hålla samman det så viktiga reumateamet kring patienten och samtidigt ge förutsättning till kompetensutveckling inom reumatologin för medarbetarna. Lärandeprocessen, att vi kontinuerligt uppdaterar vår kunskap är en avgörande fråga för reumatologins framtid.
   I dagens samhälle där IT-utveckling med AI-teknik och digitala lösningar sköljer över oss och samtidigt krav på snabbt införande av dessa är det av största vikt att vi själva inom specialiteten, med inflytande från patientföreträdare, leder och styr denna utveckling. Då kommer de digitala lösningarna att leda till en förbättring i vården för våra patienter.
   Vad det gäller nya digitala lösningar som landsting och regioner i landet vill införa unisont i form av helhetslösningar är det viktigt att inte förhasta sig utan att integrera det nya samtidigt med att vi har kvar det så essentiella mötet mellan reumatolog och patient. Det personliga och levande mötet måste bevaras då det är själva grunden för framgång i diagnos och behandling.
   Vad gäller viss uppföljning, inrapportering av olika typer av data samt löpande kommunikation under året med patienten, t.ex. aktuellt mående från patienten, vårdens återkoppling till patienten, ser jag stora möjligheter till större utnyttjande av dagens teknik.
   Med en hög nivå av kunskap tillsammans med en stor ”lyhördhet” inom reumateamet kryddat med en del framåtanda och nyfikenhet hos medarbetarna kommer vi att leda specialiteten och våra patienter in på rätt väg. Vi kommer då att vara väl förberedda att möta de utmaningar som väntar på oss i framtiden!

Att uttrycka sig

Att disputera var det absolut värsta jag kunde tänka mig. Argumentera för alla val, både kloka och mindre genomtänkta. Tala för mig, tänka på studs och besvara kritiska frågor. Inte kunna – eller till och med svara fel. Bedömas av alla i rummet. Vänner, familj, kollegor. Ju mer jag läste desto mer krånglade jag in mig i resonemang, och tyckte att jag dolde bristande kunskap med komplicerade ord. Resultatet blev både dunkelt sagt och tänkt. En gång i tiden gav jag mig in i detta fylld av glädje och energi. Hur tänkte jag egentligen?

Goda råd

Min vän och kollega Martina berättade att de flesta ändå överlever sin disputation. Hon visste vad kollegorna vänligt skulle säga om jag verkligen misslyckades kapitalt: ”hon gjorde det bra, fast hennes opponent var väldigt sträng!” Dessutom, sa hon, vore min opponent dåligt förberedd om han inte ställde minst tre frågor jag inte kunde besvara.

Alla i rummet kommer att stå på din sida, försökte min kloka mor muntra upp mig. Alla utom opponenten... muttrade jag. Särskilt opponenten! sa mamma. Hans viktigaste uppgift är att ställa kritiska insatta frågor som ger dig möjlighet att lysa och visa din kompetens!

En annan vän, något mer spirituell än genomsnittet, berättade att disputationen var universums utmaning till mig för att växa.

Förberedelser

Planeringen inför disputationen blev verkligen en utmaning – framför allt i att våga uttrycka mig. Jag, som funderat på min kammare i flera år, behövde nu vända det utåt. Jag berättade var tanken fanns – även om den inte var perfekt, även om den skulle bli bättre om några år. Jag litade på att omgivningen ville lyssna och ge mig tillbaka sina synpunkter. Jag provade ut osynliga gränser genom att gå emot dem några gånger, och jag bestämde mig för att låta bli att skapa egna. Utrikesminister Madeleine Albright sa en gång It took me quite a long time to develop a voice, and now that I have it, I am not going to be silent.

Även för mig tog det tid och kraft, men var nödvändigt.

”It took me quite a long time to develop a voice, and now that I have it, I am not going to be silent.”

Madeleine Albright

Att söka svar

Madeleine Albright gav också en sammanfattning av sitt livs sökande efter svar på både personliga, sociala, politiska och globala frågor. Ett sökande som lika mycket uttrycker forskningens själ:

I am deeply suspicious of those who offer simple solutions and statements of absolute certainty or who claim full possession of the truth. Yet I have grown equally skeptical of those who suggest that all is too nuanced and complex for us to learn any lessons, that there are so many sides to every thing that we can pursue knowledge every day of our lives and still know nothing for sure. I believe we can recognize truth when we see it (...) It is not what we find, but the reason we cannot stop looking and striving, that tells us why we are here.

Att disputera

Såklart visade sig disputationen vara en otrolig upplevelse. Tre timmar att bara prata om min forskning med insatta kunniga människor. Diskutera våra sätt att söka svaren och fundera över alternativa möjligheter. Lyfta blicken till de större perspektiven och betydelsen av vår insats. Med en (mestadels) intresserad publik var det plötsligt lätt att tala för mig. De tre frågor jag inte kunde besvara visar förstås bara att min opponent var väl förberedd.

Och festen blev fantastisk. Som min kompis Susannah uttryckte det, ”Disputationsfesten är som en bröllopsfest, med bonusen att allt bara handlar om dig”.

Kanske var den universums belöning för allt arbete.

Marit Stockfelt
ST-läkare Reumatologi/
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
marit.stockfelt@vgregion.se

16–17 MAJ 2019 UPPSALA

NATIONELLA

ST-DAGARNA

INFO: WWW.SVENSKREUMATOLOGI.SE

Våra två nya redaktionsmedlemmar ansvarar för var sitt område med start i nr 3/2019 av ReumaBulletinen. Här kommer presentation (trailers) på dessa kommande områden som kommer att belysas av dem och andra skribenter. Marit Stockfelt ansvarar för Perspektiv på Forskning och Gerd-Marie Alenius för Framtidens Vård.

Nedan kan du läsa lite om det planerade innehållet.

Perspektiv på forskning

Svensk reumatologisk forskning är ett inspirerande fält att verka inom, och här finns ett stort antal unga, drivna och engagerade forskare. Det som vi unga forskare ska lära oss är ofta outtalat, och en färdig lärobok saknas. Vi går en lärlingsutbildning, för att i högre och högre utsträckning bli självständiga. Till slut förväntas vi ha tillägnat oss den kunskap som behövs för att på ett vetenskapligt sätt söka efter sanningen. Det gäller att hitta kloka handledare och mentorer som kan visa vägen förbi de värsta fallgroparna och ge en välvillig knuff över de största hindren.

Jag har nu tagit chansen att be några drivna forskare och kliniker att ge sina perspektiv på den reumatologiska forskningens organisation, arbete och arbetssätt. Ämnen där jag bett om insikter innefattar:

- Att effektivt läsa den vetenskapliga litteraturen. När jag började forska kom det tre till fyra artiklar i veckan inom mitt område, och jag läste allt. När jag disputerade var antalet uppe i tre till fyra hundra per vecka och utmaningen låg i att välja. Hur tar man sig strukturerat an den vetenskapliga litteraturen, hittar de artiklar man bör läsa och läser på ett effektivt sätt?

- Att få ut mer av konferensen. Det ska vara viktigt att åka på konferenser och skapa nätverk. Men att åka på en stor vetenskaplig kongress kan vara en förvirrande upplevelse – stora ytor, mängder av människor och massor av nya idéer. Hur planerar man en vetenskaplig konferens, har roligt på plats och kommer hem fylld av energi och idéer?

- Att kombinera forskning, klinik och liv. På den amerikanska konferensen berättade professorn för mig om sin strategi för ”work life balance”: När middagen stod på bordet såg han till att vara hemma, varje dag. För oss som själva behöver vara delaktiga i barnhämtning och middagsbestyr – hur kan vi hantera kombinationen av klinik, forskning och liv?

- Att använda register i forskning. Registren är förstås en guldgruva av information, som man som preklinisk forskare bara glimtar. Hur används registren för forskning och vilka fallgropar finns? Och hur kan lab-forskningen och epidemiologin samarbeta för att hitta svar på gemensamma frågor?

I princip ber jag forskare jag vill höra mer från skriva om ämnen jag själv är intresserad av. Hur ser deras perspektiv ut, och vilka strategier använder de? Jag hoppas att det ska ge idéer för hur jag själv kan se på saken. Om du har idéer för fler ämnen, vill skriva själv eller har förslag på forskande ST-läkare/tidiga specialister som kan, kontakta mig gärna på marit.stockfelt@vgregion.se!

Marit Stockfelt

Basrelief-skulptur “Research holding the torch of knowledge” (1896) av Olin Levi Warner. Library of Congress, Thomas Jefferson Building, Washington D.C.

Reumatikerförbundets och Pfizers stipendium för framstående forskning till Nanna Svartz minne

Syftet med stipendiet är att uppmuntra till patientnära forskning i Sverige och att bidra till ökat intresse och kännedom om den reumatologiska forskningen bland sjukvårdspersonal, beslutsfattare och allmänhet.

Summan är på 150 000 kronor.

Gå in på reumatiker.se/om oss/forskning/för forskare/stipendium
Sista nomineringsdag är den 30 april.

Pfizer Reumatiker förbundet

PP-INP-SWE-0005 Feb 2019

Framtidens Vård är här

Från och med i år har jag fått det hedrande uppdraget att vara en av redaktörerna för Reumabullen vilket känns fantastiskt roligt.

Jag kommer att bevaka vad som händer i Reuma- och sjukvårdssverige och vara ansvarig för en rubrikserie som vi kallar Framtidens Vård. Vården i Sverige kommer att förändras, vare sig vi vill eller inte, och vi måste se, lära och utveckla vad som är bra för vården och för våra patienter. Framtidens vård är redan här, den kommer att fortsätta utvecklas och förändras, och vi och vår specialitet behöver vara med i den utvecklingen.

Det finns många intressanta infallsvinklar som kommer att beröra oss och där vår kunskap, energi och kraft behövs. Vi kommer att påverkas av arbetet med nationella programområden och högspecialiserad vård, nationella riktlinjer, nya vårdinformationsmiljöer, digitalisering, artificiell intelligens, utredningar som Ordning och reda i vården, Styrning för en mer jämlik vård, God och nära vård. Vi kommer att få en ny läkarutbildning och vi har en befolkningsstruktur som förändras vilket innebär att vi kommer att vara tvungna att utveckla vården och vårt omhändertagande av patienterna.

Jag tycker att reumatologin är en fantastisk specialitet där vi fått uppleva en otrolig medicinsk utveckling, vilken fortsätter i allt högre tempo. Nu är nästa utvecklingsområde här och självklart ska vi vara med och påverka!

Avslutningsvis vill jag slå ett slag för Dagens Medicins Reumatologidag den 9 maj 2019 under rubriken ”Den nya reumatologin – hur drar vi nytta av framstegen”. En dag för kunskapsutbyte och diskussion om sjukvårdens framtida villkor för vård och behandling av reumatiska sjukdomar.

Gerd-Marie Alenius

CUTTING EDGE
RHEUMATOLOGY
SYMPOSIUM

16 MAJ 2019 • LUND

Utvecklingsdagen med fokus på kunskap och fortbildning

Kunskapsstyrning och programområdesstruktur- hur ska det fungera? Och hur ska fortbildningen för specialister i reumatologi se ut? Det var några av de frågor som diskuterades på SRFs Utvecklingsdag i slutet av november.

Reumatologins utvecklingsdag startade 2005 när reumatologi som en egen specialitet var hotad.

– Sedan dess har vi träffats en gång om året för att diskutera viktiga frågor som påverkar vår specialitet. Rekordmånga har anmält sig till årets möte, vilket kanske säger något om tyngden på de frågor som vi ska lyfta under dagen, säger Katarina Almehed, verksamhetschef för reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, samt styrelseledamot och utbildningsansvarig på SRF.

Tusentals kunskapsdokument

Utvecklingsdagens förmiddag ägnades åt den nya kunskapsorganisationen. Inbjuden gästföreläsare var Sofia Wallström, generaldirektör för TLV. Vid förra regeringsbildningen 2014 fick hon uppdraget att leda utredningen Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48). I juni 2017 lades betänkandet fram med förslag på hur ny kunskap ska få snabbare och bredare genomslag i vården.

– Även om utredningen lämnades för drygt ett och ett halvt år sedan, pågår fortfarande mycket arbete. Det finns inga enkla, snabba lösningar.

Hur skapar man en lärande hälso- och sjukvårdsorganisation som ser till att patientmötet baseras på bästa tillgängliga kunskap? Efter mer än tio år av öppna jämförelser av vårdens resultat, är det generellt fortfarande stora variationer över landet och en bit kvar att gå för att uppnå en jämlik och jämställd vård.

– Det finns mängder av kunskapsstyrande dokument och olika aktörer tar fram olika stöd. År 2015 producerade myndigheter mer än 600 dokument som skickades ut i vården för att stödja en jämlik vård. Därutöver producerar huvudmännen och professionsorganisationerna egna dokument.

Ett av utredningens uppdrag var att undersöka vilka kunskapsstöd som används i den kliniska vardagen. Vanligast var att fråga en kollega eller att använda kommersiella webbstöd som exempelvis internetmedicin. Mer sällan användes nationella riktlinjer.

– Det är rätt nedslående då vi använder så mycket resurser för att ta fram kunskapsstöd. Här finns potential att göra bättre, det räcker inte med att enbart försöka sprida kunskapsstöd.

En av slutsatserna från utredningen är att det är ett för stor fokus på produktionen av kunskapsstöd och för litet fokus på uppföljning av medicinska utfall och en jämlik vård.

– Systemstyrningen på nationell nivå är svag, ingen äger alla delarna. Vissa kanske tycker att staten borde sätta ned foten, men så ser inte lagstiftningen ut. Staten har ett begränsat utrymme att fatta skarpa förslag, ett stort ansvar vilar på landstingen.

”Rekordmånga har anmält sig till årets möte, vilket kanske säger något om tyngden på de frågor som vi ska lyfta under dagen. ”

Katarina Almehed

En tydlig önskan från professionen är att det ska finnas en tydlig ingång för kunskapsstöd, mer tid för fortbildning och mer tid att rådfråga kollegor.

– Vårdgivaren och verksamhetschefen har ett stort ansvar för att skapa förutsättningarna för en lärande organisation och att den bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet, säger Sofia Wallström.

RCC-modellen förebild

Ett förslag handlar om att landstingen och kommunerna ska vara skyldiga att bedriva nationell samverkan när det gäller kunskapsstyrning, och att det skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen.

Andra förslag är att återinföra regeringens samråd med landstingen.

Den nuvarande modellen som innebär att regeringen och SKL kommer överens, når inte hela vägen fram, menar Sofia Wallström.

” Här finns potential att göra bättre, det räcker inte med att enbart försöka sprida kunskapsstöd. ”

Sofia Wallström

– SKL inte är huvudman. Det är landstingen som har det lagstadgade ansvaret.

En relativt välfungerande modell som redan är på plats är regionala cancercentra, RCC, där landstingen samarbetar kring ett 40-tal nationella vårdprogram.

– Landstingen har beslutat att man vill arbeta så på fler områden och arbetar nu för att skapa en nationell struktur för kunskapsstyrning och nationella kunskapsstöd.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen ska få en särställning och en samordnande funktion gentemot andra myndigheter när det gäller den statliga kunskapsstyrningen. Utredningen, som inte tycker att de nationella riktlinjerna ska vara bindande, menar att tilliten måste stärkas och att staten i mindre grad ska ägna sig åt detaljstyrning.

I juni 2018 beslutade regeringen att ge Vårdanalys och Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag på hur den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården kan utvecklas, och i augusti 2018 tillsattes en utredning om ett genomförande av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

”Vi behöver utveckla system för hur vi utvärderar och följer upp våra resultat och ser till att vi har förutsättningar för ett ständigt lärande. ”

Mats Bojestig

Nya lärandemodeller krävs

Under 2018 inledde regionerna, med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting, arbetet med att skapa ett nationellt system för kunskapsstyrning, det vill säga att utveckla, sprida och använda bästa kunskap för beslut kring patienters vård och behandling.

– Det är ett viktigt steg mot en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet, säger Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Jönköpings län.

Han redogjorde i korthet för den nya modellen och konstaterade att mycket kunskap redan finns, men att det finns brister i hur vi tar hand om och implementerar kunskap.

– Med det kunskapsflöde som vi har i dag krävs en helt annan lärandemodell. Vi behöver utveckla system för hur vi utvärderar och följer upp våra resultat och ser till att vi har förutsättningar för ett ständigt lärande. Det nya systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården. Hittills har endast regionerna omfattats av kunskapsstyrningssystemet, men målet är att också kommunerna ska inkluderas. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys samt till verksamhetsutveckling och ledarskapsutveckling.

”Det är nu viktigt att skapa relevanta grupperingar av diagnoser och åtgärder, och om möjligt signalera vilka av dessa som är högst prioriterade”

Ralph Nisell

– Vi måste garantera en mycket jämnare kvalitet, men om vi ska uppnå det och lyckas med hållbara förbättringsarbeten krävs en fast struktur. Vi behöver lära av varandra och sprida goda exempel. Tillsammans kan vi bli framgångsrika och se till att vinst räknas i liv och jämlik hälsa.

Regioners system för kunskapsstyrning bygger på en organisationsmodell med tre nivåer:

- Mikro (vårdteam, stödsystem och verksamhetschefer) där patienternas behov står i fokus och där aktörer och grupperingar ska ha tillgång till och använda bästa möjliga kunskap.
- Meso (regioner med hälso- och sjukvårdsledning, sjukvårdsregioner och samarbete med kommuner) där ansvariga på ledningsnivå ska efterfråga resultat och föra kontinuerliga dialoger med verksamheterna om kvalitet.
- Makro (regioner i samverkan, SKL som tillhandahåller stödfunktioner och samverkar med staten) med uppdrag att underlätta samverkan med huvudmännen och med myndigheter.

Även nationella kvalitetsregister är integrerade i det nationella systemet för kunskapsstyrning.

– De är ett viktigt stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa och en resurseffektiv vård och omsorg.

Område reumatiska sjukdomar

Ralph Nisell, registerhållare och reumatolog på Karolinska Universitetssjukhuset och Centrum för reumatologi i Stockholm, redogjorde för det nationella programområdet reumatologi och vad det betyder för specialiteten.

– Ordet kunskapsstyrning används flitigt. I affärsvärlden använder man ofta begreppet styrning och tanken är att kunskap ska styra. Men i vården upplever jag att begreppet kan bli missvisande och slår an en ton av det handlar om top-downstyrning. Jag föredrar därför begreppet kunskapsbaserad vård.

Svensk Reumatologisk Förening har varit skarpt kritiska mot den tidigare indelningen av programområden. Skälet är att reumatologi var tänkt att ingå i programområdet för rörelseorganens sjukdomar tillsammans med ortopedi och handkirurgi. – Nu får vi ett eget programområde inom reumatologi, vilket vi är väldigt glada för. Tills vidare kallas det Nationellt programområde reumatiska sjukdomar, säger Ralph Nisell.

Han redogjorde kort för den nya organisationen (se faktaruta). Varje sjukvårdsregion i Sverige kommer att nominera en eller två ledamöter. Av totalt 12 nominerade utses sex representanter till varje programområde.

– Det finns en önskan om att inte bara läkare utan även hälsoprofessionerna ska få möjlighet att nominera, vilket innebär att vårt NPO inom reumatologi eventuellt kan komma att representeras av exempelvis en fysioterapeut och inte en läkare. Detta har mött stark kritik, men SKL har varit tydliga med att fler än läkare behöver ingå i programområdena. Beslut om vilka det blir tas i februari. Därefter kommer styrgruppen att utse en värdregion där ordförandeskapet ska ligga. Det kommer också att finnas en processledare tillgänglig på halvtid.

– SRFs riktlinjearbete med årliga uppdateringar och färdiga grupper kommer att vara värdefulla komponenter i arbetet.

Diskussionerna om vilka kvalitetsregister inom reumatologi som ska integreras i den nya modellen för kunskapsstyrning pågår, även arbetet med att bilda nationella arbetsgrupper.

– Nivåstrukturering blir en viktig fråga. Likaså hur vårdprogram och riktlinjer ska implementeras. När det nya NPO reumatologi är på plats blir det ett intensivt arbete för att komma ikapp de övriga programområdena och man kan väl enkelt säga att man lägger rälsen medan tåget går.

”SRFs riktlinjearbete med årliga uppdateringar och färdiga grupper kommer att vara värdefulla komponenter i arbetet. ”

Det pågår samtidigt ett arbete med att bilda regionala programområden (RPO) som ska stötta det nationella arbetet. I region Stockholm/Gotland föreslås en ny sakkunnighetsstruktur.

– Det är viktigt vem som blir ordförande i RPO eftersom det påverkar programområdets arbete och val av ledamöter. Det handlar om cirka 20 ledamöter och vi vill ha med samtliga verksamhetschefer inom reumatologi. Förankringen inom regionen är avgörande, både med berörda verksamheter och med tjänstemän.

Ralph Nisell berättade även om universitetssjukvårdsenheterna, USV-enheterna, som blir viktiga aktörer i den nya modellen. De har till sin huvudsakliga uppgift att implementera nya vårdformer, terapier och ny kunskap.

– Universitetssjukvården ska dockas in mot de regionala programområdena.

Parallellt pågår en nationell nivåstrukturering och under våren 2019 kommer Socialstyrelsen att gruppera och prioritera utifrån de listor som de nationella programområdena presenterar. I slutet av 2024 beräknas arbetet med den nationella vårdstruktureringen vara genomförd.

– Det är nu viktigt att skapa relevanta grupperingar av diagnoser och åtgärder, och om möjligt signalera vilka av dessa som är högst prioriterade för nivåstrukturering i närtid, säger Ralph Nisell.

Fortbildning

Utvecklingsdagen avslutades med en diskussion om fortbildning.

Sverige har inte en systematisk uppföljning av fortbildning för kliniskt verksamma läkare.

I ett högt produktionstempo är det i dag upp till chefer i vården att prioritera fortbildning. Men frågan kan hamna långt ned på prioritetslistan.

Svenska Läkaresällskapet och flera specialitetsföreningar arbetar för kompetenskontroll, handlingsplaner och SPUR-liknande inspektioner.

Katarina Almehed ställde frågor till deltagarna:

– Mitt huvudbry som utbildningsansvarig i SRF är hur fortbildning för reumatologer ska se ut och vad vi behöver göra? Ska SRF arbeta för fortbildning i kursform? Ska utbildningsformatet förändras för specialister, kanske erbjudas i digital form? Vilka ämnen önskar reumatologer fortbildning i? Vem ska ta ansvar för att fortbildning erbjuds kontinuerligt?

