



## ReumaBulletinen

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

- Ansvarig utgivare** **Johan Bratt**  
Reumatologiska kliniken  
D2:01  
Karolinska Universitetssjh  
171 76 Stockholm  
Tel 08-585 818 48  
johan.bratt@karolinska.se
- Redaktör** **Tomas Bremell**  
Reumatologi  
Sahlgrenska Universitetssjh  
Gröna Stråket 12  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 33 78  
tomas.bremell@vgregion.se
- Red.medlemmar** **Ido Leden**  
ido.leden@telia.com  
**Bengt Lindell**  
bengt@lindell.cc  
**Milad Rizk**  
milad.rizk@ltv.se
- Produktion** **Mediahuset i Göteborg AB**  
Marieholmsgatan 10C  
415 02 Göteborg  
www.mediahuset.se  
Tel 031-707 19 30
- Annonser** **Dan Johansson**  
dan@mediahuset.se  
**Olle Lundblad**  
olle@mediahuset.se
- Layout** **Gunnar Brink**  
gunnar@mediahuset.se
- Tryck** **Åkessons Tryckeri AB**  
Box 148  
361 22 Emmaboda  
www.akessonstryck.se
- Distribution** Distribueras som posttidning  
ISSN 2000-2246

### Utgivningsplan 2011

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1	25 januari	2 mars
Nr 2	26 april	8 juni
Nr 3	25 augusti	5 oktober
Nr 4	26 september	9 november
Nr 5	8 november	16 december

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

# Innehåll 1/2011

- 3 Redaktören har ordet**
- 5 Brev från ordföranden**
- 7 SRFs stipendium till Andrzej Tarkowskis minne**
- 9 Brev från vetenskaplige sekreteraren**
- 10 Presentation av nya styrelsemedlemmar**
- 11 Brev från utbildningsansvarig och yngreläkarrepresentanten**
- 12 Dags för specialsjuksköterskan!**
- 14 Reumatologisk forskning i Sverige 2020**
- 17 SRFs Vårmöte, preliminärt program**
- 19 Reportage från Riksstämman 2010**
- 25 Årsmötesprotokoll**
- 27 Ingiöld Hafström – hedersmedlem i SRF**
- 28 Reumatologkliniken Sörmland**
- 30 Intervju med Merete Brattström**
- 34 Reportage från Register- och Riktlinjedagarna 2010**
- 37 Minnesord – Julio Goobar**
- 39 Antimalaria år 2011  
– moderna aspekter på ett gammalt läkemedel**
- 41 SRFs styrelse 2011**
- 42 Aktuella avhandlingar**
- 44 Reu-kalendern  
Pottholtz funderingar**

**Omslagsbild:** Kinabarkträd. Frimärket (SG 377) utgavs 1970 i Ruanda till 150-årsjubileet av kininetens renframställning. Se artikel på sidan 39 om antimalariapreparatens historik och användning inom reumatologin.

# ANNONS

# Välkomna till ReumaBulletinen 2011!

Välkommen till ett nytt år med *ReumaBulletinen*. Vi har nu gjort tidningen i två år i samarbete med Mediahuset. Samarbetet fungerar utmärkt och vi har fått många lovord från läsekreten – såväl vad gäller utseende som innehåll av tidningen. Inspirerade av vår tidning har våra norska kollegor startat Norsk RheumaBulletin ([www.mediahuset.se](http://www.mediahuset.se)).

Under 2011 kommer vi att utkomma med fem nummer – två nummer under våren och tre under hösten. Nummer 3 planeras med ST-tema och nummer 4 blir Riksstämnummer med forskningsinriktning.

**FOKUS UNDER ÅRET KOMMER** att ligga på flera olika områden.

Forskningsfrågorna inleddes av Lars Klareskog i föregående nummer och i detta nummer kommer ett inlägg av Hans Carlsten. I nästa nummer är vi lovade artiklar av representanter från Future Faculty Rheumatology och av Ronald van Vollenhoven. Vi ser fram mot fler artiklar rörande svensk reumatologisk forskning med strategier för framtiden.

Länssjukvårdstemat fortsätter i detta nummer med skildring från vardagen i Sörmland där Åke Thörner skildrar nya grepp och idéer. Under året hoppas vi på fler artiklar och initiativ från runt om i landet. ReumaBulletinen och hemsidan kan därvidlag utgöra en fin anslagstavla för länskliniken.

**I DETTA NUMMER TAR VI** upp frågan om specialistsjuksköterska i reumatologi. Det finns en stor enighet om att vi behöver definiera den speciella kompetens som våra erfarna sjuksköterskor besitter och stimulera till ytterligare förbättrad kompetens.



»Under året kommer vi att fortsätta med intervjuer med personer som betytt mycket för utvecklingen av svensk reumatologi.«

Vår reporter Per Lundblad skriver om såväl Riksstämman som Register/Riktlinjedagarna inklusive ett omfattande bildmaterial. Många uppskattar Pers reportage – både de som inte är med på mötena och de som var där. Mötena blir ännu mer utåtriktade genom artiklarna i ReumaBulletinen.

Under året kommer vi att fortsätta med intervjuer med personer som betytt mycket för utvecklingen av svensk reumatologi. I detta nummer är turen kommen till Merete Brattström.

**HISTORIA MED IDO VERKAR** ha ett ottömligt förråd av kunskap att delge oss. I detta nummer fortsätter läkemedelshistorien – vilken inleddes med Frank Wollheims spännande artikel om penicillamin för-

ra året – med en artikel om antimalariabehandling av Ido, Ola Nived och Gunnar Sturfelt. Antimalariabehandlingens popularitet och användningsområde har växlat kraftigt över tid, vilket skildras. I kommande nummer kommer Historia med Ido att skildra läkemedelshistoria omväxlande med historia rörande konstnärskap och reumatisk sjukdom.

Därutöver bidrar styrelsen som alltid med omfattande information i form av ledare, brev från vetenskapliga sekreteraren och brev från utbildningsansvariga. I den sistnämnda positionen hälsar vi Åsa Reckner Olsson – vidareutbildningsansvarig från Linköping – och Johan Karlsson – ST-ansvarig från Lund – välkomna.

**HEMSIDAN ÄR REKLAMSTÖDD** sedan nyår. Vi arbetar på att göra sidan bättre och bättre och noterar en stor ökning av antalet besökare. Beträffande hemsidan är vi mycket beroende av dem som är sidansvariga vilka har till uppgift att kontinuerligt uppdatera sina sidor och göra dessa mer lästa. Ola Börjesson lämnar nu sin uppgift och vi hälsar Milad Rizk från Västerås varmt välkommen som ny hemsidesredaktör.

Jag hoppas att ni också erhållit ReumaMatrikeln för 2011 där vi försökt ha liknande logga som ReumaBulletinen. Årets matrikel har blivit mycket mer informativ än föregående års tack vare arbete nedlagt såväl i redaktionsgruppen som ute på respektive enhet.

Således – välkomna till ReumaBulletinen 2011 och dess nr 1!

**TOMAS BREMELL**  
Redaktör

## Byte av webbredaktör

I februari tar Milad Rizk, reumatolog i Västerås över uppdraget som webbredaktör/kontaktperson för SRFs hemsida. Efter tre år som yngreläkarrepresentant i SRFs styrelse och två år med uppdrag i SRFs redaktion (först redaktör för Reumabulletinen och sedan hemsidesansvarig) känner jag mig nu mogen att sikta mot nya uppdrag. Jag vill tacka Ido, Bengt och Tomas för gott samarbete, bra diskussioner och givande möten. Tack även till Peo på Mediahuset för raketsnabb respons på alla mina mail. Jag vill önska Milad lycka till och hoppas att han kan bygga hemsidan till ett användbart (helst nödvändigt!) redskap för Sveriges reumatologer.

**OLA BÖRJESSION**

# ANNONS

# Ett nytt spännande år för reumatologin

**Vi ser fram emot ett spännande och händelserikt år inom svensk reumatologi. När ni läser detta har Register-/riktlinjedagarna gått av stapeln. Denna gång presenterades rekordmånga riktlinjer och vittnar om en imponerande aktivitet där många är delaktiga och gör ett fantastiskt arbete. Se i övrigt separat artikel i detta nummer.**

**D**et nya året innebär tre nya ansikten i styrelsen. Jag vill välkomna Åsa Reckner Olsson från Linköping (utbildningsansvarig), Johan Karlsson från Malmö/Lund (yngreläkarerepresentant) och Britt-Marie Nyhäll-Wählin från Falun (kassör) till styrelsen. Dessa tre kommer att presenteras i detta nummer av *ReumaBulletinen*. Det är glädjande att vi får en bra spridning i styrelsen såväl geografiskt som könsmässigt. Dessutom tillförs styrelsen en karateutövare, en musikintresserad globetrotter samt en arkeologiskt intresserad osteoporosexpert – kan det bli mycket bättre?!

**Jag vill också passa på** att tacka de avgående styrelseledamöterna Kajsa Öberg, Roger Hesselstrand och Lars Cöster för starkt engagemang och drivande arbete i styrelsen. Lars Cöster med sina många år som kassör inom styrelsen har med sin förmåga att hålla ordning på ekonomi, balansräkningar och utgifter gjort stora insatser inom styrelsen. Han har haft järnkoll på nya medlemmar och vårt medlemsregister.

Roger Hesselstrand har med stor kraft och entusiasm drivit utbildningsfrågorna på ett förtjänstfullt sätt. Han har utvecklat samarbetet med de regionala studierektorerna och varit med att utarbeta de nya checklistorna inom ST-utbildningens målbeskrivning och vidareutvecklat de årliga diagnostiska proven. Roger har med sin humor och förmåga till eleganta formuleringar i skrift och mail varit en härlig person att ha i styrelsen.

Kajsa Öberg har som yngreläkarerepresentant varit drivande i att upprätta ett förbättrat kontaktnät mellan landets ST-läkare, skapat ett brett och utökat utbud av SK-kurser och fått till allt högre kvalitet på ST-dagarna. Kajsa och Roger var ett bra team.



» Styrelsen tillförs en karateutövare, en musikintresserad globetrotter samt en arkeologiskt intresserad osteoporosexpert – kan det bli mycket bättre?! «

## Riksstämman

Riksstämman genomfördes i Göteborg med stor framgång. Programmet höll hög kvalitet och lockade många intresserade. Logistiken fungerade väl med bra närhet till lunch och posterutställning. Denna gång lyckades våra vänner i Göteborg få till ett stort antal anmälningar till festen på onsdagskvällen. Festen blev synnerligen lyckad med god mat, härliga lokaler och spännande tävling. Stockholm får nu en stor utmaning i att lyckas lika bra detta år.

## Inför år 2010

Styrelsen kommer att fortsätta arbetet med att skapa olika mötesplatser, såsom Register- och riktlinjedagar, höstkonferensen, reumatologseniorerna, professorskollegiet, Future Faculty, stödjande Riks-ST-dagarna, uppmuntra arbets- och studiegrupper, studierektorsmöten, möte i samarbete med Dagens medicin m.m.

Jag vill här nämna några områden som styrelsen kommer att arbeta särskilt med.

## Verksamhetsuppföljning

Den av SRF uppstartade verksamhetschefgruppen kommer att under 2011 fortsätta att träffas i samband med riks-

stämman och vårmötet, och kommer att diskutera viktiga gemensamma verksamhetsfrågor. Åke Thörner, Eskilstuna, har ju också bildat en grupp med enhetsföreträdare från länssjukvården som träffas regelbundet. SRF kommer under året att diskutera hur vi kan tydliggöra våra sjuksköterskors roll inom reumatologin. Ett samarbete med FRS att utarbeta ett ramverk kring hur en specialistsjuksköterska inom reumatologi kan definieras ska påbörjas.

## Utveckla svensk sjukvård

Under året kommer vi att vara fortsatt engagerade i det arbete som initierats av Socialstyrelsen och SKL rörande t.ex. nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer. Den 24 mars kommer ånyo en Reumatologidag att arrangeras av Dagens Medicin i Stockholm som jag varmt kan rekommendera att anmäla sig till. Denna gång kommer ämnen som konsekvenser av Socialstyrelsens nationella riktlinjer avseende biologiska läkemedel, inflammatoriska ryggsjukdomar och modern rehabilitering diskuteras. Reumatologins uppdrag avseende artros och konsekvenser av ett eventuellt världsval införande av specialiserad reumatologisk öppenvård diskuteras.

## Utökat internationellt och nordiskt samarbete

Vi kommer att fortsätta utvecklandet av ett intensifierat nordiskt samarbete via SRR (Scandinavian Society of Rheumatology), där vi ju är representerade av Ingrid Lundberg (ordinarie ledamot) och Carl Turesson (suppleant). Viktiga samarbetsprojekt är gemensamma läkemedelsstudier, utbildningsfrågor, hur stötta unga nordiska forskare?, förbättrade nordiska kongresser m.m.

Utökade kontakter och samarbeten inom EULAR blir också viktigt under 2011.

**Rekrytering till specialiteten** är förstås en evig nyckelfråga. Om man runt om i regionerna ska kunna uppfylla de nya riktlinjerna från Socialstyrelsen så krävs det att vi bli fler reumatologer runt om i landet. Utifrån dessa riktlinjer har vi fått ytterligare ved till brasan för att argumentera för detta. Vi behöver fortsätta att kraftfullt satsa

# ANNONS

på riks-ST-dagar, regional ST-utbildning och SK- och SK-liknande kurser. En långsiktig och genomtänkt strategi och plan för kursutbyte de närmaste åren behövs.

#### **Forskningsfrågorna fortsätter vara i fokus.**

Svensk reumatologi är synnerligen framgångsrik men vi kan inte slå oss till ro med detta. Orosmoln finns, t.ex. det eventuella införandet av vårdval för öppenvårdsreumatologin i Stockholm, som kan leda till en splittrad och fragmentiserad FoUU verksamhet med sämre möjlighet till att driva translationell forskning på stora patientgrupper. Vi bör bli bättre på att implementera denna framgångsrika vetenskapliga forskning in i den kliniska sjukvården. Exempel på detta kan vara arbete kring livstilmottagning, specialmottagningar för vissa diagnoser m.m.

Vårsmötet, som i år arrangeras i Göteborg 13–15 april 2011, kommer i år att ha fokus på ben, brosk och bindväv och ser synnerligen spännande ut.

**Läkemedelsfrågor** blir oförändrat högaktuella. Ett initiativ från SRF gällande samordning kring kliniska läkemedelsprövningar har tagits och ett nätverk mellan intresserade från många kliniker i Sverige har bildats. En stor nordisk studie kring behandling av tidig RA är under initiering. Fortsatt registrering inom tidig artritregistret, ARTIS, blir allt viktigare. Samarbetsavtal mellan SRF och arbetsgrupperna SRQ, ARTIS och HERAS kommer att revideras under början av 2011 och sedan kommuniceras ut till alla medlemmar på lämpligt sätt. Vi behöver utarbeta strategier kring utsättning av biologiska läkemedel när remission har uppnåtts.

Angående **Reumatologins uppdrag** så skrev undertecknad en artikel som publicerades i förra numret av ReumaBulletinen. Denna fråga måste regelbundet diskuteras och omformuleras. Reumatologin kommer sannolikt att behöva ta ett större ansvar för den ”breda” reumatologin, dvs. artros,

smärttillstånd i rörelseapparaten. Vi behöver definiera hur modern reumatologisk rehabilitering ska se ut. Hur långt ska vårt engagemang vad gäller prevention och hälsobefrämjande åtgärder sträcka sig? Socialstyrelsens riktlinjer ger oss stöd för tidig, aggressiv behandling av RA och spondyloartriter med biologiska läkemedel, samt ställer krav på oss att omorganisera rehabiliteringssidan för våra patienter. Allt detta kräver högre läkemedelsbudgetar och fler reumatologer och sjuksköterskor. Detta måste vi driva under 2011.

**Slutligen vill jag** påminna er att anmäla er till tidigare nämnda Vårsmöte i Göteborg 13–15 april och önska er alla ett bra och spännande 2011.

**JOHAN BRATT**  
Ordförande SRF

## Svensk Reumatologisk Förenings stipendium till Andrzej Tarkowskis minne

**A** ndrzej Tarkowski arbetade på Reumatologikliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset mellan 1977–2008 varav de tolv sista åren som professor och överläkare. Han disputerade för medicine doktorsgrad 1985 och belönades med Syntex pris för bästa reumatologiska avhandlingsarbete i Skandinavien. I prismotiveringen poängterades att arbetet bryggade över från laboratorium till klinik, dvs. vad som idag kallas translationell forskning.

Detta arbetssätt var ett signum för Andrzej i hans vidare arbete. Andrzej blev docent 1986 och innehade under många år forskartjänst och överläkartjänst vid både Reumatologikliniken och laboratoriet för klinisk immunologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Andrzej producerade närmare 400 vetenskapliga arbeten och handledde ett 30-tal doktorander till disputation. Andrzej Tarkowski startade och byggde upp en omfattande och stor forskningsenhet för reumatologi och inflammationsforskning i Göteborg.

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

#### **Svensk Reumatologisk Förening utannonserar härmed ett forskningsstipendium till Andrzej Tarkowskis minne.**

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

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

Stipendiesumman är 30 000 kr, och får användas till finansiering av forskningstid eller täckning av kostnader för resa till vetenskaplig kongress.

Ansökan skall innehålla CV (max 2 sidor), nomineringsbrev från senior forskarkollega och en kortfattad beskrivning av det aktuella projektet (max 1 sida). Ansökan skickas till Vetenskaplig sekreterare Carl Turesson, E-mail: Carl.Turesson@med.lu.se  
Sista ansökningsdag är 2011-03-11.

Nomineringarna bedöms av medlemmarna i SRFs professorskollegium. Medlemmar som själva nominerat eller som har andra starka vetenskapliga kopplingar till någon nominerad medverkar inte i bedömningen. SRFs styrelse utser stipendiaten efter att ha tagit del av professorskollegiets bedömningar.

Stipendiet delas ut vid SRFs vårmöte i Göteborg 2011-04-14.

# ANNONS

# Hög vetenskaplig temperatur

**Ett nytt spännande år inom Svensk Reumatologi har tagit sin början. Trots stark kyla och rejält vinterväder i stora delar av vårt land är den vetenskapliga temperaturen hög!**

Det förra året avslutades med Riksstämman, där deltagandet har varit successivt vikande under de senaste åren. Ett ljus i detta mörker är onekligen reumatologin! Vi försöker bidra till ett intressant program med specialitetsövergripande symposier inom områden som är viktiga för flera olika specialiteter. Som vanligt var det god uppslutning på abstract- och postersessioner, och inlämnade bidrag höll generellt hög kvalitet. Priset för bästa bidrag inom basal forskning tillföll Sara Tengvall, Sahlgrenska Akademien, medan ett abstract av Elke Theander, Skånes Universitetssjukhus, valdes ut till bästa bidrag inom klinisk forskning. Petra Amoudruz, Sevim Barbasso-Helmers, Eva Hallert och Björn Sundström erhöll utmärkelser för fina posterpresentationer. Ett stort grattis till samtliga!

**RIKSSTÄMMEPROGRAMMET**, inklusive ett annorlunda och stimulerande föredrag av Nanna Svartz-föreläsare Eric Matteson, refereras utförligt på annan plats i *ReumaBulletinen*. Jag vill passa på att tacka alla som bidragit och medverkat på olika sätt. Inte minst vill jag tacka våra sponsorer Abbott, Bristol-Myers Squibb, Meda, MSD, Pfizer, Roche och UCB, som bidragit till att vi kunde ha inte mindre än tre internationella gästföreläsare.

Nytt för året var utdelningen av MSDs Reumatologistipendium. Stipendiaten, som erhåller 200 000 kr, utses av SRFs styrelse på basen av granskningar av nomineringarna utförda av högt erkända, internationella forskare. Stipendiet gick till Anders Bengtsson, från Lund, "för framgångsrika och internationellt uppmärksammade studier av långtidsprognos, riskfaktorer och sjukdomsmekanismer vid SLE, med särskilt viktiga bidrag till förståelsen för betydelsen av apoptosmekanismer". Stort grattis!