Katarina Almehed refererade även till en debattartikel i Svenska Dagbladet (20 november 2018) där 13 företrädare för vården understryker betydelsen av fortbildning:

”Om läkare nöjer sig med dagens kunskapsnivå stagnerar vården. Detta hotar på sikt patientsäkerheten. Fortbildning får inte ständigt prioriteras bort. Trenden måste vändas”.

Eva Nordin

Fakta:

Ny modell för kunskapsstyrning

Det har bildats mer än 20 nationella programområden (NPO) som ska leda kunskapsstyrningen inom respektive område. I varje NPO finns representanter från varje sjukvårdsregion (6 stycken) samt en processledare. NPO ska tillsammans identifiera skillnader och kunskapsluckor och arbeta för en mer sammanhållen kunskapsstyrning. De ska även följa upp utvecklingen och bidra i arbetet med hur nationella kvalitetsregister bör utvecklas och användas. Även 1 till 3 nationella arbetsgrupper (NAG) kan formas av varje NPO.

Viking Huss

ReumaBulletinen gratulerar Viking Huss, ST-läkare i reumatologi på Karolinska Universitetssjukhuset, för pedagogisk utmärkelse.

Läkarstudenterna på kursen Klinisk medicin vid Karolinska Solna (NKS) ville i år ge det pedagogiska priset till ett flertal personer.

En av dessa personer var Viking, som inspirerat samtidigt som han undervisat.

Grattis, Viking!

Post-ACR 2018

Post-ACR arrangerades i Stockholm 2018 för fjärde året i rad, så det finns fog för att säga att denna dag nu kan räknas som en tradition. Tradition är det också att dagen ges i anslutning till SRFs Utvecklingsdag. Det var den 30:e november (dagen efter Utvecklingsdagen) som årets upplaga av Post-ACR gick av stapeln i Bygget fest och konferens lokaler mitt i Stockholm – även det en del av traditionen. Det är tidningen Dagens Medicin som står för själva arrangemanget.

Dagen går som bekant ut på att ett antal medlemmar i SRF samlar det mest väsentliga av det som framkommer på den amerikanska kongressen, och sedan sammanfattar det för kollegorna här hemma. Professor Inger Gjertsson, SU Göteborg, och vetenskaplig sekreterare i SRF var moderator.

Presentationerna är indelade efter olika områden. Först ut var *SLE och inflammatoriska systemsjukdomar* som presenterades av Christopher Sjöwall, Linköping, och Dag Leonard, Uppsala.

Christopher Sjöwall

Dag Leonard

Lovande resultat för baricitinib

– ACR hölls 2018 i Chicago, i McCormick Place som är den största kongressbyggnaden i Nordamerika. Dit kom cirka 15,000 deltagare från 106 länder, inledde Christopher med att berätta.

Han fortsatte med en översikt om tidigare Fas III-studier på läkemedel för SLE. Det var en nedslående sammanställning av 8 studier på fem läkemedel där endast två – båda på belimumab – nådde primär endpoint.

Men nu har det börjat röra på sig. Christopher visade en studie på baricitinib, en oral selektiv hämmare av JAK1 och JAK2, som redan är godkänd för RA, vid SLE. Studien som presenterades vid ACR var en Fas II.

– Resultaten var lovande. För patienter med SLE som redan stod på standardterapi visade sig baricitinib 4 mg en gång om dagen vara associerat med signifikant klinisk förbättring jämfört med placebo. Även de patienter som fick baricitinib 2 mg om dagen förbättrades mer jämfört med dem som fick placebo, men detta resultat var inte statiskt signifikant.

Säkerheten och tolerabiliteten var tillfredsställande, även om man såg en liten ökad andel allvarliga infektioner i gruppen med 4 mg.

– Man kommer nu att gå vidare i Fas III, berättade Christopher.

Ustekinumab nedreglerar interferon II

Dag presenterade en Fas II-studie på IL-12/23 inhibitorn ustekinumab. Läkemedlet är idag godkänt för plackpsoriasis, PsA och Crohns sjukdom.

– Cytokinerna IL-12, -17 och -23 ökar vid SLE – det har man lyckats mäta, förklarade han.

Den randomiserade studiens konklusion var att det var statistiskt signifikant skillnad mellan placebo och ustekinumab vecka 24.

– Patienter som fått placebo och som sedan gick över till ustekinumab visade också klinisk förbättring mellan vecka 24 och 48. Data för säkerheten visade sig vara i linje med den redan kända profilen för läkemedlet. Så ustekinumab kan vara en effektiv och tolerabel terapi för SLE, och går nu vidare i Fas III, rapporterade Dag.

Han beskrev även att data från studien visade att det var typ II interferon, och inte typ I, som nedreglerades efter behandling med ustekinumab.

– Nedreglering av IFN typ II var högst hos de som svarade på ustekinumab

– vilket kan vara en indikation på att celler som producerar IFN-gamma kan ha en roll för terapisvar.

Lättare att uppnå LLDAS än remission

Det är svårt att mäta remission vid SLE, pga. sjukdomens många organmanifestationer, påpekade Christopher. Det finns ett stort behov av validerade mål för behandlingen av SLE.

– Remission – som är guldstandard vid alla sjukdomar – uppnås sällan vid SLE, fortsatte han.

Lupus Low Disease Activity State (LLDAS) är en definition som är lättare att uppnå, och har nyligen blivit validerad. Men vad kan man säga om uppnådd LLDAS *långsiktiga* förmåga att förhindra organskador?

– Räcker det till för att förhindra organskada och för tidig död, frågade Christopher.

Frågan var utgångspunkt för en studie som han presenterade.

– Det var en ambitiös studie, med 1,735 patienter som ingick.

Studien fann att det var mellan 5 och 10 gånger så svårt att uppnå remission vid treat-to-target för SLE, jämfört med LLDAS. Men också att remission i högre grad skyddar mot skov.

– Man visade ändå att om man uppnår LLDAS, är det associerat med signifikant skydd mot både skov och organskada. Här kan det vara viktigt att komma ihåg studiens uppföljningstid på 24 veckor. Jag undrar hur det ser ut efter tre år, kommenterade Christopher.

Antifosfolipidantikroppar och risken för hjärtinfarkt

En studie gjord av Elisabet Svenungsson hade presenterats i Chicago, och Dag berättade om den.

– Det var en svensk studie på IgG antifosfolipidantikroppar vid förstagångs hjärtinfarkt i normalbefolkningen.

Det är en delstudie i PAROKRANK-studien där 805 patienter vid 17 sjukhus, som var under 75 år och fått hjärtinfarkt, jämfördes med 805 matchande kontroller i bakgrundspopulationen. Prover togs mellan 6 och 10 veckor efter infarkten.

– Studien visar att 11 % i den grupp som haft hjärtinfarkt hade fosfolipidantikroppar (anti-kardiolipin eller anti-β2-glykoprotein-I) – att jämföra med 1 % i kontrollgruppen. Det finns en stark association mellan IgG antifosfolipidantikroppar och hjärtinfarkt – som är oberoende av traditionella riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom. Prospektiva studier behövs för att bestämma kausalitet och hur detta ska behandlas, summerade Dag studiens konklusion.

Nya kriterier föreslagna

SLICC-kriterierna för SLE kom för några år sedan, och ACR har nu satsat på att utveckla nya. Organisationens senaste kriterier stammar från 1997. SLICC har högre sensitivitet, men lägre specificitet, berättade Christopher.

På kongressen presenterades ett projekt, gemensamt finansierat av EULAR och ACR. Det går ut på att ha antinukleära antikroppar som ett inträdesvärde, vilket ger en mycket hög sensitivitet men mycket lägre specificitet. Till det ska sedan läggas vägda ytterligare kriterier – t.ex. ska histologiskt visad nefrit ska väga tyngre än munsår. Attribution till SLE ska sedan ske endast om det inte finns någon troligare förklaring.

– Nefrit klass III/IV ger 10 poäng, och tillsammans med antinukleära antikroppar räcker det. Annars krävs andra fynd. Dessa kriterier är testade och validerade i en stor (n = 2,218) internationell kohort. Det man har funnit är att de har en sensitivitet liknande SLICC, medan de har kvar den höga specificitet som ACR 1997-kriterierna har, konstaterade Christopher.

Han underströk att dessa kriterier nu är föreslagna till EULAR och ACR, men ännu inte antagna.

– Men vi får förutsätta att de blir det. Observera – de ska, liksom de tidigare, användas för studier. Varje reumatolog kan fortsatt själv ställa SLE-diagnos. Men många av oss lutar nog mot kriterierna när vi gör det.

Ny approach för myosit med MDA5 antikroppar

Dag beskrev resultat från en studie vid den svåra formen av myosit med antikroppar mot MDA5. Behandling med högdos prednisolon + intravenös cyklofosfamid + tacrolimus visade ökad överlevnad för patienterna som ofta drabbas av snabbt progredierande interstitiell lungsjukdom. Efter 6 månader var överlevnaden 89 % jämfört med 33 % som fått traditionell behandling.

– Det är en ny approach för den här gruppen patienter, kommenterade Dag.

En annan studie han visade var på apremilast för orala sår vid Behçets syndrom. Det var en Fas III-studie där 104 patienter randomiserades till apremilast, och 103 till placebo under 12 veckor. Man kunde då se signifikanta förbättringar i antal munsår för de som fått apremilast, jämfört med placebo.

– Förbättringarna i orala sår vidhölls i upp till 28 veckor med fortsatt behandling med apremilast. Generellt var läkemedlet väl tolererat, och säkerhetsdata var i linje med de som tidigare redovisats. Så apremilast kan ses som en möjlig tilläggsbehandling vid Behçets, summerade Dag.

Därmed var han och Christopher klara, och besvarade sedan frågor från publiken.

Äldre JAK-hämmare

Nästa ämnesområde var RA, och det var Carl Turesson och Jon Lampa som presenterade det som de valt ut som höjdpunkter i Chicago.

Jon inledde med data på säkerhet över lång tid för JAK-hämmare.

– Data för baricitinib för RA under upp till sex års tid – 3,492 patienter och 7,860 patientår – visade att allvarliga händelser *inte* ökade under observationstiden. För tofacitinib upp till fem år (7,061 patienter och 22,875 patientår, 30 % hade mer än fem års exponering för tofacitinib) visade en frekvens av herpes zoster totalt på 11,1 %. Sammanfattningsvis demonstrerades en konsistent säkerhetsprofil för tofacitinib, sa Jon.

En uppföljande, öppen studie till RA-BEAM på patienter som fullföljt utan rescue, och som switchat från adalimumab till baricitinib, visade på bibehållen sjukdomskontroll och ingen ökning av allvarliga händelser, rapporterade han.

Upadacitinib som monoterapi – en randomiserad Fas III-studie hade undersökt 648 patienter med inadekvat respons på metotrexat och randomiserat dem till antingen upadacitinib 30 mg eller 15 mg eller enbart metotrexat. Primär endpoint mättes vid vecka 14.

– Resultaten var övervägande positiva för upadacitinib i alla endpoints, konstaterade Jon.

Jon Lampa och Carl Turesson

Ytterligare en Fas III hade jämfört upadacitinib med adalimumab och placebo, samt även undersökt det radiologiska utfallet.

– Man kunde se en tydlig skillnad till upadacitinibs fördel när det gällde ACR 20, ACR 50 och DAS28CRP – men dock ingen radiologisk skillnad.

Metotrexat-naiva patienter med RA hade i en Fas III randomiserats till upadacitinib 30 respektive 15 mg eller metotrexat.

– Det var en tydlig skillnad, med klara data till upadacitinibs fördel. Dock var det en högre andel allvarliga infektioner i gruppen med upadacitinib 30 mg, fortsatte Jon.

Nya JAK-hämmare

Peficitinib är en ny, icke-selektiv, JAK-hämmare som undersökts i en Fas III på 519 patienter med RA och otillräckligt svar på metotrexat. De randomiserades till peficitinib 100 mg eller 150 mg + metotrexat, samt metotrexat + placebo. Efter 12 veckor uppnåddes ACR 20 av 58,6 % i gruppen med 100 mg, 68,4 % i gruppen med 150 mg och 21,8 % i gruppen med placebo.

Filgotinib är en annan ny JAK-1 hämmare. Fas III-studien Jon presenterade hade undersökt läkemedlet på 448 patienter med aktiv RA och inadekvat respons på biologiska läkemedel och som stod på stabil csDMARD. Armarna bestod av filgotinib 100 mg, alternativt 200 mg samt en arm för placebo. ACR20 vecka 12 konstaterades hos 57,5 % i armen med 100 mg, 66,0 % i armen med 150 mg – att jämföra med 31,1 % för placebo.

Säkerheten i bägge dessa studier var i linje med övriga JAK-hämmare, förklarade Jon.

Patient-rapporterade data

PROMIS står uttytt för Patient-reported outcome measurement information system och är ett itembanksystem för hälso- och sjukvården som initierades av National Institute of Health i USA. Det kan användas för flera patientgrupper till en mycket låg kostnad och med ett nationellt supportsystem.

– Kontrollerna finns redan i datorn – 100.000 patienter är redan insamlade. Det här är något som vi måste förhålla oss till. Det var flera sessioner om PROMISE i Chicago, sa Jon.

En studie som presenterats var en cross-section analys där man undersökt hur arbete på arbetsplatsen och i hemmet interfererade med smärta. Syftet var att karaktärisera till vilken grad smärta påverkar aktiviteter och prediktorer. 1,048 patienter med RA ingick och 8 s.k. items från PROMISE.

Studien visade att högre smärtintensitet och låg fatigue var oberoende för s.k. icke-relaterad funktionspåverkan (non-interfering pain).

– Konklusionen var att RA-patienter uppfattar non-interfering pain som ganska likt vid olika aktiviteter – det var inte så stor skillnad. Det är viktigt deskriptivt, trots att det finns flera confounders.

5 % utvecklar artrit

Jon talade också om checkpoint-inhibitorer, som används för behandling av cancer och vars upptäckt ledde till årets Nobelpris.

– Checkpoint-inhibitorer är intressanta också för reumatologer, och fick därför uppmärksamhet vid ACR.

Han berättade att det idag finns cirka 50 (!) olika checkpoint-inhibitorer i studier. Hundratusentals patienter kommer att behandlas.

– Man ska då komma ihåg att av dessa så drabbas cirka 40 % av immunrelaterade biverkningar. Ungefär 5 % drabbas av inflammatorisk artrit. Denna terapiutveckling kommer att skapa nya sjukdomar som behöver reumatologisk bedömning, fortsatte Jon.

Det är möjligt att trappa ner

Till sist rapporterade han om två andra studier. Den första hade undersökt patienter med led- och muskelsmärtor för utveckling till RA. Alla genomgick muskoskeletalt ultraljud, med fokus på tenosynovit. 66 patienter inkluderades, och inom 2,5 år utvecklade 27 av dessa RA. Det var betydligt fler av de som hade tenosynovit vid inklusionen som utvecklade sjukdomen.

– Konklusionen var att ultraljudsdetekterad tenosynovit ter sig prediktiv för artritutveckling i en ACPA-positiv riskpopulation.

Den sista studien kom från Danmark. I landet har man en klassisk riktlinje om att trappa ner en biologisk DMARD vid remission. Om patienten får ett skov, återgår man till den föregående dosen. I studien hade man följt 148 patienter under 2 år, och endast 38 % av dem stod kvar på full dos efter denna tidsperiod. Av dessa hade 16 % utsatt biologisk DMARD.

– Man kom alltså fram till att nedtrappning är något som man *kan* göra. Dessa data stöder att vi undersöker nedtrappning vidare, avslutade Jon och lämnade därmed över till Carl Turesson.

Högexpanderande B-cellkloner ger hög risk

Carl hade sammanfattat sin rapport med hjälp av ett antal frågor. Den första av dessa var hur man bland de individer med hög risk för RA ska kunna identifiera dem som snart ska utveckla artrit?

En tidigare studie på en högriskpopulation (anti-CCP/IgMRF-positivitet, artralgi men ingen artrit) hade visat att antalet expanderade B-cell receptor kloner var prediktivt. I Chicago presenterades en ny studie på 129 högriskindivider. Expanderade B-cellkloner studerades genom sekvensering av perifera blodceller. Det visade sig att data från den tidigare studien kunde bekräftas – högexpanderande B-cellkloner innebär en hög risk.

– För dessa högriskindivider var risken för artrit inom 36 månader 91 %. Det är en så hög risk att det blir intressant att undersöka om detta går att förebygga, sa Carl.

Kan RA predikteras hos högriskindivider?

PRAIRI studien, som presenterats vid en tidigare kongress, hade inkluderat individer med artralgi, positiv IgM RF och anti-CCP samt CRP på 0,6 mg/l eller över – alternativt subklinisk synovit vid MR/ultraljud. De skulle aldrig ha haft kliniskt manifesterad artrit och aldrig DMARD-behandling.

– Deltagarna rekryterades från förstagradssläktingar till patienter med känd RA, samt från marknader och mässor där man erbjöd screening för RA-specifika antikroppar.

Man fann att för de som fick rituximab tog det längre tid att utveckla artrit. Carl påpekade dock att denna behandlingsstrategi kanske inte är redo för kliniskt bruk ännu.

Kan andra faktorer prediktera RA hos individer med hög risk? Aase Haj Hensvold, KI Stockholm, har gjort en studie på 66 patienter med muskoskeletala symptom (framför allt artralgier) och positiv anti-CCP. 27 (41 %) av dessa utvecklade artrit enligt klinik och ultraljud, fortsatte Carl. Shared epitope och att ha flera olika ACPA gav högre risk för artrit.

Köttintag och BMI påverkar inte risk

Påverkar köttintag risken för RA? Data från den svenska mammografikohorten som hade följt 36,500 kvinnor och uppskattat deras köttkonsumtion från frågeformulär 1987 och 1997 och sedan följt upp incidenta fall av RA 2003 - 2014 presenterades. Data visade *inte* på någon association mellan köttkonsumtion och RA – vare sig för rött kött, bearbetat kött eller fågel. Inte heller någon association med långvarig köttkonsumtion.

Hur är det då med ålderberoende riskfaktorer för RA? Här fick Carl tillfälle att sammanfatta en egen studie som presenterats vid kongressen.

– Man vet att rökning är en etablerad riskfaktor, men det råder motstridiga data om BMI. Hög kolesterol predikterar RA framför allt hos kvinnor. Men finns det en åldersberoende effekt hos kvinnor?

Hans studie hade använt sig av deltagare från Malmö Förebyggande Medicin, och funnit 139 kvinnor som utvecklade RA. Det var en nested fall-kontrollstudie med åldersstratifierad analys.

– Resultatet blev att kolesterol och rökning ger ökad risk framför allt hos de yngre – men *inte* BMI, sa Carl.

Kortison driver herpes zoster

Patienter med RA har förhöjd risk för influensa och relaterade sjukdomar. Men de har sämre antikroppsrespons vid vaccinering. Högdos trivalent inaktiverat influensavaccin (HD-TIV) har använts med framgång hos åldringar, och visat signifikant bättre effekt än standardvaccin för denna grupp. Det är därför även kostnadseffektivt att ge det.

– En studie hade undersökt om det lönar sig att ge seropositiva för RA en högre vaccindos. Det var en randomiserad, dubbelblindad studie, och den visade att det lönar sig, konstaterade Carl.

Slutsatsen var att HD-TIV ger bättre immunrespons än standardvaccin även hos patienter med RA.

– Det är den första studien som dokumenterar en framgångsrik förbättring av vaccinrespons hos immunsupprimerade. Nästan alla patienter stod på metotrexat, så frågan är om detta kan vara en bättre strategi än kortvarig paus med metotrexat?

I USA har man behandlat med tofacitinib för RA sedan år 2011. Kliniska prövningar har visat att det finns en ökad risk för herpes zoster med tofacitinib. Så frågan är om annan samtidig immunsuppression – metotrexat och kortison – påverkar denna risk. En studie hade undersökt detta med hjälp av data från 8,030 RA-patienter från två amerikanska försäkringsdatabaser.

– Den fann att med samtidig kortisonbehandling så fördubblas risken, medan metotrexat inte gav mer herpes zoster bland dem som fått tofacitinib.

Höga läkemedelskoncentrationer associerade med infektioner

Är monitorering av läkemedelskoncentration användbart för att prediktera infektioner? En brittisk registerstudie med patienter från två nationella prospektiva kohorter av RA-patienter hade undersökt det. Carl sammanfattade resultaten.

– Det visade sig att patienter med höga läkemedelskoncentrationer hade ökad risk för infektioner – men ingen signifikant skillnad för allvarliga infektioner. Så mätning av läkemedelskoncentration kan vara till nytta för att prediktera infektion – sambanden är intressanta.

Han gav också några egna reflektioner.

– Finns det någon skillnad mellan olika biologiska DMARDs? Sjunker risken för infektioner hos en patient om man sänker dosen, eller byter till annan biologisk DMARD? Och hur ser risk- nyttokalkylen ut?

För att formellt visa detta krävs fler studier – med randomisering till handläggning med mätning av läkemedelskoncentration, jämfört med utan, samt strukturerade åtgärder utifrån resultaten, var hans kommentar.

Tocilizumab ger inte högre risk för kardiovaskulär sjukdom

En studie visade att hög sjukdomsaktivitet vid RA predikterar interstitiell lungsjukdom (ILD).

– En svaghet med studien är att det var en helt CT-baserad definition av ILD. Man kan ju fundera på om det är så att sjukdomsaktiviteten i sig påverkar benägenheten att beställa CT, påpekade Carl.

Därför behövs en replikation av resultaten i andra studier. Man borde göra kliniska prövningar med utvärdering av ILD.

– En annan fråga är vilken betydelse treat-to-target har för utveckling av ILD.

Det finns en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom vid RA. Många studier har visat på ökade lipidnivåer i blodet vid behandling med tocilizumab, men även en viss påverkan på lipidnivåer även vid annan biologisk behandling.

– Det finns dock begränsat med data om kardiovaskulär risk vid behandling med tocilizumab. Så frågan är hur det ser ut i observationsstudier av patienter som behandlas enligt klinisk praxis?

En studie av RA-patienter i två amerikanska försäkringsdatabaser visade en något högre andel med hög sjukdomsaktivitet i de grupper som behandlades med tocilizumab och rituximab. Men justerat för kategori av sjukdomsaktivitet var det en minimal förändring i estimat.

– Jämfört med tocilizumab låg faktiskt TNF-hämmare totalt något *högre* i risk. Författarna konkluderade dock lite försiktigt att risken för de som behandlats med tocilizumab var jämförbar med de etanerceptbehandlade, sa Carl.

Det var den sista av hans höjdpunkter från kongressen, och i och med det var det fritt fram för publiken att ställa frågor till både honom och Jon.

Klassifikationskriterier suboptimala för diagnos

Tomas Husmark hade bevakat det som sades om spondylartrit (SpA).

En studie hade undersökt hur vanligt det är med inflammatoriska och kroniska förändringar – som SpA kan misstänkas orsaka – i axialskelettet hos friska symptomfria individer under 45 års ålder.

– Man fann en hög prevalens av inflammatoriska och strukturella MRI-lesioner hos friska frivilliga. Förekomsten av dessa lesioner i både SI-leder och ryggraden bör alltså utvärderas med försiktighet, och i relation till sjukdomsrelaterade symptom.

Inflytandet av eventuell mekanisk påverkan på förekomsten av dessa lesioner behöver studeras ytterligare, slogs fast i studiens konklusioner.

– Det bör vara en hög tröskel för identifiering av ″SpA-associerade ″ lesioner i kliniken.

ASAS klassifikationskriterier för axial SpA hade diskuterats i Chicago. Är dessa för enkla att möta – och har de lett till en explosion av diagnostik? Det var frågor man ställt sig.

– Kriterierna är suboptimala som diagnoskriterier. Klassifikationskriterierna är användbara på de patienter som har fått diagnosen axial SpA. Men diagnosen kan inte ställas genom att kryssa i rutor, underströk Tomas.

Därför ska dessa kriterier nu valideras i en prospektiv kohort – Classification of Axial Spondyloarthritis Inception Cohort (CLASSIC).

En potentiell terapeutisk approach

En annan studie hade undersökt patienter med *misstänkt* SpA med MRI av SI-leder efter två år. 75 % av de undersökta fick senare klassisk SpA-diagnos.

– Ålder, B27 positivitet och psoriasis var de kliniska variabler som var associerade med SpA diagnos efter 2 år. Bedömning av både aktiva och strukturella lesioner bidrar till ökad diagnostisk precision vid Ax SpA, konstaterade Tomas.

En studie på ixekizumab, som inhiberar IL17A, för patienter med SpA (COAST-V) var nästa studie han presenterade. 341 patienter randomiserades till antingen ixekizumab 80 mg varannan eller var fjärde vecka, adalimumab 40 mg varannan vecka eller till placebo. Studien visade resultat från vecka 16.

De visade att ixekizumab var effektivt för att reducera tecken och symptom för patienter med r-axSpA, och som var naiva för bDMARDs. Läkemedlet var också effektivt för att förbättra hälsorelaterad livskvalitet, samt reducerade inflammation på MRI.

– Effekten kom snabbt – redan efter en vecka såg man signifikant skillnad mellan armarna med ixekizumab och placebo. Inga oväntade säkerhetssignaler kunde konstateras.

Adalimumab – som var referensarmen – hade förväntad verkan, och visade även den signifikant skillnad mot placebo.

– Resultaten visar att ixekizumab (liksom sekukinumab tidigare visat) är en effektiv behandling för patienter med r-axSpA, sa Tomas.

Dosminskning gav samma effekt som full dos

MEASURE 3 var en treårsuppföljning av 226 patienter med AS som behandlats med sekukinumab i doserna 150 och 300 mg subkutant var fjärde vecka. Man rapporterade att läkemedelsöverlevnaden var 80 %, med bibehållen effekt och säkerhet. Den högre doseringen var numerärt bättre ffa. i den grupp som sviktat på tidigare behandling med anti-TNF.

Cancerrisken hos amerikanska patienter äldre än 65 år med AS hade undersökts i en annan studie. Man hade använt Medicares databas och jämfört 13,300 patienter med 6,800 kontroller.

– Det förelåg en ökad risk för leukemi, melanom, njur- och thyroidea cancer. Men en minskad risk för cancer i esofagus, ventrikel, colon och lungcancer, fortsatte Tomas.

Ytterligare en studie från en observationskohort med 180 patienter behandlade med infliximab eller adalimumab visade att samtidig DMARD behandling ökade läkemedelsöverlevnaden.

– Klinisk nytta sågs tydligt – men endast hos överviktiga, vilket hälften av patienterna var.

Till sist berättade han om en studie på 776 patienter med axial SpA och som stått på anti-TNF i ett år eller längre och som var i inaktiv sjukdom. 454 av dem fortsatte med normal dos, och 322 trappades ner till halv dos eller mindre.

– Denna dosminskning visades ha samma effekt som normal dos.

Tomas avslutade sin rapport med följande ″take-home message″:

– Allt är inte guld som glimmar – och allt som lyser vitt på MR är inte lesioner!

Ska undersöka riskfaktorer och triggers

Psoriasisartrit var nästa ämnesområde, och Sara Wedrén sammanfattade vad som sagts.

– De läkemedel som finns mot PsA har inte en överväldigande effekt, så det finns ett behov för tidigare, mer aggressiv behandling, nya smartare molekyler för behandling, kombination av preparat samt adjuvant behandling, inledde hon med att slå fast.

Kan man förebygga PsA? Det finns en preklinisk fas, så det kan tänkas att konceptet är intressant, fortsatte Sara.

Sara Wedrén

– I det sammanhanget presenterades en studie som fann att de patienter som utvecklat PsA har sökt vård i dubbelt så hög utsträckning året *innan* diagnosen.

En långvarig period av icke-specifika muskuletala symptom existerar innan diagnos av PsA, var studiens första konklusion.

– Denna fas kan förklara en del av de förseningar av diagnos av PsA som förekommer både i primärvården och inom reumatologiska enheter. Därför finns det ett behov av bättre biomarkörer för att tidigare kunna diagnostisera PsA hos patienter med psoriasis.

En grupp har etablerats – PAMPA Study Group – för att undersöka kliniska och genetiska faktorer, miljöfaktorer och immunologiska event under fasen från psoriasis till PsA. Det långsiktiga målet är att hitta riskfaktorer och triggers för PsA – med det ultimata målet att förhindra sjukdomens utveckling.

– Kan man lyckas med att kartlägga dessa faktorer, kan det vara motiverat att behandla dem innan de utvecklar PsA. En studie planeras, och det ska bli spännande att se vad de kommer fram till, kommenterade Sara.

Fyra studier

Ett antal studier på nya läkemedel mot PsA presenterades, och Sara gick igenom dem. Hon började med guselkumab, en human monoklonal antikropp mot p19-subenheten av IL23.

– Det var en Fas II-studie med 149 patienter. Den visade ACR20 för 58 % för guselkumab, mot 18 % för placebo efter 24 veckor. Fas III-studier pågår nu.

En studie på bimekizumab, som inhiberar IL-17F och IL-17A hade satt ACR 50 som primär endpoint. Det var också en Fas II, där läkemedlet testades i flera doser mot placebo.

– Vecka 12 var det en signifikant dos-respons för ACR 50, jämfört med placebo. Alla dessa svar fortsatte att öka upp till vecka 24, och bibehölls sedan till vecka 48.

Lennart Jacobsson

Säkerhetsprofilen var i linje med tidigare studier på bimekizumab (psoriasis, PsA och AS), och läkemedlet – som nu är i Fas III för psoriasis – har potential även för PsA, fortsatte Sara.

Den selektiva JAK1-hämmaren filgotinib har undersökts på 131 patienter med aktiv PsA i en Fas II. 65 randomiserades till filgotinib, och 66 till placebo.

– 80 % uppnådde primär endpoint ACR20 vecka 16 – att jämföra med 33,3 % för placebo. Man såg en snabb förbättring i ett flertal domäner för sjukdomsaktivitet. Inga nya säkerhetssignaler observerades.

PALACE är en studie på apremilast vid PsA, och i den grupp som kom i remission eller låg sjukdomsaktivitet kunde man se en tidig förbättring i sjukdomsaktivitet vecka 16 – som med fortsatt behandling var bibehållen till vecka 52. Patienter som uppnådde kontroll av perifer artrit med apremilast, kunde även uppvisa remission eller låg sjukdomsaktivitet för andra manifestationer av PsA – entesit, daktylit, funktion och hudpsoriasis.

Stöd för monoterapi med etanercept

Kan man förebygga subklinisk PsA med hämning av IL17? En liten, prospektiv open-label studie på 20 patienter med psoriasis, men inte PsA, hade behandlat dessa med sekukinumab under 24 veckor.

– De förbättrades avsevärt avseende VAS smärta, MR score och PASI. Ingen progredierade radiologiskt. Slutsatsen var att IL17-inhibition med sekukinumab ledde till resolution av inflammation och ingen progression av benförändringar i lederna hos psoriasispatienter med subkliniskt ledengagemang. Dessa data pekar mot att ett mycket tidigt sjukdomsingripande vid PsA är en rimlig approach, sa Sara.

En studie hade undersökt hur IL-17-hämning påverkade vaccinationssvar hos 32 patienter med PsA, behandlade med sekukinumab sedan minst 3 månader – varav 31 % även stod på csDMARD – och 17 friska kontroller vaccinerades med årets trivalenta influensavaccin. Provtagning skedde vid vaccination och 4 - 6 veckor senare.

– Seroprotektiva antikroppsnivåer uppnåddes i samma utsträckning i båda grupperna.

En randomiserad kontrollerad dubbelblind studie head-to-head studie hade jämfört metotrexat + placebo med etanercept + placebo och metotrexat + etanercept. Patienterna hade tidigare varken haft metotrexat eller TNF-hämmare.

– Slutsatserna var att etanercept eller etanercept + metotrexat är mer effektivt vid PsA än enbart metotrexat. Tillägg av metotrexat förbättrade inte effekten av etanercept – så resultaten stöder användning av etanercept i monoterapi vid PsA, konstaterade hon.

Hopp inför framtiden

En studie där man jämfört golimumab med eller utan metotrexat visade ett överväldigande bättre resultat för kombinationsterapin. Deltagarna var bionaiva, och hade aktiv, tidig sjukdom.

– Det var signifikanta skillnader redan vecka 8, trots mycket få patienter.

Rollen för metotrexat när det gäller läkemedelsöverlevnad hade granskats i en annan studie. Två grupper som behandlades med adalimumab hade jämförts – och författarna drog slutsatsen att metotrexat *inte* förbättrar läkemedelsöverlevnaden.

– Det var ingen skillnad för kombinationsterapin, sa Sara.

Hon tillade att frågan om metotrexats vara eller icke vara inte avgjordes på den här kongressen heller.

Sara avslutade med en översikt av nya läkemedel vid PsA. Idag finns det fyra med godkänd indikation – sekukinumab, ixekizumab, ustekinumab och tofacitinib. Men för sju andra pågår studier, så det finns alltså hopp inför framtiden.

Genetik kontra dietens betydelse för gikt

Sista ämnesområdet för dagen var gikt, och det var Lennart Jacobsson som presenterade. Det inledde han med att tala om genetikens kontra dietens betydelse för urat-nivåer respektive risk för gikt.

– Bland 16,760 individer i fem hälsoundersökningar under 1987 - 2005 i USA studerades effekten på s-urat av dieten och genetisk risk-score – baserad på 30 kända gener som bestämmer nivåer av s-urat. Den diet som mest ”förklarar” variation av s-urat var DASH-dieten (den förklarade 0,3% av variationen av s-urat) Akronymen står för Dietary Approach to Stop Hypertension – mycket frukt, magra mejeriprodukter och fullkornsprodukter. Lägger man ihop effekt av alla enskilt signifikanta dietkomponenter förklarade de endast 3 % av variationen av s-urat, fortsatte Lennart.

– Medan genetiskt risk-score – med de gener som är inkluderade – förklarade 23,9 % av variationen i s-urat. Detta motbevisar den rådande uppfattningen om att dieten har stor betydelse för s-urat nivåer – dock är sannolikt effekten av diet större för att utlösa giktanfall.

Vilka livsstilsfaktorer är viktigast att adressera hos giktpatienter? Hos prevalenta giktpatienter är övervikt – speciellt hos kvinnor – en betydligt viktigare faktor än alkohol.

Vad finns det för långtidsrisker med hyperurekemi – förutom gikt? Enligt en kohortstudie med 12,234 patienter följda under 10 år, så ökar en högre genomsnittlig s-urat nivå risken för njursjukdom – men inte för kardiovaskulära händelser.

– Dessa resultat passar i stort in i den samlade kunskapsbilden, men vi inväntar resultat från randomiserade, kontrollerade studier. Njursjukdom både orsakar och orsakas av hyperurikemi, medan samband mellan hyperurekemi och kardiovaskulära händelser sannolikt förklaras av associerade faktorer, var Lennarts kommentar.

Treat-to-target

Internationella rekommendationer om uratsänkande terapi bör sättas in redan efter första anfallet om samtidig komorbiditet föreligger, eller om patienten är yngre än 40 år eller har tofi.

– Treat-to-target innebär att man ska komma till ett värde under 360 μmol/liter, vilket minskar uratmängd i vävnaden – samt progression av skeletterosioner vid gikt. Det uppnås genom en låg, initial startdos av allopurinol, regelbunden s-urat kontroll och successiv dosökning till detta mål har uppnåtts (s-urat < 360 μmol/liter). Om anfallen är mycket frekventa – överväg anfallsprofylax med kolcicin, NSAID eller steroider. I princip är detta en livslång behandling.

Det finns stöd för detta. Lennart visade en norsk studie (NOR-GOUT) där man med hjälp av ultraljud kunnat se en snabb reduktion av urinsyra hos patienter som genomgått treat-to-target för sin gikt.

– Dessutom minskar denna strategi anfallsfrekvens och förbättrar livskvaliteten, vilket är visat i en engelsk randomiserad kontrollerad studie publicerad i Lancet november 2018, avslutade Lennart – och i och med det även Post-ACR år 2018.

Per Lundblad

100 procent av allt – ambitiös strävan efter full täckningsgrad

Går det att uppnå 100 procent täckningsgrad i ett nationellt kvalitetsregister? Trots utmaningarna bör det finnas en sådan vision och strävan, menar företrädare för Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, SRQ.

Årets Registerdag lockade rekordmånga deltagare.

Inbjuden gästföreläsare var Anders Ekholm, senior rådgivare vid Institutet för Framtidsstudier, som pratade om framtidens kvalitetsregister i en allt snabbare värld.

Registerdagen som hölls på Svenska Läkaresällskapet lockade rekortmånga deltagare

Ett 150-tal deltagare, varav cirka 50 från läkemedelsindustrin, samlades på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm när Svensk Reumatologisk Förening arrangerade årets Registerdag den 23 januari. Temat för i år var ”täckning” och programmet innehöll allt från kvalitetsprojekt och modulnyheter till läkemedelsinformation och datakommunikation.

Registerdagen bjöd även på en gästföreläsning med Anders Ekholm, och avrundades med en interaktiv session där frågor kring SRQ, täckning och lille-PER diskuterades.

– Intresset för vårt nationella kvalitetsregister SRQ är stort. Registret som startade 1996 hade då som enda uppdrag att följa patienter med kronisk ledgångsreumatism, RA. I dag täcker registret över 100 reumatiska diagnoser och inkluderar 77 000 patienter, säger Ralph Nisell, registerhållare och reumatolog på Karolinska Universitetssjukhuset och Centrum för reumatologi i Stockholm.

SRQ-moduler

Registerdagen inleddes med en presentation av några av de moduler som finns i SRQ. Christina Dackhammar, reumatolog och överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset samt ansvarig för datakvalitet och utveckling av SRQ-registret, presenterade RA-modulen som i sin nuvarande utformning togs i bruk förra våren 2018.

Nyligen lanserades VAU (Visualize Analyze Understand), en vy som illustrerar patientens mående och som läkare kan använda som ett diskussionsunderlag i samband med patientbesök.

– Syftet är att man tydligt ska se hur patienten uppfattar sin ledstatus, bedömer sin smärta, trötthet och hälsa.

SRQ omfattar cirka 37 000 är RA-patienter. Täckningsgraden är 83, 9 procent (riksgenomsnitt). Region Gotland ligger i topp med en täckningsgrad på 97 procent. Region Jönköpings län ökade sin täckningsgrad från 21 till drygt 77 procent mellan 2012 och 2017.

Malin Regardt, disputerad arbetsterapeut och kliniskt verksam vid Karolinska universitetssjukhuset, har varit drivande i utvecklingen av rehabiliteringsmodulen i SRQ.

– En nyhet är att vi nu har en diagnosöversikt i rehabfliken som gör det mer ändamålsenligt för en specifik patientgrupp. Vi har nu också en klickfunktion för att slippa dubbeldokumentation och som underlättar överföringen av data till journal.

Malin Regardt

Ann Knight och Eva Baecklund

Ann Knight presenterade GCA-modulen (Giant Cell Arteritis, jättecellsarterit) som lanserades förra året. Modulen liknar RA-modulen och har cirka 172 patienter registrerade. Ann Knight påminde om vikten av att registrering i SRQ när det gäller behandling av patienter med tocilizumab.
– Av de 172 patienter som är registrerade är det 83 som står på behandling med tocilizumab. Vi har strävat efter att göra en lättillgänglig modul som är enkel att använda. Modulen innehåller även patientvariabler för registrering av kortisondos, trötthet, smärta, allmänhälsa, komplikationer till sjukdomen samt biverkningar.

Elisabeth Svenungsson, överläkare och adjungerad professor vid Karolinska institutet, har lett arbetet med att utveckla en SLE-modul i SRQ.

– Vår ambition har varit att förenkla och att anpassa patientrapporterade data till SLE-modulen. Syftet är att den ska vara till hjälp vid diagnostik och behandling. Vi har också lagt till nya uppdaterade kriterier och ändrat i labbdelen för att bättre fånga njuraktivitet. Cirka 40 procent av SLE-patienter har njurengagemang. Vi jobbar även på att ta bort HAQ och ersätta med rSLAQ. Det finns uppskattningsvis 6–7 000 patienter med SLE i Sverige. SRQ fångar upp cirka en tredjedel av dessa.

– Vi vill gärna få in samtliga SLE-patienter i registret, men internationellt ligger vi ändå långt framme.

Kvalitetsprojekt

Tor Olofsson, reumatolog vid Skånes universitetssjukhus i Lund, berättade om ett kvalitetsprojekt som omfattar spondylartriter. I en enkätundersökning till verksamhetschefer i landet ställdes frågor om bland annat registrering i SRQ. Svar inkom från 15 kliniker.

– När det gäller registrering är det framförallt de spondylartritpatienter som står på biologisk behandling och DMARDs som registreras. Ett fåtal svarade att det är upp till behandlande läkare. En övervägande del av patienterna har tillgång till och använder PER.

Benedicte Delcoigne, statistiker vid Karolinska institutet, redogjorde kort för ett datadrivet kvalitetsprojekt kring RA-patienter. Fokus i projektet har bland annat varit att kartlägga skillnader i täckning, registrering och användning av inflammatoriska markörer (ESR, CRP).

Förmiddagen ägnades även åt att diskutera betydelsen och definitionen av täckningsgrad.

– Ett registers täckningsgrad är ett mått på hur stor andel av den avsedda populationen som återfinns i registret. Är det för låg täckningsgrad är inte data tillförlitlig, säger Ralph Nisell.

”Täckningsgraden är av central betydelse för trovärdigheten i ett registers utdata och den påverkar hur olika typer av indikatorer kan och bör tolkas”.

Under 2018 har också diskussioner förts kring ett samarbete med barnreumaregistret i syfte att få tillgång till barnreumadata i SRQ. En lösning väntas under kommande år.

Ett pågående arbete handlar också om att förbättra visualiserings- och analysplattformen VAP. Den möjliggör att grafiskt kunna presentera aktuell statistik från SRQ med interaktiva diagram och tabeller.

– Det har även inkommit önskemål om en kortare version av PER och vi arbetar därför för fullt med att utveckla en Lille-PER. Hur den ska se ut och när den ska användas är inte helt klarlagt, diskussionen fortsätter, säger Ralph Nisell

Nils Feltelius, reumatolog och vetenskaplig rådgivare vid Läkemedelsverket, pratade kort om nyttan av återrapportering av biverkningsinformation och om ett pågående uppdrag från Socialdepartementet att ta fram en modell för en mer vettig och effektiv återrapportering.

– Reumatologerna har här en chans att ligga i framkant.

ARTIS

Daniela DiGuiseppe, statistiker och ansvarig för datauttag från registret, och Johan Askling, professor i reumatologi vid Karolinska institutet, berättade om processen kring hur man beforskar data från SRQ och vilka krav som ställs för att kunna hämta data ur SRQ.
ARTIS står för AntiReumatisk Terapi I Sverige. Gruppens uppdrag är att för Svensk Reumatologisk Förenings räkning inhämta och redovisa behandlings- och biverkningsaspekter av biologiska läkemedel.

– Vi har startat med monitorering av JAK-hämmare i SRQ, baserat på ålder och kön. Vi ser att andelen patienter som behandlas med JAK-hämmare ökar i många länder, och flertalet, cirka 77 procent hade stått på behandling med TNF-hämmare innan de startade, säger Daniela DiGuiseppe.

Många av de forskningsprojekt som använder SRQ-data ingår i ett nordiskt samarbete för att kunna besvara frågor som ett enskilt land inte har kapacitet till. Det ställs höga krav för att kunna få göra ett uttag av SRQ-data.

Johan Askling redogjorde för processen.

– Vi har ett registerråd och vi går igenom alla inkomna ansökningar. Vi för även bok över projektidéer.

Ett exempel på ett nordiskt forskningsprojekt som bygger på SRQ-data handlar om risken för cancer vid TNFhämmar-behandling av patienter med psoriasisartrit. Över 5 000 patienter som stått på TNF-hämmar-behandling mellan 2001 och 2015 är inkluderade.

– Vi jämför dessa patienter med befolkningen i stort och risken är varken högre eller lägre än förväntat i den här populationen. Jag skulle vilja påstå att det är glädjande siffor, säger Johan Askling.