**DE PRISER OCH STIPENDIER** som SRF delar ut ger oss goda möjligheter att belöna och uppmuntra kunniga och framgångsrika



» Klinisk skicklighet och konstfärdighet tillsammans med en allt starkare vetenskaplig bas bidrar till ett bättre utfall för våra patienter. «

forskare – gärna sådana som har förmåga att sammanföra olika forskningslinjer och driva vetenskapen framåt. Detta är i högsta grad syftet med SRFs stipendium till Andrzej Tarkowskis minne. Stipendiet skall gå till en aktiv forskare som söker besvara kliniska frågeställningar med hjälp av integrerade molekylära, experimentella och patientnära vetenskapliga metoder – med andra ord någon som i Andrzej Tarkowskis forskningsanda bidrar till lösningen av någon av reumatologins framtida utmaningar. Stipendiet annonseras på separat plats i *ReumaBulletinen*, och annonsen har tidigare spridits till professorer och enhetsföreträdare.

**I SKRIVANDE STUND HAR VI** just genomfört föreningens årliga register- och riktlinjedagar. Det är mycket tydligt att två dagar absolut inte är för lång tid för dessa ämnen – det finns mycket att ta upp och diskutera! Kliniska register har blivit en allt viktigare del både i forskning och verksamhetsutveckling inom Svensk Reumatologi. Det finns anledning att framhålla att det är många kollegor och medarbetare som bidrar med mycket viktiga insatser för att upprätthålla en hög täckningsgrad och god

kvalitet i registren. Registerdagen är ett viktigt tillfälle för att föra ut information och diskutera strategiska aspekter på fortsatt registerverksamhet. Det är också ett bra tillfälle för informella nätverksträffar – med tanke på den goda uppslutningen!

På riktlinjedagen togs framför allt SRFs egna evidensbaserade riktlinjer upp, men även arbetet med regionala seminarier om preliminärversionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar diskuterades. SRFs riktlinjer för läkemedelsbehandling vid RA, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit är samordnade med Socialstyrelsens riktlinjer, och använder numera samma system för evidensgradering (GRADE). Både på riktlinjedagen och i andra sammanhang har det lyfts fram att detta tenderar att gynna behandlingar för vilka det finns ett stort intresse från industrin att genomföra stora kliniska prövningar, medan äldre preparat och strategier får lägre prioritet. Samtidigt förtjänar det att understrykas att prioritering grundad på evidens kan göra att man undviker godtycke och prioritering på basen av behandlingstraditioner och låga kostnader, vilket hade kunnat vara olyckligt för reumatologins fortsatta utveckling.

**NÄSTA VIKTIGA VETENSKAPLIGA** tilldragelse inom reumatologi i Sverige är Värmötet i Göteborg 13–15/4. Jag hoppas på många deltagare och intressanta diskussioner!

Avslutningsvis vill jag blicka lite längre in i framtiden – till 2011 års Riksstämman i Stockholm (30/11–2/12). Årets tema blir "Läkekonst i en säker vård". Detta är väldigt relevant för reumatologi, där klinisk skicklighet och konstfärdighet tillsammans med en allt starkare vetenskaplig bas bidrar till ett bättre utfall för våra patienter.

I samband med riktlinjedagen framhöll vår ordförande Johan Bratt att säsongen för riktlinjearbetet varar året om. Jag kan tillägga att det gäller flertalet vetenskapliga insatser med anknytning till reumatologi – med större möjligheter och bredare spelplaner än på länge.

**CARL TURESSON**  
Vetenskaplig sekreterare  
Carl.Turesson@med.lu.se



**Britt-Marie Nyhäll Wåhlin** – kassör

Britt-Marie är 58 år och ny kassör i SRFs styrelse. Arbetsuppgifterna innebär bl.a. att sköta SRFs ekonomi och medlemsregister.

Britt-Marie började först studera arkeologi men övergick sedan till medicin. Hon tog sin läkarexamen 1980, gjorde sin AT-tjänstgöring i Falun och blev legitimerad läkare 1983. Hon kom då i kontakt med Reumatologkliniken i Falun och dess chef Britta Domeij. Kliniken hade redan då ett gott rykte med en duktig och drivande chef och med gott arbetsklimat. Hon tillträdde 1984 ett ST-block i Reumatologi och blev 1990 färdig specialist. Under perioden 2001–2003 arbetade Britt-Marie i Spenshult. Hon ville pröva på en ny arbetsplats för att vidga sin vyer och veckopendlade då och hade sin familj kvar i Dalarna. Familjen blev dock aldrig lockad att flytta söderut och Britt-Marie återgick därför till sin tjänst i Falun. Britt-Marie innehar en överläkartjänst i Falun och disputerade novem-

ber 2010 på avhandlingen "Extra articular rheumatoid arthritis – risk factors and consequences". Hon är sedan 2008 Biträdande verksamhetschef.

**Varför då välja reumatologi?**

Britt-Marie har aldrig varit kirurgiskt intresserad utan dragits åt det internmedicinska hållet. Hon beskriver reumatologin som att lägga pussel och försöka få ihop en helhetsbild av patienten. Hon trivs med att ha mycket patientkontakt och att följa patienter kontinuerligt. Dessutom trivdes hon direkt med den goda stämningen på kliniken med den närmast unika kontinuiteten på personal och läkarsidan.

**Vilka är Britt-Maries speciella intressen inom reumatologi?**

Givetvis finns ett extra intresse för RA, speciellt dess extraartikulära manifestationer. Därutöver är Britt Marie mycket intresserad av osteoporos och är sedan 1994 ansvarig för osteoporosverksamheten i Falun och sammankallande i SRFs studiegrupp för osteoporos.

**Varför engagera sig i SRF styrelse?**

Britt-Marie tror att hon kan bidra med struktur och rutiner. Hon ser också goda möjligheter till att erhålla information och få vara med att påverka reumatologins framtid. Hon har alltid sett SRF som en betydelsefull och aktiv specialistförening som åtnjuter stort förtroende bland landets reumatologer.

Britt-Marie är gift och bor med maken, som är arkitekt, i villa i Borlänge. Hon har fyra barn och två barnbarn på fyra respektive ett år, samt hund och katt. Är intresserad av arkeologi och historia. Tycker om att se på film och läsa böcker, gärna skönlitteratur. Håller gärna på med textilarbeten t.ex. vävning, stickning, virkning. Tränar på Friskis/Svettis och tar gärna promenader med sin hund. Hon beskriver sig själv som ganska envis och tystlåten med god förmåga till fokusering och koncentration.

**Johan Bratt**



**Johan Karlsson** – Ledamot, representant för läkare under utbildning

Johan Karlsson är 30 år och ny representant för läkare under utbildning i SRFs styrelse. Arbetet innebär bl.a. att planera SK-kursutbudet och att driva ST-läkarnas frågor inom SRF.

Johan genomgick läkarutbildningen i Lund, gjorde sin AT-tjänstgöring i Helsingborg, blev legitimerad i februari 2010 och påbörjade sin ST-utbildning på Reumatologen Lund april 2010. Johan hade redan uppmärksammat Reumatologin under läkarutbildningen där han tyckte att reumaundervisningen var synnerligen intresseväckande. Johan gjorde också sitt examensarbete på Reumatologen i Lund som utmynnade i hans första pek. Han trivdes då direkt med stämningen och arbetsklimatet på kliniken. Det blev då

ett självklart val att påbörja ett ST-block där när han fick chansen.

Johan kombinerar forskning och klinik under sin ST-tjänstgöring. Han har hittills publicerat två vetenskapliga artiklar och har två manus under bearbetning. Forskningsprojektet handlar om uppföljning av patienter inom SSATG-registret framförallt EQ-5D. Pierre Geborek är Johans handledare.

**Varför då välja reumatologi?**

Johan har aldrig känt sig dragen åt kirurgi utan istället lockats av de intellektuella utmaningarna inom reumatologin. Möjligheten att ha patienter i olika åldrar med problem från många olika organsystem, många tillfällen till interaktion och samarbete med specialister inom andra medicinska områden är också positivt. Spännande, expansiv forskning inom reumatologin har också varit en orsak till valet.

**Varför arbeta inom SRFs styrelse?**

Johan vill verka för bra och jämlik ST-utbildning runt om i Sverige och ett brett och adekvat kursutbud. Han ser det som en stor möjlighet att lära sig mer, få tidig tillgång till information och goda möjlighet att lära känna kollegor runt om i landet, inte minst ST-kollegor.

Johan är uppvuxen på landet i Skåne. Är singel och boende i Lund. Beskriver sig som en positiv, social, utåtriktad och noggrann person. Är envis och tar gärna tag i saker och får de utförda. Spelade en del fotboll som ung. Har under studietiden varit involverad i ett antal studentspex, och ägnar sig numera på fritiden gärna åt musik, sång och studentspex. Gillar att resa utomlands och då gärna långt bort och till u-länder i t.ex. Afrika.

**Johan Bratt**

**Åsa Reckner Olsson – utbildningsansvarig**

Åsa är 45 år och ny utbildningsansvarig i SRFs styrelse. Arbetet innebär bl.a. att planera nationella ST-läkardagar och diagnostiskt prov tillsammans med de regionala studierektorerna, planera fortbildningskurser för specialister samt bistå ST-representanten vid planering av SK-kurser. Utbildningsansvarig i styrelsen är också yrkesrepresentant för svensk reumatologi i UEMS.

Åsa började studera medicin i Uppsala, fortsatte i Linköping och avslutade läkarutbildningen på KI, Stockholm. Hon tog sin läkarexamen 1991, vikarierade sju månader som underläkare på neurologen Huddinge, och gjorde sedan sin AT-utbildning i Östersund, och blev legitimerad läkare 1993. Prövade initialt på Rehab i Östersund men fick 1995 en doktorandtjänst på Yrkesmedicin, Linköping. Hon påbörjade där ett forsk-

ningssamarbete med Prof Thomas Skogh och kom på så sätt i kontakt med reumatologin. 2000 slutade hon på yrkesmedicin och tillträdde istället en ST-tjänst på reumatologen Linköping. Disputerade 2003 på avhandlingen "Occupational and environmental aspects on the aetiology of rheumatoid arthritis". Hon blev färdig reumatologspecialist 2006 och innehar sedan 2010 en överläkartjänst.

Hon beskriver ett speciellt intresse för spondartriter och hennes nuvarande verksamhet innefattar framförallt öppen vård.

**Varför hoppa på ett styrelseuppdrag inom SRF?**

Hon blev tillfrågad av regionala studierektorn i Linköping, Jan Cedergren, och tog då ett snabbt beslut att tacka ja. Kände att hon hade tidsutrymme för att ta på sig uppdraget och att det var viktigt att Linköping var

representerat i styrelsen. Dessutom är Åsa intresserad av utbildningsfrågor och kommer inom en snar framtid att ta över ansvaret för kandidatundervisningen på kliniken. Åsa är född i Norrköping men bor nu i nyköpt villa i Ljungsbro. Är fränsild och har två barn, en son på 13 år och en dotter som är 10. Hon har barnen boende hos sig varannan vecka. Hennes hus befolkas även av tre katter, tre ökenråttor och en sköldpadda. Bland fritidsintressen kan nämnas att pyssla i trädgården och olika fysiska aktiviteter. Åsa har nyligen återupptagit sitt karateutövande.

**Johan Bratt****YNGRELÄKARREPRESENTANT Johan Karlsson****Åsa Reckner Olsson UTBILDNINGSANSVARIG**

# Tack för förtroendet!

**E**tt nytt år – och nytt verksamhetsår – innebär att ni får bekanta er med nya ansikten i den här spalten. Föreningens utbildningsansvariga heter numera Åsa Reckner Olsson och yngreläkarerepresentanten Johan Karlsson. Vi ska göra vårt bästa för att axla ansvaret efter våra duktiga företrädare Roger Hesselstrand och Kajsa Öberg. Tack Roger och Kajsa för era utmärkta, kunniga och engagerade insatser! Det blir en utmaning att efterträda er! Vi vill också tacka SRFs medlemmar för det förtroende ni visat oss genom valet till dessa poster.

**VILKA ÄR DÅ VI?** Åsa Reckner Olsson är till vardags överläkare vid reumatologiska kliniken på Universitetssjukhuset i Linköping och Johan Karlsson är ST-läkare vid kliniken på Skånes Universitetssjukhus sedan 2010. Ingen av oss har tidigare innehaft något företroendeuppdrag i föreningen, så vi är två färska, gröna styrelseledamöter som ska göra allt vi kan för att förvalta våra

poster på bästa sätt. Hav tålamod med oss medan vi växer in i våra roller!

**VI VILL PÅMINNA OM** några viktiga tilldragelser under den kommande våren:

Vecka 12 är det dags för årets diagnostiska prov. Ta kontakt med era studierektorer för besked om var, när och hur. Provet är att betrakta som obligatoriskt och är ett utmärkt redskap för att inventera de kunskaper man inhämtat och bli medveten om de luckor som behöver fyllas.

13–15/4 går SRFs Vårmöte av stapeln i Göteborg.

5–6/5 hålls de Nationella ST-läkardagarna i reumatologi i Stockholm.

Glöm inte heller att 1/5 är sista ansökningsdag för SK-kurser under höstterminen 2011 via [www.ipuls.se](http://www.ipuls.se). Aktuella kurser är C-kurs i "Reumatologisk farmakoterapi" i Lund under september, samt B-kurs i "Inflammatoriska systemsjukdomar" i Uppsala under oktober. Förhoppningsvis kommer ytterligare SK-liknande kur-

ser finnas att söka till hösten, vilket vi får återkomma mer om senare.

**TACK TILL ER KURSANSVARIGA** som gjort det gångna, liksom det kommande årets kurser möjliga. Med hopp om fortsatt gott samarbete i framtiden!

Vi kommer också att hålla er informerade genom att uppdatera SRFs ST-sida på nätet. Adress [www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)

Slutligen vill vi flagga för att *ReumaBulletinen* nr 3 kommer att vara ett ST-nummer. Vad behöver vi belysa? Vi tar tacksamt emot era synpunkter. Hör också gärna av er med eventuella åsikter om kurser som behövs eller förslag på ämnen som borde tas upp inom SRF framgent, så ska vi göra vårt bästa för att hjälpa till.

Vi finns till för er!

**ÅSA RECKNER OLSSON**  
Utbildningsansvarig

**JOHAN KARLSSON**  
Yngreläkarerepresentant

# Dags för specialsjuksköterskan!

**Reumatologin blir alltmer specialiserad avseende diagnostik, vård och behandling. Antalet patienter med aktiv och avancerad immunomodulerande behandling har ökat kontinuerligt sedan 80-talet.**

**R**eumatologin har under 00-talet på allvar tagit huvudansvaret för patienter med de svåraste system- och vaskulit sjukdomarna. Behovet av sjuksköterskor med specialiserad kompetens inom reumatologi blir därmed allt mer påtagligt för att åstadkomma en vård i frontlinjen som samtidigt är patientsäker och ger patienten ett tryggt omhändertagande.

## **Specialsjuksköterska är inte specialistsjuksköterska!**

I Sverige finns ett begrepp – specialistsjuksköterska – som emellertid endast omfattar sex olika stora områden t.ex. barnmorska, distriktssköterska, narkossköterska m.fl. Detta begrepp är inte tillämpligt inom reumatologi och Socialstyrelsen har inte för avsikt att utvidga specialistsjuksköterskekompetensen till mindre specialistområden. Emellertid kan varje specialitet eller varje sjukhus/klinik själv inrätta specialsjukskötersketitel för att uppmuntra till avancerad reumatikervård och stimulera sjuksköterskors önskan till vidareutbildning.

## **Sjuksköterskans nuvarande arbetsuppgifter**

Vilka arbetsuppgifter har dagens sjuksköterska inom reumatologin? Inom öppenvården dominerar arbete med läkemedelsmonitorering avseende i första hand ev. biverkan men även av effekt av givet läkemedel. Även information till patienten om såväl läkemedels effekter som säkerhetsrutiner ingår som en viktig del. Mycket tid går åt till telefonrådgivning och egen mottagning. På dagvårdsenheterna är sjuksköterskan ansvarig för en omfattande intravenös behandling med biologiska selektiva immunomodulatorer och även involverad i diagnostik av utredningspatienter med olika typer av inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Inom slutenvården dominerar perspektivet av svårt – ibland livshotande – sjuka patienter ofta i ung ålder. Registeruppföljning tar alltmer tid.



Ökad klinisk forskning och läkemedelsprövning ställer speciella krav.

## **Vad skall krävas?**

Sammantaget kräver den allt mer högspecialiserade reumatikervården även specialiserad sköterskeinsats. Under årens lopp har många sjuksköterskor de facto erövrat en sådan kompetens genom lång arbetserfarenhet parad med olika typer av utbildning utöver sin sköterskeexamen. Det kan röra sig om högskolekurser i reumatologi eller reumatologisk farmakoterapi, regelbundna utbildningstillfällen anordnade av reumatologiklinikerna eller andra utbildningar. Vilka krav skall ställas för att erhålla titeln specialsjuksköterska i reumatologi och hur enhetligt kan vi specificera kraven? Går det att ha enhetliga krav när reumatikervården ser olika ut på olika kliniker? Pågår tankar om detta i ReumaSverige eller finns t.o.m. specialsjuksköterskor i reumatologi redan? Hur tänker SRF i denna fråga? *ReumaBulletinen* har frågat några ledande företrädare.



**Boel Mörck,**

verksamhetschef på Reumatologi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset:

– Vi är mycket intresserade av denna fråga och håller på att ta fram ett förslag till tjänstebeskrivning som skall passa in i sköterskornas kompetensstege. Viktiga punkter är körkort för ledstatus (inklusive genomgången tvådagars kurs), kompetens för registerarbete (SRQ), körkort för s.k. preparatansvariga sköterskor, akademiska kurser såsom kurser i reumatologi (7,5 hp) och reumatologisk farmakoterapi (7,5 hp) samt deltagande i regelbunden undervisning i samband med Västsvenska heldagsmöten eller motsvarande regelbunden fortbildning. Vi hoppas kunna utnämna vår första specialsjuksköterska under året. Vi ser det som en titel eller kompetensnivå som uppnåtts och inte som en särskild tjänst.

*Hur lång tjänstgöringstid tycker du erfordras?*

– Minst tre års tjänstgöring inom reumatologi men även kliniskt kunnande och kompetens vidimerat av vårdenhetschef och sektionsöverläkare.

*Hur blir det med koppling till lön?*

– Som specialsjuksköterskor når man en högre funktionsnivå i lönesystemet medförande en större lönepot till fördela.



**Cecilia Carlens,**

verksamhetschef på Reumatologikliniken/Karolinska Universitetssjukhuset:

– Vi ser en nytta med specialsjuksköterska, men har det inte ännu. Vi skulle föredra att det är en titel snarare än en tjänst. Kravspecifikationen är inte lätt men måste utformas i samverkan och dialog med sjuksköterskorna. Kraven får inte vara för höga när det gäller akademiska kurser kanske motsvarande 15 högskolepoäng. Finansieringen av utbildningen måste tas med i beräkningen. Samtidigt måste vi också driva på för att få fler magisterutbildade sköterskor eftersom det

ta är ett krav för att leda undervisning av elever.

*Hur lång tjänstgöringstid tycker du erfordras?*

– Minst två – kanske tre – år och då gärna tjänstgöring på olika stationer såsom slutenvård, öppenvård och dagvårds-/infusionsenhet. Det gäller att ha bred klinisk kompetens inom reumatologi.

*Hur blir det med lönen?*

– Vi har ju individuell lönesättning och en specialistsjuksköterska måste ju premieras.



**Karin Svensson**, överläkare och enhetschef på Reumatologsektionen på Kärn sjukhuset i Skövde:

– Som utvecklingen blivit inom reumatologi är specialistsjuksköterska en ”måstegrej”. Men det är inte helt lätt att driva igenom på ett länssjukhus där många specialiteter ryms inom samma medicinklinik. Jag tror att det är viktigt att SRF står bakom, att regionsjukhuset går före och att vi driver frågan även inom medicinska sektorsrådet i reumatologi i Västra Götaland, vilket är vårt samarbetsorgan i regionen. Jag ser det som en titel och inte som en tjänst.

*Vilka krav tycker du skall ställas?*

Klinisk reumatologisk tjänstgöring i minst 3 år, fristående akademiska kurser i reumatologisk sjukdomslära och farmakoterapi, regelbundna västsvenska möten samt genomgången ledundersökningskurs. Tyvärr var söktrycket så stort på den kurs som givits att många inte kom med.

*Lönen då?*

Minst 1000 kr extra per månad!