Registerdagen presenterade även senaste nytt vad gäller datakommunikation och direktöverföring av data från journalsystem till SRQ.

Fördelarna är att dubbelregistrering försvinner och det blir fler och mer fullständiga registreringar. Nackdelen är bland annat att PER kan upplevas som mindre meningsfullt för patienten.

– I Region Skåne har vi arbetat intensivt för att få till stånd en direktöverföring av data från Melior till SRQ och vi är nu nära en implementering. Först ut är patienter med artriter, inklusive SpA, säger Johan Askling.

Registerdagen avslutades med en interaktiv session där deltagare fick möjlighet att lyfta och diskutera frågor med koppling till SRQ.

Gästföreläsare Anders Ekholm – Om anpassning till en snabbare värld

Sverige ligger på topplistan över världens bästa sjukvårdssystem och intar en fjärdeplats efter Andorra, Island och Schweiz.

Anders Ekholm, vice VD på Institutet för Framtidsstudier, är en flitigt anlitad föreläsare som vågar utmana traditionella tankar och strukturer. Han både roar och oroar med fakta och prognoser. På Utvecklingsdagen höll han en föreläsning med titeln: ”Hur ser framtiden ut för SRQ och andra nationella kvalitetsregister i Sverige och världen?”.

Anders Ekholm är utbildad nationalekonom och har tidigare arbetat som analyschef på Socialdepartementet där han bland annat arbetade med mikrosimuleringsmodeller.

Gästföreläsare Anders Ekholm
Foto: Lena Dahlström

– Men verkligheten är komplex och det finns faktorer som vi inte lyckas ta med i beräkningarna och ibland får vi väldigt märkliga resultat.

Han hämtar ett exempel från Frankrike. Med hjälp av en mikrosimuleringsmodell och statistiska data ville forskare hitta strategier för att optimera flödet på en tågstation. Beräkningarna visade dock att optimalt flöde kunde uppnås om 10 procent av individerna gick i fel fil, det vill säga i fel riktning.

– Resultatet kan verka vara orimligt. Men vid en närmare analys visade det sig att när de långsamma sölkorvarna tog sig fram bildades proppar. Och om 10 procent gick i fel riktning kunde flödet optimeras. Svaret blev rätt, men verkade så fel. Det visar hur svårt det är att kunna ta med alla faktorer och föreställningar i beräkningarna. Det gäller inte minst när vi ska utveckla styrsystem för att exempelvis optimera patientflöden med många diagnoser, det är bland det mest komplexa du kan ägna dig åt, säger Anders Ekholm.

”Det som spelar roll är mikrosystem och möten mellan patient och profession. Det är där den värdeskapande vården produceras.”

Värden skapas i mötet

Sverige har ett vårdsystem som håller världskvalitet, om man tittar till de medicinska resultaten. Men det finns oerhört mycket att förbättra. Mycket av det som i dag sköts manuellt, skulle kunna automatiseras, menar Anders Ekholm.

– Redan för 15 år sedan pratade vi om dubbelregistreringar, nu experimenterar vi med lösningar och implementerar nya journalsystem. På 70-talet var det knepigt att föra över data mellan två system, men det är i vår tid egentligen inte alls komplicerat. Vården har kanske de sämsta IT-systemen av alla branscher och vi har mängder av patienter som faller mellan stolar och organisationer. Så här har det varit i decennier. Vi har systemfel inbyggda i vårdapparaten.

Mellan 2001 och 2013 ökade antalet administratörer med 50 procent, samtidigt som anställda i vården minskade med sex procent.

Utmaningarna är många. Till 2050 väntas exempelvis kostnaderna för äldreomsorg öka med 70 procent och hälso- och sjukvård med 30 procent.

Det är inte de dagliga politiska diskussionerna som kommer att lösa problemen och förändra arbetssätt och strukturer i vården, utan snarare värderingar, demografin, trycket från patienter och utvecklingen av ny teknologi, menar Anders Ekholm.

– Topdown-system fungerar inte. Kliniska riktlinjer har en liten betydelse. Det som spelar roll är mikrosystem och möten mellan patient och profession. Det är där den värdeskapande vården produceras. Alla reformer eller åtgärder som inte förändrar dessa möten kommer heller inte att förändra resultat, kvalitet eller effektivitet.

Sjukvård är svårt, kanske det svåraste man kan ägna sig åt.

Snabb utveckling

Kunskapsutvecklingen är exponentiell och går i en rasande fart.

I den stora internationella sökbara medicinska databasen PubMed med cirka 17 miljoner lagrade vetenskapliga artiklar, tillkommer varje år 700 000 nya publikationer.

Runt år 1900 fördubblades den mänskliga samlade kunskapen varje århundrande. I dag sker en fördubbling av kunskapsmassan var trettonde månad.

Men våra institutioner är huvudsakligen designade för ett mycket långsammare samhälle.

– Vi kommer att behöva vänja oss vid att umgås mer med maskiner och teknik. Digitaliseringen hjälper oss med enkla problem. Med analysverktyg kan vi få hjälp med beslutsstöd vid komplicerade problem och med stöd av simuleringsprogram och AI kan vi hitta lösningar på komplexa problem.

Vad kommer att krävas av vården? Framtidens framgångsrika organisationer präglas av pragmatism, menar Anders Ekholm.

– Det handlar om ett ständigt lärande som bygger på förändrings- och datadrivet förbättringsarbete, att lära sig och andra att arbeta i team med tänkande maskiner. Vården behöver också automatisera det som är möjligt att automatisera och jobba mer systematiskt tillsammans för att få ett större befolkningsunderlag och med hjälp av kvalitetsregister, ett bättre beslutsstöd. Registerdata blir snabbt till beslutsstöd och enstaka register försvinner och integreras i vårdsystemen. Det krävs också en starkare koppling till omvärlden, till patienter och anhöriga, säger Anders Ekholm.

Eva Nordin

EULAR

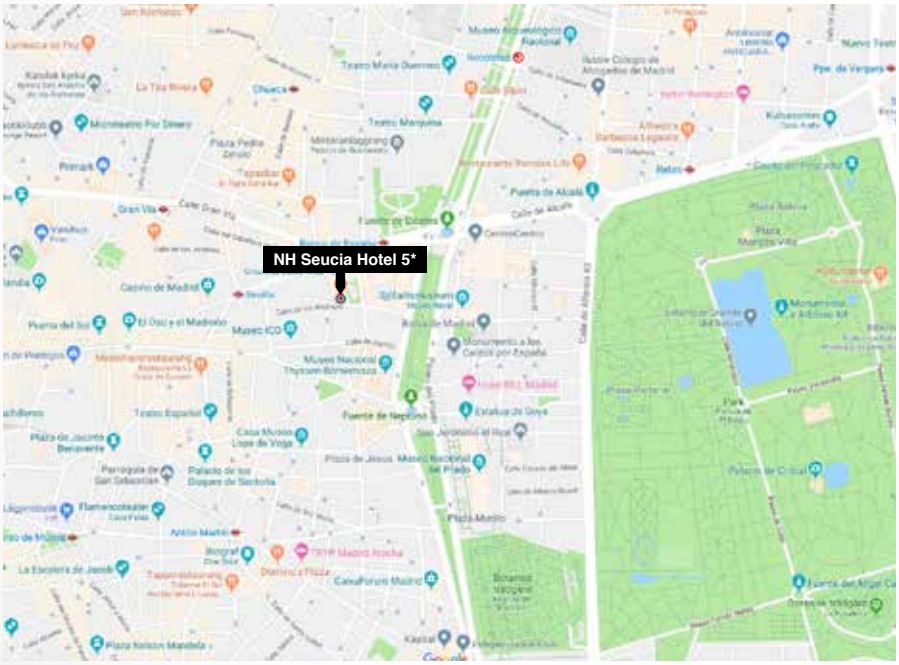
Highlight

13 juni 2019 - Madrid

”Mötet är kostnadsfritt och riktar sig till läkare och sjuksköterskor.”

Inbjudan

Välkomna på highlightmöte med föreläsning och diskussion om vad som presenterats hittills på EULAR den 13 juni i Madrid. Lokal: **NH Suecia Hotel**, Calle del Marqués de Casa Riera, 4, 28014 Madrid



Prel Program:
Moderator:
Carl Turesson

19:15
Samling m chips/frukt + soft drinks/mineralvatten

19:40
Inledning/välkomna

19:45
Presentation/diskussion

21:15
Middag i restaurangen

Med förhoppning om en trevlig kväll!

Anmälan på www.mediahuset.se/calendar
eller direkt via länken: mediahuset.link/EULAR-highlight

Frågor till: Jens Bäck, jens@mediahuset.se +46 730 85 23 59 +46 31 707 19 30

Arrangör: Mediahuset i Göteborg AB

Utställare:

Mötet arrangeras i enlighet med LERs/LMIs regelverk avseende:
Programinnehåll, Inga sociala aktiviteter, Kostnad för måltider, Föreläsararvoden, Utställare kan ej påverka det vetenskapliga programmet.

Riktlinjedagen – utbildningstillfälle och högtidsstund för reumatologer

Riktlinjedagen som varje år hålls i januari, innebär en genomgång av årets uppdaterade behandlingsriktlinjer och rekommendationer. I år ägde mötet rum på Svenska Läkaresällskapet i centrala Stockholm och uppslutningen var stark.

Riktlinjedagen är en slags fortbildningsdag då specialister inom reumatologi får en genomgång av förslag till uppdateringar 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 riktlinjearbetet på våra kliniker, säger Tomas Bremell, reumatolog och chefredaktör för Reumabulletinen.

Ett omfattande arbete, huvudsakligen utanför arbetstid, läggs ned av de arbetsgrupper som utarbetar riktlinjerna.

Ann-Charlotte Blom

Tomas Bremell och Frank Wollheim

RA och biosimilarer

Carl Turesson, överläkare och professor i reumatologi vid Lunds universitet, inledde dagen med att i korthet presentera några nyheter i årets uppdatering av riktlinjer för behandling av RA.

– Sedan tidigare finns evidens för att samtliga etablerade bDMARDS bromsar leddestruktion. Nu har vi lagt till information om evidens för att sarilumab och även JAK-hämmare är destruktionshämmande. Vi har även lagt till ett förtydligande om rituximab som ett alternativ för patienter utan tidigare biologisk behandling. Vi har också kompletterat med ett mer lättillgängligt appendix när det gäller nedtrappning och utsättning av DMARDS.

När det gäller behandling med TNF-hämmare jämfört med trippelbehandling visar den samlade bedömningen att tillägg av TNF-hämmare till metotrexat tycks ge en något bättre effekt än tillägg av sulfazalazin och hydroklorokin.

> **”Arbetet är en ständigt pågående process och med stor möjlighet att påverka framtidens vetenskapliga riktlinjer och rekommendationer.”**

Arbetsgruppen har även gjort en systematisk översikt och ett förtydligande av monoterapibehandling med DMARDS. Slutsatsen är att kombination med MTX bör om möjligt eftersträvas. Carl Turesson tog även upp ultraljudsundersökning. Det finns sedan tidigare vissa indikationer på att synovit som upptäcks med ultraljud kan prediktera erosioner. Först 2017 utkom EULAR-rekommendationer om hur synovit i enskilda leder ska graderas.

– Det finns dock fortfarande ingen konsensus kring vilka leder som ska undersökas för att prediktera progredierande leddestruktion, eller hur ett scoringsystem på patientnivå ska se ut. Det innebär att ultraljud för prognostik inte kan rekommenderas i rutinbruk i dagsläget.

Carl Turesson presenterade även slutsatserna av en rapport från biosimilargruppen. Alla studier visar jämförbar effekt, likartad immunogenicitet- och biverkningsprofil mellan biosimilar och originalpreparat.

Den sammanfattande rekommendationen är att byte från behandling med originalpreparaten till CT-P13 och SB4 kan övervägas hos patienter som är i stabil remission eller befinner sig i stabilt låg sjukdomsaktivitet.

MoRR

Årets riktlinjer för Modern Reumarehabilitering (MoRR) har en ändrad disposition för en större tydlighet och med en längre bakgrund där all evidens beskrivs.

Aune Avik, överläkare och reumatolog från Danderyd, lyfte fram två nya EULAR-rekommendationer för fysisk aktivitet vid inflammatorisk artrit och osteoartrit, samt för smärthantering vid inflammatorisk artrit.

SpA

Riktlinjegruppen för behandling av spondylartriter presenterade ett förslag på uppdatering. Metotrexat som behandlingsalternativ vid axSpA med perifert ledengagemang har tagits bort till följd av evidensläget, medan sulfasalazin kvarstår. Avsnittet om biosimilarer har kompletterats med en tabell med alla biologiska originalläkemedel som har godkända SpA-indikationer och deras biosimilarer.
Under 2018 har preparaten ixekizumab och tofacitinib godkänts för behandling av PsA och dessa behandlas mer utförligt i dokumentet.

Ett nytt stycke om perifer SpA och ett avsnitt om särskilda manifestationer vid SpA: psoriasis i huden, iriter, inflammatorisk tarmsjukdom, entesiter och daktyliter har tillkommit.

Arbetsgruppen har även kommenterat nyligen publicerade riktlinjer utgivna av American College of Rheumatology (ACR) och National Psoriasis Foundation (NPF).

Läkemedelssäkerhet

Arbetsgruppen för läkemedelssäkerhet tog bland annat upp samarbetet med Ögonläkarföreningen och ögonklontroller vid klorkinterapi. De senaste åren har nya studier av klorokinrelaterad retinopati och nya och känsligare undersökningsmetoder för att diagnostisera retinala skador tillkommit. Långtidsbehandling med klorokinpreparat har också fått en allt mer framträdande plats, särskilt hos patienter med SLE.

Rekommendationerna för screening av klorokinorsakad retinopati har därför förändrats på senare år.

– Vi har anslutit oss till The Royal College of Opthalmologists. Utvärderingar visar att vi inom reumatologin ofta överdoserar klorokinpreparat, jämfört med det som står i guidelines. Att hitta rätt dos till rätt patient är en utmaning och det kommer nog mer kunskap om detta framöver, säger Eva Baecklund, reumatolog vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och ordförande för arbetsgruppen för läkemedelssäkerhet.

Sammanfattningsvis rekommenderas regelbunden ögonkontroll vid behandling med klorokinfosfat och hydroxiklorokin, för att tidigt kunna upptäcka klorokinrelaterad retinopati.

I rekommendationerna för antiinflammatorisk och antireumatisk behandling i samband med graviditet och amning presenterade Karin Hellgren, reumatolog vid Karolinska universitetssjukhuset och arbetsgruppens ordförande, refererade till två beslut som fattades av EMA, den europeiska läkemedelsmyndigheten under 2018.

I januari förra året godkände EMA en indikationsförändring för Cetrolizumab pegol, vilket innebär ett första godkännande för TNFi under graviditet och amning. I augusti godkände även EMA en indikationsändring för Adalimumab, vilket innebär att preparaten kan användas under graviditet och amning.

– Vi har valt att behålla den tidigare rekommendationen om att behandling av män med metotrexat ska avslutas tre månader före planerad konception, men detta kan komma att revideras nästa år.

Kardiovaskulär prevention och SLE

Rekommendationer för kardiovaskulär primärprevention vid inflammatorisk reumatisk sjukdom är anpassade till Läkemedelsverkets- samt till EULARs rekommendationer.

Carl Turesson, ordförande för kardiovaskulära arbetsgruppen, presenterade nyheter och uppdateringar.

Det är sedan tidigare välkänt att patienter med inflammatorisk reumatisk sjukdom har en riskökning för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom, jämförbar med den vid diabetes. Det är därför viktigt att screena för påverkbara riskfaktorer som rökning, högt blodtryck, blodfetter och blodsocker.

– Nytt är att BMI ersätter midjemått då obesitas, men inte ökat midjemått, ingår i Läkemedelsverkets algoritm för blodtrycksbehandling.
Carl Turesson påminde även om att använda den kardiovaskulära modulen i SRQ för riskskattning.

Riktlinjerna i år har också kompletterats med ett tillägg om primärt Sjögrens syndrom. En metaanalys visar en viss riskökning för sammanlagd kardiovaskulär sjuklighet, men inte för mortalitet.

Christopher Sjöwall, överläkare vid reumatologkliniken i Linköping, är ny ordförande för arbetsgruppen som utarbetar riktlinjer för behandling av SLE. Arbetsgruppen samarbetar även med externa experter inom andra specialiteter som dermatologi, hematologi och lungmedicin.

Sara Wedrén och Francesca Faustini

Karin Hellgren

En uppdatering av avsnittet om monitorering och generella råd har gjorts och ett kortare avsnitt om övriga biologiska preparat och JAK-hämmare har lagts till.

Många kliniska prövningar av både registrerade och nya biologiska preparat pågår och i framtiden kan olika subgrupper av SLE-patienter bli aktuella för nya terapier.

– Det finns även resultat från fas-2 prövningar med ustekinumab och barcitinib där viss effekt sågs på sjukdomsaktivitet på icke-allvarlig SLE, säger Christopher Sjöwall.

Nu kommer Riktlinjegrupperna att arbeta vidare med Riktlinjedagens diskussioner i ryggen. 2019 års riktlinjer kommer därefter att klubbas på SRFs styrelsemöte i mars-19.

Eva Nordin

To my surprise - en krokig väg till Lund
Reumatologi? Nej tack.

Kära Bullen läsare, ni undrar så klart vad rubriken syftar på. Visst blev jag överraskad av Ioannis' smickrande inbjudan att skriva en krönika, men jag syftar också på själva innehållet i följande betraktelse. Hur kom det sig att jag som ung internist på 1960-talet bestämde mig för vår i dag så spännande specialitet? Så var det inte riktigt i Lund på 1950-talet. Berättelsen börjar i Lund där jag började läsa medicin på hösten 1950.

Reumatologen i Lund 1956. Hornyanskis nybygge närmast kameran.

Vi lärde oss grunderna i invärtesmedicin ganska ordentligt på Haquin Malmros' klinik under hela vårterminen 1953. Mitt första egentliga minne av en patient med reumatisk sjukdom var en ung kvinna som låg på ett enkelrum, högfebril med ilsket röd hud. Gardinerna var neddragna och vi fick absolut inte väsnas. Hon hade ett dropp med kortison. Den sirlige läraren Stig Radner förklarade i korridoren utanför att det rörde sig om ett akut skov av lupus erytematosus, SLE med dagens terminologi, en sjukdom med betydande mortalitet. De autoimmuna systemsjukdomarna var då en självklar del av internmedicin. Men en av landets två reumatologiska kliniker låg också i Lund. Dess chef var Gunnar Edström, en balneolog som hade rekryterats av professor Sven Ingvar från Varbergs kuranstalt på rekommendation av Sveriges förste reumatolog, Gunnar Kahlmeter. Edströms stora forskningsintresse var klimatterapi vid RA, men för att bli chef krävde professor Sven Ingvar disputation. Avhandlingen kom till på ett knappt år och handlar om klinikens patienter med reumatisk feber. Edström höll även en obligatorisk kurs om fysikalisk terapi som var tilldelad hela 40 (!) föreläsningstimmar. Förutom ett antal klimatkammare intog badavdelningen en betydande plats i källarvåningen. Sjukgymnastiken var ofta drastisk: knäledskontrakturer behandlades med kraftigt tryck framifrån, åtföljt av fixering i det nya något rakare läget. Att den minskade kontrakturvinkeln skedde till priset av ökade smärtor och subchondrala frakturer fick man acceptera.

Syster Emma samlar dygnsmängder

Edströms 40 föreläsningstimmar fylldes av allehanda som regel ganska irrelevanta politiska och filosofiska betraktelser och avskyddes som pesten av oss studenter. Vi hade ett joursystem som skulle garantera att alltid minst 5 av de 20 studenterna på medicinkursen bevistade föreläsningarna. Edström var känd som en passionerad talare och gick under namnet "ångtruten". Reumatologi var en specialitet för hemmafruar som ville ha ett stressfritt levebröd utan betungande jourer. Det var mig veterligen ingen av kurskamraterna som hade minsta tanke på att bli reumatologer.

Men Edström var en socialt kompetent vänlig person med stort inflytande som folkpartist i landsting och riksdag. När jag 1956 som amanuens i farmakologi hade som uppgift att studera metabolismen av bromhaltiga hypnotika behövde jag försökspersoner vars urin kunde följas under 3-4 veckor. Edströms klinik var den självklara platsen, vårdtider på 3 månader eller längre var inte ovanliga. Edström tog emot med stor vänlighet och skickade mig till avdelningsföreståndaren syster Emma. Patienterna fick en engångsdos av sömnmedlet och sedan samlades dygnsmängder urin ut tills bromutsöndringen var avslutad, vilket kunde ta tre veckor eller längre. Frågan var hur mycket av den organiskt bundna bromen som joniserats och därmed potentiellt kunde leda till bromism. Jonisering visade sig vara relativt måttlig och risken för bromism alltså liten (1).

Från Visseltofta till Minnesota

Men varken detta lyckligen genomförda forskningsprojekt eller professor Gunnar Ahlgrens erbjudande att starta ett doktorandarbete om sömnmedel hos den framstående alkoholforskaren laborator Leo Goldberg i Stockholm, kunde få mig att avstå från erbjudandet om ett 2-månaders vikariat på medicinska kliniken i Malmö hos den karismatiske Jan Gösta Waldenström. Waldenström hade blivit förbigången som professor i Uppsala av Erik Ask-Upmark och flyttade i stället till Malmö 1949 som den förste professorn i invärtesmedicin i Malmö. Där charmade han inte bara patienter, kollegor och studenter, utan stod även på bästa fot med direktionen och sjukvårdsstyrelsen. På kort tid omvandlade han sin klinik till Sveriges då ledande medicinklinik, som attraherade gästforskare från många länder, inte minst USA. Det var en eftertraktad arbetsplats för svenska läkare som ofta fick tjänstgöra som korttidsvikarier med luckor i sina förordnanden under ett antal år.

Waldenström höll hårt på invärtesmedicinens helhet, men ville att medarbetarna skulle skaffa sig en "hobby", ett område inom vilket de blev särskilt framstående. I Malmö hade han beskrivit kronisk aktiv hepatit och klarlagt karcinoidsyndromet. Han hade även publicerat den första familjen i Sverige med Bruton's recessivt

En del av University of Minnesota campus i Minneapolis 1965.

könsbundna agammaglobulinemi (2). Jag hade redan före med.kand. examen blivit intresserad av elektrofores och när jag bad chefen om ett forskningsämne erbjöd han uppgiften att ta reda på om två kvinnor som remitterats till medicinen från Jönköping respektive Simrishamn, som i vuxen ålder hade insjuknat med den sällsynta sjukdomen adult ackvirerad hypogammaglobulinemi och led av ideliga infektioner, kunde vara släkt, var det inte svårt att acceptera. Waldenström hade för vana att tala med patienter ganska grundligt, och hade fått fram att båda kvinnorna hade rötter i Visseltofta, en liten by nära Hässleholm. Jag fick börja med att studera husförhörslängder i de aktuella församlingarna, och därefter fortsätta på Landsarkiven i Lund respektive Vadstena. Belöningen kom några månader senare när det visade sig att professorns idé kunde bevisas. Stolt visade jag upp den pedigree som visade att kvinnorna var fallna efter samma föräldrar 4 respektive 5 generationer bakåt. Jag skrev en kort rapport där författarnamnen var FW och JW. Professorn blev nöjd och sa ”Skicka manuset till The Lancet”. Tyvärr strök han dock sitt eget namn. The Lancet accepterade artikeln så mitt första arbete hade endast en författare (3). Det blev uppmärksammat i USA och bidrog till att jag erbjöds komma till den nyöppnade akademiska reumatologisektionen under Ralph C Williams Jr. i Minneapolis.

Williams hade just anlänt från Henry Kunkels laboratorium på Rockefeller institutet i New York, där många framstående läkare fick sin utbildning, även skandinaver, t.ex. Jacob Natvig, Nenne Hansson och Johan Killander. Liksom Kunkel var Williams inte bara fullfjädrad internist utan även reumatolog. En privatpraktiserande reumatolog, Paul Bilka, utbildad på Mayokliniken hos Phil Hench, hade medverkat till rekryteringen av Ralph och Bilka kom regelbundet till den reumatologiska mottagningen och ronderna som sektionen hade ansvar för. Bilka lärde mig för första gången att undersöka leder ordentligt. Hemma i Sverige kunde patienterna säga ”Doktorn, så här har jag aldrig blivit undersökt tidigare”, ett beröm som smakade fint.

Laboratoriearbete

Men mer än 75% av tiden var laboratoriearbete. Williams hade som nämnts just anlänt och nästan varje vecka levererades nya apparater och nya metoder infördes. Jag hade medfört 150 frusna serumprov från släktingar till 9 patienter med adult hypogammaglobulinemi och min första uppgift blev att kvantitera IgG, IgA och IgM i dessa sera. För det behövde man specifika antisera. Dessa framställde vi genom att immunisera kaniner med renade M-komponenter från patienter med myelom och makroglobulinemi. Arbetet med kaniner tyckte jag särskilt bra om under de heta sommarmånaderna, det var bara djurhuset som var luftkonditionerat. De erhållna anti-sera måste först absorberas till specificitet. Jag använde s.k. Oudin-tuber fyllda med agaros tillsatt med antiserum. Man satte till provet och mätte den uppkomna grumlingen. Carl-Bertil Laurells eleganta raketmetod var då inte tillgänglig. Reningen av M-komponenterna gjordes med preparativ elektrofores i stärkelsegel. Preparativ ultracentrifugering av en viktig metod för isolering av t.ex. immunkomplex. Ultracentrifugen av märket Beckman stod i mitt lilla kombinerade laboratorium och arbetsrum. Centrifugeringen tog 15 timmar i en sockergradient så den brukade startas kl. 17. Den alstrade en betydande värme så när man kom på morgonen var det extra hett i mitt rum. En morgon var rummet dessutom fyllt av tät dimma – då hade rotorn exploderat, trots att den var nästan helt ny. Pharmacias Sefadex-pelare användes dagligen och fick det fosterländska hjärtat att klappa lite stoltare.

Den förste reumatologen i rikets tredje stad

Efter 2 år i Minneapolis hade jag inte bara ett antal publikationer som skulle bilda stommen i min avhandling, utan hade även förvärvat lite av grunderna i modern reumatologi. Efter 2 år i Carl-Bertil Laurells synnerligen akademiskt livaktiga kliniskt-kemiska laboratorium återvände jag 1968 som docent till klinisk verksamhet. Inte oväntat sa Waldenström då ”Du skall bli vår reumatolog”. På den tiden följde man professorns order, och jag har verkligen aldrig ångrat att jag var lydig. Jag försökte fungera som ”sektionschef”, problemet var bara att det inte fanns en överordnad tjänst. Reumatologi blev inte specialitet förrän 1969 i Sverige, så min plattform var en simpel underläkartjänst som inte meriterade för senare karriär. Därför flyttade jag till professorns förtret till Linköpings nya universitet som klinisk lärare i medicin. När Malmö Allmänna Sjukhus 1972 fick beviljat en biträdande överläkartjänst i reumatologi sökte jag naturligtvis tillbaka till min kära moderklinik. Waldenström var den förste som gratulerade mig. Det gjorde även sjuvårdstyrelsens vice ordförande Bertil Andersson, gift med en sjukgymnast. Han berättade att frun hade lyckats värva stans bästa sjukgymnast till den nya verksamheten jag skulle starta. Det visade sig snart att han inte överdrev Yvonne Olofssons kvalifikationer..

Det var en spännande utmaning att börja tjänsten som Malmös förste kommunalt anställde reumatolog. Jag kunde rekrytera en arbetsterapeut, en kurator och hälften av en mottagningssköterska som alla arbetade med entusiasm och kompetens, det var ett team som snabbt vann patienters hjärtan och kollegers respekt, ett mini-Heinola i stil med Merete Brattströms ”dispensär” i Lund. Men en alldeles särskilt viktig medarbetare blev syster Gunnel Mellbin. Hon var avdelningsföreståndare på den ortopedavdelning med nummer 5 som blev reserverad för patienter med reumatisk sjukdom och ledoperationer. På den tiden var ortopediska och handkirurgiska ingrepp centrala komponenter i vården av inflammatoriska ledsjukdomar.

Men arbetet att leda teamet, ha full mottagning av alla sorts reumatologiska patienter, vara konsult, ha det medicinska ansvaret för en hel vårdavdelning, sköta kandidatutbildningen, även sin egen utbildning, och dessutom delta i medicinklinikens bakjour blev lite tungt och krävde en underläkare. Efter envist tjat beviljade medicinchefen Bertil Hood till sist en sådan. Men när tjänsten till sist blev besatt kom innehavaren efter bara 3 veckor med hängande mungipor och förklarade att

han måste sluta: ”Jag blir så deprimerad av att möta dessa patienter”. Ensam igen var det min tur att nalkas depression. Då kom en dag en glad nyexaminerad läkare som jag träffat under ett vikariat i Lund och sa ”Jag vill bli reumatolog och utbilda mig hos dig”. Den räddande ängeln var Ylva Lindroth. Hon blev snabbt inte bara ett ankare i sektionen utan lyckades även rekrytera en lika fin kraft, Lida Marsal som hade förvisats till långvårdsmedicinen. En allvarlig även matematisk lärd medarbetare blev Karl-Göran Sjöblom, som tyvärr plötsligt en dag lämnade oss just i början av ett lovande avhandlingsprojekt. Den sista medarbetaren från Malmö Tore Saxne behöver ingen presentation. Han började som icke specialist och tackade först nej till erbjudande att bli reumatolog, men ångrade sig och blev den ende medarbetaren som flyttade med till Lund 1982.

Tore Saxne med ”my first ladies” Lida Marsal och Ylva Lindroth.

Gunnar Edström delar ut pris för bästa resultat på slutskrivningen vid en FV-kurs på Reumatologen i Lund på 1980-talet till Britt-Marie Nyhäll-Wåhlin.

Syster Gunnels tårar

På vårterminen 1974 var ”Sektionen” i full gång, och syster Gunnel hade innan sin semester beställt patienter till öppningen efter sommarstängningen.

Några dar innan avdelningen skulle öppna såg jag syster Gunnel sitta med tårar i ögonen på en bänk utanför det gamla ortopedhuset. På frågan om vad som stod på fick jag höra att chefen på ortopeden hade personalbrist och hade bestämt att avdelningen inte fick öppna trots att den var fullt bemannad och syster Gunnel och övrig personal skulle flytta till en annan avdelning. Syster Gunnels tårar blev signalen till framgångsrik kamp mot ortopedklinikens beslut. Med stöd av cheferna på medicinkliniken, handkirurgiska kliniken, Malmös livaktiga patientförening och Allmänna sjukhusets chefsläkare lyckades vi övertyga sjukhusstyrelsen om att avdelningen borde öppnas enligt planen men nu som medicinavdelning 11! Nu fick jag ansvar för avdelningen och den utomordentlige ortopeden Åke Ahlberg blev konsult, liksom handkirurgen Odd Eiken. All reumakirurgi inklusive handkirurgi förlades till medicinen 11. Ett resultat blev att både pre- och postoperativ vård kunde optimeras och integreras med patienternas övriga behov. Den verkligt kritiska Inga-Marie Nilsson kunde också med fullt förtroende anförtro sina hemofili-patienter åt syster Gunnel avdelning.

Och nu vet ni hur jag så småningom alldeles mot mina ursprungliga planer lämnade den kära moderkliniken och blev ”ångtrutens” efterträdares efterträdare i Lund, något som medicine kandidaten på 1950-talet aldrig kunde drömma om. Min företrädare Kåre Berglund som kom till Lund 1964 och gjorde teamarbete kring patienter med artrit till specialité de la maison, hade ingen varm relation till sin företrädare. Som framgår av bilden nedan försökte jag förbättra Edströms relationer till sin gamla klinik.

Slutord

Man måste beundra det gångna halvseklets forskning som genererat oerhört effektiv ny terapi. Patienters förväntningar har ökat i motsvarande grad. Jag hoppas att dagens och morgondagens läkare fortsätter att kämpa för deras berättigade behov av tillgänglighet, kontinuitet och trygghet. Patienten skall alltid förstå att det inte finns något viktigare för doktorn än patienten framför honom, och att det alltid finns tid för viktiga samtal. Avhumaniseringen måste bekämpas. Administrativa rutiners intrång på doktorns tid med patienten i patientsäkerhetens namn är ett farligt hot som Hippokrates inte kunde förutse men som dagens och morgondagens läkare måste försöka stävja. En förutsättning för framgång kan vara att återerövra ledningen över vården från en hypertrofisk administrationsindustri som ofta inte alls förstår vad den sysslar med och förstör fungerande organisationer. Jag hoppas också att övertro på välsignelse av nya lokaler skall avta till förmån för fostran och vård av kunnig engagerad personal. Jag gratulerar er som valt reumatologi och önskar fortsatt framgång i ert arbete.

Frank Wollheim
Lunds Universitet, Lund.

Referenser

1. Wollheim F. On the elimination of bromine containing hypnotics. Acta Pharmacol Toxicol (Copenh). 1958;15(1):1-7
2. Kulneff N, Pedersen KO, Waldenström J. Three cases of agammaglobulinemia; a clinical, genetic and physical chemical contribution to the knowledge of protein metabolism. Schweiz Med Wochenschr. 1955 Apr 16;85(16):363-8
3. Wollheim F. Inherited "acquired" hypogammaglobulinaemia. Lancet. 1961 Feb 11;1(7172):316-7

FALUN
11–13 SEPTEMBER

REUMADAGARNA 2019

NU KAN DU ANMÄLA DIG OCH SKICKA IN ABSTRACT PÅ: REUMADAGARNA.SE

Reumatologi i NU-sjukvården

Uddevalla sjukhus är inte den högsta byggnaden i staden – silotornen i hamnen är högre – men det dominerar ändå med sina 50 meter och 17 våningar. Den reumatologiska mottagningen ligger i markplanet och i nära anslutning därtill finns infusionsrum, utrymme för dagvård och behandlingsrum för arbetsterapi och fysioterapi liksom bassäng. Den reumatologiska enheten i Uddevalla svarar för reumatologin i NU-sjukvården, som är är en av fyra sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen.

Reumateamet i Uddevalla. Bakre raden fr vänster: Dr Kristian Fallenkvist, ssk Petra Hedlund, ssk Imane Abdulhalim, dr Paulina Sijtsma, enhetschef Gunnar Nylén
Näst bakersta raden fr vänster: Ssk Angelice Gustafsson, dr Eva Rehnberg, dr Sara Almukhtar, med.sekr Annelie Liljestrand, fys.ter Maria Andersson
Näst främsta raden fr vänster: Dr Taleb Abbas, med.sekr Annica Nimb, arb.ter Josefin Leander-Nilsson, fys.ter student Felicia Larsson, fys.ter Klara Ottosson
Främsta raden fr vänster: Med. sekr Ann-Christin Hansson, dr Nurr Al-Azzawi, arb.ter Camilla Staxgård, ssk Linda Egelström, ssk Eva Karlsson

Frånvarande är:
Sköterskor: Andreas Finke, Eleonor Windh, Jennifer Wackfeldt; Usk: Evy Lindahl; Fysioterapeuter: Anneli Fredriksson, Jenny Sivertsson och Sekr: Carina Åkerström, Eva Bergman.

ReumaBulletinen besökte i november sjukhuset och träffade reumatologenhetshefen Gunnar Nylén och några av medarbetarna.

– Det är nu tre specialister i tjänst (under 2019 blir det fyra), berättar Gunnar Nylén, efter att det under flera år har varit en situation av underbemanning. Själv har jag den litet ovanliga sitsen att jag inte är färdig specialist, utan går fortfarande som ST-läkare, men jag kommer att vara klar med specialiteten kring årsskiftet. Jag har en grund som infektionsläkare men har jobbat med övergripande hälsofrågor på WHO. Jag har varit i Afrika och jobbat i Storbritannien, i Danmark och på andra ställen, och senast var jag på Socialstyrelsen som medicinskt sakkunnig, innan jag bestämde mig för att byta bana och återgå till kliniken. Jag kände att jag ville göra något annat än infektionsmedicin och så kom det sig att jag började här. En del av reumatologitjänstgöringen har jag gjort i Stockholm och sedan i Göteborg. Nu har jag delat min ST-tjänstgöring mellan Uddevalla och Sahlgrenska och har dessutom uppdraget att vara enhetschef. Paulina Sijtsma har varit ett ankare här sedan länge och har rollen som medicinskt ansvarig. Sedan i höstas har vi Eva Rehnberg, som bestämt sig för att flytta hit efter många år på Sahlgrenska, och vidare har vi som specialist Karin Härnqvist, som har varit här i flera år.

Satsar på ST-utbildning

– Eftersom det har varit svårt att få hit specialister har vi satsat mycket på att rekrytera ST-läkare.

Nurr Al-Azzawi har kommit halvvägs i sin ST. Vi har två som tjänstgjort som vikarier och har fått ST-tjänster från nyåret, Kristian Fallenkvist och Taleb Abbas. Vidare Nusrat Davoud Abdi, som är barnledig för närvarande och Sara Almukhtar, som helt nyligen har börjat på reumatologen, men har vikarierat en del tidigare. Och så jag själv, som fortfarande är ST. Vi har alltså satsat mycket på att få underläkare och därmed sörja för fortsatt bemanning.

Vi har fått organisera arbetet så att specialistkompetensen används för handledning, konsultfunktioner och remissbedömningar och så får underläkarna dra ett stort praktiskt lass. Handledningen är en omfattande och viktig uppgift när så pass många av läkarna är ganska nya. Vi vill se till att det skall finnas tillgång till handledning i anslutning till varje patientbesök; att man inte skall behöva vänta på att få fråga. Därför är det varje dag en specialist som har det vi kallar konsultfunktionen. Konsultens uppgifter är att vara tillgänglig i telefon klockan 11-12 och 15-16, för förfrågningar från sjukhuset och utifrån primärvården, att stå för remissbedömningarna och konsultationerna inom sjukhuset och dessutom – och framför allt – handledning för underläkarna. Den som är konsult har bara sparsam mottagning för att vara tillgänglig när det blir dags för frågor från övriga. Då har man konsultansvar för hela det distrikt som kallas Fyrbodal, dvs i stort sett Bohuslän ner till och med Orust, och hela Dalsland och det som förut var norra Älvsborg.

Det är drygt 270 000 invånare och arean är ganska stor. Kommer man från Dalsland så tar det någon timme att åka hit till mottagningsbesök.

I förhållande till den specialistbemanning som vi har är ju uppdraget ganska stort. En viss förstärkning har vi från Sahlgrenska., Läkare därifrån kommer hit och hjälper till med extra lördagsmottagningar för att korta köerna och ibland som förstärkande ”stafettläkare” i perioder.

Det lilla sjukhuset har ju sina fördelar, men den som är förankrad med hem och familj och ett socialt sammanhang där man bor har ju inte så lätt att flytta. Och Uddevalla är litet för långt från Göteborg för att pendla hit dagligen. Men vi försöker locka med Bohuslän. Uddevalla är mitt i Bohuslän och det var det som lockade mig. Finast är det på sommaren. men det har sin charm också på vintern, tycker jag.

Petra Hedlund är sjuksköterska och sektionsledare för den reumatologiska sektionen.

– Det finns sju sjuksköterskor och en undersköterska, berättar Petra. Vidare är det fyra sekreterare som tillhör vår sektion. Dessa tillhör också den reumatologiska enheten. Två arbetsterapeuter, tre fysioterapeuter och en kurator är knutna till reumatologin, men tillhör organisatoriskt en annan enhet. Det har inte varit svårt för oss att rekrytera sjuksköterskor. Jag tror att reumatologin uppfattas som en attraktiv arbetsplats, och det är förstås en fördel att våra sjuksköterskor arbetar dagtid och inte har tjänstgöring på helgerna.

Optimering och uppgiftsväxling

– Det kan tyckas vara litet splittrat att fysioterapeuter och arbetsterapeuter har en annan chef, säger Gunnar Nylén. Men vi försöker medvetet odla teamet och ett ”vi-tänk” med verksamhetens bästa som ett gemensamt intresse. Vi har också i teamet arbetat med förbättra rutinerna, bl a genom uppgiftsväxling. Tanken är att se över var och av vem en uppgift utförs mest effektivt. Läkare avlastas med de uppgifter som inte nödvändigtvis behöver göras av läkare. Sköterskorna avlastas med de uppgifter som inte nödvändigtvis behöver göras av sköterskor.

Ett exempel på uppgiftsväxling är att vi låter alla nya patienter som kommer på remiss för inflammatorisk ryggsjukdom först undersökas av en fysioterapeut, innan de träffar läkare. Då får man ofta ett tydligare underlag för att bedöma om det finns starka skäl att misstänka inflammatorisk sjukdom eller om misstanken à priori är låg eller om det är en lindrig sjukdom som inte blir aktuell för biologisk behandling, och som vi kanske inte behöver ha med i våra rullor.

Också på andra sätt söker vi få fysioterapeuter och arbetsterapeuter att arbeta populationsinriktat. Vi har ju ett ansvar för hela vår befolkning och vi måste sträva efter att specialistklinikens resurser riktas till de patienter som bäst behöver dem.

Vi håller vårdgarantin för nybesök något så när. Återbesöken har släpat efter. Vi har en del som skulle ha haft återbesök 2017. När vi ligger efter med återbesök så genererar det en del administrativt arbete. Då tar det tid från det direkta patientarbetet och så är man inne i onda cirklar.

Att använda resurserna optimalt kräver ju en renodling av verksamheten. Vi måste koncentrera på dem som har störst behov av våra tjänster. Vi har nog en del på väntelistorna som inte skulle behöva gå här och som inte hör av sig, och det försöker vi bearbeta genom att sköterskor ringer och kontaktar de patienterna och går igenom journalerna. En del kan då avföras.

Den här eftersläpningen gör också att vi är tvungna att frigöra mer utrymme för akuttider eller ”snabbesök” så att de som blir sämre och behöver komma snabbt också skall kunna göra det. Det betyder också att vårt mottagningsarbete kommer att innehålla en större andel ”akutreumatologi”. De patienter som kommer behöver vi göra mer med. Då är det viktigt att vi har god tillgänglighet. Det gäller också telefontiderna som behöver ha god tillgänglighet. Varje dag är det flera sjuksköterskor som svarar i telefon. Vi har många injektionsbesök. Då funderar vi på om det betyder att patienterna inte har optimal grundbehandling. Sköterskorna är också instruerade att tänka på det – om en patient kommer på flera injektionsbesök kanske det i stället behövs ett vanligt mottagningsbesök för att se över hela situationen. Och de sköterskor som träffar våra patienter på infusionsmottagningen ser till att ordna med läkarkontakt för den som kan misstänkas inte ha välfungerande behandlingsregim.

Men det är också så att artritpatienter som är nyinsatta på behandling ofta kräver flera besök. Om vi vet att bara 40% svarar tillfredställande på första DMARD, så är det klart att uppföljningen och terapibytena kräver flera besök.

Gunnar Nylén

Uddevalla sjukhus

Dagvård och rehabilitering

– Förutom mottagning och infusionsenhet har vi dagvård. I den verksamheten har vi numera mindre läkarmedverkan.

Här berättar sjuksköterskan Linda Egelström, som står för att samordna dagvården:

– Rehabiliteringsperioderna i dagvården är oftast 3 dagar i veckan i 4 veckor. då en grupp patienter arbetar tillsammans. Vi försöker att sätta samman grupperna för bra gruppdynamik. Det kan finnas olika aspekter på det; det är inte alltid bäst med helt homogena likartade patientgrupper, utan ibland kan nya patienter ha utbyte av att träffa några som har haft sin sjukdom längre tid och som kan förmedla viktiga erfarenheter.

Patienterna får träffa sköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator vid inledningen. Läkare ser dessa patienter bara om det finns särskilt medicinskt behov. Vi är inriktade på att det i första hand handlar om rehabilitering – träning. Patienterna kan ha olika mål. Det kan dels röra sig om nyinsjuknade patienter, dels om patienter med etablerad behandling, som ändå har problem och behov som vi strävar att hitta lösningar för. Vi försöker hos patienterna ingjuta intresse för aktivitet, förändring av levnadsvanor; träning, kost, sömn, och vi ger information om läkemedel och behandlingar. Varje patient får ett individuellt schema för veckan innehållande gruppaktiviteter och enskilda behandlingar. Utbildningen / patientundervisningen är en viktig del.