**Helena Hellström**,

överläkare och verksamhetschef på Reumatologikliniken i Falun:

– Vi tycker att specialistsjuksköterska är en spännande och jättebra idé. Vår klinik är en enda enhet vilket gör att sjuksköterskorna cirkulerar mellan öppenvård, infusionsenhet, slutenvård, rehabilitering, osteoporos samt deltar i forskningsprojekt och kliniska studier. Det medför att sjuksköterskorna verkligen får en specifik/unik kompetens inom reumatologi. Vi har även börjat med ett PAS (patientansvarig sjuksköterska) -system.

*Vilka krav skall ställas?*

Högskolepoäng avseende reumatologi, tjänstgöring minst 2–3 år samt vidimerat kunnande. Ledundersökningsteknik har inte varit aktuellt att ta ställning till här eftersom läkarbemanningen är god. Bäst som titel på kompetens än som tjänst.

**Sonia Möller**, sjuksköterska på Karolinska universitetssjukhuset och medlem i styrelsen för Föreningen Reumasjuksköterskor i Sverige (FRS) ingår en arbetsgrupp inom FRS som utformar ett underlag med titeln ”Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering i reumatologisk omvårdnad”. Under året planeras underlaget skickas för synpunkter till olika omvårdnads sakkunniga. Sonia påpekar att man i samklang med Svensk Sjuksköterskeförening vill att nivån skall vara på minst magisternivå. Fördjupad kunskap i reumatologisk sjukdomslära, farmakoterapi, patientinformation, motiverande samtal, nutrition och att leva med kronisk sjukdom m.m. är av stort värde för en god och säker patientvård. Specialistkompetens behövs för att möta patienten i komplexa vårdssituationer där sjuksköterskan måste möta helheten.



**Johan Bratt**,

ordförande i Svensk Reumatologisk Förening (SRF):

– Vi kommer att lyfta frågan i SRFs styrelse. Det vore bra med något så när enhetliga regler så det för-

sta vi får göra är en kravspecifikation. Det är nog också en fördel framförallt för reumatologin på länssjukhusen om en tydlig kravspecifikation finns. Denna bör ske i dialog med sköterskorna. Spontant tror jag inte att man kan ha krav på magisterexamen men väl ett par tre års tjänstgöring inom reumatologi och vidareutbildning bl.a. i form av kortare akademiska kurser inom reumatologi.

**Kommer under 2011?**

Det är uppenbart att FRS har mer omfattande utbildningskrav på specialistsjuksköterska än vad deras chefer har. En märklig situation! Om specialistsjuksköterska i reumatologi skall bli ett begrepp fordras en dialog och samarbete mellan sköterskor och verksamhet så att man blir ense om vilka krav och befogenheter som följer med titeln. Viktigt är nog också att ev. riktlinjer utformas så att de passar såväl på universitetsklinik som på länssjukhus – dvs. med relativt stor flexibilitet. I slutändan blir det verksamhetschefen som formellt beslutar – inte socialstyrelsen eller SRF eller FRS.

Den tilltagande specialiseringen inom sjukvården som helhet kommer att innebära en fortsatt specialisering även av andra grupper än läkare och här är det viktigt att reumatologin ligger i framkant.

Specialistsjuksköterska i reumatologi – vi kanske kan hoppas på sjösättning under år 2011?

**TOMAS BREMELL**

## Nya reumatologspecialister 2010

### Vi gratulerar 15 nya specialister under 2010!

Efter kontakt med Birgitta Ollars – registeransvarig på Socialstyrelsens enhet för tillstånd – har vi fått namnen på våra 15 nyaste specialister.

Det är glädjande att mer än hälften av de nya specialisterna finns på länssjukhusen. Den gemensamma satsning som svensk reumatologi gjort på att stärka ST-sidan på länssjukhusen med bl.a. regional studierektorsfunktion, lättillgängliga SK-kurser och Riks-ST-dagar har nog bidragit till denna utveckling. Man noterar också invandringens betydelse för utvecklingen av vår specialitet. Här är 2010 års kull av nya specialister i reumatologi:

**TOMAS BREMELL**

Annelie Friberg	Kalmar
Amel Guenfi	Danderyd
Dan Henrohn	Uppsala
Andreas Jönsen	Lund
Joaquin Llopis Soler	Skövde
Elpida Mina	Spenshult
Nazanin Naderi	Kristianstad
Endre Péter	
Christoph Sieweke	Växjö
Christoffer Sjöwall	Linköping
Veronica Snoder	Visby
Ola Utbult	Arvika
Lilian Vasaitis	Uppsala
Paulius Venalis	Stockholm
Karin Zetterberg	Göteborg



# Reumatologisk forskning i Sverige 2020

I förra numret av ReumaBulletinen skrev Lars Klareskog en insiktsfull artikel som beskriver hur den reumatologiska forskningen i Sverige utvecklats för att idag vara en viktig del i den internationella kunskapsfronten. Det är väldigt glädjande att vårt lilla land kan bidra med vetenskapligt baserad kunskap som uppmärksammas och fått betydelse för patienter inte bara här hemma utan också i övriga Europa och i andra världsdelar. Hur ser då framtiden ut för svensk reumatologisk forskning? Vilka är möjligheterna och vilka är hoten? I denna artikel vill jag ge några personliga synpunkter på dessa frågor.

**A**tt den svenska kliniska och vetenskapliga reumatologin på ett kvart sekel gått från ett litet och ganska svagt ämnesområde till att idag vara ett styrkeområde med många duktiga forskare är fantastiskt roligt och till gagn för våra patienter. Idag består SRFs professorkollegium av 12 vetenskapligt aktiva professorer från Umeå i norr till Lund i söder. Alla leder de den reumatologiska vetenskapliga aktiviteten inom sina universitetssjukhusenheter och några har stora laboratorier med tillsammans flera hundra aktiva forskare.

## Vilka utmaningar står idag svensk reumatologisk forskning inför?

Jag tänker på några områden som kan bli avgörande för om vi skall lyckas fortsätta denna positiva utveckling som vi fått vara med om de gångna 20 åren.

- En ny vision för svensk reumatologisk forskning.
- Återväxt och internationalisering.
- Fördjupad integrering av sjukvård och forskning.
- Stärka reumatologin i grundutbildningen.

## Varför behövs en ny vision för reumatologisk forskning när vi redan har nått så långt?

I de flesta sammanhang följs en framgångsepok av en nedgång och avmattning. Fenomenet har nog många orsaker och en del är säkert av rent psykologisk art. De framgångsrika kan börja känna sig nöjda och tycker att allt går ju så bra. De mindre lyckosamma drivs av kämpaglöd och vill också vara med bland de bästa. För oss inom reumatologin gäller det att inte glömma att för bara 20 år sedan till-

hörde vi "lågstatus"-disciplinerna inom medicinsk forskning. Genom idogt arbete har vi presterat goda forskningsresultat och hamnat bland de högre ansedda forskningsområdena i Sverige och har en etablerad plats internationellt. Nu tycker jag det är dags att sätta upp nya mål och visioner för den svenska reumatologiska forskningen.

Är målet att vi skall bli världsledande inom någon del av det reumatologiska forskningsfältet? Vi är riktigt bra inom vissa forskningssektorer och har hyggliga framgångar inom andra.

Är det forskning baserad på patientregistren som är vår bästa gren? Kan vi bli världsledande genom våra ganska unika patientkontroll inom sjukvårdssystemet som ger möjligheter att studera komorbiditet inom reumatologi, t.ex. hjärt-kärlsjuklighet, osteoporos osv?

Har vi tillräckliga resurser att konkurrera med de stora nationerna när det gäller den mer basala biomedicinska forskningen? Det kan vara svårt att själva avgöra våra styrkeområden och svagheter. Varför inte använda de internationella granskningar som gjorts av många av våra universitet och medicinska fakulteter för att se vad andra tycker om oss. Eller vad sägs om att ordna en sorts reumatologisk tankesmedja där vi gör som "Spanarna" i P1?

Det spännande med livet är att framtiden är oviss – över den kan vi inte bestämma utan bara gissa. Låt oss spekulera och diskutera framtiden och hur vi vill att den skall se ut. Jag tror att det är ett måste för att vi skall kunna och våga fatta de rätta och djärva besluten idag. Det gäller bl.a. rekryteringar, planering av laboratorier och etablerandet av nya patientregister och biobankar.

### **Vilka skall leda svensk reumatologisk forskning om 10 år när 10 av de 12 nuvarande medlemmarna i professorskollegiet är pensionerade?**

Jag vet att det finns många duktiga yngre kollegor som nog gärna tar över men inget är säkert. Har nästa generation samma kampannd och hunger att bygga nya forskningsmiljöer med internationell konkurrenskraft? Är de alltför präglade av oss äldre och inkörda på samma spår som vi skapat under de senaste 20 åren? Personligen tror jag att utöver den egna återväxten behövs nya krafter som har andra perspektiv och erfarenheter. Något som kan befrukta det vi redan har byggt upp och på det sättet skapa något alldeles unikt.

Det finns alltså anledning att rekrytera framgångsrika reumaforskare från andra delar av världen. Jag tror att Sverige trots sin litenhet och bistra klimat kan vara attraktivt för många reumaforskare runt om i världen. Vi kan erbjuda goda möjligheter att kombinera forskning med kliniskt arbete. Vi har en välfungerande sjukvårdsorganisation, en hygglig infrastruktur för forskning och ett mycket bra samarbetsklimat mellan forskarkollegorna i Sverige. Vi har varit duktiga på att ta emot riktigt unga forskarstuderande från hela världen. Dessa är nu väletablerade kliniker och forskare men som sagt skolade i vårt system och förstås präglade av vår syn på hur forskningsuppgifterna skall lösas.

Jag skulle också önska att många forskningsintresserade svenska kollegor åker utomlands några år på "post-doc" för att sedan kanske återvända med nya och fräscha perspektiv som kan stimulera den svenska reumatologin ute på kliniker-

na och i laboratorierna. Hur kan vi skapa morötter som ökar rörligheten inom landet och internationellt?

**Ett vanligt bekymmer** för svensk medicinsk forskning är den avakademisering av sjukvården som pågått i många år. Sjukvårdsledningarna och verksamhetschefer rekryteras inte längre bland duktiga forskningsledare utan bland duktiga sjukvårdsledare. I sig inte fel, men riskabelt för den medicinska forskningen. En återgång till det som gällde förr – att professor och verksamhetschefen var samma person – är nog inte aktuellt. Numera talas det varmt för att forskningen är en viktig del inom framförallt universitetssjukhusens verksamhet, men inte sällan stryker forskningsperspektivet på foten när budgeten hotar att överskridas.

Jag tycker att vi reumatologer med vår tydliga och avgränsbara specialitet och ofta goda och nära relation mellan sjukvårdsansvariga och forskningsansvariga skulle kunna gå före för att visa på möjliga lösningar på detta problem. Jag tror att vi kan fördjupa och förbättra integrationen mellan den kliniska reumatologin och forskningen ännu bättre än vad vi gör idag.

Är ett delat ledarskap mellan klinisk och akademisk reumatologi en möjlighet? När den patientnära forskningen är fullt utvecklad blir varje polbesök och inläggning på vårdavdelning en kombinerad sjukvårdande insats och ett forskningstillfälle. Då vore det optimalt att arbetet leds av personer med båda kompetenserna. Det skulle alla vinna på. För att många fler skall ha möjlighet att leda forskningsbaserad sjukvård är det angeläget att utöka antalet kombinationstjänster och mångåriga adjungeringar. Dessa tjänstekonstruktioner är nödvändiga för att bygga stabila forskargrupper med projekt baserade på patientmaterial.

Vi skulle också kunna vara bättre på att öka värdet för dem som verkligen satsar på att kombinera ledningsansvar inom klinik och forskning. Förstärk lönen ordentligt för de kliniskt verksamma docenterna som bedriver aktiv och framgångsrik forskning.

### **Hur ser då reumatologisk forskning ut om 20–30 år?**

Jag tror att vi kan ha viss påverkan på utvecklingen av både reumatologi och reumatologisk forskning även i ett så långt tidsperspektiv. För att långsiktigt stärka reumatologi är det avgörande att dagens och morgondagens läkarstudenter får en mycket tydligare bild av reumatologi som

en attraktiv basspecialitet med stora möjligheter att bedriva kliniskt arbete kombinerat med framgångsrik forskning. Den inventering som påbörjats för att beskriva reumatologiundervisningen på våra universitet är en bra början.

Jag tycker att vi skall försöka öka vår exponering för studenterna och arbeta för att åta oss ett mycket större ansvar för undervisningen inom inflammationssjukdomar. Argumenten för detta är många. Vi är den medicinska specialitet som kommit längst när det gäller modern och specifik behandling vid kronisk inflammation. Vi har ett helhetsperspektiv på patienten och inte ett snävt organperspektiv. Läkarutbildningen i Sverige expanderar – Örebro har precis startat och antalet antagna studenter på de övriga universiteten ökar. Det är bland dessa studenter som forskningsledarna om 30 år finns. Jag är säker på att våra intresserade och duktiga kollegor som gillar att undervisa kan locka många fler studenter till reumatologi och inflammationsforskning om de bara fick möjlighet. Det akademiska systemet är trögt och fyllt av revir. Ändå tror jag att det skulle vara möjligt att lyckas få större utrymme för reumatologi i grundutbildningen.

**Detta var några funderingar** kring den reumatologiska forskningens i framtiden om 10, 20 och 30 år. Forskning kan och skall inte styras, den skall utvecklas av nyfikna och nytänkande individer och grupper. Trots det är det viktigt att idag och i morgon fatta kloka och djärva beslut som ger goda möjligheter för utvecklingen av reumatologisk forskning i Sverige. Nyckelbesluten enligt min mening är att våga låta de unga med nya idéer få chansen att tillsammans med duktiga kollegor från andra länder som lockats till vårt land, etablera något helt nytt och spännande som gör svensk reumatologisk forskning ännu mer framgångsrik.



**HANS CARLSTEN**  
Professor i reumatologi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

# ANNONS

# Svensk Reumatologisk Förenings vårmöte 13–15 april 2011

## Preliminärt program

### Onsdag Mat, konst och reumatism

- 14.00 **Inledning**  
*Boel Mörck, Johan Bratt*
- 14.15-15.15 **Hälsa, kost och reumatism**  
*Stephan Rössner*
- 15.15-15.45 **Panel debatt – hälsa kost och reumatism**  
*Stephan Rössner, Lars Ellegård,  
Ingiäld Hafström, Esbjörn Telemo*  
Moderator: *Hans Carlsten*

\*

- 16.00-16.45 **Artrit i konsten**  
*Ido Leden*

*Kvällsaktivitet - Feskekôrka*

### Torsdag Ben och brosk

- 08.00-10.00 **Arbetsgrupper och intressegrupper**  
inkluderande bl a reumaseniörer, FRS och  
Future Faculty.
- 08.45-10.00 **Future Faculty:** "You don't have to be  
that good to get EU funding" (*Piotr Mydel*)  
Wallenbergsalen
- 08.00-10.00 **FRS:** "Kompetensutveckling för  
sjuksköterskor inom Reumatologi"  
(*Sonia Möller*)

*Kaffe och besök på utställning*

- 10.30-11.00 **Från stöttepelare till dynamiskt organ  
– benfysiologi och osteoimmunologi**  
*Marie Lagerquist*

- 11.00-11.30 **Ben, brosk och artrit  
– hur hänger det ihop?**  
*Hans Carlsten*

\*

- 11.40-12.10 **Biomarkörer för brosk och annan  
bindväv vid reumatisk sjukdom**  
*Tore Saxne*

### Lunch

- 13.00-13.45 **Osteoporos och osteopeni  
– hos reumatiker**  
*Mattias Lorentzon*

\*

- 14.00-14.30 **Hur kan påvisande av benförlust i  
händerna ha betydelse för val av  
behandling vid reumatoid artrit?**  
*Marie Hoff*

*Kaffe och besök på utställning*

- 15.00-16.15 **Inte bara hand och fotöversikt – nya  
möjligheter för diagnostik och terapi på  
röntgen**  
*Ylva Aurell (Ultraljud), Mats Geijer (MR)  
Michael Zieglsch*

- 16.30-17.30 **Föreningsmöte SRF**  
Wallenbergsalen

- 15.30-18.00 **Föreningsmöte FRS**

*Värmiddag - Världskulturmuseet*

### Fredag Bindväv

- 08.30-10.00 **Scleroderma – are we on our way to solve  
one of rheumatologies most elusive  
enigmas?**  
*Oliver Distler*

*Kaffe och besök på utställning*

- 10.30-12.00 **Presentation av nydisputerade**  
*Carl Turesson*

\*

- 12.10-13.00 **Inflammation, ben och bindväv  
– är vi ett triangeldrama på spåret?**  
*Mats Dehlin*

*Avslutning och lunch i form av lunchbox*

\* *Pausdans med Janos Filep*

# ANNONS

# Symposium om psoriasisartrit

Det vetenskapliga programmet för Reumatologi på årets Riksstämman inleddes med ett symposium om psoriasisartrit.

Docent Ulla Lindqvist, som är ordförande i SRFs studiegrupp för psoriasisartrit, var moderator.

I sitt inledande anförande berättade Ulla att den första artikel som man kan finna i PubMed om sjukdomen är daterad år 1948.

– Hittills i år, hittar man 461 artiklar på PubMed, fortsatte hon.

Ulla berättade om historik kring forskningen på psoriasisartrit och om den stora utveckling som skett under de senaste åren. Sedan presenterade hon symposiets första inbjudna talare – Mona Stähle.

## Enkelt att följa sjukdomen

Mona är dermatolog och började med att förklara att hon kände sig hedrad över att hon som representant för specialiteten fick äran att inleda detta symposium.

Hon konstaterade att det fortfarande inte finns något laborietest tillgängligt för att diagnostisera psoriasisartrit.

– Vi måste förlita oss på klinisk diagnostik. Etiologin är dessutom fortfarande oklar, fortsatte Mona.

Psoriasis är en komplex sjukdom med stark genetisk bakgrund. Miljöfaktorer påverkar, och immunsystemet spelar en viktig roll i utvecklandet av sjukdomen.

– Idag tror vi starkt på att det finns olika varianter med olika patogena vägar.

Hur kan vi lära oss mer om psoriasis? Det kan vi göra genom att observera patienter och hur de svarar på terapi.

– Vi kan även lära oss via experimentella studier. Eftersom det är *huden* som är utsatt, är det enkelt att följa sjukdomen även med biopsier. Patienterna svarar *olika* på terapi, och det ger oss information som gör att vi bättre förstår sjukdomen, sa Mona.

## TNF-blockerare effektiva

Om vi skulle bli attackerade av en fientlig mikrob, skulle troligen ett bra sätt att skydda oss vara att utveckla just psoriasis, ansåg Mona.

– Det skyddar patientens hud – och försetter dessutom immunförsvaret i högsta beredskap, förklarade hon.



Från vänster: Mona Stähle, Philip Helliwell, och Ulla Lindqvist.

Sjukdomen är mycket mer vanligt förekommande i den norra delen av världen.

– I Asien är prevalensen ungefär 1%, jämfört med 2–3% i vår del av världen. Det beror på att vi har en annan genetisk bakgrund.

Utvecklingen av läkemedel mot psoriasis har gått snabbt framåt sedan början av 80-talet, och under 2000-talet har det visat sig att TNF-blockerare förefaller vara effektiva för dessa patienter.

– Det finns dessutom flera lovande nya läkemedel på gång i fas-2- och fas-3-studier.

## Viktreduktion

Psoriasis är en komplex systemisk sjukdom, som innebär att patienten kan utveckla bl.a. psoriasisartrit, Crohns sjukdom och kardiovaskulär sjukdom.

– Svår psoriasis innebär en generell ökad risk för mortalitet med 50%. Man kan säga att ju fler komponenter av metaboliskt syndrom patienten har, desto högre är risken.

De underliggande mekanismer som gör att psoriasis samvarierar med kardiovaskulär sjukdom och metaboliska syndrom är än så länge okända.

– Observationer om samsjuklighet grundar sig så här långt på epidemiologiska studier, förklarade Mona.

Viktreduktion kan innebära att patientens psoriasis förbättras, och även öka det terapeutiska svaret av given medicinsk

behandling. Gastric bypass (kirurgi mot övervikt) kan därför vid behov vara fördelaktigt, påpekade hon.

En modifierad livsstil, där man kontrollerar vikten och försöker förmå patienten att sluta röka har god effekt.

– Framtiden är spännande: Det är stor dynamik i forskningen och i utvecklingen av nya läkemedel, summerade Mona.

## Kriterier för klassificering

Att psoriasisartrit (PsA) är en heterogen sjukdom höll nästa föreläsare, Philip Helliwell, från University of Leeds i Storbritannien, med om.

– De kliniska manifestationerna är inte identiska – vilket medför svårigheter avseende epidemiologi, bedömning, behandling och genetik. Utmaningen för oss är att *klassificera* dessa manifestationer, och att ta fram den bästa behandlingen, konstaterade han.

Kan de olika kliniska fenotyperna förklaras av olika bakomliggande genetiska faktorer?

– Troligen är svaret på den frågan ja. Men vi vet inte *vilka* faktorer, fortsatte Philip.

Historiskt använde man först Moll & Wrights kriterium för att diagnostisera PsA.

– Sedan kom CLASSification of Psoriatic Arthritis (CASPAR) studiegrupp med nya kriterier för klassifikation. Det var första gången forskare inom PsA samarbetade på en världsomspännande nivå. CASPAR- ➤

kriterierna har väldigt hög specificitet och sensitivitet, sa Philip.

Kriterierna är framtagna för att klassificera – inte diagnostisera – PsA, men de används även ofta för diagnos.

– De fungerar bra även för det ändamålet, framför allt inom primärvården.

### Screening och score

Philip fortsatte med att beskriva prevalensen för PsA bland psoriasispatienter. I en egen studie var prevalensen strax under 14%. Han berättade också om screening för PsA, och visade olika score man kan använda sig av för uppgiften. Först beskrev han Toronto Psoriatic arthritis screening (ToPAS) frågeformulär.

– Hos oss i Leeds har vi tagit fram ett test vi kallar PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool questionnaire). Det består av fem frågor, samt att man på en teckning ska markera vilka leder man har besvär i, berättade han och visade en bild på testet.

ToPAS och PEST ska nu jämföras med varandra i en studie vid Leeds universitet.

### Sätt att mäta sjukdomsaktivitet

Remission är målet för patientens behandling.

– Remission innebär för patienter med PsA en frånvaro av all sjukdomsaktivitet i hud och naglar, leder, fingrar, tår och muskelfästen. Man måste dock alltid *balansera* risken med terapin mot risken för aktiv sjukdom. En mild aktivitet inom något/några områden kan därför vara acceptabelt.

En minimal sjukdomsaktivitet är därför ett idealt koncept.

– Det är ett tillstånd som är ett bra mål – både för den behandlande läkaren och för patienten, utifrån den rådande terapins möjligheter och begränsningar, ansåg Philip.

Han avslutade sin uppskattade föreläsning med att tala om olika sätt att mäta sammansatt sjukdomsaktivitet – Psoriatic arthritis disease activity index (PASDAS) (ett skattningsinstrument på basen av patientens upplevda sjukdomsaktivitet och smärta samt läkarens bedömning av total sjukdomsaktivitet), Composite Psoriatic disease activity index (CPDAI), Disease Activity for Psoriatic Arthritis (DAPSA) och DAS28.

– Av dessa uppvisar PASDAS det högsta ROC-värdet, bl.a. är det enkelt att beräkna och kräver inga laborietester. Men alla fungerar bra, ansåg han.



Från vänster: Ian Bruce, Gerd-Marie Alenius och Carl Turesson.

### En progressiv sjukdom

Nästa föredragshållare kom också från Storbritannien. Det var Professor Ian Bruce, från universitetet i Manchester. Hans ämne var handläggning av PsA.

Hårbotten, hud och naglar är ofta engagerade vid PsA.

– Perianala området och skalpen är oftare drabbade vid PsA, jämfört med psoriasis. 30% av patienterna beskriver att skov i hud och leder sker samtidigt, sa Ian.

En majoritet av patienter med PsA har hudbesvär som klassas som milda eller moderata. Mellan 60 och 80% uppvisar drabbade naglar.

– PsA är en progressiv sjukdom. 20% av patienterna utvecklar klinisk deformitet och skador, som resulterar i funktionella handikapp. Efter tio års uppföljning uppvisar 55% av patienterna mer än fem deformerade leder, fortsatte han.

Mortaliteten är högre än i populationen i stort, men det föreligger delvis olika resultat i olika studier. Den främsta orsaken till ökad mortalitet är kardiovaskulär sjukdom.

### Väg patienten

Methotrexate är den sedan lång tid etablerade behandlingsterapin. Ian redogjorde för (vid tidpunkten för hans framträdande) opublicerade data från metotrexatestudien, Methotrexate in Psoriatic Arthritis (MIPA).

– Där kunde man inte påvisa någon signifikant skillnad mellan behandlade patienter och de som erhöll placebo. Dock:

dosen i studien var begränsad till 15 mg per vecka – vilket är mindre än vad som normalt används kliniskt. Man hade inte heller någon perenteral distribution – vilket kanske kan behövas. Så jag tror inte det sista ordet inom detta område är sagt ännu.

En annan studie som Ian refererade till handlade om adalimumab för PsA, och där konstaterades en signifikant förbättring jämfört med placebo.

– Head-to-headstudier av anti-TNF saknas dock. Däremot ansåg Ian – och han underströk att det var hans egen åsikt – att någon specifik anti-TNF inte var bättre än någon annan när det gäller *perifer artrit*.

– Men för daktylit och entesit är både infliximab och golimumab formellt bekräftade som verksamma. Infliximab skall ges i 5 mg per kilo kroppsvikt – så kom ihåg att väga patienten, uppmanade han.

Framtiden verkar lovande, avslutade Ian.

– Ustekinumab har visat sig överlägsen placebo, alefacept har visat sig effektivt mot psoriasis och när det gäller abatacept finns det idag inga studier – men däremot förekommer flera fallrapporter där man kan se signifikanta resultat.

### Tre uppsättningar riktlinjer

Avslutningsvis talade Gerd-Marie Alenius om riktlinjer för behandling av psoriasisartrit som finns i Sverige. Dessa behövs – dels av kostnadsskäl, men också för att garantera en jämlik vård, påpekade hon inledningsvis.

– Det finns faktiskt tre olika riktlinjer för behandling av PsA: Dels SRFs egna, därutöver har Läkemedelsverket och Socialstyrelsen också utfärdat sådana.

Alla tre har gemensamma nämnare – de ska summera principerna för behandling av reumatisk sjukdom baserat på vetenskaplig kunskap och evidens, konsensus samt klinisk erfarenhet.

SRF har utfärdat riktlinjer för behandling av RA, PsA och ankyloserande spondylit.

SRF har även riktlinjer för prevention av kardiovaskulär komorbiditet, samt för laboratoriekontroller för patienter behandlade med DMARD och anti-TNF.

– Läkemedelsverket håller just nu på med att uppdatera nya riktlinjer för behandling av PsA. Det ska vara klart 2011, sa Gerd-Marie.

Socialstyrelsen har kommit med preliminära behandlingsrekommendationer

under 2010. Dessa ska utgöra ett ramverk för samverkan mellan SBU, TLV (Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket) och Läkemedelsverket.

#### Kunskapen exploderar

Gerd-Marie beskrev mer detaljerat SRFs riktlinjer för behandling av PsA.

– Baseline för behandling är NSAID-preparat. Det finns visserligen bara några få, och små, studier – men de kliniska erfarenheterna är goda.

För intraartikulära injektioner med steroider finns det inga studier, men även här finns det goda kliniska erfarenheter.

– Systemisk steroidbehandling finns det inga studier på heller, och här råder inte konsensus mellan svenska reumatologer. Men det används på sina håll ändå.

Behandling med DMARD: Methotrexate kan inte heller påvisa några övertygande

resultat i studier – men även här finns goda kliniska erfarenheter.

– Sulfalazin har dock både signifikanta resultat i studier och goda resultat i klinik. Leflunomide har också visats ha en signifikant effekt och detsamma gäller guld salt – men med guld har man problem med biverkningar.

Samtliga anti-TNF har effekt på PsA, och man kan inte se några stora skillnader mellan dem.

– Kunskapen inom detta område formigen exploderar just nu. Jag är säker på att det kommer flera läkemedel i framtiden som kommer att hjälpa våra patienter, avslutade Gerd-Marie.

PER LUNDBLAD

## Utbildning och incidens för RA hänger samman

**Socioekonomiska faktorerens betydelse för kronisk sjukdom var titeln på ett symposium som sektionen för reumatologi arrangerade i samarbete med sektionen för socialmedicin. Ingemar Petersson var moderator.**

Carl Turesson inledde med att berätta om en dansk studie där man hade intervjuat RA-patienter.

– Man fann att om man hade gått längre tid i skolan och hade en hög utbildning, minskade risken för att drabbas av RA. Dock hade inte den ekonomiska statusen någon betydelse för risken att bli drabbad, sa Carl.

#### Flera studier bekräftar

Han fortsatte med att redogöra för en liknande studie som de genomfört i Malmö.

– Vi fann 172 patienter med RA – 136 kvinnor och 36 män. Vi kunde också konstatera att utbildning har betydelse: Mindre än åtta års utbildning – och rökning – visade sig ge en signifikant högre risk för RA.

Carl tillade att de också tittat efter andra sjukdomar, som jättecellsartrit, men inte då kunnat se någon association med låg utbildning.

– Vi såg dock en tendens för ökad incidens för jättecellsartrit för rökande kvinnor.

Flera andra studier har pekat på samma förhållande, och Carl redogjorde för flera av dem.

– En engelsk studie av patienter med inflammatorisk polyartrit visade att både social klass och statusen på det området där patienten var bosatt påverkade prognosen, med en signifikant förstärkande interaktion mellan faktorerna.

#### Hälsolitteracitet

Gapet mellan RA-patienter och den övriga befolkningen (som lever allt längre) minskar inte, det snarare ökar.

– Det finns möjligheter att göra något åt detta, sa Fredrik Spak, specialist i socialmedicin.

Han fortsatte med att konstatera att vi i Sverige lyckats att minska rökningen – kanske mest i världen.

– Det är en framgång! Men det sociala panoramat har polariserats. Idag är det mest individer i socialgrupp tre – framför allt ensamstående, lågutbildade kvinnor – som röker.

Fredrik talade om vikten av att kunna kommunicera med patienten, och begreppet *hälsolitteracitet*. Med det avsåg han förmågan att kunna förvärva, förstå och använda information om hälsa och sjukdom – och som därmed underlättar patientens förmåga att fatta hälsorelaterade beslut.

– Att öka hälsolitteraciteten är ett ansvar både för sjukvården och för den enskilde individen, ansåg han.

#### Ojämlighet i anti-TNF-behandling

Sociala nätverk är också kopplade till hälsa, t.ex. mortalitet, påpekade Fredrik.

– Det är tydligast för män. Sambanden är dock komplicerade – som ett exempel kan överlevnaden för hjärtinfarkt störas av ett ”för stort” socialt nätverk.

Hans slutsats blev att det till stor del handlar om levnadsvanor, och att man måste ägna sig i högre grad åt förebyggande arbete.

Siste talaren var Ingemar Petersson, och han visade också uppgifter om samband mellan hälsa och socioekonomiska faktorer.

Han beskrev en egen studie om ländryggssmärter. Rörelseorganens sjukdomar står för över 30% av antalet sjukskrivningsdagar i Skåne.

Kostnaden för anti-TNF-hämmare diskuterades av flera av talarna, och Ingemar kunde visa att det råder stor ojämlikhet mellan landstingen, om man beräknar denna kostnad per 1 000 invånare.

– Vi ser inte heller någon tendens för att kurvorna kommer att konvergera, sa han.

Ingemar avslutade symposiet med att uttrycka sin förhoppning om att det ska finnas ett bättre liv framgent för patienter med rörelseorganens sjukdomar.

PER LUNDBLAD

# Historiska lektioner från upptäckten av vaskulit

Tre personer och deras livsöden stod i fokus för 2010 års Nanna Svartz-föreläsning på Riksstämman.

Eric L Matteson från Mayo Clinic, USA, var årets föreläsare.

Han har specialintresserat sig för de systemiska vaskulitjukdomarnas medicinhistoria, och skrivit flera böcker i ämnet.

Undertiteln på Erics föreläsning var "Ett namn, ett icke-namn och ett nytt namn?".

Med detta avsåg han tre olika personer i historien – som var och en på sitt sätt bidragit till vår kunskap om vaskulit.

Upplägget var ganska ovanligt.

– Tre karaktärsteckningar – och tre saker att lära sig från dem, summerade Eric på slutet.

## Första gastroskopin

Den första av dessa var Adolf Kussmaul. Det var denne som för första gången publicerade en rapport om en "hittills obekräftad egendomlig arteriell sjukdom, periarteritis nodosa".

Adolf föddes i Tyskland 1822. År 1840 började han studera medicin på universitetet i Heidelberg. Efter att ha arbetat som privatpraktiker några år, studerade han vidare och blev 1857 professor i internmedicin. Han hade då också själv utvecklat RA.

Eric beskrev kronologiskt de olika stegen i hans karriär. Bland annat utförde han den första gastroskopin någonsin, efter att ha försökt att titta ned i magen på en svärdslukare.

## Första beskrivningen

Rapporten om periarteritis nodosa (det var Kussmaul som gav sjukdomen detta namn) kom med en fallbeskrivning av en 27-årig man som 1865 kom till medicinkliniken på universitetet i Freiburg, där Kussmaul då var verksam.

"Patienten var en sådan patient där man kan göra en prognos innan man ställt diagnos; det första intrycket var av en förlorad själ, vars få återstående dagar var räknade" – så uttrycksfullt skrev man i journalen på den tiden!

Eric redogjorde detaljerat för patientens tidigare sjukdomshistoria, förloppet sedan han lagts in i Freiburg. Det visade sig att spådomen i journalen var korrekt – patienten avled ungefär en månad senare.



Eric L Matteson från Mayo Clinic, USA, var 2010 års Nanna Svartz-föreläsare.

»Eric beskrev Wegeners karriär inom nazistpartiet. 1939 kom han till Lodz, där det första stängda judiska ghetton upprättades. Året efter befann sig 250 000 judar där, och färre än 1 000 överlevde.«

– Obduktionsrapporten innehåller en klassisk beskrivning av sjukdomen, konstaterade Eric och visade även ett utdrag från den.

## Tvingades bort av nazister

Kussmaul som avled 1902 är idag välkänd. Inte lika känd är Friedrich Wohlwill (1881–1958) som var nästa forskare Eric berättade om.

– Han är okänd för de flesta, trots att han beskrev två fall av polyartritis nodosa. Det första publicerade Wohlwill 1923.

Wohlwill studerade medicin i Freiburg och Strassburg. Efter första världskriget blev han professor i patologi, och föreståndare för patologiska institutionen vid Hamburgs äldsta sjukhus – S:t Georges sjukhus. Där arbetade han under åtta år, fram till år 1933.

Efter det nazistiska maktövertagandet tvingades Wohlwill bort från sin position, och han emigrerade till Lissabon för att arbeta för ett cancerinstitut där.

1948 bosatte han sig i USA, och arbetade på neuropatologiska sektionen vid Harvard. Tio år senare avled han i Boston.

## Karriär inom nazistpartiet

Den tredje och sista personens liv påverkades också av nazismen – dock på ett rakt motsatt sätt. Eric kom nu in på Friedrich Wegener, känd för Wegener's granulomatosis.

Wegener – har modern forskning visat – var själv nazist.

– Jag har ägnat mer än fem år att försöka få fram sanningen om detta, och det kom som en total överraskning för mig, sa Eric.

Han visade upp en slide med ett foto av Wegeners medlemskort i nazistpartiet.

Han berättade därefter om Wegeners medicinska karriär, och de två fall med dödlig utgång 1934 och 1936 som han ställts inför, och som uppvisade många likheter med varandra. Arbetet resulterade till slut i en full rapport 1939, och den ledde så småningom fram till begreppet "Wegener's granulomatosis".

Eric beskrev sedan Wegeners karriär inom nazistpartiet. 1939 kom han till Lodz, där det första stängda judiska ghetton upprättades. Året efter befann sig 250 000 judar där, och färre än 1 000 överlevde.

I Lodz avancerade Wegener till Sanitätsobersturmbannführer i SA (Storm-Abteilung, de s.k. brunskjortorna) och arbetade bl.a. med att organisera gettot, samt utse vilka som skulle deporteras till förintelselägren.

Det var i Lodz som själva fundamentet för Förintelsen lades. I Kulmhof, drygt 60 km utanför, byggdes det första förintelselägret.

1945 togs Wegener till fånga av de allierade styrkorna, och han släpptes senare samma höst.

### Hans namn ska avlägsnas

År 1947 kunde så Wegener återuppta sitt arbete som patolog, nu i Lübeck. 1986 hölls ett symposium till hans ära vid Mayo-kliniken och 1989 fick han mottaga "Master Clinician"-utmärkelsen av American College of Chest Physicians.

Året därpå avled Friedrich Wegener.

– Men 2002 fick vi av det polska institutet för åtal av tyska krigsförbrytare reda på att hans namn förekom på en lista med efterlysningar som de polska myndigheterna ställt samman, berättade Eric.

De tidigare dokumenten om Wegener hade försvunnit i en omorganisation i de polska arkiven, likaså den rapport som sänts till FN:s krigsförbrytarkommission.

Eric, som själv arbetar på Mayo-kliniken, blev intresserad och det gjorde att han bestämde sig att forska om Wegener.

År 2007 drog American College of Chest

Physicians tillbaka den utmärkelse de tilldelat honom. År 2010 bestämde sig ACR och EULAR att man ska verka för att termen "Wegener's" granulomatos överges.

Eric avslutade med att påpeka att man inte har funnit bevis för att Wegener var aktivt inblandad i själva utförandet av judeutrotningen när den ägde rum i Tyskland.

– Men det är omöjligt att han inte visste vilket öde som väntade på dem som stod i de långa led av människor som han undersökte, tillade han.

### Tre lektioner

I sin summering, använde sig Eric av ett citat av Kussmaul för att illustrera vad vi kan lära oss av honom:

*"Tänk klart, var ärlig och uppriktig, och agera sansat."*

Friedrich Wohlwill var ett exempel på hur man ibland måste kämpa för sin vetenskap i en parallell kamp mot ödet.

– Han var en förebild för sina studenter, höll fast vid sina ideal – trots att han var tvungen att gång på gång etablera sig på nytt i ett nytt land, citerade Eric.

Slutligen framhöll han att berättelsen om Wegener lär oss att man bör sätta karriärer – och det erkännande de för med sig – i ett historiskt sammanhang.

Därmed var hans annorlunda, men mycket uppskattade, föreläsning till ända.

PER LUNDBLAD

### Hedersmedlem i SRF 2010

#### Ingiöld Hafström

Ingiöld Hafström var under åren 1985–1997 chef för Reumatologen på Södersjukhuset, Stockholm och under åren 1997–2001 chef för Reumatologen Huddinge



Universitetssjukhus. Hon blev 1994 professor vid KI, Stockholm, och var under 1979–1988 styrelsemedlem i SRF, varav hon innehade positionen som vetenskaplig sekreterare 1979–1987. Hon har lett fyra doktorander till disputation och är för närvarande huvudhandledare åt två doktorander. Hon är ordförande i Reumatikerförbundets vetenskapliga råd och medlem i dess forskningsråd.

Ingiöld utvecklade reumatologin i Södra Stockholm till en framstående position med synnerligen gott patientomhändertagande och framstående forskning. Ingiöld organiserade med stor framsynthet också flytten av kliniken från Södersjukhuset till Huddinge Universitetssjukhus. Ingiöld har genom åren gjort ovärderliga insatser inom reumatologin inom såväl SRFs styrelse som inom Reumatikerförbundet. Hon har med sitt djupa engagemang och stora arbetsinsats varit outhärlig för svensk reumatologi. Svensk reumatologi hade inte stått så framgångsrik idag utan Ingiöld.

Styrelsen i SRF

### Pristagare 2010



Gunnar Sturfelt



Ola Nived



Lena Björkman



D Makrygiannakis



Elke Theander

Pfizers Stora Forskningsstipendium inom Reumatologi (400 000 kr) delades 2010 ut till

**Ola Nived** och **Gunnar Sturfelt**, Lunds Universitet.

"För ett enastående exempel på samarbete och ömsesidigt utbyte, med vida respekterad expertis och uthållighet i studier av SLE".

Pfizers Stipendium för Yngre Forskare inom Reumatologi (80 000 kr) gick till: **Lena Björkman**, Sahlgrenska Akademien, och **Dimitrios Makrygiannakis**, Karolinska Institutet.