– För oss i teamet känns det fantastiskt att se och uppleva att det vi gör verkligen är till nytta för patienterna, säger Linda, att de får nytt hopp och känner sig mera trygga.

Gunnar Nylen tillägger:

– Våra sjukgymnaster och arbetsterapeuter har relativt liten andel öppenvårdsarbete, eftersom det har fattats beslut högre upp att de uppgifterna skall skötas i primärvården.Däremot har vi efter dagvårdsperioden en 3-månadersuppföljning och avser att också följa upp med 6-månadersuppföljning för att utvärdera resultaten och för att upptäcka när nya insatser behövs.

Samarbete med andra specialiteter

– Begreppet klinik finns egentligen inte längre här. Organisationen i NU-sjukvården är indelad i områden. Under Område I finns något som heter Specialistmedicin Den reumatologiska enheten tillhör Specialistmedicin tillsammans med hematologi, lungmedicin, dialys- och njursviktsmottagning, endoskopimottagning och hudmottagning. Akutmedicin är en annan enhet under Område I.

Kontakterna med andra specialiteter är väldigt litet formaliserade. Vi har börjat med ett strukturerat samarbete med ögonmottagningen. De patienter som inte har reumatologisk sjukdom, men som har behov av immunmodulerande inklusive biologisk medicinering, har tidigare samlats på Mölndals sjukhus. Vi håller på att inrätta ett sådant samarbete också här. Eva Rehnberg, som arbetat med dessa patientgrupper på Sahlgrenska, kommer att vara vår konsult för dessa patienter och håller på att utarbeta ett rondsystem med ögonmottagningen.

Med ortopedmottagningen har vi sedan flera år ett bra samarbete. Ett par gånger per termin har vi gemensam mottagning med fotkirurg och ortopedtekniker respektive handkirurg och arbetsterapeut, där vi kan ställa patienter direkt dit. Det finns inte längre samma möjligheter till läkarkontinuitet som vi en gång hade. Generellt försöker vi se till att våra ST-läkare blir PAL och står för kontinuiteten, medan det alltid finns tillgång till erfaren handledare. Vi har inte möjlighet att ordna så att patientens ansvarige behandlande läkare alltid finns med vid ortopedmottagningarna, utan en specialist från vår sida får fungera som föredragande.

Förutom detta har vi mycket kontakter med hud och mag-tarm, men inte i form av formaliserade möten.

Primärvårdskontakter

Vi har tidigare under några år haft en ordning med konsultbesök på vårdcentraler, men det har vi på senare år inte mäktat med. Det var en bra verksamhet, men det tog ganska mycket tid och resurser. Just nu är det inte aktuellt, men det är möjligt att vi tar upp frågan igen i framtiden. Då måste vi nog också tänka igenom formerna. Tidigare kunde det nog bli så att det uppfattades som ett sätt att få många patienter remissbedömda, även om det var sagt att det inte var meningen med verksamheten. Vitsen skulle ju vara att man har ett element av undervisning om hur den och den typen av problem skall handläggas, så att det bidrar till utveckling. Nu är det så att vi har ganska mycket dialog med primärvården telefon- och brevledes, när vi vänder en hel del remisser.

Då blir det ofta så att vi skriver ett brev tillbaka eller ringer upp den remitterande läkaren. Det finns ett remisstöd utarbetat som ska finnas inom primärvården och som vi vid behov skickar med de remisser vi vänder. Om en remiss inte innehåller tillräcklig information, brukar vi ofta svara med att säga ”gör så här och så här … om det då blir så här, så återkom med ny remiss. Men om det blir så här i stället, kan patienten skötas i primärvården”. Det finns andra enheter där man strävar efter att se alla remitterade patienter, men vår situation gör att vi helt enkelt inte kan göra det. Då gäller det att låta primärvården ta mer ansvar, man att samtidigt stödja med råd och anvisningar om vilka patienter som verkligen skall komma hit. ”Finns det några synoviter? Finns det misstanke om systemsjukdom?” Det blir en del dialog och kanske det blir någon form av utbildning i det. Jag har inte siffror på hur många av av remisserna som vi vänder, men en hel del är det.

Framtiden

– Reumatologin är ju mitt uppe i en omställning. Vi har möjlighet att ge effektiv behandling till flera och då blir det fler och fler patienter som vi knyter till oss. Skall vi ha snävare avgränsningar för vilka patienter som går på specialistenheten? De som vi sätter in på biologisk behandling måste vi nog hålla i. Alla de som går på methotrexate går ju nu här med kontroller — men när de blir fler och fler så är det ju i längden inte hållbart. Vi kanske måste lägga över ett större ansvar för flera behandlade och stabila patienter på primärvården.

Eller måste vi säga, att så här många patienter kan vi inte ha råd och utrymme för att ha på biologiska läkemedel? Det hoppas vi inte skall ske. Men vi måste bli bättre på att sätta upp kriterier och riktlinjer för utsättningsförsök.

Arbetsväxling är en ytterligare utmaning för framtiden. Det finns arbetsuppgifter som i dag ligger på läkare, som kanske kan tas av utbildade sjuksköterskor – både bedömning av patienter och kanske vissa ledinjektioner. Det kräver handledning och tillsammans med ökade krav på handledning av god kvalitet till yngre läkare, så kommer vi inte ifrån att vi behöver fler specialister.

För vår del i Uddevalla tror vi att satsningen på ST-tjänster skall leda till att det blir en stabil och god bemanning med specialister i fortsättningen. Och här är en attraktiv arbetsplats där det sker en spännande utveckling, säger Gunnar Nylén.

Bengt Lindell

Från Då-sjukvården till NU-sjukvården

Dan Norberg berättar om historien och om den utveckling som lett fram till dagens reumatologi i Norra Älvsborg och Uddevalla.

Uppbyggnaden

I norra Bohuslän, dvs i Uddevalla, verkade Jan Martins sedan slutet av 70-talet som reumatolog tills han gick i pension omkring millennieskiftet.

Reumatologin i Norra Älvsborgs Län (NÄL) startade 1981, när Lars-Peter Knutsson kom tillbaka från sin reumatologutbildning i Lund till Norra Älvsborgs Län. Han blev då stationerad som reumatolog i Trollhättan. Lars-Peter hade dessförinnan utbildat sig till specialist i allmän internmedicin på Vänersborg-Trollhättans lasarett. Tidigare svarade Tore Leonhardt, medicinklinikchef för Vänersborg-Trollhättans lasarett, för reumatologin.

Jag själv påbörjade FV i internmedicin 1981 på Vänersborg-Trollhättans lasarett. Under mitt utbildningsår i Trollhättan 1983 blev jag placerad på medicinavd. 6, där Lars-Peter var överläkare i Medicin och Reumatologi. Av den avdelningens 31 platser var 10 vikta för reumapatienter. Till reumapatienterna var det knutet en halv sjukgymnasttjänst. Ytterligare en halv, liksom arbetsterapeut och kurator fick Lars-Peter kämpa för att få som särskild reumatologiresurs.

Vi hade teamrond en gång i veckan. Vårdtiderna var ganska långa (veckor). Med den tidens långa fysioterapiperioder och distriktets geografi (12 mil till Ed i Dalsland) behövdes verkligen sängplatserna. Rehabiliteringen gick i Lundaanda, med bl.a. Merete Brattström som ledstjärna. ”Ledskydd” gällde på den tiden också.

Jag fick sedan sköta några reumapatienter i Vänersborg (LiV) under slutet av min FV, med bistånd från Lars-Peter (och Tore). Det blev sedan att jag vidareutbildade mig till reumatolog också, 1985-88, på Sahlgrenska i Göteborg. På SU fanns bl.a. Tomas Bremell och Monica Almén som avdelningsläkare, Hans Carlsten hade börjat sin utbildning till reumatolog också, som FV, Andrzej Tarkowski jobbade och forskade som ul. Min utbildning var ett vikariat hela tiden 1985-88.

Jag kom tillbaka till det 1988 nyöppnade länssjukhuset NÄL (Norra Älvsborgs länssjukhus), som ligger i utkanten av Trollhättan och fick anställning som biträdande överläkare (Medicin och Reumatologi), från 1989 konverterad till överläkare. Vi skötte då en halv medicinavdelning (13 av 26 patienter). De medicinpatienter som låg på ”vår” sida fick vi sköta. Fram till 2001 deltog jag också i medicinjouren, de sista 7 åren som bakjour.

År 1991 flyttades reumatologin (och geriatrisk rehabilitering och medicinsk rehabilitering) till nyrenoverade sjukhuslokaler i Vänersborg. Där hade vi 10 reumavårdplatser på en avdelning delad med geriatriken. Organisatoriskt var vi däremot som tidigare del av medicinkliniken. Sektionschef för reumatologin var Lars-Peter Knutsson och från 1995 jag.

Samordning i Uddevalla

1998 flyttade vi ihop med reumatologienheten i Uddevalla (=Jan Martins) i Rosenhälls sjukhus, som var ett annex till Uddevalla sjukhus. Vi hade där mottagning och 10 vårdplatser för reumatologi, från början 7-dygnsvård, men snart ändrat till 5-dygnsvård.

Detta var ett led i den nya organisationen NU-sjukvården, som innebar en sammanslagning av Norra Älvsborgs länssjukhus och Uddevalla sjukhus (=NU). Sedan 1999 huserar vi i lokaler på själva Uddevalla sjukhus. Från början hade vi en egen avdelning med 10 5-dygnsplatser och 10 dagvårdsplatser. Under några år minskades slutenvården för att sedan helt slopas 2010, vilket har gått förvånansvärt bra trots allt.

De akuta och svårast reumatologiskt sjuka patienterna som krävt akut slutenvård har gått till Reumatologen SU. Andra med försämrat invärtesmedicinskt tillstånd har övriga medicinkliniken i NU fått ta. Mottagningen och dagvården har hanterat resten.

Vi har hela tiden varit reumakonsulter för det egna sjukvårdsområdet. Inneliggande patienter på andra enheter har vi i regel kunnat handlägga inom ett dygn (vardagar, kontorstid). Därtill har funnits en bred konsultverksamhet gentemot primärvården.

Under tiden 1989 - 2014 svarade jag för reumatologisk mottagning två dagar per månad på DSB - Dalslands sjukhus Bäckefors, ett annex med specialistmottagningar mitt uppe i Dalsland. Konsultbesök i primärvården bedrevs på några få vårdcentraler under några år på 2010-talet.

Vi har fått vara en ”egen” del inom medicinkliniken, utan jourtvång efter 2001, utom för ST under medicinplaceringen. Jag var själv den siste som gick medicinjour fram till 2001.

Jourfriheten underlättades av vår flytt till Uddevalla. Det var lättare att "klippa av banden" i samband därmed. Det underlättade stort vår rekrytering av kommande ST-läkare.

Västra Götalandsregionen

Västra Götalandregionen (VGR) bildades 1999. För vår del gjorde detta att eventuella ekonomiska transaktioner avseende vård på länsenheter kontra regionenheter inte blev inbyggda bromsklossar och dispytämnen, vilket var mycket välgörande.

Före millennieskiftet tillkom vidare Sektorsrådet för Reumatologi. Sektorsråd var medicinska råd för olika specialiteter, däribland Reumatologi, med en representant från varje länssjukhus, en representant från SU och en från universitetet.Från starten ingick Tomas Bremell från SU, Andrzej Tarkowski från universitetet, Dag Holmberg från Skövde, Göran Kvist från Borås, och jag själv från NU-sjukvården. Det kan inte nog framhållas hur viktigt rådet har varit för en gemensam hållning avseende reumatologin i VGR. Sektorsrådet innebar en stadigvarande diskussion om vårt medicinska innehåll, samarbete, fördelning m.m. i regionen.

Viktiga gemensamma riktlinjer drevs fram, som t.ex.:

- Gemensam studierektor för reumatologin i VGR
- Regelbundna gemensamma utbildningsmöten för både specialister och även AT-dagar
- Reigionala reumatolog-ST-block fanns under en period i VGR, vilka var avgörande för rekryteringen på länssjukhusen,
- Gemensam medicinsk prioritering av reumapatienter i VGR
- Fortlöpande uppföljning av reumatologins nationella riktlinjer
- Småningom regionala riktlinjer för implementering av socialstyrelsens nya riktlinjer för behandling av RA, AS, PsoA.
- Framhållande av Reumatologin som egen specialitet

Reumatologins förändring

Under de år som jag själv har varit med har förändringen av reumatologins innehåll och arbetssätt varit enorm. Den har utvecklats från en slutenvårdsverksamhet till huvudsakligen öppenvård och dagvård.

Den medicinska behandlingen har gått från guldinjektioner till methotrexate (omkring 1985 och framåt), till kombinationsbehandling (90-talet och framåt) till de biologiska medicinerna som standardbehandling. Att få vara med från början genom denna spännande utveckling har verkligen varit roligt. En viktig utveckling som jag har upplevt har också varit tillkomsten av det goda medicinska samarbetet med regionkliniken och etableringen av reumatologin som egen grundspecialitet, nödvändigt för reumatologins fortsatta utveckling.

Till sist vill jag framhålla: Att inte glömma patient-läkarkontinuiteten är väldigt viktigt för att kunna ha bästa omhändertagande av patienten i dagens moderna sjukvård.

Dan Norberg
pensionerad överläkare
Reumatologi/NU-sjukvården

Lillys Reumatologistipendium 2019

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 Falun 11–13 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 (föräldraledighet får räknas av). Sökanden måste vara och ha varit medlem i SRF och betalat medlemsavgift året innan ansökan.

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).

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

SISTA ANSÖKNINGSDAG: Den 17 april 2019

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

Detta stipendium ges med stöd av Eli Lilly AB.

PP-MG-SE-0097 / 01. 2019

Specialistbrist - hur tackla det?

Jag har nu arbetat som sektionschef på reumatologsektionen här i Uppsala sedan drygt 1 år tillbaka. Det har varit en spännande tid med utmaningar i form av brist på erfarna specialister med svårigheter att hinna med våra åtaganden. Vi har dock långsamt börjat komma tillbaka, detta tack vare hårt och idogt arbete från alla duktiga kollegor.

I september förra året var vi med och arrangerade Reumadagarna 2018, vilket föll väl ut med en mängd intressanta föreläsningar och intressanta posters. I november 2018 hade vi SPUR inspektion, där studierektor Lilian Vasaitis hade gjort ett gediget arbete med att strukturera upp vår ST verksamhet. Inspektionen gick mycket bra på det hela taget. Den kritik vi fick var framför allt att ST-läkarna erhöll för lite träning i kommunikation samt i ledarskap. Viktigt att alltid låta våra ST-läkare få möjlighet att träna ledarskap i olika situationer. Dessutom vara noga med att ge feedback så ofta man bara kan för att på så sätt stärka ST-läkarnas personliga och yrkesmässiga utveckling. Vi måste också jobba mot att ST-läkarna ska minska sin arbetsgrad inom jourverksamheten på medicinkliniken.

Under det senaste året har vi kommit igång bra med ett team inom sklerodermi, för att förbättra och utveckla omhändertagandet av denna patientgrupp. Teamet består av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt kurator. Det sker även ett nära samarbete med kardiologens PAH-team samt vid behov lungläkare och gastroenterolog. Sjuksköterskemottagningen är nu etablerad, där sköterskorna ffa följer upp patienter med RA. Detta innebär en bra avlastning för oss läkare, samt en mycket bra professionell utveckling för våra sjuksköterskor. Vi har under en lång tid haft för dålig tillgång till ultraljudsmaskiner vilket har gjort det svårt att få upp kompetensen hos läkarna. Nu har vi fått ytterligare medel att införskaffa en till maskin, där målsättningen är att varje mottagningsrum ska vara utrustat med en ultraljudsmaskin, då ultraljud många gånger är en stor tillgång vid diagnostisk och behandling av artritsjukdomar. Vi har en kollega Nikolas Malliotis, som är mycket bra på ultraljudsdiagnostik. Får vi fler maskiner, kan han börja utbilda kollegorna i denna ädla konst.

Nu stundar flytt

Nu kommer vi att flytta hela verksamheten till ett helt nytt hus, både slutenvården, dagsjukvården, mottagningen, rehab samt den kliniska forskningen. Detta innebär naturligtvis en massa extra arbete, behov av omstrukturering samt delvis nya arbetssätt. Man får dock se på det som en chans till nytändning för hela verksamheten.

Framtidens utmaningar

Utmaningar inför framtiden är att kunna erbjuda kollegorna en bra och inspirerande arbetsmiljö med goda möjligheter till utveckling och möjligheter till forskning. Det finns en stor bredd och kompetens inom den reumatologiska forskningen på sektionen, vilket är viktigt att behålla och utveckla. Vi ska nu rekrytera ytterligare en specialistläkare som kommer att blir en viktig förstärkning till vårt team. Dessutom har vi en fantastiskt duktig grupp ST-läkare, som alla visar stort engagemang för verksamheten. Vi är en arbetsgrupp med ett gott klimat, vi har alltid en öppen attityd till att kunna fråga varandra när man stöter på problem i den kliniska vardagen. Detta ser jag som en mycket viktig faktor för att få en trivsam och stimulerande arbetsplats.

Johan Back
Sektionschef
Reumatologsektionen
Akademiska sjukhuset, Uppsala

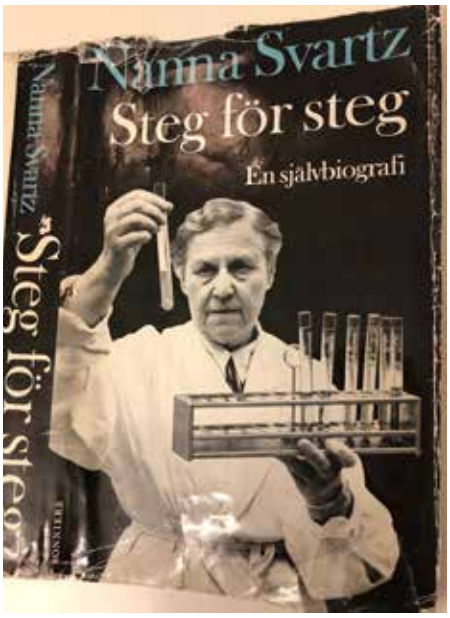
Reumatologihistoria vid Karolinska och i Stockholm; Från vanmakt till vetenskap och vård

Karolinska har under många år varit ett universitetssjukhus i samverkan med Karolinska Institutet. Det innebär att historien om reumatologin vid sjukhuset och KI mer måste vara en berättelse om hur vetenskapen skapats och förmedlats till patienter och mindre av hur organisationen vid olika tillfällen förändrats av stat och landsting.

Att reumatismen var en svår plåga för många där läkarna stod vanmäktiga var utgångspunkten för några remarkabla insatser som måste ses som början av reumatologin vid Karolinska, även om de skedde långt innan reumatologin vare sig blev specialitet eller klinik vid sjukhuset: En manifestation av reumatismens betydelse för befolkningen var den stora ”folkinsamling” som gjordes 1938 med anledning av Kung Gustaf V:s 80-årsdag: Ett stort belopp samlades in, till stor del från enkronorsbidrag från många människor runt hela Sverige. Pengarna skulle gå till att dels bekämpa reumatismen, dels barnförlamningen. Karolinska, genom den nyutnämnda professorn i medicin, Nanna Svartz, fick ansvar för att leda kampen mot reumatismen, och ett särskilt forskningsinstitut, – Gustaf V:s forskningsinstitut, skapades för detta ändamål med Nanna Svartz som mångårig föreståndare.

Nanna Svartz och den första reumatologiska forskningsmiljön:

I den miljö som bildades med ett laboratorium vid GV-institutet, tätt knutet till klinisk verksamhet vid Karolinska, skapades och tillämpades vetenskap med stor betydelse för både dåtidens och nutidens patienter. Den forskningslinje som fr.a. var Nanna Svartz egen handlade om bakterier i tarmen hos patienter med ledgångsreumatism. Hon studerade bakterierna i tarmen vid RA, och arbetade med detta som utgångspunkt för att skapa ett läkemedel som innehöll både sulfa (det första läkemedlet som kunde påverka bakterieväxten) och acetylsalicylsyra (då det bästa läkemedlet mot svår ledvärk). Resultatet blev salazopyrin, som blev det första läkemedel i världen som bromsar själva sjukdomsprocessen vid RA och ett läkemedel som fortfarande används. Läkemedlet prövades i för den tiden mycket väl genomförda kliniska prövningar, publicerade av Nanna Svartz som ensamförfattare 1942. Intressant nog är verkningsmekanismen hos salazopyrin varken anti-inflammatorisk som acetylsalicylsyra eller anti-bakteriell som sulfa.



Nanna Svartz’ självbiografi som kom ut 1968 beskriver hennes liv som den första kvinnliga professorn i medicin i Sverige och hennes forskning, sjukvårdsarbete och internationella liv.

Börje Olhagen var reumatologin trogen hela sitt långa liv och studerade tarmflora och artrit långt efter sin pensionering som professor och klinikchef.

Den andra stora förändningen kom utifrån: Det var kortisonet som prövades på patienter vid Mayokliniken för första gången 1948/49 med dramatiska resultat vilket gav forskarna bakom kortisonet nobelpriset i medicin redan året efter (1950). Nanna Svartz som utredde priset i Nobelkommitten var mycket snabb att börja använda kortison i Sverige och var också en av dem som tidigt såg biverkningarna av för höga doser och som tidigt kunde använda det nya läkemedlet på ett bra sätt för sina patienter.

Sammantaget, remarkabla bidrag från vetenskapen vid Karolinska till terapin mot reumatismen särskilt ledgångsreumatism, men också, vad gäller salazopyrin, för inflammatoriska tarmsjukdomar och senare också för reumatiska inflammatoriska ryggsjukdomar.

Och säkert skulle både Nanna Svartz och hennes elev, och senare professor i reumatologi Börje Olhagen, som också studerade tarmfloran och reumatismen, ha glatts om de hade fått uppleva de senaste årens intensiva intresse för tarmflora och inflammation, nu när nya metoder blivit tillgängliga..