Lena: "För unika och utomordentligt nydanande fynd som förenar basal och klinisk forskning".  
Dimitrios: "För arbeten av hög kvalitet som berör centrala sjukdomsmekanismer vid reumatoid artrit, med uppenbar klinisk relevans inom överskådlig framtid".

MSDs Reumatologistipendium (200 000 kr): **Anders Bengtsson**, Lunds Universitet.

"För framgångsrika och internationellt uppmärksammade studier av långtidsprognos, riskfaktorer och sjukdomsmekanismer vid SLE, med särskilt viktiga bidrag till förståelsen för betydelsen av apoptosmekanismer".

Bästa abstract inom basal forskning: **Sara Tengvall**, Sahlgrenska Akademien.

Bästa abstract inom klinisk forskning: **Elke Theander**, Lunds Universitet.

### Årets Ledstjärna 2010

#### Milad Rizk

Milad är en eldsjäl som betyder oerhört mycket för länsreumatologin i Sverige. Milad har under sin tid som klinikchef för reumatologin i Västerås



förvandlat kliniken från en klinik i kris till en välfungerande klinik med sex specialister och en ST läkare med full bemanning och väntetider på max fyra veckor. Milad har med sitt stora engagemang och goda ledarskap skapat en trivsamt arbetsplats med öppet klimat och högt i tak. Milad har genom att fokusera på den reumatologiska verksamheten kunnat bygga upp en modern högkvalitativ reumatologi inom länssjukvården. Milad är ett föredöme inom svensk reumatologi.

Styrelsen i SRF

# ANNONS



# Protokoll Årsmöte Svensk Reumatologisk Förening 2010

Göteborg 1 december



Johan Bratt och Milad Rizk, som utsågs till Årets Ledstjärna.



Roger Hesselstrand avtackades för sin insats i SRFs styrelse.



Lars Cöster lämnade också styrelsen och avtackades.



Britt-Marie Nyhäll-Wählin valdes in i styrelsen som ny kassör.

§1. Johan Bratt förklarar årsmötet öppnat.

§2. Kallelse och dagordning godkännes.

§3. Till mötesordförande väljs Johan Bratt och till mötessekreterare Boel Mörck.

§4. Till justerare av mötesprotokollet väljs Ralph Nisell och Annika Teleman.

§5. Två övriga frågor anmäls – se §16.

§6. Styrelsens årsberättelse godkännes och läggs till handlingarna.

§7. Ido Leden föredrar revisorernas berättelse och så snart balansräkningen inkommit beviljas styrelsen ansvarsfrihet. Som firmatecknare utses ordförande och/eller kassör.

§8. Till ny styrelse väljs

Johan Bratt, ordförande, (ett år kvar),  
Boel Mörck, vice ordf. (ett år kvar),  
Carl Turesson, vetensk. sekr., (ett år kvar),  
Per Salomonsson, facklig sekr. (ett år kvar),  
Britt-Marie Nyhäll-Wählin, kassör, för två år,  
Åsa Reckner-Olsson, utbildningsansvarig, för två år,  
Johan Karlsson, representant för läkare under utbildning, för två år.

§9. Till revisorer väljs Ido Leden, omval för två år, Rolf Oding, ett år kvar. Suppleant Bernhard Grewin, omval två år.

§10. Till representant med suppleant till Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling väljs Johan Bratt med Boel Mörck som suppleant.

§11. Till valberedningen väljs Ingrid Lundberg och Solveig Wällberg Jonsson ett år kvar, samt Jörgen Lysholm, omval två år.

§12. Årsmötet beslutar om oförändrad årsavgift för 2011, 500 kr för medlemmar och 300 kr för associerade medlemmar.

§13. Boel Mörck ger en kort rapport angående arbetsgrupper, studiegrupper och intressegrupper. Förteckning finns på hemsidan. Fyra arbetsgrupper, ARTIS, SRR, SRQ och HERAS, har och ska även fortsättningsvis inkomma med ekonomiska redovisningar till årsmötet. Övriga arbetsgrupper skall fortsättningsvis inkomma med årsredovisning till vårmötet.

Bernhard Grewin informerar om SPUR-arbetet de senaste 5 åren. Två nya par har bildats under året, Annika Teleman och Tomas Bremell samt Per-Johan Hedin och Lena Björnådal.

Staffan Lindblad informerar om att registren anpassas för att motsvara kraven från datalagen.

§14. Följande utmärkelser utdelades

- Till årets ledstjärna har Milad Rizk valts, för sina insatser för länsreumatologin.
- Till ny hedersmedlem inväljes Ingegäld Hafström.

- MSDs stipendium för yngre forskare har tilldelats Anders Bengtsson.
- Roches resestipendium har tilldelats Jan Bjersing, Susanna Brauner, Mats Dehlin och Meliha C Kapetanovic.

§15. Inga motioner har inkommit

§16. Övriga frågor

- Ingegäld Hafström undrar om SRF kommer att skriva remissvar angående Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Carl Turesson redogör för den fortsatta processen med regionala seminarier. Föreningen kan diskutera vidare på Riktlinjedagen i januari. Föreningen kommer att gå över till GRADE istället för Oxfords evidensbedömningsmall fortsättningsvis.
- Johan Bratt redogjorde för en nystart av Scandinavian Society of Rheumatology, där Ingrid Lundberg blir ordinarie representant och Carl Turesson suppleant från Sverige.
- Johan Bratt redogjorde kort för ev. medverkan på Almedalen sommaren 2011.

§17. Avgående styrelseledamöter Lars Cöster, Roger Hesselstrand och Kajsa Öberg avtackas.

§18. Årsmötet avslutas.

Boel Mörck	Johan Bratt
Mötessekreterare	Ordförande
Ralph Nisell	Annika Teleman
Justerare	Justerare

# ANNONS

# Ingiäld Hafström – hedersmedlem i SRF

**På SRFs årsmöte, som hölls i samband med Riksstämman i Göteborg, blev professorn i reumatologi Ingiäld Hafström vald till hedersmedlem.**

**R**eumabulletinen fick en intervju med Ingiäld mellan föreläsningarna. Hon berättar att hon en gång började på Södersjukhuset år 1967 – på medicinklinik III, där man hade hand om patienter med reumatisk sjukdom.

## Återvändande till reumatologin

Från början hade Ingiäld tänkt sig att hon skulle bli neurolog. Hon tog arbetet på Södersjukhuset som ett vikariat, medan hon väntade på att få börja på neurologisk klinik.

Vikariatet ledde till att intresse för reumatologi väcktes, men när hon sedan kom in på neurologen vid Karolinska sjukhuset började hon ändå där.

Efter två år upptäckte Ingiäld att hon saknade reumatologin så mycket att hon återvände till reumatologin och Södersjukhuset.

– Orsaken till att jag kände så starkt för specialiteten redan då var att trots att vi inte hade någon botande behandling var det ändå så mycket vi kunde göra för patienterna, berättar hon.

– Vi kunde t.ex. hjälpa till med att förbättra en för patienten viktig funktion – det fanns alltid något man kunde göra för att öka patientens livskvalité. Dessutom var det mycket tacksamma patienter att arbeta med – man fick väldigt mycket tillbaka!

## Från enhet till klinik

När Ingiäld kom tillbaka till medicinklinik III blev hon biträdande överläkare, men var inte reumatologspecialist. Därför gjorde hon ett års randutbildning på Karolinska och blev färdig specialist i reumatologi 1975.

– Jag arbetade vidare på SöS och i och med att jag nu var specialist i reumatologi, fick vi rätt att utbilda reumatologspecialister där. Det ledde i sin tur till att vi kunde formalisera arbetet så att vi fick en reumatenhet på kliniken. Det var en egen verksamhet, som jag blev chef för, minns hon.

Utvecklingen fortsatte. 1992 lyckades Ingiäld omvandla medicinklinik III så att den reumatologiska enheten blev en reu-



Ingiäld Hafström

matologisk klinik istället. Då fanns det sex specialister som var verksamma där.

– 1997 blev det en omstrukturering av vården i Stockholm. Den innebar att jag fick ta hela kliniken och flytta den till Huddinge. Där har vi varit sedan dess. 2002 slutade jag som klinikchef, och jag lämnade då över den uppgiften till Johan Bratt.

## Helhetssyn på patienten

Det innebar att Ingiäld själv fick mer tid över, så hon kunde ägna sig åt forskning på halvtid.

– Jag forskade på patienter med RA – jag arbetade med BARFOT i nationellt samarbete. Visserligen hade jag ägnat mig åt det även innan, men nu kunde jag lägga ner mer tid, förklarar hon.

Tidig behandling med kortison, samsjuklighet med hjärta/kärl, betydelsen av kroppssammansättningen samt kost, är de områden som Ingiäld nämner när vi ber henne sammanfatta sin forskning.

Vi frågar vad hon själv tycker är det viktigaste hon gjort inom reumatologin.

– Att jag har bidragit till en helhetssyn på patienten. Jag är lite orolig för utvecklingen när man bara följer patienten i kvalitetsregistren. Vi måste se hela patienten – vi måste förstå hur patienten har det, svarar Ingiäld och tillägger:

– Men även resultatet av vår kortisonstudie i BARFOT – där jag är en av många

som bidragit. Det har inneburit förändringar som har fått genomslag i SRFs riktlinjer.

Vi frågar också vad hon själv är mest missnöjd med.

– Att jag inte lämnade som klinikchef tidigare – jag satt för länge. I stället borde jag ha tagit upp forskningen tidigare. Men jag trivdes så bra...

## Bra klimat för samverkan

När vi ber Ingiäld att spekulera om hur reumatologin kommer att se ut i framtiden, svarar hon så här:

– Troligen kommer vi att ha en ännu större andel patienter med bibehållen kroppsfunction – tack vare nya behandlingar. Vi kommer naturligtvis även att ha en andel som inte har det, men de kommer att vara färre till antalet. Dessa patienter måste tas om hand på *olika sätt*, understryker hon.

Den samverkan som idag finns inom svensk reumatologi tycker Ingiäld är väldigt bra.

– Särskilt om man jämför med hur det var när jag började, då fanns det ingen sådan alls. Men själva *klimatet* för samverkan – även inom forskningen – har blivit mycket bättre, anser hon.

## Medicinska utvecklingen viktigast

Ingiäld kommer att fortsätta sitt arbete på Huddinge.

– Framför allt kommer jag att arbeta som handledare – både för läkare och för sjuksköterskor. Men jag träffar också forskningspatienter, som jag följer upp.

Hon påpekar att det är 1 000 patienter som ingår i BARFOT-kohorten på Huddinge, och att dessa ska följas upp under 15 år.

Så någon brist på arbetsuppgifter har hon inte.

Vi avslutar med att fråga Ingiäld vad hon själv anser är det allra viktigaste som skett inom reumatologin, under de mer än 40 år som hon har varit verksam.

– Det viktigaste är den medicinska utvecklingen – våra förbättrade möjligheter att *behandla* våra patienter, avslutar Ingiäld.

PER LUNDBLAD

# Reumatologkliniken Sörmland

**Reumatologkliniken Sörmland är en självständig länsklirik med huvudsaklig verksamhet vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna.**

Uppagningsområdet är 270 000 innevånare. Kliniken har fem specialistläkartjänster varav en tjänst är vakant. Reumatologspecialisterna utgörs av Birgir Arge, Björn Löfström, Srood Dilan – specialistkompetent reumatolog 2009 – och Åke Thörner som även är verksamhetschef. Vi har två ST-läkare under utbildning, Malin Thorén beräknas bli färdig reumatolog under 2012 och Ioannis Parodis har rekryterats under hösten. Kristine Carlsson som är överläkare och specialist i allmän internmedicin har under många år bedrivit reumatologisk verksamhet inom medicinklinikens ram i Nyköping. Sedan 2009 är Kristine halvtidsanställd av reumatologkliniken för kompletterande reumatologiverksamhet lokalt med stöd från reumatologspecialisterna. Vår privatpraktiserande reumatolog – Kjell Huddenus – bedriver mottagning i Strängnäs sedan många år på halvtid.

**3,7 REUMASJUKSKÖTERS KOR** ÄR anställda för mottagning/dagvård i Eskilstuna samt 0,5 respektive 0,25 sjuksköterskeresurs är avsatt för mottagningarna i Nyköping och Katrineholm. Sedan många år har vi ett PAL/PAS-system så att sjuksköterskorna ansvarar för en definierad patientgrupp knuten till en eller två patientansvariga läkare. De har även egna patientbesök för läkemedelsinformation och uppföljning samt sköter bokningarna för sin patientgrupp. Vi planerar även att starta sköterskebesök för uppföljning i kvalitetsregistret för utvalda patienter.

I Eskilstuna har vi 3,5 sjukgymnaster, 1,7 arbetsterapeuter och en kurator. I Nyköping 0,75 sjukgymnast och 0,75 arbetsterapeut och i Katrineholm 0,75 sjukgymnast och 0,5 arbetsterapeut. Paramedicinerna är organisatoriskt knutna till en läns gemensam basenhet med kontraktavtal med reumatologkliniken. Våra slutna vårdplatser är samlokaliserade med ortopedkliniken och sjukhusets vårdplatsenhet ansvarar för vårdplatserna inklusive avdelningspersonalen enligt årligt avtal och tillförda budgetmedel.



Från vänster Srood Dilan, Ioannis Parodis, Björn Löfström, Åke Thörner och Birgir Arge.

»I årets nationella "öppna jämförelser" kunde vi med tillfredsställelse notera att våra behandlingsresultat var bland de bästa i landet liksom även resultaten i den nationella patientenkäten vad gäller patientupplevda kvalitetsindikatorer.«

**2009 OMORGANISERADES** verksamheten i länet radikalt med syftet att säkerställa gemensam medicinsk praxis. Reumatologspecialistmottagning vid länets två mindre sjukhus i Nyköping och Katrineholm utökades till en dag varje vecka och samarbetar med de lokala paramedicinska reumateamen. Läns gemensam centraliserad remissgranskning och journalföring i BMS genomfördes då även i Nyköping, vilket inneburit att patientströmmarna har kunnat fördelas på ett optimalt sätt. Vi har därigenom kortat väntetiderna för nybesök, och patienter även kunnat växla mellan olika mottagningar inom länet när det behövs utan att byta läkare och med sammanhållen journalföring. I Nyköping kan vi även erbjuda vissa infusionsbehandlingar på behandlingsavdelningen, vilket patienterna boende i området uppskattar. Den medicinska personalen ute i länet bjuds in för tjänstgöring, informationsmöten och utbildning i Eskilstuna en dag varje

månad för att förbättra rutiner och kompetens. På länets alla tre mottagningar finns sedan flera år pekskärmsdatorer för egenregistrering av patienterna i PER före läkarbesöket.

**I ESKILSTUNA HAR VI** de senaste åren haft sex slutna vårdplatser samt inom mottagningens lokaler en dagvårdsavdelning främst för rehabilitering med 8–12 platser som en av läkarna ansvarat för i perioder. I anslutning till avdelning och dagvård finns lokaler för paramedicinsk behandling och i källarplanet en bassängavdelning.

Efter sommaren 2010 omstrukturerades dagvårdsverksamheten i Eskilstuna. Patienterna anmäls nu för dagvård i tre olika kategorier till dagvårdsundersköterskan. Alternativen utgörs av antingen tidig artrit-omhändertagande under samma dag, öppen dagvård för begränsade insatser under kortare tid eller för traditionell dagvård 2–3 dagar per vecka under fyra veckor.

or. All inskrivning sker på måndagarna av patientansvarig läkare. På eftermiddagen har respektive läkare teamrund, då man planerar för dagvårdsperioden respektive tidig artrit-omhändertagandet tillsammans med paramedicinerna och sköterska. Dagvårdsavdelningen är öppen måndag till torsdag. På torsdagen är tid avsatt efter läkarmottagningen för ev. utskrivningar. Paramedicinska insatser kan även bedrivas på fredagarna, men avdelningen är då stängd. Vid den första utvärderingen under senhösten var omdömet övervägande positivt och endast mindre justeringar av rutinerna behövde genomföras. Patienterna var särskilt nöjda med att få behålla "sin" läkare även under dagvårdsperioden. Måndagarna är utan planerad läkarmottagning med tid för möten, röntgenrund och administration vilket läkarkollegorna har uppskattat. Paramedicinerna är också nöjda med nyordningen och anser att vi förbättrat vårt team-omhändertagande.

Under våren 2011 kommer alla infusioner att flyttas till dagvård/mottagning och en av sjuksköterskorna ansvarar för de nya rutiner som krävs för omställningen.

**I EN SITUATION MED** begränsade läkarresurser har vi även försökt hitta nya arbetssätt för den slutna vården för att ge mer utrymme för poliklinisk verksamhet. Vårdplatserna har stadigt minskat och kommer under 2011 gå ned till fem platser permanent.

Under våren prövar vi att ha en avdelningsansvarig specialist under två veckors perioder inkluderande ansvaret för innekonsulter, telefonrådgivning och beredskapsjouren mellan 07-13 på lördagarna. Under dessa två veckor bedrivs dagvård och poliklinik endast i begränsad omfattning och ingen filialmottagning i länet. På torsdagarna före lunch har vi lagt en gemensam läkarrund där ST-läkaren drar patientfallen på avdelningen. Avsikten är att underlätta överrapporteringen, att ge hela läkargruppen regelbunden uppdatering av våra mer komplicerade innekonsulterande patienter och att ST-läkaren tränas presentera problemställningarna på ett strukturerat sätt.

Vi har ett gott samarbete med vårt regionsjukhus i Uppsala som varit mycket aktiva att ordna utbildning för våra ST-läkare och arrangerat regionala utbildningsdagar. Vi samarbetar i konkreta patientfall och remitterar även enstaka patienter dit som har behov av den breda kompetens som finns i Uppsala. I enstaka patientfall har vi även samarbetat med KS Solna/Huddinge.

**KLINIKEN HAR AKTIVT** deltagit i flera nationella och regionala multicenterstudier inkluderande TIRA 1 och 2, SWEFOT och EIRA liksom industridrivna läkemedelsprövningar. Därutöver har två av klinikkens överläkare – Berit Sverdrup och Björn Löfström – under sin tjänstgöring kunnat bedriva doktorandarbete som huvudsakligen finansierats med FoU-medel lokalt i länet. Berit disputerade 2007 och Björn 2009 vid Karolinska Institutet och deras huvudhandledare var Lars Klareskog respektive Ingrid Lundberg.

I årets nationella "öppna jämförelser" kunde vi med tillfredsställelse notera att våra behandlingsresultat var bland de bästa i landet liksom även resultaten i den nationella patientenkäten vad gäller patientupplevda kvalitetsindikatorer. Detta trots att har vi halkat efter andra län vad gäller andelen patienter behandlade med biologiska läkemedel, vilket kan indikera att hög läkemedelsförskrivning inte automatiskt leder till bättre behandlingsresultat. Tät initial medicinsk kontroll, strukturerad uppföljning i kvalitetsregistret och omvårdnad av teamet tror vi också är viktiga faktorer. Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer liksom vår nu genomförda omorganisation med våra nya mål för behandling, kommer dock med säkerhet leda till en ökning av läkemedelskostnaderna även i vårt län upp till nationell standardnivå.

**VÅR STÖRSTA UTMANING** är trots allt att säkra för framtiden. Det behövs en gemensam ansträngning som leder till att hela Sveriges befolkning, även de som bor utanför storstäderna och universitetsorterna, får tillgång till kompetenta reumatologspecialister och gott reumatologiskt omhändertagande. Vi har nu bildat en länsreumatologchefergrupp inom SRF som träffats vid några tillfällen och som kommer att bidra med förslag för att främja en jämlik försörjning av specialistkompetens i landet.

Klinikens kick-off-dagar på det anrika Rockelstad slott vid Båvens strand i natursköna Sörmland efter sommaren, med deltagande av alla femtioåriga medlemmarna i reumateamen i länet, hade temat hälsofrämjande reumatologi och alla har under hösten fått lära sig att använda motiverande samtal – MI. Målet sattes att teamet genom att även coacha till livsstilsförändringar uppnår en bättre hälsa för patienterna än de hade före insjuknandet.

**ATT MAN KAN DRISTA SIG** till att formulera det målet är en verklig resa för oss som varit verksamma reumatologer sedan -80-talet när målet väsentligen var att lindra symtomen, under -90-talet när målet var att bromsa sjukdomsaktiviteten och under -00-talet när målet varit remission!

**ÅKE THÖRNER**

Reumatologkliniken Sörmland

## Resestipendier

*För att stödja och stimulera den reumatologiska verksamheten i Sverige har Roche AB tillställt Svensk Reumatologisk Förening 4 st resestipendier, vilka förklarar lediga för ansökan för 2011.*

### Stipendiernas omfattning

Stipendierna omfattar vardera 15 000 kr för aktivt deltagande i kongress utomlands (accepterat abstract).

### Stipendiaternas kvalifikationer

Stipendierna kan sökas av SRFs medlemmar. Särskild prioritet kommer att ges till icke-seniora forskare.

### Ansökan

Stipendierna har två ansökningsperioder. Sista ansökningsdatum för period ett är 15 maj och sista ansökningsdatum för period två är 15 september. Ansökan skall ske elektroniskt till Boel Mörck via SRF-online, [www.srfonline.org](http://www.srfonline.org).

### Beslutskommitté

Kommittén kommer att bestå av SRFs vetenskapliga sekreterare, Vice ordförande och vidareutbildningsansvarig. Boel Mörck är huvudansvarig.

*Vid frågor gällande stipendierna, välkomna att kontakta Magnus Karlsson på Roche AB, telefon 08-726 12 00, för ytterligare information. Observera att det kan ta upp till två månader från beslut om stipendium till utbetalning.*



# Merete Brattström – tidig förkämpe för rehabilitering och hjälpmedel

**Ett teamomhändertagande av patienten, där läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och en kurator ingick, blev normgivande för reumatikervården från 70-talet och framåt.**

**Det var idéer som spreds från Reumatikerdispensären vid Reumatologiska kliniken i Lund.**

**Den som tog initiativ till denna verksamhet var Kåre Berglund och Merete Brattström.**

**M**ed ålderns rätt har Merete idag lämnat det kliniska arbetet. Hon tar emot i sin bostad i centrala Lund.

Hennes minne är dock kristallklart, och det är en fascinerande och spännande berättelse hon har att berätta – som handlar om hur *Reumatikerdispensären* bildades i Lund år 1968.

## Från Köpenhamn till Lund

Merete är född och uppvuxen i Danmark. Hon tog studenten mitt under brinnande världskrig i Köpenhamn år 1943. Direkt satsade den unga Merete på att läsa medicin.

– Min mor var kroniskt sjuk i MS, och jag tror att det var en bidragande orsak till att jag valde det, säger hon.

1950 gifte hon sig med Håkan Brattström och flyttade med honom till Lund. Håkan hade vid denna tidpunkt just avslutat sina medicinstudier.

Under början av 50-talet fick de sedan i tåt följd två pojkar, och mot slutet av samma decennium även en flicka.

1955 var Merete färdig med sina medicinstudier, och familjen kom till Norrköping eftersom Håkan hade bestämt sig för att gå kirurgutbildningen där.

– Han ville bli ortoped, förklarar Merete.

## Inspirerade av USA-resa

Under tiden i Norrköping, träffade Merete läkaren Pierce Butler som arbetade på den långvårdsavdelning som fanns där. Pierce berättade om hur han i London hade studerat rehabilitering av krigsinvalidier.

– När jag hörde talas om det, kände jag att detta var någonting som jag skulle vilja arbeta med, fortsätter Merete.



Merete Brattström utanför sitt hem i Lund.

Två år senare var Håkan klar med sin specialistutbildning, och familjen återkom till Lunds lasarett där Merete fortsatte att vikariera på medicinavdelningen.

– Sedan fick jag en tjänst på reumatologiska kliniken, under Gunnar Edström. Där arbetade jag åren 1959–64, då Håkan disputerade, berättar hon.

Efter detta flyttade Merete till Rehabiliteringskliniken, där hon arbetade som underläkare.

Håkan Brattström blev docent i ortopedi, och även han var intresserad av reumatologi. Ett stipendium möjliggjorde en resa till USA för både honom och Merete. Där besökte de olika rehabiliterings-, reumatologiska- och reumakirurgiska centra.

– Sista stället var Rancho Los Amigos Hospital i Los Angeles. Ett fantastiskt inspirerande ställe!

– Den resan påverkade oss båda, minns Merete.

## Reumatikerdispensären

Efter hemkomsten arbetade Merete ett år på avdelningen för fysikalisk medicin (sjukgymnastik, hydroterapi m.m.).

Kåre Berglund hade efterträtt Edström 1965 som chef för Reumatologiska kliniken i Lund.

– Kåre kom med nya idéer om sjukvård, som jag tänkte på direkt, förklarar hon.

Även Kåre var inspirerad av ett studieuppehåll i USA, närmare bestämt i Ann Arbor, Michigan.

– Han menade att man skulle ta hänsyn till patientens psykologiska och sociala situation, samt till patientens upplevda behov i samband med en svår sjukdom.

– Han ville också att man skulle fixera målen för behandlingen, och anpassa sina insatser därefter. Kåre var en föregångsfigur i det avseendet, fortsätter Merete.

– Han frågade mig om jag var intresserad av att starta en försöksverksamhet med poliklinisk rehabilitering på reumatologiska kliniken.

– Det var ett drömjobb för mig! Uppdraget det innebar stämde väl överens med de erfarenheter jag gjort i USA, och under min specialistutbildning i medicinsk rehabilitering, förtydligar hon.

Merete påpekar att det blev år av kamp mot Lasarettsdirektion och Sjukvårdsstyrelse om resurser.

– Men till sist lyckades det. Resultatet blev Reumatikerdispensären!

Året var 1968 och Merete kom att arbeta där ända fram till sin pensionering 1990.

## Statlig sjukvård

För att förstå hur banbrytande den verksamhet som Merete och hennes kollegor byggde upp var, är det nödvändigt att gå

---

## »Många patienter fick sina bostäder anpassade. En del fick hjälp att skaffa bil. – Vi kunde ordinera en tvätt- eller diskmaskin! Men det föranledde ibland kommentarer från kollegor om ”Dina dj-a sociala tvättmaskiner”... «

---

tillbaka i tiden för att se hur vården av reumatiskt sjuka bedrevs på den tiden.

– Riksförsäkringsverket (RFV) hade en sjukvårdande funktion då. De hade avdelningar på många platser i landet – en av dem låg i Norrköping, och det var där jag första gången mötte reumatiskt sjuka, berättar Merete.

Via en ansökan till RFV kunde man få två månaders vård vid en av dessa avdelningar. Vid behov kunde tiden förlängas.

– Den medicinska behandlingen på dessa avdelningar var mycket schematisk, påpekar hon.

– Patienten fick olika sorters bad tre gånger i veckan, strålades med kortvåg och mikroavåg och ibland med röntgen. Man ordinerade sjukgymnastik och man gav mediciner. Framför allt var det acetylsalicyl, guld och så småningom salazopyrin – vilket innebar ett steg framåt – som man gav patienterna.

RFV var intresserade av att patienten skulle fortsätta att vara arbetsför. Det var patienten inte om denne pensionerades. Om det skedde, blev patienten därför utesluten från RFV:s sjukvårdande verksamhet.

– Det innebar att många patienter inte ville förtidspensionera sig. Alternativen som stod till buds för pensionärer var renodlade långvårdskliniker, eller att sitta hemma och sakta gå sönder...

### Reumakirurgi

Kåre Berglund var ordförande i en utredning man tillsatt, och där drev han framgångsrikt arbetet med att förändra systemet så att *alla* kunde få komma in på en reumatologisk klinik, berättar Merete.

– RFV drog sig ur den sjukvårdande verksamheten, jag tror att det var år 1970. Men då satt vi med en mycket lång väntelista av svårt sjuka reumatiker, som hade väntat på denna nya Dispensärverksamhet.

Det här skedde under en period av ökad insikt om att patienter med reumatoid artrit och Bechterews sjukdom – som var de vanligaste diagnoserna – behövde *mer* än enbart medicinsk vård.

Reumakirurgin var på frammarsch, inspirerad av verksamheten i Finland, och

Håkan Brattström fick som fast konsult vid reumatologiska kliniken en överläkars-tjänst för att bedriva reumakirurgi.

Till en början opererade man deformerade fötter, armbågar och knän – synovektomier.

– Inom proteskirurgin kom först höfter, så småningom utökades verksamheten med knän och annat. Där gjorde man stora framsteg, minns Merete.

### Teamarbete

På Dispensären fick alla patienter träffa en läkare, dvs. Merete. Dessutom en sjukgymnast som analyserade ledfunktionen, en arbetsterapeut, som undersökte förmågan att klara dagliga livet och behovet av tekniska hjälpmedel och en kurator, som bedömde den sociala funktionen.

Samtliga åtgärder och slutsatser dessa kom fram till registrerades, och därefter satte sig alla i teamet i en grupp och diskuterade tillsammans hur man skulle hjälpa just den *här* patienten.

– Det innebar att vi så småningom lärde oss varandras yrke. Vi skapade en grupp-känsla, och vi drog gemensamt nytta av *varandras* kunskaper. Konferensen blev ett viktigt arbetsinstrument!

Arbets sättet innebar att man bröt mot många traditioner i sjukvården.

– Vi såg inte 20 patienter under en förmiddag – våra tog längre tid i anspråk. Vi såg fem eller sex patienter om dagen.

– Vårt teamarbete var dessutom mycket ovanligt vid den här tidpunkten, det fanns en etablerad hierarki i sjukvården som vi bröt med, förklarar Merete.

### Fick göra det man kunde göra

Den tidiga kontakten med kuratorn innebar att patienten kunde få ekonomisk uppbackning – deltidspension, bidrag m.m.

– Jag upptäckte att det fanns många patienter som kunde klara att arbeta deltid – och de *ville* verkligen arbeta om deras arbetsmiljö fungerade, säger Merete.

Många patienter fick sina bostäder anpassade. En del fick hjälp att skaffa bil.

– Vi kunde *ordinera* en tvätt- eller diskmaskin! Men det föranledde ibland kommentarer från kollegor om ”Dina dj-a sociala tvättmaskiner”...

Merete förklarar att hon kände sig som en pionjär – som kämpade för människor som inte varit *synliga* dessförinnan.

– Det var fantasiskt att få uppleva. Men fortfarande kom jag ju inte åt själva *sjukdomen*. Idag är ju situationen helt annorlunda, påpekar hon.

Eftersom Merete insåg att hon inte kunde förändra något rent medicinskt, fick hon i stället ägna sig åt det hon verkligen kunde göra för dessa patienter.

### Ortopediska framsteg

Men det var ändå mer än bara tvättmaskiner som Reumatikerdispensären kunde erbjuda. Ortopedin gjorde stora framsteg under dessa år.

Håkan Brattström – Meretes make – blev en av Sveriges första reumakirurger.

– Han opererade trasiga höfter, knän och satte in proteser. Han var en av de första i landet som satte in höftproteser, berättar Merete. De opererades på Ortopeden och efterbehandlades på Reumatologiska kliniken.

Under tiden fungerade ju resten av kliniken och den vanliga polikliniken, men utan teamuppbackning. De färskta fallen lades in på kliniken och bedömdes där av ortoped.

– Från början var det synovektomier – dvs. man tog bort den inflammerade ledhinnan. Det löste problemen för en del, men inte för alla. Och patienten hade ju sin sjukdom kvar. Vi kunde dessutom tidigt steloperera – men det var inte lätt att leva med stela knän.

Därför fick proteserna en enorm betydelse – inte bara för reumatiker.

– Det viktiga var dock att man upptäckte att reumatiker *kan* opereras – att de *tålde* även stora operationer, om de fick en noggrann efterbehandling. Det var en revolution, anser hon.

Visserligen behövde reumatikerna eftervård under längre tid, men det kunde de få i Lund.

– Våra sjukgymnaster fick snart bra rutin på att träna upp opererade reumapatienter.

– Den utveckling som blev resultatet av mitt samarbete med Håkan är en mycket viktig del både i mitt liv och i min karriär, ☺

sammanfattar Merete med befogad stolthet i rösten.

### Funktionsgradering

Medicinska framsteg hade också gjorts.

– Under 50-talet kom kortisonet. Det hade dramatisk effekt, men det visade sig efter några år även ha allvarliga biverkningar. Klorokin kom på 60-talet, och påverkade den inflammatoriska processen. Många patienter hade nytta av det. Vid den här tiden kom också penicillamin, men jag har ingen personlig erfarenhet av det, säger Merete.

När man startade verksamheten på Dispensären var det från början mycket tunga patienter de fick ta hand om. Många av dem var väldigt vårdkrävande.

Flera av dessa blev bättre, men det fanns inget sätt att *mäta* detta. I USA hade Merete lärt sig att funktionsgradera deras skador.

– Vi funktionsklassade alla våra patienter – på det viset visste vi *hur* tungt klientel vi hade. Det innebar också att vi kunde följa upp dem.

Graderingen innebar också att grunden lades för det som sedan skulle komma:

– Kerstin Eberhardt, som kom efter mig när jag pensionerades, följde under en lång tid – över 20 år – en kohort patienter.

### Fullständig registrering

När Reumatikerdispensären invigdes 1968 var det en försöksverksamhet som skulle pågå ett år. Därefter skulle den utvärderas.

– Därför *registrerades* allt vi gjorde med de första 285 patienterna med RA under det första året försöksverksamheten varade och lagrades som data. Vi var nog de första på Lunds lasarett som gjorde det.

– Problem, mål och åtgärder, samt hur målen uppnåddes registrerades också. De följdes sedan upp efter tre, sex och tolv månader.

Det var Kåre Berglund som personligen var mycket intresserad av datorer, och därför såg möjligheter med tekniken, berättar Merete.

Efter utvärderingen blev verksamheten permanentad, och alla i teamet fick fasta tjänster.

– Man måste även komma ihåg att det var en helt annan typ av patienter vi hade: De *kunde* ingenting om sin sjukdom, fortsätter hon.

### Patientutbildning

Därför fick Dispensären också en inriktning mot patientundervisning.

– Vi förstod att ökade kunskaper var en viktig del av anpassningen till en ny och

svår situation med kronisk ledsjukdom. Vi skapade grupper för patienterna, och gjorde ett undervisningsmaterial.

Detta utvecklades och resulterade så småningom i en bok författad av Merete: *Ledsydd och rehabilitering vid inflammatorisk ledsjukdom* som kom 1972

– Den vände sig till sjukgymnaster och arbetsterapeuter, men jag vet att även många som studerat medicin har läst den. Den var länge den enda i sitt slag, och den reviderades några år senare.



Merete har skrivit en bok om sitt liv på 219 sidor, inbunden och rikt illustrerad med fotografier. Den är bekostad av Merete själv och har tryckts i ca 400 exemplar.

### Konsult för primärvården

Det var på dessa patientutbildningar, som brukade vara 7–8 gånger per grupp, som teammedlemmerna fick lära sig mycket om patienternas problem i vardagen.

– En kvinna ville inte gå bort på middag. Det berodde på att när hon skakat hand med de andra gästerna, så hade hon sedan så ont i sin hand att det förstörde måltiden för henne...

Ett konkret resultat av denna undervisning blev två böcker, en för medlemmar i vårdteam och en för patienter: *Reumaskolan – en handbok för dig som har reumatoid artrit*, som Merete skrev tillsammans med Ylva Lindroth. Ylva disputerade sedan på patientundervisning.

Men Merete var även lärare i Nämnanden för Läkares Vidareutbildnings kurser för blivande specialister i reumatologi och rehabilitering, och hon reste runt tillsammans med en ortoped och en handkirurg och gav kurser för distriktsläkare.

– All denna kursverksamhet kunde jag genomföra tack vare att Gertrud Widell – som ville ha korta vikariat – fanns, framhåller Merete.

### Startade upp klinik i Norge

Pensioneringen 1990 satte inte stopp för den fortsatta karriären.

– Jag fick vikariat på Röda Korset som är en rehabiliteringsklinik i Stockholm. Det var väldigt roligt.

En annan spännande arbetsuppgift för Merete var att hon fick vara med och starta upp en reumatologisk enhet i Trondheim i Norge. Det var två år efter att hon gått i pension.

– Det var jätteroligt – jag red på en våg av färsk kunskaper, som jag verkligen fick användning av och jag fick möjlighet att starta något nytt. Jag fick fria händer!

Hon stannade i Trondheim i två månader.

Under 90-talet arbetade Merete dessutom som flyktingläkare.

– Det kom många asylsökande som bl.a. tillfälligt placerades på ett skepp i Malmö. Där arbetade jag som allmänläkare, det var också intressant, berättar hon.

– Så jag var aktiv ganska länge – till dess att jag var i början av 70-årsåldern, summerar Merete sin karriär.

### Släktforskning

Under slutet av 90-talet avled Meretes make Håkan Brattström. Åren dessförinnan hade några andra i hennes släkt också gått bort.

Hon berättar att hon har en granne som också miste sin maka ungefär vid samma tidpunkt. Grannen var en passionerad släktforskare. För att bearbeta sorgen och motverka depressionen började Merete också att intressera sig för ämnet. Snart upptog det all hennes aktiva tid.

Resultatet blev en bok om hennes eget liv med titeln *Vilsen dansk flicka föll för svensk student och vad som sedan hände. Minnesanteckningar av Merete Brattström*.

Boken är på 219 sidor, inbunden och rikt illustrerad med fotografier. Den är bekostad av Merete själv, och hon har låtit trycka upp den i cirka 400 exemplar. Den kan alltså *inte* köpas i handeln.

– Jag har delat ut den till gamla medarbetare, kollegor, barn och vänner, förklarar hon.

Släktforskningsintresset har resulterat i ytterligare en bok: *Stöpsleven*, som är en antavla över Meretes danska släkt.

I den jubileumsbok som SRF utgav med anledning av att föreningen fyllde 50 år 1996, har Merete tillsammans med Lars Rydgren skrivit utförligt om Reumatikerdispensären.

Där finns också ett intressant kapitel av Kåre Berglund, där han skriver om sina 47 år som reumatolog.

### Patienten i fokus

Det är omöjligt att inte bli imponerad av Merete. Hon har under hela sitt liv ytterst konkret verkat för att förbättra livskvaliteten för sina patienter, och ständigt fört deras talan – i vitt skilda sammanhang.

– Vi var dyra för landstinget. Vi blev bra på att skriva intyg, säger hon om verksamheten vid Dispensären.

Ett annat exempel är det samarbete hon hade med företaget Ergonomi Design i Stockholm (Maria Benktsson och Sven Erik Juhlin).

Det var ett företag som specialiserade sig på att ta fram hjälpmedel – ett av dessa är den berömda Gustafsbergskniven för reumatiker.

– Jag kom i kontakt med dem, och framförde mina synpunkter om hjälpmedel för patienternas händer. Företaget kom sedan på studiebesök till oss, förklarar hon.

Hon har själv idag en sådan kniv i sin kökslåda.

Ett tredje exempel är att Merete också var med om att sätta patienternas samliv på agendan.

– Via en anonym enkät, kunde vi visa att många patienter aldrig hade haft tillfälle att diskutera sexproblem med behandlande läkare. Det visade sig t.ex. att en del av patienterna var direkt rädda för att ett normalt sexliv skulle kunna skada höften som



Det är omöjligt att inte bli imponerad av Merete. Hon har under hela sitt liv ytterst konkret verkat för att förbättra livskvaliteten för sina patienter. Ett exempel är det samarbete hon hade med ett företag för att utveckla den berömda Gustafsbergskniven för reumatiker.

de fått opererad, berättar hon. Vi försökte – försiktigt – få in även detta i patientundervisningen.

### Idéer som bar frukt

Vid 85 års ålder har Merete visserligen problem med sin rygg, men är ändå fullt vi-

tal och aktiv. Det är uppenbart att hon känner en – synnerligen berättigad – stolthet över verksamheten hon var med att lägga grunden till på Reumatikerdispensären.

Men hon är också medveten om att dagens medicinska framsteg har inneburit att patienterna behöver hjälp av ett helt annat slag.

– Man kan angripa själva *sjukdomen* idag, vilket vi inte hade samma möjligheter att göra, säger Merete.

Hon beskriver sin make Håkan Brattström och Kåre Berglund som två hörnstenar i sitt liv och sin karriär.

– Men Frank Wollheim, som efterträdde Kåre, har fått uppleva en tid då behandling av sjukdomen helt har ändrat karaktär. I dag behövs andra resurser.

– Jag har även glada minnen av Gunnar Edström, som en gång anställde mig på reumatologkliniken. Han var en mycket duktig organisatör.

Merete anser att hon haft ett roligt – hon tvekar inte att använda ordet underbart – yrkesliv.

– Jag har haft förmånen att få uppleva att mina idéer har burit frukt, avslutar Merete Brattström.