Den omhändertagande reumatologiska vården utvecklas från 50-tal till 80-tal

Den reumatologiska vården vid Karolinska utvecklades vidare under de kommande decennierna mycket med hjälp av bättre omhändertagande av patienter, med den ”teamvård” med bättre omhändertagande av de handikapp som drabbade de

reumatiska patienterna, särskilt dem med artrit. Denna teamvård utvecklades först i Lund under ledning av Kåre Berglund och användes sedan brett i hela landet inklusive Karolinska. Under denna tid (1954) skapades också en egen klinik för reumatologi under ledning av Börje Olhagen som under lång tid var professor och överläkare.

Samtidigt utvecklades diagnostik, farmakoterapi och vård snabbt för de reumatiska system-sjukdomarna, fr.a. SLE i världen och på Karolinska. Bättre antikroppsdiagnostik som kunde definiera olika undergrupper av sjukdom och beskriva vilka organ, tex njurar, som särskilt riskerade att drabbas var viktig, och här gjorde bl.a. Reneé Norberg (senare också professor vid autoantikroppsavdelningen vid Statens Biologiska Laboratorium) stora bidrag. Samtidigt utvecklades ny kunskap om hur dessa, annars snabbt dödliga systemsjukdomar, kunde bromsas med kortison och olika immundämpande medel som ofta togs från cancerfältet, och användes i lägre doser för de reumatiska sjukdomarna. Denna kunskap anammades snabbt på Karolinska och genom en kombination av team- och rehabiliterings-vård för artriter och ökande immunterapi för systemsjukdomar utvidgades den reumatologiska kliniken och dess slutenvård kraftigt under ledning av professor Ragnhild Gullberg och omfattade på 1980-talet upp till 40 sängplatser samtidigt som ytterligare 20 sängplatser för reumavård fanns vid Södersjukhuset.

Reumatologin vid Södersjukhuset och Huddinge

Reumatologisk vård började bedrivas tidigt vid Södersjukhuset under ledning av Erik Nettelbladt och Olle Lövgren inom ramen för den stora medicinkliniken där. Klinisk verksamhet och alltmer forskning bedrevs därefter under många år under ledning av Ingiäld Hafström. En pionjärinsats som gjordes av Ingiäld i samverkan med Björn Svensson från Skåne och Spenshult var etablerandet av den stora BARFOT (Bättre AntiReumatisk FarmakoTerapi)-studien som startade 1992. Deltagandet i denna studie som en viktig del i forskningsverksamheten fortsatte under Ingiälds ledning när SÖS-kliniken flyttade till Huddinge sjukhus 1997 efter ett beslut i Stockholms Läns Landsting. Forskningsområdena följde traditionen från SÖS, med inriktning på inflammationsmekanismer vid de reumatiska sjukdomarna och läkemedelseffekter.

1982 öppnades ytterligare en reumatologklinik i Stockholm vid universitetssjukhuset Huddinge sjukhus efter att reumatologverksamheten på St-Eriks sjukhus lades ned. Eva Hedfors blev dess första verksamhetschef och företrädare för forskningsverksamheten. Eva Hedfors var på många sätt före sin tid när det gällde klinikens arbetssätt. Strukturen vid kliniken var uppbyggd så att den kliniska verksamheten skulle främja utveckling och klinisk forskning. Patientkohorter med blod- och vävnadsprover blev underlag till flera doktorandprojekt kring både RA och systemsjukdomar. På vårdavdelningen dominerade patienter med komplicerade inflammatoriska systemsjukdomar och s.k. pulsbehandling med glukokortikoider i kombination med cyklofosfamid vid svåra skov av systemsjukdomar, tex njurinflammation vid systemisk lupus erytematosus (SLE) infördes tidigt. Reumatologkliniken vid Huddinge sjukhus lades ned 1993 på grund av brist på specialistläkare.

Den molekylära vetenskapens intåg i reumatologin; hoppfulla decennier från 1990

FFör de vanligaste reumatiska inflammationssjukdomarna, artriterna, var utvecklingen av farmakoterapin länge långsam, både på Karolinska och i världen. Ett genombrott kom i mitten av 1980-talet från Harvard Medical School med beskrivningen av effekten av metotrexat vid RA (i mycket lägre doser än i cancerterapin där läkemedlet ursprungligen utvecklades), men dess användning och forskningen kring dess effekter utvecklades långsamt både vid Karolinska och andra sjukhus, med undantag för reumakliniken vid Danderyd med Erika Szanto som var pionjär för användningen av detta läkemedel.

Vändningen för behandling av artriter, liksom för en rad andra inflammationssjukdomar, kom från den molekylära vetenskapen kombinerad med klinisk tillämpning. Att forskningen kring de molekylära mekanismerna vid bl.a. inflammation skulle komma

Ragnhild Gullberg, professsor i reumatologi vid Karolinska sjukhuset (längst till vänster), René Norberg, reumatolog, först vid Karolinska och sedan professor och chef för immunologisk diagnostik vid Statens Bakteriologiska Laboratorium (i mitten); Eva Hedfors, professor i reumatologi vid Huddinge sjukhus (längst til höger); Bilden tagen vid Ingrid Lundbergs disputation 1991.

att förändra förståelse och behandling av många sjukdomar, bl.a. de reumatiska, insågs av både ledare vid Karolinska och av forskare inom reumatologin. På Karolinska var det främst Göran Holm, professor i internmedicin och Jan Lindsten, professor i klinisk genetik och därutöver sjukhusdirektör, som drev fram att ett nytt forskningscentrum, Centrum för Molekylär Medicin där molekylär medicin och klinisk tillämpning kunde förenas, med reumatologin som en viktig del.

Inom reumatologin växte samtidigt en ny generation forskare och kliniker fram både vid Karolinska, andra centra i Sverige och internationellt, och reumatologin vid Karolinska fick en viktig roll i utvecklingen och den kliniska tillämpningen av en rad nya terapier, som prövades under 1990-talet och började användas i klinisk praktik från 1999. En förutsättning för att reumatologin vid Karolinska fick denna roll både nationellt och internationellt var att Karolinska Institutet och Karolinska Sjukhuset (KS) gjorde en gemensam satsning på både klinik och forskning för den nya klinkledning som tog vid från 1993 (med Bo Ringertz som klinikchef och Lars Klareskog som ny professor). En snabb uppbyggnad av en kombinerad klinik- och forsknings-miljö skedde där man kunde studera molekylära mekanismer bakom reumatiska sjukdomars uppkomst, samtidigt med att nya terapier som påverkar dessa mekanismer prövades, infördes och utvärderades i klinisk patientverksamhet. Resultaten för patienter med artriter blev dramatiska med snabb förbättring av sjukdomen för de flesta och en nästan total eliminering av ledförstörelse för nästan alla. Det nationella kvalitetsregister för reumatiska sjukdomar, initialt RA, som byggdes upp med Staffan Lindblad som drivande kraft var mycket viktigt för det snabba införandet av de nya terapierna i Stockholm och Sverige; Karolinska var t.ex det sjukhus i Europa som snabbast använde TNF-blockad i klinisk praktik. Och rullstolarna försvann efterhand från väntrummen och vårdplatserna i sluten vård reducerades från 40 bara på Karolinska på 1980-talet til 14 för hela Stockholm 2018.

Hela reumatologin utvecklas; bredare forskning och mer samverkan med patienterna

Den kombinerade miljön av molekylär och epidemiologisk forskning med klinisk tillämpning och mer medverkan från patienterna och reumatikerförbundet har efterhand gjort att reumatologin vid Karolinska i samarbete med övrig reumatologi i Sverige blivit en av de mest aktiva reumatologiska forskningsmiljöerna i världen. Några viktiga landvinningar med kliniska konsekvenser är:

- Att reumatologin nu kan utnyttja kunskapstraditioner i svensk epidemiologi och det nationella reumatologiska kvalitetsregistret för att följa och utvärdera effekter och bieffekter av de nya läkemedlen mot reumatisk sjukdomar på ett sätt som är internationellt unikt. Johan Askling professor i reumatologi och epidemiologi är den som nu driver denna forsknings- och utvecklingslinje, som har direkt konsekvens för säkert och effektivt införande av nya anti-reumatiska läkemedel och som därutöver utgör en bas för de molekylära studierna av effekterna av samma läkemedel.
- Att gener och omgivning/livsstil (bl.a rökning och vissa luftföroreningar) tillsammans kan ge upphov till sjukdomsframkallande immunreaktioner vid RA; Dessa fynd har bidragit till ett nytt internationellt forskningsfält kring prevention och tidig behandling av sjukdomen, där Anca Catrina, ny professor och enhetschef för den reumatologiska forskningen från 2017 har en ledande roll.
- Att forskningsmiljön kan stödja utvecklingen också inom en rad olika reumatiska sjukdomar, som myosit, SLE, och Sjögren´s syndrom. Bl.a. har Ingrid Lundberg, också professor i reumatologi från 2003 etablerat Karolinska som en ledande internationell enhet i forskning och behandling av myosit och viktig forskning och klinisk kompetens har skapats också inom SLE och Sjögrens syndrom (med professorerna Marie Wahren, Elisabet Svenungsson och docent Iva Gunnarsson).
- Forskningsmiljön har också utvidgats och integrerat flera forskningslinjer som ursprungligen skapats från patientobservationer. Ett exempel är aktiv forskning kring effekterna av fysisk träning vid både myosit (Ingrid Lundberg) och reumatoid artrit (Christina Opava, professor i fysioterapi, knuten till reumatologiska kliniken KS). Vid myosit har man tex kunnat visa att fysisk träning är effektivare än de flesta hittills prövade läkeme-

Både läkargruppern vid Karolinska Solna och Huddinge och alla andra på reumatologi Karolinska träffas regelbundet för att utveckla vård, vetenskap och vänskap.

del och därmed har fysisk träning införts som en viktig del i rutinsjukvården både i Stockholm och i världen i övrigt.

- Att reumatologin har blivit en drivande kraft för en rad forskningsfält av stor betydelse också för andra inflammationssjukdomar både inom och utom reumatologin. Här är professorerna Per-Johan Jakobsson aktiv bl.a. inom prostaglandinforskning, och Vivianne Malmström och Helena Erlandsson Harris inom immunologin.
- Samverkan med patienter och patientorganisationen (Reumatikerförbundet) har under dessa år blivit allt viktigare med stöd från patienter i forskningsgrupperna, i undervisningen och med Reumatikerförbundet som viktig ekonomiskt stödjare av forskning och i etablerandet av det reumatologiska forskningslaboratoriet vid CMM. En särskild glädje var att Yvonne Enman, mångårig berättare om reumatologi och forskning i tidningar och böcker, blev den första patient att erhålla ett hedersdoktorat vid KI (2018).

Under samma tid har den kliniska miljön utvecklats till en internationellt ledande enhet också vad gäller klinisk tillämpning och vård och en rad läkare och forskare från olika delar av världen har sökt sig till reumatologen vid KS för att antingen stanna en kortare tid för att lära sig och föra hem kunskap som utvecklats i Stockholm, eller för att stanna kvar vid kliniken. Detta har gjort att kliniken efterhand blivit mycket internationell och fått flera internationella utmärkelser och att nästan alla läkare och flera i andra professioner kunnat kombinera klinisk verksamhet med aktiv klinisk forskning. Detta har kunnat ske under ledning av drivande klinikchefer, först Bo Ringertz, därefter Staffan Lindblad, Ralph Nisell, Johan Bratt och Cecilia Carlens som alla lyckats försvara och utveckla en miljö med klinisk verksamhet driven i samspel med forskning och snabb tillämpning av forskningsframsteg i klinisk patientverksamhet. Under de allra senaste åren har reumatologin på Karolinska också kompletterats med en akademisk reumatologisk specialistklinik kallad ”Centrum för reumatologi”, ledd av Sofia Ernestam där kunskapsmiljön i reumatologi vid Karolinska kompletterats med en samarbetande kunskapsmiljö utanför sjukhuset som har en särskild roll i utvecklingen av nya digitala hjälpmedel för patienterna och för samverkan med primärvården.

Reumatologin vid Karolinska har därmed både kunnat skapa lokala kunskapsmiljöer och bidragit till att förändra livet för många patienter i Stockholm, Sverige och i världen. Detta har kunnat ske genom att frågor från klinisk verksamhet och patienter, kunskapsbildning i forskningen och tillämpningen av forskningens resultat i klinisk verksamhet integrerats, och att hela verksamheten varit internationellt förankrad med kontinuerligt utbyte med andra goda forsknings- och kliniska centra i världen.

Framtiden är alltid oviss

Utmaningarna för framtiden är stora: Många patienter har visserligen ett mycket bättre och längre liv nu än motsvarande patienter på 1940 eller 1980-talen. Men få är helt botade. Patienter med vissa reumatiska sjukdomar saknar fortfarande effektiv behandling. Mycket kunskap saknas också om hur man bäst utnyttjar de läkemedel som finns och som kommer, och vi saknar nästan helt kunskap och redskap att förebygga och behandla/bota patienter på ett tillräckligt tidigt stadium för att undvika påverkan på liv och arbete. Möjligheterna att bidra till och utnyttja den internationella kunskapsbildningen i klinisk vård och prevention kommer i princip att finnas kvar. Mer osäkert är idag vilka kunskapsmiljöer vid Karolinska och i Stockholm i längden kommer att finnas kvar i det nya vårdlandskap som nu skapas i Stockholm med en splittring av sjukvård och forskning inom många discipliner. Inom reumatologin har vi dock ännu lyckats motverka denna splittring och vi hoppas därmed kunna bidra till de nya möjligheterna med tidig behandling och prevention i nära samverkan mellan våra olika sjukvårdsenheter och forskningen vid KI.

Till slut är vi ändå mest tillfreds när vi i samverkan mellan forskning och vård, lyckas förbättra livet för de allra flesta av våra patienter på sätt som började med Nanna Svartz i ledningen för reumatologin på Karolinska och fortsätter framöver.

Lars Klareskog,
Ingrid Lundberg,
Bo Ringertz

De olika forskningsgrupperna inom Reumatologi Karolinska samlade för den årliga ”retreaten” tillsammans med våra internationella rådgivare.

Scientific symposium to commemorate the 80 year anniversary
of King Gustaf V 80-year foundation
Thursday April 4, 2019
Sune Bergström Lecture hall at New Karolinska University Hospital, Stockholm

Rheumatology research in front line

9.00 Poster set up
9.30 Coffee

10.00 Welcome, Ingemar Eliasson, Chair of the King Gustaf V 80-year foundation

10.10 -12.00 Session 1, Disease mechanisms in Systemic autoimmune disorders

Jane Salmon, Cornell, New York
Lars Rönnblom, Uppsala
Anna Blom, Malmö
Gunnel Nordmark, Uppsala
Søren Jacobsen, Copenhagen

12-13.30 Lunch and poster session with guided tours

13.30-15.00 Session 2, Risk factors and comorbidities in rheumatic diseases

Will Dixon, Manchester
Johan Askling, Stockholm
Roger Hesselstrand, Lund
Alf Kastbom, Linköping

15.00 Coffee

15.30-17.00 Session 3, Molecular pathways in arthritis and in patients with risk to develop rheumatoid arthritis

John O'Shea, NIH/Bethesda
Anca Catrina, Stockholm
Anna Rudin, Gothenburg
Solbritt Rantapää-Dahlqvist, Umeå

17.00- 18.00 Refreshments, poster discussions and poster prizes

Anmälan och inskick av abstracts görs **senast den 15 mars till**: Susanne Karlfeldt, susanne.karlfeldt@sll.se

Nytt från SRQ

Vi har nu lämnat 2018 bakom oss och ett nytt spännande år har tagit sin början.

För hundra år sedan, 1919 hade Första Världskriget avslutats. Kvinnors Rösträtt diskuterades intensivt och Spanska Sjukan härjade över världen och skördade 30-100 miljoner unga människors liv. Då fanns inte SRQ. Det var inte ens påtänkt. Min farmor, som var född 1896, blev år 1919, efter 3½ års studier vid Karolinska Institutet, en av landets första kvinnliga medicine kandidater. Men hon tvingades avsluta sina läkarstudier när hon gifte sig med min farfar och när min pappa föddes 1921 blev hon klassisk hemmafru och födde sedan ytterligare 3 söner, mina farbröder. Jag fick ärva farmor Astrids fina och klassiska tyska anatomi-böcker (Anatomie des Menschen - av Rauber-Kopsch, samt Lerbuch der Topographischen Anatomie - av Corning). Det har ju inte hänt så mycket inom den branschen av medicinen det senaste 100 åren så dessa böcker var aktuella även under mina medicinstudier. Och min farmor kunde rabbla kroppens alla drygt 200 ben, på latin, även vid 80 års ålder. Medicinstudenterna läste då såväl människans anatomi som jämförande anatomi (djurens anatomi) under flera år i början av läkarstudierna. Det har således hänt en del sedan dess.

SRQs (Svensk Reumatologis Kvalitetsregister) Registerdag 2019 har, när detta skrivs, nyligen ägt rum. Det var första gången vi höll hus i anrika Svenska Läkarsällskapets lokaler på Klara Östra Kyrkogata i Stockholm. Det blev ett bra arrangemang med rekordmånga deltagare (150 st varav drygt 40 från läkemedelsindustrin) och som vanligt var det god stämning med bra diskussioner och hög mötes-intensitet trots den kylslagna nordanvinden som bokstavligen blåste rakt in i föreläsningssalen genom väggarna.

Att hålla en årlig registerdag är ett viktigt event för SRQ och våra användare. Denna dag ges möjlighet att fysiskt träffas, att informera varandra, att ställa frågor, att utbyta åsikter, att diskutera och därmed i grunden kunna förbättra och utveckla vårt nationella kvalitetsregister. Vi ska vara rädda om vår årliga ”Registerdag” och arbeta för att den finns kvar.

100 % AV ALLT

Det viktigaste som hänt inom SRQ under 2018 är, förutom att vi spikat vår vision (100 % AV ALLT) fått VAParna på rull, gå gärna in på SRQs Hemsida och titta på dem, de finns publika för alla, http://srq.nu/for-vardgivare/vara-resultat-vap. QRDF tjänsten som flera läkemedelsföretag använder fick under det gångna året en utökad funktion med uppskattade s k Sankey diagram. SRQ modulerna har utvecklats vidare. SRQ handlar inte längre bara om RA utan även PsA, AS, SLE, gikt, myosit, kardio-vaskulär sjuklighet, rehabilitering, mm. Avseende sklerodermi-modulen bör sägas (vilket jag missade att informera om under Registerdagen) att det fungerar att registrera skin score och patienterna kan även lägga in VAS Raynaud.

Det som kommer att ske under 2019 vet vi ju förstås inte med säkerhet, det är alltid svårt att med säkerhet sia om framtiden, men om vi följer plan så nämner jag här har några av de viktigaste sakerna som är på gång förutom registrets kvalitetsfrågor (täckning, delaktighet, korrekta värden, ej missing data, mm) vilka kommer även fortsättningsvis vara i fokus. Jag är övertygad om att indockning av SRQ till nybildade Reuma NPO (Nationellt Programområde) har god chans att bli en nationell organisatorisk förbättring med utvecklingspotential även för SRQ. En annan utmaning blir att behålla den högsta kvalitetsnivån för nationella kvalitetsregister dvs certifieringsnivå 1, och detta blir ett viktigt arbete i SRQs styrgrupp att se till så att vi även fortsättningsvis hamnar där, dvs där vi både vill och ska vara.

RDS kommer under 2019 förhoppningsvis få upp ökad fart, dvs Reumatologins Digitala Stödsystem, vilket som framtidsprojekt initierades under 2018 och jag ser fram emot den spännande fortsättningen. En gångbar version av ”lilleper” har diskuterats länge och kommer äntligen att introduceras under 2019. Även registrering kommer göras möjligt i SRQ av biverkningar till check point inhibitorer, så kallade IRAE (immune response adverse event), dvs reumatiska/inflammatoriska symtom som följd av ny effektiv onkologisk behandling.

Barnreumaregistret

Vi ser 2019 även fram emot ett närmare samarbete med Barnreumaregistret och vi har haft möten med dess registerhållare Karin Palmblad samt med andra och jurister och även med Carmona för att få det hela att fungera så bra och smidigt som möjligt. En del legala hinder finns fortfarande men vi är helt inställda på att lösa det hela så att SRQ användare får tillgång till att åtminstone inom samma landsregion kunna läsa data som finns lagrat i Barnreumaregistret, som ett beslutsstöd och bedömningsunderlag av den unga patienten.
Arbetet med SRQ-ABCD kommer förhoppningsvis också ta fart under 2019 och vad det står för ber jag att få återkomma till framöver. Även det ett spännande och viktigt projekt skulle man kunna säga.
Om 100 år framåt i tiden vet vi förstås inte hur det står till med nationella kvalitetsregister eller den medicinska läget eller ens världen över huvud taget. Mänskligheten kanske har kolonier på mars och SRQ finns inte längre eftersom alla reumatiska sjukdomar är bortvaccinerade och vi skickar istället stimulerande friskvårds- och hälsodata mellan planeterna och tittar gärna i gamla fina tyska anatomi-böcker från början av 1900-talet och läser om den gamla tiden.

Om 1 år framåt i tiden har vi bättre koll, då blir det SRQ Registerdag igen, dvs på planeten jorden och som vanligt i vecka 4, troligen onsdagen den 22 januari och med liknande upplägg som i år. Vi har redan preliminärbokat lokalerna på Klara Östra Kyrkogata. Om vaktmästaren eller annan Sällskaps-värmeansvarig inte lyckas få upp lokaltemperaturen fram till dess får vi fixa sköna SRQ-filtar till deltagarna. Vi är ju kreativa inom svensk reumatologi och lite kylig snålblåst kommer inte stoppa oss heller denna gång.

Ralph Nisell
Registerhållare SRQ

Ur vardagen

Läkemedelsutlöst aortit
Detta nummers fallbeskrivning handlar om två väldigt lika fall av en sällsynt läkemedelsbiverkan som fångade vårt intresse, särskilt då de ägde rum med endast några månaders mellanrum. Frågan som väcks är om biverkan inte är så sällsynt, utan snarare underdiagnostiserad.

Frågor

1. Vad utlöste aortiten?
2. Vilken plats hade kortisonbehandlingen i handläggningen?
3. Reflektioner?

Dessa två fall inklusive bilder och grafer har sammanställts i en fallrapport som är accepterad för publikation i Autoimmunity Reviews.

Patienterna har gett skriftligt informerat samtycke för publik rapportering av händelsen inklusive radiologiska bilder.

För facit se sid 50.