PER LUNDBLAD

## Välkomna till ST-läkardagarna 2011!

**ST-läkardagarna** blir torsdagen den 5 maj från kl. 12.00 till fredagen den 6 maj kl. 14.30 på en konferensgård i Stockholms närhet.

**Ämnet** är *Folkhälsa och prevention*, ur ett både allmänt och specialitetsspecifikt perspektiv. Det allmänna kommer att ledas av socialmedicinare och det specialitetsspecifika av klinikens läkare.

**Målet** för mötet är att uppnå kunskap inom området folkhälsa och prevention i enlighet med vad som krävs i den nya ST-utbildningen.

*Den specialistkompetenta läkaren ska ha kunskap om hälsans bestämningsfaktorer och andra hälsoaspekter samt om metoder för hälsofrämjande samt skade- och sjukdomsförebyggande insatser för att i det medicinskt vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet kunna beakta denna kunskap.*

**Kostnaden** för mötet kommer i huvudsak att täckas av Svensk Reumatologisk Förening, för ST-läkare som är medlemmar. Härtill kommer en anmälningsavgift, 500 SEK, att tas ut för var och en.

En första inbjudan har skickats till ST-läkare, verksamhetschefer och regionala studierektorer i januari. Definitiv inbjudan kommer att skickas ut i slutet av februari.

Intresserade ST-läkare, som inte nåtts av en inbjudan, kan vända sig för mer information eller anmälan till annette.hjarne@karolinska.se eller bernhard.grewin@karolinska.se alternativt 070 3959840.

Cecilia Carlens      Bernhard Grewin  
Verksamhetschef      ST-studierektor  
Reumatologiska kliniken  
Karolinska Universitetssjukhuset

# Registerdagen 2011

**Årets Registerdag lockade så många som 153 deltagare.**

**Under dagen berättade man om regeringens översyn av registren, flera exempel på hur man kan använda dem för forskning gavs – och även tips hur de kan användas för att påverka politiker och beslutsfattare.**

**Här följer ett urval av det som sades.**

Staffan Lindblad och Lars Klareskog inledde med att definiera de två *olika* register som det finns en risk att man kan blanda ihop: SRR – som står för Svenska Reumatologi Register, och SRQ som är Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

– SRQ är det viktigaste. Det är det som kallades RA-registret förut, sa Staffan.

Kvalitetsregistren har fått en ökad betydelse under de senaste åren.

– Därför har regeringen gjort en översyn av dem, fortsatte han och presenterade den första talaren denna dag – Hanna Sjöberg, som är huvudsekreterare i denna översyn.

Den rapport utredaren Måns Rosén har lagt fram har titeln *Guldgruvan i hälso- och sjukvården*, och den utgör ett förslag till gemensam satsning under åren 2011–2015.

## Finns mer än 70

Utredningens förslag ska förbättra förutsättningarna för användningen av registren för tre syften, konstaterade Hanna inledningsvis.

– Det handlar om verksamhetsutveckling

– t.ex. förbättringsarbete på kliniken. Även om verksamhetsuppföljning – t.ex. via öppna jämförelser samt för forskning. Självklart ska alla förslagen i slutändan leda till en bättre vård för patienten, slog hon fast.

Uppbyggnaden av kvalitetsregister startade 1975, och det finns nu mer än 70 i Sverige.

– Idag täcker dessa 70 register mer än 25% av sjukvårdens totala kostnader – och ca 41% av kostnaderna i somatisk slutenvård. Det är väldigt bra i ett internationellt perspektiv, fortsatte hon.

Kvalitetsregister räddar liv och förbättrar livskvalitet, det finns det många exempel på.



Hanna Sjöberg

– Men det finns även mycket annat vi kan använda kvalitetsregistren till: Att stärka patientens delaktighet i vården, bedriva och utvärdera förbättringsarbete är två exempel. Frågan om vård på lika villkor har belysts med hjälp av register och vi kan med deras hjälp få igång en diskussion kring varför det ser ut som det gör, sa Hanna.

## SRF remissinstans

Hanna berättade att man bl.a. föreslår att de register som finns idag samlas till gemensamma plattformar utifrån medicinska områden och att man strukturerar journalerna på så sätt att mallar för informationsöverföring mellan journaler och register tas fram.

– Det här är ett jättejobb, så vi förslår att man tar ett par register per år, och på så sätt bygger långsiktigt, sa hon.

Sverige har en unik konkurrensfördel med register. De kan göra Sverige till ett av de ledande länderna i världen avseende kvalitetsutveckling, uppföljning och klinisk forskning, hävdade Hanna.

– Klinisk forskning leder till bättre vård för patienter i alla länder. Men då behövs en gemensam satsning från alla parter – både i pengar och engagemang, var hennes slutsats.

Utredarens förslag ligger nu ute på remiss. Regeringen och SKL ska sedan fatta beslut.

– SRF är en av de remissinstanser som ska yttra sig, och jag vill gärna ha många synpunkter. Maila därför gärna sådana till mig, avslutade Johan Bratt, SRFs ordförande.

På internet kan man ladda hem hela rapporten – gå till webbadressen [www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/90/77/3637a603.pdf](http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/90/77/3637a603.pdf) (eller skriv *Guldgruvan i hälso- och sjukvården* i Google – kanske enklare, reds anm).

## Täckningsgrad

Staffan Lindblad och Jonas Eriksson visar hur SRQ ser ut idag.

– Här kan vi se vilka behandlingar som patienterna står på, deras diagnoser – en klassiker är hur de biologiska läkemedlen används i olika län. Registret uppdateras varje dag, sa Staffan.

Allt är beroende av kvaliteten på data som rapporteras in, påpekade han.

Jonas berättade om en studie vars syfte var att uppskatta rikstäckande åldersspecifik incidens av RA i Sverige mellan 2005 och 2007, samt täckningsgraden (antalet patienter, behandlingar och resultat som förs in) av SRQ. Den sistnämnda redovisade han per län, och där låg Gotland i topp, i botten fanns Blekinge.

I diskussionen efteråt framhölls det att det är viktigt med gemensamma kriterier för diagnos, om man ska göra jämförelser i hela landet.

## Inte alltid medvetna om diagnosen

Christina Opava berättade hur SRQ kan användas som en motor för klinisk forskning. Hon redogjorde för PARA 2010-studien.

– Det huvudsakliga syftet är att utvärdera effekter av ett tvåårigt program för hälsobefrämjande fysisk aktivitet – effekter på bl.a. livskvalitet, muskelfunktion, inflammationsmolekyler, metabolism samt hur smärtupplevelsen påverkas av fysisk träning.

En vanlig reaktion från dem som kontaktas var, enligt Christina, att de svarade att ”jag har inte RA”.

– De är inte medvetna om att de har den diagnosen. Det fanns också patienter som inte vill vara med i studier, men de var inte bockade i registret, berättade hon.

En fråga de nu funderar kring är hur mycket data som man efter studien ska återföra till registret.

– Jag har inte något svar på det idag, det bör diskuteras, sa Christina.

Diskussion kom att handla om det blir en skillnad i selektionen på dem som svarar, respektive inte svarar, på enkätutskick.

– Det är de sjukaste patienterna som *inte* svarar, ansåg en deltagare.



Christina Opava

## Regionala rapporter

Ann Bengtsson från Linköpings universitetssjukhus ställde i rubriken för sitt anförande frågan om vilken nytta en verksamhetschef kan ha av SRQ. Hon inledde med att visa den egna verksamhetsberättelsen för 2010. En av



Ann Bengtsson

de punkter den innehåller är medicinska resultat.

– Med hjälp av registret kan vi visa att Östergötland rör sig uppåt – t.ex. när det handlar om hur många patienter som får behandling med biologiska läkemedel, sa Ann.

Staffan frågade församlingen om det fanns fler som använde SRQ på detta sätt i sin verksamhetsberättelse, och det var ytterligare några bland åhörarna som räckte upp handen.

Sven Tegmark rapporterade från Gävleborg, där man har problem med bemanningen. Han beskrev hur de arbetade med de resurser och den personal de har.

En del av arbetet har lagts på sjuksköterskorna. Vid ett besök hos sjuksköterska bokas aktiva patienter till läkarbesök inom två veckor, inaktiva till återbesök hos sjuksköterskan inom sex månader (för patienter med biologiska behandlingar) eller tolv månader (patienter på DMARD).

– Vi mäter kvaliteten i arbetet med SRQ, sa Sven.



Sven Tegmark

#### Patienterna registrerar själva

Han förklarade att sjuksköterskorna först var osäkra inför modellen. De befarade att patienten skulle bli besviken om denne inte fick träffa doktorn – men så har det inte blivit, enligt Sven.

– Jag började inte registrera för att leverera till Socialstyrelsen. Jag gjorde det av

logistiska skäl, och för att det ger mycket tillbaka till doktorn.

Han slog fast att det är viktigt att ta fram hur verkligheten ser ut – och se hur kvaliteten på vården är.

– Naturligtvis ur medicinsk synpunkt – men också för att kunna påverka våra chefer. Om vi *inte* har bra kvalitet måste vi ju kunna visa *det* – och därmed kunna göra något åt det!

Patientens Egen Registrering – PER – är en internetjänst där patienten själv registrerar ett antal punkter innan läkarbesöket. Carina Andrén demonstrerade hur det går till.

– Det är i dagsläget totalt 32 enheter som är igång – eller står inför att starta upp PER, sa Carina.

Anita Domargård visade nyheterna i SRR, och kunde visa att PER finns med där.

– Plattformen är flexibel, och man kan lägga in många olika saker. Men den är ändå enkel att använda, summerade Staffan.



Carina Andrén



Anita Domargård

#### Måste ha med oss patienterna

Under dagen deltog även två pediatriker – Per Lewander och Bo Magnusson. De berättade om arbetet med utvecklingen av en gemensam nationell registerplattform för kvalitetsuppföljning och forskning om

barn och ungdomar med olika sjukdomar/sjukdomsgrupper.

– Barn med kronisk sjukdom utgör merparten av patienterna inom barnsjukvården, och tar den största andelen av resurserna i anspråk, sa Per.

Bo talade om Svenska Barnreumaregistret, och gav en nulägesrapport.

– 22 kliniker har registrerat, och vi har 272 patienter fördelade på 149 besök i registret, konstaterade han.

Alla patienter med juvenil idiopatisk artrit (JIA) som står på biologiska läkemedel ska in i registret så snabbt som möjligt.

– På sikt vill vi ha in *alla* med JIA, lade han till.

Andreas Hager berättade om de juridiska aspekterna kring registren och turnerna kring Datainspektionens tillsyn av MS-registret.

– Får vi med oss patienterna, går det att göra det här på ett lagligt sätt. Vi måste också kunna redogöra för alla uttag – var tar de vägen? Vem tar ansvar för vad – som t.ex. att uppgifterna efter användning raderas, var Andreas slutsats.



Per Lewander



Bo Magnusson

PER LUNDBLAD

## Riktlinjedagen 2011

**Ungefär 80 deltagare hade anmält sig till SRFs Riktlinjedag som hölls i direkt anslutning till Registerdagen.**

Det var i Rolf Lufts aula på Karolinska Sjukhuset Solna, som SRFs ordförande Johan Bratt kunde hälsa dem alla välkomna på fredagsmorgonen den 28 januari.

– Det är roligt att se att så många är här. Det är rekord! Vi har även rekordmånga arbetsgrupper, som ska redovisa hur de tänkt, här idag, sa Johan.

#### Arbete i ett års cykel

Den snabba utvecklingen av läkemedel gör att det behövs en revision och uppdä-



Johan Bratt presenterar arbetsgruppen för läkemedels säkerhetsfrågor.

tering varje år. Därför arbetar SRF med att ta fram årliga riktlinjer.

Riktlinjerna bygger på evidens, och när sådan saknas på konsensus.

Det är en ständigt pågående process, som både börjar och avslutas vid SRFs Vår-möte. Det är där som arbetsgruppens förslag slutligen antas och verifieras. När så skett, blir riktlinjerna officiellt antagna av SRF.

Samtidigt *startar* också arbetet med att uppdatera dem till *nästa* år.

Först kommer ett förslag på dessa uppdateringar som initialt granskas och diskuteras av Professorskollegiet, samt valda personer och SRFs styrelse.

Resultatet av dessa diskussioner mynnar ut i ett förslag från arbetsgruppen, som sedan presenterar sitt förslag på Riktlinjedagen. Här kan alla deltagare vara med och diskutera och ge sina synpunkter på formuleringar och innehåll.



80 anmälda deltagare var rekord för Riktlinjedagen.

### Från en arbetsgrupp till fem

Det är alltså ingenting som *beslutas* under denna dag. I stället är den att betrakta som ett steg i förankringsprocessen.

Efter det att förslaget har diskuterats på Riktlinjedagen, sker en ytterligare omarbetning och beredning i respektive arbetsgrupp för beslut i SRFs styrelse.

Därefter lägger styrelsen fram förslaget på Vår-mötet, där beslut tas. Efteråt publiceras riktlinjerna på SRFs hemsida.

– Alla kan hela tiden under arbetets gång komma med synpunkter via mail till personerna i arbetsgruppen, förklarar Carl Turesson, vetenskaplig sekreterare i SRF.

Efter beslutet på Vår-mötet startar hela processen om från början. Då startar arbetsgruppen sitt arbete med *kommande* års revidering/uppdatering.

– Så om man inte får gehör för sina åsikter detta år, har man alltid möjlighet att komma tillbaka, påpekar Carl.

Arbetet inleddes år 2000, då man tog fram riktlinjer för behandling av RA. Eftersom man insåg att man ville ha en årlig uppdatering av dessa, inleddes den här processen och en ny arbetsgrupp utsågs.

– Det arbetet har sedan dess svällt – idag finns det fem olika grupper, säger Carl.

### Evidensgraderade enligt GRADE

Lennart Jacobsson inledde dagen med att presentera förslaget till uppdatering av riktlinjerna för spondylartriter.

– Syftet med dem är att skapa en enhetlig strategi vid användandet av sjukdomsmodifierande behandling – och bidra till en likartad behandling över hela landet. Dessutom ska de fungera som stöd för

enskilda reumatologer och enheter, samt vara ett stöd i prioriteringsdiskussioner, sa Lennart.

Nytt för i år är att de är evidensgraderade enligt GRADE-systemet.

– Socialstyrelsen använder det i sitt riktlinjearbete, och det är det systemet vi har att hålla oss till, konstaterade han.

– Inflammatorisk aktivitet vid AS – hur ska vi ställa oss till prediktion av respons med CRP, MRI och andra biomarkörer? Det finns inte så mycket publicerat, löd en av de frågor han ville diskutera med deltagarna.

### Diskussion

En kort genomgång av de nya biologiska läkemedlen – Golimumab, Abatacept och Ustekinumab, gavs också av Lennart.

– Vi behöver veta var dessa befinner sig i godkännandeprocessen, riktlinjerna skulle behöva kompletteras med den informationen, ansåg en deltagare.

Lennart påpekade också att arbetsgruppen inte graderar rekommendationerna – endast evidensen. Det finns ju andra aspekter som också kan vägas in – t.ex. hälsoekonomiska sådana.

– Men en stark evidens innebär ju också en stark rekommendation, påpekade han.

Det blev en lång diskussion efter Lennarts presentation.

### Ytterligare arbetsgrupper

Därmed var modellen för hur dagen skulle gå till etablerad. I princip följdes hela tiden detta upplägg – först en presentation och kommentarer, och sedan lång diskussion.

Deltagarnas synpunkter noterades av arbetsgrupperna, och de beaktas inför den slutliga skrivningen.

Under dagen presenterades förslag från respektive arbetsgrupp till nya riktlinjer för RA, kardiovaskulära sjukdomar vid kronisk inflammatorisk sjukdom och osteoporos.

Arbetsgruppen för läkemedels säkerhetsfrågor presenterade sitt förslag för skrivingar, med särskilda sådana för graviditet, TB-screening och vaccination.

### Nationella riktlinjer

Sista programpunkten under dagen handlade om Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Man har genomfört ett antal möten runt om i landet om dessa, och Agneta Uddhammar berättade om dem.

– Det har varit en serie kunskapsseminarier för beslutsfattare – politiker, tjänstemän och verksamhetschefer, förklarade hon.

Det fanns deltagare som varit med på dessa regionala seminarier, och de berättade kort om hur diskussionerna förts.

Johan Bratt avslutade med att påpeka att debatten under dagen kommer att tas i beaktande när SRF centralt kommer att ta ställning till arbetsgruppernas förslag.

– Vi tar gärna emot synpunkter på mail, påminde han ånyo om.

Därmed var 2011 års Riktlinjedag till ända.

PER LUNDBLAD

# Minnesord – Julio Goobar (1930–2011)

## Framstående kliniker och kunskapsförmedlare

**J**ulio Goobar föddes och växte upp i Córdoba i norra Argentina. Efter läkarutbildning vid universitetet i Córdoba genomgick han 1956 en särskild ämbetsexamen i infektionssjukdomar och reumatologi. Som många andra unga, kreativa och entusiastiska nyexaminerade ville Julio se sig om i världen och vidga sina vyer. Denna nyfikenhet förde honom ända till Sverige, där han 1957 tjänstgjorde på Karolinska sjukhusets reumatologiklinik under Börje Olhagen och Nanna Svartz. Denna vistelse efterföljdes av flerårig utbildning vid universitetet i Memphis, Tennessee, USA.

Året i Sverige satte uppenbarligen spår, för 1963 kom han åter och tjänstgjorde i flera år på Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås och Saltsjöbadens sjukhus utanför Stockholm. Under denna period fick han både svensk läkarlegitimation och svensk specialistbehörighet i reumatologi. Den 1 oktober 1978 utnämndes han till överläkare och styresman för Östersunds

reumatikersjukhus (ÖRS). Under hans ledning blomstrade ÖRS och blev också ett erkänt utbildningscenter inte bara för blivande reumatologer utan också i efterutbildningssammanhang. Det är så vår generation minns Julio och ÖRS. Under hela 1980-talet anordnades här eller i Vålådalen under Julios ledning en mängd exklusiva efterutbildningskurser och NLV-kurser. Här fick vi unga, tack vare Julios internationella kontaktnät, möta och inspireras av en mängd celebriteter från världens alla hörn.

Julio var en ypperlig och mångkunnig kliniker. Vid besöken i Östersund demonstrerade han gärna lärorika och intressanta fall. Han hade djupa specialkunskaper inom många udda områden, vilket inte minst kom till pass vid de ”Diagnosis of the day”-tävlingar som var regel vid de internationella kongresserna på 1980-talet. Julio tillhörde de regelbundna vinnarna. Julios alla förtjänster och insatser för svensk reumatologi gjorde att han



Julio Goobar. Foto 1968, Reumatolog-symposium, Lissabon, Portugal.

2006 utsågs till hedersledamot i Svensk Reumatologisk Förening.

Julio har nu lämnat oss och vi sörjer med hans anhöriga. Minnet av en varmhjärtad och synnerligen kompetent kliniker lever dock kvar.

IDO LEDEN OCH BENGT LINDELL



## Välkommen till SRFs Vårmöte i Göteborg 13–15 april 2011 på Medicinarberget

**Årets tema är:**

Inflammation, ben och bindväv – ett triangeldrama på spåret

**Frågor och anmälan:**

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

**Varmt välkommen!**

Boel Mörck, Verksamhetschef Reumatologi Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Vice ordförande SRF

Hans Carlsten, Professor Reumatologi Sahlgrenska Universitetssjukhuset



# ANNONS

# Antimalaria år 2011

## Moderna aspekter på ett gammalt läkemedel

### Historik

Kinabarkträdet växer vilt på Andernas sluttningar, framförallt i det nuvarande Peru. Det tillhör släktet cinchona som sorterar under familjen rubiaceae (mårväxter). Det kan bli upp till 40 meter högt, bladen är evigt gröna och blommorna violetta, påminnande om syrérnas (se bild 1).



Bild 1. Kinabarkträd. Frimärket (SG 377) utgavs 1970 i Ruanda till 150-årsjubileet av kininets renframställning.

Då de spanska conquistadorerna på 1530-talet erövrade Syd- och Mellanamerika lärde de känna att extrakt från kinabarkträdet kunde bota frossa (malaria). Denna kunskap spreds snart till Europa där efterfrågan på kinabark snabbt ökade liksom priset. Kvantitet och kvalitet på de sändningar som kom till den gamla världen var dock mycket växlande. Dels till följd av svårigheter att hitta och avverka tillräcklig

mängd i de otillgängliga urskogarna, dels på grund av att mindre nogräknade leverantörer skickade helt verkningslös bark från andra växter. Sannolikt var det dock inte alltid bedrägeri som låg bakom en sändning överksam bark utan också okunighet. Det finns ett flertal cinchona-arter. Många är svåra att särskilja och endast en del innehåller verksam substans.