Ioannis Parodis (reumatolog)
Lara Dani (reumatolog)
Antonella Notarnicola (reumatolog)
Git Martenhed (onkolog)
Pontus Fernström (radiolog)
Alexios Matikas (onkolog)
Oscar Wiklander (onkolog)
Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Fall 1: Kvinna 70 år
Söker akut tre dagar efter kemoterapi (docetaxel, trastuzumab, pertuzumab plus G-CSF som primärprofylax mot neutropeni) på grund av synkope, diarré, dehydrering.

Anamnes: Levaxinsubstituerad hypotyreos, vänstersidig bröstcancer 2005 (op., strålning, tamoxifen), malignt melanom vänster ben 2006 (op.).
Aktuellt: Högersidig bröstcancer 2018 (estrogenreceptor, ER+, progesteronreceptor, PR-, human epidermal tillväxtfaktorsreceptor 2, HER2+).
Status: Väsentligen normalt.
Åtgärd: Inläggning för observation (onkologisk slutenvård), DT hjärna (blank).

Vårdförlopp: Utvecklar feber (figur 1) och senare även neutropeni trots primär profylax (G-CSF).
Åtgärd: Piperacillin/tazobactam i 4 dagar, sattes ut efter förbättring och negativa odlingar.

Vårdförlopp: Melena och hematemes (attribuerats till magsår).
Åtgärd: PPI, antibiotika.

Vårdförlopp: Under den 10:e dagen av inneliggande vård utvecklar patienten höggradig feber, kraftig CRP-stegring.
Åtgärd: Piperacillin/tazobactam, DT thorax/buk på grund av avsaknad av infektionsfokus som visar fynd enligt figur 2.

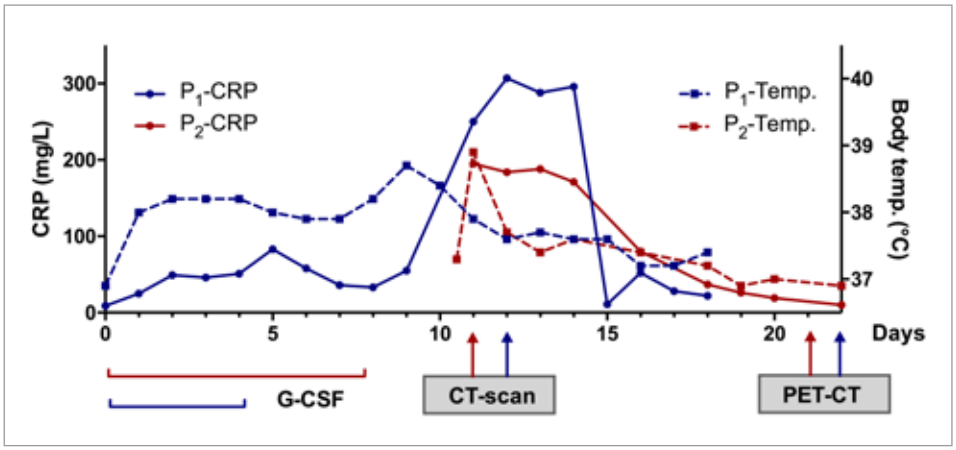
Vårdförlopp: Läkemedelsutlöst aortit? Jourhavande reumatolog blir kontaktad.
Åtgärd: Prednisolon 60 mg x 1, prompt svar.

Fall 2: Kvinna, 60 år
Söker akut 15 dagar efter kemoterapi (docetaxel plus G-CSF som primärprofylax mot neutropeni) på grund av buksmärta.

Anamnes: Appendektomerad, bröstop. x 2 (benigna PAD-fynd).
Aktuellt: Vänstersidig bröstcancer 2018 (estrogenreceptor, ER+, progesteronreceptor, PR-, human epidermal tillväxtfaktorsreceptor 2, HER2+), behandlats med epirubicin och cyklofosfamid x 3 innan första cykeln med docetaxel.
Status: Öm vid palpation av buken, inga övriga anmärkningar.
Lab: Stegrat CRP.
Åtgärd 1: Inläggning på grund av misstänkt infektion.
Åtgärd 2: DT thorax/buk utan infektionssuspekta fynd.
Åtgärd 3: Piperacillin/tazobactam.

DT thorax/buk visade minimal mängd vänstersidig pleuravätska och ”retning kring stora kärl” (aortabågen, övergången mellan thorakal- och bukaorta, avförande bukkärl). Patienten togs över till reumatologisk slutenvårdsavdelning och eftergranskning av de radiologiska bilderna beställdes, vilket bekräftade ”kraftigt förtjockad kärlvägg” i ovannämnda områden. En PET-CT beställdes. Denna gjordes några dagar senare och bekräftade storkärlsvaskulit, som dock hade minskat något i intensitet och omfattning (spontan partiell regress) (figur 3).

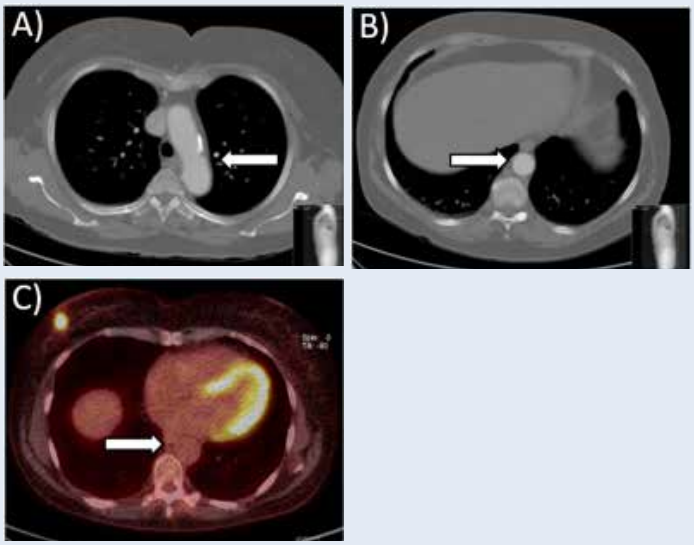
Åtgärd: Prednisolon 60 mg x 1 (kort kur), snabbt kliniskt och laboratoriemässigt svar.



Figur 1. CRP och temperatur över tid för fall 1 (P1) och fall 2 (P2)

Figur 2. Radiologi över tid för fall 1

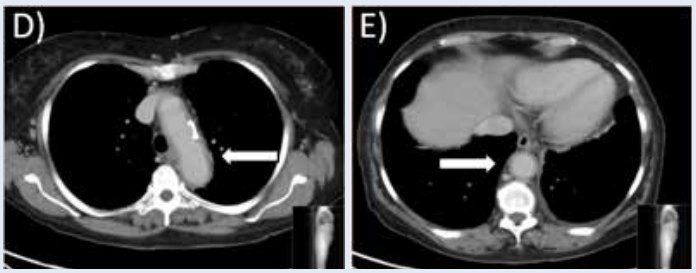
DT OCH PET-CT FÖRE AORTITEN



A-B) DT före händelsen utan kärlväggsförtjockning på aortabågs- respektive diafragmanivå.

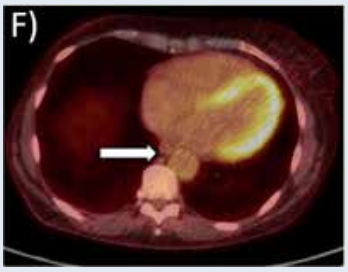
C) F18-FDG PET-CT före händelsen där inget engagemang av aorta på diafragmanivå påvisas.

DT OCH PET-CT UNDER AORTITEN



D-E) DT som visar kärlväggsförtjockning på aortabågs- respektive diafragmanivå.

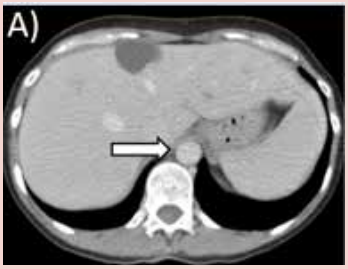
DT OCH PET-CT EFTER AORTITEN



F) Uppföljande F18-FDG PET-CT utan ökat FDG-upptag som tecken på aortaväggsförtjockning på diafragmanivå.

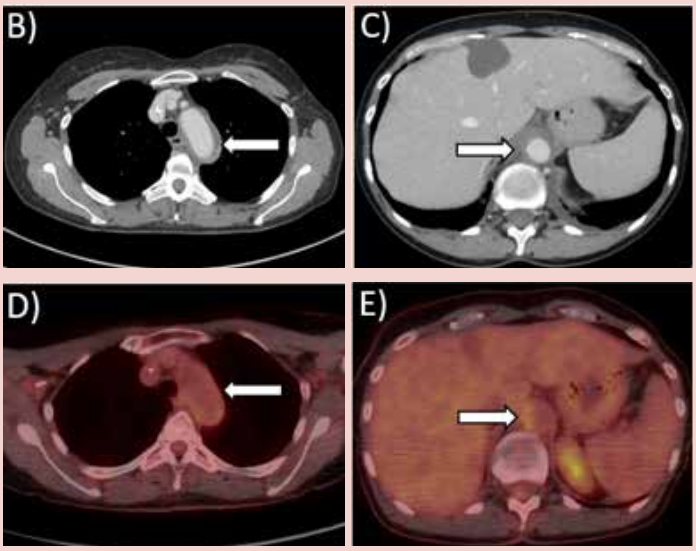
Figur 3. Radiologi över tid för fall 2

DT OCH PET-CT FÖRE AORTITEN



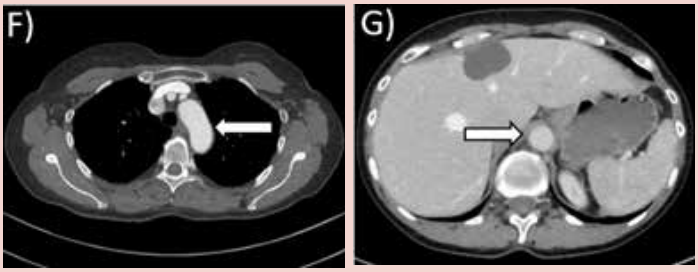
A) DT före händelsen utan kärlväggsförtjockning på diafragmanivå.

DT OCH PET-CT UNDER AORTITEN



B-C) DT som visar kärlväggsförtjockning på aortabågs- respektive diafragmanivå.
D-E) F18-FDG PET-CT som visar milt engagemang på aortabågs- respektive diafragmanivå.

DT OCH PET-CT EFTER AORTITEN



F-G) Uppföljande DT som visar minskad aortaväggsförtjockning på aortabågs- respektive diafragmanivå.

Facit till fallbeskrivningar sid 48-49.

Svaren på de första två frågorna är inte självklara, i alla fall inte för oss.

1) Vad utlöste aortiten?
Benmärgshämmande cytotoxisk kemoterapi kan ge neutropeni, ofta neutropen feber och infektioner som kan vara allvarliga. Därför är det praxis att använda G-CSF (filgrastim, pegfilgrastim) i profylaktiskt syfte. G-CSF och GM-CSF (som också har denna indikation) har både pro- och anti-inflammatoriska effekter. De har en bra säkerhetsprofil och när de används för denna indikation tillsammans med cytostatika har de visats kunna minska mortaliteten.

De vanliga biverkningarna är milda (muskuloskeletal smärta, huvudvärk, trötthet), men sällsynta allvarliga biverkningar har också rapporterats i litteraturen, bland annat inflammationsbetingad lungfunktionspåverkan, mjältruptur efter kraftig myelopoies, arteriell trombos samt några fall av aortit (se referenser nedan).

Våra fall var lika i olika avseenden. Patienterna var ungefär lika gamla och hade båda fått docetaxel (och G-CSF som profylax) mot bröstcancer några dagar innan aortiten upptäcktes. Huruvida docetaxel, G-CSF eller kombinationen utlöste aortiten kommer vi att låta vara osagt.

Bröstcancern som en bakgrundsmiljö kan man också spekulera över. Men faktum är att de fall som tidigare rapporterats om läkemedelsutlöst aortit hade G-CSF men varken den bakomliggande sjukdomen eller sorten av cytostatika som sin gemensamma nämnare (se tabell). Två patienter hade fått filgrastim för stamcellsmobilisering (donatorer).

Man skulle också kunna spekulera kring att aortiten kan ha uppkommit som ett paramalignt fenomen. Det som talar emot är dels tiden för händelserna, dels dess förlopp. I båda fallen uppkom aortiten efter påbörjad behandling med cytostatika/G-CSF, och dessutom kort tid efter att patienterna fick docetaxel/G-CSF.

I det ena av fallen hade radiologisk undersökning som utförts kort tid före händelsen inte påvisat några tecken på kärlväggsförtjockning (inget ökat FDG-upptag, se figurer).

2) Vilken plats hade kortisonbehandlingen i handläggningen?
I alla hittills rapporterade fall (inklusive våra) upptäcktes aortiten med DT och behandlades framgångsrikt med måttliga kortisondoser. Dock hade förändringarna i fall nr 2 gått i spontan regress, åtminstone partiellt, redan innan kortison sattes in, vilket talar för att seponering av den utlösande faktorn kanske ändå varit den mest avgörande åtgärden.

I alla rapporterade fall har det dock getts kortison med snabb effekt, utan recidiv efter kortsiktig uttrappning.

3) Reflektioner?
De båda händelserna vi beskriver inträffade med endast några månaders mellanrum och upptäcktes i båda fallen vid DT som utfördes på annan indikation/misstanke: i ena fallet som ett led i infektionsdiagnostiken och i andra fallet på grund av buksmärta. Vi tänker därför att fenomenet kanske är vanligare än vad som hittills har uppmärksammats.

Vi hoppas att samarbetet mellan onkologer och reumatologer kommer att öka framöver, inte minst med tanke på det alltmer uppmärksammade fenomenet av autoimmunitet inducerad av checkpointhämmarbehandling. Ökad medvetenhet och dialog mellan de två specialiteterna kan då leda till att fler fall som de vi beskriver här identifieras.

I ärlighetens namn har vi nu kunnat identifiera ytterligare ett fall av läkemedelsutlöst aortit, också efter docetaxel/G-CSF mot bröstcancer. Fortsättning följer...

Vidare läsning:

1. Klastersky, J., et al., Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol, 2016. 27(suppl 5): p. v111-v118.

2. Smith, T.J., et al., Recommendations for the Use of WBC Growth Factors: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol, 2015. 33(28): p. 3199-212.

3. Timmer-Bonte, J.N., et al., Cost-effectiveness of adding granulocyte colony-stimulating factor to primary prophylaxis with antibiotics in small-cell lung cancer. J Clin Oncol, 2006. 24(19): p. 2991-7.

4. Vogel, C.L., et al., First and subsequent cycle use of pegfilgrastim prevents febrile neutropenia in patients with breast cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled phase III study. J Clin Oncol, 2005. 23(6): p. 1178-84.

5. Kuderer, N.M., et al., Impact of primary prophylaxis with granulocyte colony-stimulating factor on febrile neutropenia and mortality in adult cancer patients receiving chemotherapy: a systematic review. J Clin Oncol, 2007. 25(21): p. 3158-67.

6. Haim, N., et al., The safety of full-dose chemotherapy with secondary prophylactic granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) following a prior cycle with febrile neutropenia. Med Oncol, 2005. 22(3): p. 229-32.

7. Hamilton, J.A., Colony-stimulating factors in inflammation and autoimmunity. Nat Rev Immunol, 2008. 8(7): p. 533-44.

8. Freeley, S.J., et al., Granulocyte colony stimulating factor exacerbates antineutrophil cytoplasmic antibody vasculitis. Ann Rheum Dis, 2013. 72(6): p. 1053-8.

9. Sloand, E.M., et al., Pharmacologic doses of granulocyte colony-stimulating factor affect cytokine production by lymphocytes in vitro and in vivo. Blood, 2000. 95(7): p. 2269-74.

10. Malashchenko, V.V., et al., Direct anti-inflammatory effects of granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) on activation and functional properties of human T cell subpopulations in vitro. Cell Immunol, 2018. 325: p. 23-32.

11. Herrmann, F., et al., Effect of granulocyte-macrophage colony-stimulating factor on neutropenia and related morbidity induced by myelotoxic chemotherapy. Haematol Blood Transfus, 1990. 33: p. 717-23.

12. Stroncek, D.F., et al., Treatment of normal individuals with granulocyte-colony-stimulating factor: donor experiences and the effects on peripheral blood CD34+ cell counts and on the collection of peripheral blood stem cells. Transfusion, 1996. 36(7): p. 601-10.

13. Lyman, G.H., et al., The impact of the granulocyte colony-stimulating factor on chemotherapy dose intensity and cancer survival: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Oncol, 2013. 24(10): p. 2475-84.

14. D'Souza, A., et al., Granulocyte colony-stimulating factor administration: adverse events. Transfus Med Rev, 2008. 22(4): p. 280-90.

15. Ruiz-Arguelles, G.J., et al., Fatal G-CSF-induced pulmonary toxicity. Am J Hematol, 1999. 60(1): p. 82-3.

16. Gertz, M.A., et al., Fatal pulmonary toxicity related to the administration of granulocyte colony-stimulating factor in amyloidosis: a report and review of growth factor-induced pulmonary toxicity. J Hematother Stem Cell Res, 2000. 9(5): p. 635-43.

17. O'Malley, D.P., M. Whalen, and P.M. Banks, Spontaneous splenic rupture with fatal outcome following G-CSF administration for myelodysplastic syndrome. Am J Hematol, 2003. 73(4): p. 294-5.

18. Bennett, C.L., et al., Haematological malignancies developing in previously healthy individuals who received haematopoietic growth factors: report from the Research on Adverse Drug Events and Reports (RADAR) project. Br J Haematol, 2006. 135(5): p. 642-50.

19. Conti, J.A. and H.I. Scher, Acute arterial thrombosis after escalated-dose methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin chemotherapy with recombinant granulocyte colony-stimulating factor. A possible new recombinant granulocyte colony-stimulating factor toxicity. Cancer, 1992. 70(11): p. 2699-702.

20. Kawachi, Y., et al., Acute arterial thrombosis due to platelet aggregation in a patient receiving granulocyte colony-stimulating factor. Br J Haematol, 1996. 94(2): p. 413-6.

21. Darie, C., et al., [Aortitis after G-CSF injections]. Rev Med Interne, 2004. 25(3): p. 225-9.

22. Adiga, G.U., et al., Abdominal aortitis after use of granulocyte colony-stimulating factor. Clin Drug Investig, 2009. 29(12): p. 821-5.

23. Miller, E.B., R. Grosu, and Z. Landau, Isolated abdominal aortitis following administration of granulocyte colony stimulating factor (G-CSF). Clin Rheumatol, 2016. 35(6): p. 1655-7.

24. Sato, Y., et al., Thoracic aortitis and aortic dissection following pegfilgrastim administration. Eur J Cardiothorac Surg, 2017. 52(5): p. 993-994.

Ioannis Parodis (reumatolog)
Lara Dani (reumatolog)
Antonella Notarnicola (reumatolog)
Git Martenhed (onkolog)
Pontus Fernström (radiolog)
Alexios Matikas (onkolog)
Oscar Wiklander (onkolog)
Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

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

Tabell. Fall av G-CSF-utlöst aortit i litteraturen, samt de som beskrivs här (fall 1, fall 2)

	REF 21	REF 22	REF 23	REF 24	FALL 1	FALL 2
KÖN	Kvinna	Man	Man	Kvinna	Kvinna	Kvinna
ÅLDER	55	54	52	67	70	60
BAKOMLIGGANDE SJUKDOM	Ingen (stamcells-mobilisering, donator)	Skivepitel-cancer (lunga)	Ingen (stamcells-mobilisering, donator)	Adenocarcinom (lunga)	Bröstcancer	Bröstcancer
G-CSF	Filgrastim	Filgrastim	Filgrastim	Pegfilgrastim	Filgrastim	Filgrastim
AORTIT	Bukaorta	Bukaorta	Bukaorta	Thorakal aorta	Thorakal aorta	Thorakal aorta
CANCERBEHANDLING	n/a	Carboplatin	n/a	Okänd kemoterapi	Docetaxel Trastuzumab Pertuzumab	Docetaxel
TID FRÅN G-CSF TILL UPPKOMST	2 dagar	8 dagar	6 månader	8 dagar	9 dagar	11 dagar
DETEKTION	DT/MR	DT/MR	DT	DT/US	DT	DT
SVAR PÅ KORTISON	Snabb, komplett	Snabb, komplett	Snabb, komplett	Snabb, komplett	Snabb, komplett	Snabb, komplett

Reumakalender

2019

4 april — **Jubileumssymposiet för Konung Gustaf V:s 80-årsfond**
4 april
Stockholm

8 april — **Reumatologidagen 2019**
8-12 april
Stockholm

9 maj — **SK-kurs: Kroniska artritsjukdomar**
9 maj
Stockholm

16 maj — **Cutting Edge**
16 maj
Lund

16 maj — **Nationella ST-dagarna**
16-17 maj
Uppsala

16 maj — **RUCh Modul 3**
16-17 maj
Malmö

12 juni — **EULAR 2019**
12-15 juni
Madrid, Spanien

2 juli — **SRF i Almedalen**
2–4 juli
Visby

2 sep — **SK-kurs: Inflammatoriska systemsjukdomar**
2-6 september
Stockholm

11 sep — **Reumadagarna 2019**
11-13 september
Falun

30 sep — **SK-kurs: Reumatologisk farmakoterapi**
30 september–4 oktober
Lund

17 okt — **Fortbildningskurs: Akut reumatologi för specialister**
17-18 oktober
Göteborg

8 nov — **ACR 2019**
8-13 november
Atlanta, USA

14 nov — **RUCh Modul 4**
14-15 november
Stockholm

28 nov — **SRF:s Utvecklingsdag**
28 november
Stockholm

29 nov — **Post-ACR**
29 november
Stockholm

Reumatologins Rötter

Boken Reumatologins rötter, den andra jubileumsboken, utdelades till deltagarna på Reumadagarna i Västerås 2017. Boken belyser reumatologispecialiteten från ett medicinhistoriskt perspektiv. De medlemmar, som inte var där, bör ha fått boken per post. Hör av dig till tony@mediahuset.se om boken inte kommit, eller om du som är enhetsföreträdare vill beställa boken till enhetens bibliotek.

Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på

www.svenskreumatologi.se