**ÅR 1820 LYCKADES DE** franska farmakologerna P.J. Pelletier och J.B. Caventou (bild 2) isolera den aktiva substansen, som de kallade kinin. Därmed skapades möjlighet att kvalitetskontrollera sändningar av kinabark och samtidigt lades grunden för en ny vetenskap, kinologin. Kinabarken benämndes och klassades efter färgen på barkens insida. Den Gula kinan, även kallad Kungskina eller Calisayakina, var den med högst kvalitet/kininhalt.

Under 1700- och 1800-talet användes kinabark och kininberedningar inte bara mot malaria utan också som ett medel mot diverse feber- och värktillstånd. Kinin ansågs också allmänt roburerande och användes i ett flertal olika "stärkande" elixir, t.ex. kinavin. En rest av denna tids synsätt och smakprioriteringar är det kinin som än idag tillsätts i tonic water.

Efterfrågan på kinabark ökade stadigt i Europa under hela 1800-talet och 1900-talets första hälft. Från barken isolerades och utvanns ett flertal olika kininderivat med medicinsk verkan inte bara mot malaria utan också med effekt på ett fler-

tal sjukdomstillstånd, där antiarytmiska egenskaper är ett sådant exempel.

**UNDER ANDRA VÄRLDSKRIGET** var västmakternas behov av kinin mot malaria mycket stort. Sålunda har det beräknats att enbart den brittiska krigsmakten behövde ca 1000 ton per år till sina stridande enheter. Tillgången till råvara skars abrupt av när japanerna 1942 ockuperade Java. Amerikanska och brittiska krigsmakten inkallade omgående en grupp forskare med uppdrag att syntetisera rent kemiska ersättningsmedel. Gruppen fick i princip obegränsade ekonomiska medel och bara ett år senare hade såväl klorokin som primakin framställts (bild 3). Ett intressant exempel på vad som går att åstadkomma när kreativa forskare tillförsäkras goda ekonomiska förutsättningar. Mepakrin är ett annat kininderivat som fick stor användning som malariaproylax. Det ger ofta gulfärgning av hud och sklera, vilket skönlitterärt skildrats i flera böcker från denna tid, bland annat av Hemingway.

### Antimalariamedel som antireumatika

Som redan nämnts användes ofta kininderivat under 17- och 1800-talet som ett ospecificerat antireumatikum. Antimalariapreparatens moderna historia i reumatologins tjänst kan anses ta sin början 1894 då J.S. Payne publicerar en rapport om de positiva effekterna av kininbehandling vid lupus erythematosus (LE). Han diskuterar differentialdiagnosen mot lupus



Bild 2. Pelletier and Caventou tillsammans med strukturformeln för kinin på ett frimärke utgivet i Frankrike (SG 1870) till 150-årsjubileet av kininets renframställning.



Bild 3. Frimärke (SG 1051) utgivet i Kuba 1962 som stöd för kampanj för bekämpning av malaria. Kinabarkträd är avbildat tillsammans med de kemiska formelerna för klorokin och primakin. Bägge innehåller en så kallad fem-amino-kinolin-ring. Det är bara antimalariapreparat med en sådan ringstruktur som också är verksamma som antireumatika.

vulgaris (hudtuberkulos) och nämner ett flertal karakteristika för det förstnämnda tillståndet: fjärilsexanthem, spikskofjäll, obetydlig ärrbildning, försämring vid sol-exposition och avsaknad av jätteceller vid histologisk undersökning samt att det framförallt är kvinnor i åldern 20–50 år som drabbas. Idén att pröva kinin fick han då det blev känt att stora doser kinin kunde ge blekhet som bedömdes vara anemiskt betingad. Ett sådant preparat borde kunna avhjälpa exanthemet vid LE då detta ansågs orsakat av hyperemi (blodfyllnad). Han förskrev kininsulfat i doser om 10-15-30 grains per dag med gott resultat. Enstaka ytterligare rapporter av samma slag följde under 1900-talets början, men tycks inte ha fått någon större spridning.

**EN LANDSMAN TILL HONOM**, Francis Page, verkar vara ovetande om dessa publikationer då han 1951 i en fallrapport publicerar sina erfarenheter av mepakrinbehandling. Sammanlagt behandlades 18 patienter. De flesta hade kronisk discoid lupus (DLE), en akut SLE och några DLE och reumatoid artrit (RA). Flertalet förbättrades såväl i hud som leder av 300 mg/dag. Detta gavs tills huden började gulfärgas. Då sänktes dosen till 100 mg/dag. Pages rapport efterföljdes av ett flertal kontrollerade studier där effekt på framförallt ledinflammationen vid RA påvisades. Särskilt gällde detta om klorokin användes. Detta preparat kan också ge pigmentering av hud och slemhinnor, men med annan färgton, som går i skiffer/gråsvart, (se bild 4a & 4b). Pigmenteringen av gontak anses vara specifik.

**LÄNGE ANVÄNDES KLOROKINFOSFAT** som ett förstahandsmedel vid RA och var näst efter NSAID basen i den ”klassiska behandlingspyramiden”. Vid psoriasisartrit skulle preparatet undvikas då rapporter om försämrad hud hos flera patienter förelåg. Biverkningar från ögonen i form av inlagringar i näthinnan med nedsatt färgseende och i värsta fall försämrat visus på grund av ”bull’s eye”, som kunde ses vid ögonspjuling, gjorde att regelbundna ögonkontroller föreskrevs. Med denna regim var klorokin en säker behandling i många år, men den bromsade inte den destruktiva RA-sjukdomen på ett effektivt sätt. När det stod klart att methotrexate var effektivare förändrades behandlingstraditionen och antimalariamedlen fick en mera undanskymd plats. Ungefär samtidigt, på 1990 talet, stod det klart att hydroxyklorokin, Plaquenil, var långt mindre ögontoxiskt. Svensk Reu-



Bild 4a & 4b. Klorokinpigmenteringar på underbenet hos man med mångårig (≥ 10 år) klorokinbehandling som även gav benmärgspåverkan. Gompigmentering av detta slag anses specifikt för klorokin. Foto: Ido Leden.

matologisk Förening och Ögonläkarföreningen samlade evidensen och slopade i koncensus de regelbundna ögonkontroller-na förutsatt att Plaquenil användes.

**ATT ANTIMALARIABEHANDLINGEN** kunde ha fin effekt vid SLE konstaterades, som beskrivits ovan, redan 1894. Denna kunskap gick förlorad men levde kvar lokalt i exempelvis Rumänien, där dessa mediciner användes mot SLE redan på 1930-talet. Återupptäckten 1951, som också beskrivits ovan, ledde till ökad allmän användning vid SLE, dock mest för mildare symtom som artrit, tendinit och hudutslag. Man konstaterade att känsligheten för skov utlöst av solljus minskade om patienten behandlades med antimalariapreparat, samtidigt som å andra sidan läkemedelsorsakade fototoxiska utslag också finns väl dokumenterade. Det blev tidigt tradition att använda hydroxyklorokin vid SLE varför ögonproblemen aldrig blivit något stort problem vid denna diagnos. Länge beskrevs preparaten som potentiellt fosterskadande, främst avseende utvecklingen av hörseln, men detta har med samlad modern evidens kunnat motbevisas och preparaten anses nu helt säkra även under graviditet.

**INTRESSANT ÄR ATT NOTERA** att tillsammans med kortison har antimalariamedlen fram till idag varit de enda läkemedlen som har SLE som godkänd indikation! Hydroxyklorokins betydelse i behandlingsarsenalen vid SLE har successivt vuxit de senaste tio åren. Parallellt med nya kunskaper från en rad kliniska studier så har kunskapen om verkningsmekanismen ökat. Länge angavs som enda troliga mekanism lysosomstabilisering och stabilisering av DNA-spiralen. Nu vet vi att preparaten också har en direkt hämmande verkan på flera toll like-receptorer, som har en cen-

tral roll både vid malaria och för de störda apoptosmekanismerna vid SLE, vilket har patogenetisk betydelse. Intressant är att hydroxyklorokin till exempel hämmar toll like-receptor 9 och då minskar aktiveringen av plasmacytoida dendritceller och därmed produktionen av interferon-alfa. Interferon-alfa-profilen är ju ett typiskt signum för SLE. Den kliniska kunskapen om effekt kom alltså över hundra år innan någon förstod mekanismen.

**I DAGSLÄGET ANSES** att i praktiken alla patienter med SLE-diagnos bör förses med hydroxyklorokin livet ut om de kan tolerera preparatet. Naturligtvis finns patienter som får biverkningar eller har sådana syn- eller hörselnedsättningar att det blir svårt att använda medicinen. För de som tål preparatet finns dock många potentiella vinster och evidensen idag omfattar en rad olika aspekter av SLE-sjukdomen. Det är klart belagt att antimalariamedel reducerar aktiviteten i SLE-sjukdomen, men evidensen är hittills svagare vid svåra skov och njurinflammation. Det finns också stark evidens för att hydroxyklorokin förlänger överlevnaden vid SLE. Mekanismen bakom denna iakttagelse har diskuterats och förmodats ha samband med en uppbromsning av den snabba aterosklerosen som föreligger vid SLE. Det finns en moderat evidens för att blodfett-snivåerna påverkas gynnsamt av hydroxyklorokin och att trombosrisken minskar, men evidensen för en faktisk minskning av aterosklerosen är fortfarande låg. Organiska mätt med SLICC-ACR skadeindex blir lägre hos hydroxyklorokinbehandlade SLE-patienter än hos SLE-patienter utan denna behandling. Däremot finns ingen evidens för bättre bentäthet vid behandling, något som framförts som en hypotetisk möjlighet.

**SAMMANFATTNINGSVIS** har en gammal beprövad medicinering utan känd verkningsmekanism fått en klar renässans. Den kliniska erfarenheten har kunnat bekräftas med nya välgjorda studier och samtidigt har spännande aspekter på verkningsmekanismen, som väl anknyter till immunologisk frontlinjeforskning, gjort att ett billigt "gammalt" läkemedel nu glidit fram som standardterapi vid en mångfacetterad reumatisk systemsjukdom. Faktum är att evidensbasen idag är mycket solid för hydroxyklorokin, långt överlägsen den hittills bristande evidens som finns för olika potentiellt intressanta biologiska läkemedel vid SLE.

### Referenser:

- Bruce-Chwatt LJ. Cinchona and its alkaloids: 350 years. N Y state J Med 1988; 318-22.
- Leden I. Kinabark – en historisk återblick. Sydsv med hist sällsk årsbok 1980; 17: 80-93.
- Leden I. Antimalarial drugs – 350 years. Scand J Rheumatol 1981; 10: 307-12.
- Page F. Treatment of Lupus Erythematosus with Mepacrine. Lancet 1951; ii (oct 27): 755-8.
- Payne JF. A post-graduate lecture on Lupus Erythematosus. Clin J 1894; 4: 223-9.
- Rolleston H. History of cinchona and its therapeutics. Ann Med Hist 1931; 3: 261-70.
- Ruiz-Irastorza G, Ramos-Casals M, Brito-Zeron P et al. Clinical efficacy and side effects of antimalarials in systemic lupus erythematosus: a systematic review. Ann Rheum Dis 2010; 69:20-8.

### Rapportörer:

**IDO LEDEN** (ido.leden@telia.com)  
**OLA NIVED & GUNNAR STURFELT**

## Inbjudan till Cutting Edge Rheumatology symposiet 2011

Välkommen till årets upplaga av Cutting Edge-symposiet i  
**Lund torsdagen den 1 september 2011 (OBS torsdag!)**  
Målsättningen är som tidigare att bjuda deltagarna på nyheter från såväl laboratorium som klinik inom olika områden av intresse för såväl kliniker som grundforskare. Programmet håller på att färdigställas och kommer att innehålla bidrag som handlar om t.ex. "The relevance of epigenetics for rheumatology" och "New approaches to target disease mechanisms in RA".

Symposiet äger rum i Universitetssjukhusets aula.

Deltagandet är kostnadsfritt.

Resa och uppehälle täckes av deltagarna själva.

Sponsorer är Kåre Berglunds och Rune Grubbs föreläsningssonder och Abbott Scandinavia AB.

Bindande anmälan senast **den 31 juli**, definitivt program och anmälningsblankett publiceras i Reumabulletinen nummer 2, 2011, men det går bra att anmäla sig redan nu per e-post [tore.saxne@med.lu.se](mailto:tore.saxne@med.lu.se) eller [lotte.hojgard@morse.nu](mailto:lotte.hojgard@morse.nu). Ange då speciella kostönskemål samt om du deltagar i den avslutande kvällsbuffén.

Vi hälsar alla hjärtligt välkomna till Lund den 1 september 2011!

*Dick Heinegård   Tore Saxne   Frank Wollheim*

## SRF:s STYRELSE 2011



### Johan Bratt

#### Ordförande

Reumatologiska kliniken  
D2:01  
Karolinska Universitetssjukhuset  
171 76 Stockholm  
Tel 08-585 818 48  
[johan.bratt@karolinska.se](mailto:johan.bratt@karolinska.se)



### Boel Mörck

#### Vice ordförande

Reumatologiska kliniken  
SU/Sahlgrenska  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 10 00  
[boel.morck@vgregation.se](mailto:boel.morck@vgregation.se)



### Per Salomonsson

#### Facklig sekreterare

Reumatologiska kliniken  
Universitetssjukhuset  
701 85 Örebro  
Tel 019-602 19 23  
[per.salomonsson@orebroll.se](mailto:per.salomonsson@orebroll.se)



### Britt-Marie Nyhäll-Wählin

#### Kassör

Kliniken för reumatologi  
Falun lasarett  
791 82 Falun  
Tel 023-49 27 22  
[britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se](mailto:britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se)



### Carl Turesson

#### Vetenskaplig sekreterare

Reumatologiska kliniken Malmö–Lund  
Universitetssjukhuset MAS  
205 02 Malmö  
Tel 040-33 24 19  
[Carl.turesson@mayo.edu](mailto:Carl.turesson@mayo.edu)



### Åsa Reckner Olsson

#### Utbildningsansvarig

Länkliniken för reumatologi, HMC  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping  
Tel 010-1038709  
[Asa.Reckner.Olsson@lio.se](mailto:Asa.Reckner.Olsson@lio.se)



### Johan Karlsson

#### Ledamot, representant för läkare under utbildning

Reumatologiklinik Lund-Malmö  
Skånes Universitetssjukhus, Lund  
221 85 Lund  
046-17 16 17  
[johan.karlsson@med.lu.se](mailto:johan.karlsson@med.lu.se)

## Role of environmental toxins in chronic experimental arthritis – in search of anti-inflammatory pathways for ethanol and nicotine

Sofia Silfverswärd Lindblad

Department of Rheumatology and Inflammation Research,  
The Sahlgrenska Academy at Göteborg University, Guldhedsgatan 10A, 413 46 Göteborg, Sweden  
Disputation: Fredagen den 10 december 2010  
Fakultetsopponent: Patrick Venables, Kennedy Institute, Imperial College, London, Storbritannien

Rheumatoid arthritis (RA) is a common systemic autoimmune disorder and a debilitating disease affecting 1% of the world population. The etiology of RA is an unresolved issue. Environmental factors such as alcohol intake and cigarette smoke have been described as contributing to the pathogenesis of RA. These assumptions are based on epidemiological studies, while experimental proof on this issue is limited. This thesis studies the effect of common environmental toxins on experimental arthritis induced by collagen type II (collagen-induced arthritis, CIA), an established murine model closely resembling human RA. We propose biological mechanisms behind the anti-inflammatory properties of environmental stimuli such as ethanol and nicotine, and provide new insights into the pathogenesis of RA.

Paper I shows that a continuous intake of ethanol delays the onset and halts the

progression of CIA in mice. This anti-arthritis effect is mediated by increased testosterone secretion leading to (i) decreased activation of transcription factor NF- $\kappa$ B, (ii) down-regulation of pro-inflammatory cyto- and chemokines and (iii) down-regulation of leukocyte migration into the joints.

Paper II studies the effect of cigarette smoking and nicotine exposure in CIA mice. Results show that mice exposed to cigarette smoke develop a significantly milder arthritis with reduced destruction of joints. Nicotine-exposed mice show a tendency to decreased inflammation. Notably, exposure to cigarette smoke reduces antigen response and decreases the level of CII-specific antibodies.

Paper III handles intervention with ethanol-sensitive glutamate receptors. CIA mice subjected to the NMDA receptor antagonist memantine show signifi-

cantly decreased severity of arthritis and reduced destructive disease. We show that memantine up-regulates transcription factor Foxp3 and enhances formation of CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>Foxp3<sup>+</sup> regulatory T cells, which may be a potential reason for the anti-arthritis properties of the NMDA receptor blockade.

In conclusion, our results provide new insights into the anti-inflammatory properties of environmental toxins such as ethanol and nicotine, as well as of blockade of the ethanol-sensitive NMDA receptor. Our findings from experimental studies need further validation in the population of RA patients.

**Key words:** rheumatoid arthritis, collagen-induced arthritis, ethanol, testosterone, NF- $\kappa$ B, cigarette smoking, nicotine, NMDA, CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>Foxp3<sup>+</sup> regulatory T cells

ISBN 978-91-628-8194-8

## Cardiovascular Comorbidity in Rheumatoid Arthritis

Marie Holmqvist

Karolinska Institutet, Institutet för miljömedicin  
Disputation: Fredagen den 19 november, 2010,  
Huvudhandledare: Docent i epidemiologi Johan Askling, Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Enheten för klinisk epidemiologi  
Fakultetsopponent: Professor i reumatologi Alan Silman, University of Manchester, School of translational medicine

This thesis is based on four different studies, all focusing on co-morbidities in rheumatoid arthritis. Diabetes mellitus is assessed as a risk factor for rheumatoid arthritis, the temporal relationship between ischemic heart disease and rheumatoid arthritis, and the extent of coronary stenosis in rheumatoid arthritis, is studied. The rationale for this is that patients with rheumatoid arthritis suffer an increased risk of ischemic heart disease that cannot be explained by traditional risk factors for cardiovascular disease but is hypothesized to be related to rheumatoid arthritis specific factors, that patients with rheumatoid ar-

thritis have been reported to have a more severe atherosclerosis and that autoimmunity seem to aggregate.

First, we studied diabetes mellitus and its relationship to rheumatoid arthritis using a population-based case-control study of rheumatoid arthritis. 1,419 patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis and 1,674 age-, sex-, and residential area- matched controls were compared with respect to having diabetes mellitus prior to study inclusion. After validating self-reported information, 20 cases and 5 controls were classified as having type 1 diabetes mellitus and 42

cases and 46 controls as having type 2 diabetes mellitus. This study demonstrated that having type 1 diabetes mellitus conferred a seven-fold increased risk of developing a specific subset of rheumatoid arthritis defined by the presence of anti-citrullinated protein antibodies. This association depended to some extent on a genetic variant known to be involved in the pathogenesis of both type 1 diabetes and rheumatoid arthritis.

We then studied the temporal relationship between ischemic heart disease and rheumatoid arthritis in two population-based cohorts of patients with rheuma-

toid arthritis and age-, sex-, and residential area-matched controls from the general population. The occurrence of ischemic heart disease before first symptom of rheumatoid arthritis (controls were given the same date as their matched case) in two population-based cohorts of rheumatoid arthritis ( $n_{\text{cohort 1}}=8,454$ ,  $n_{\text{cohort 2}}=2,025$ ) was compared to the occurrence of ischemic heart disease among controls ( $n_{\text{cohort 1}}=42,267$ ,  $n_{\text{cohort 2}}=2,760$ ) and revealed that having a history of ischemic heart disease before onset of first symptom of rheumatoid arthritis was as common among cases as controls; approximately 6% of cases and 6% of controls in cohort 1 had experienced an ischemic heart disease before first symptom of rheumatoid arthritis. After excluding those who had

had any ischemic heart disease at diagnosis of rheumatoid arthritis, we followed cohort 1 over time and found that there indeed was an increased risk of ischemic heart disease in patients with rheumatoid arthritis ( $n=7,469$ ) compared with the general population ( $n=37,024$ ) and that this increased risk was apparent and manifest already within a few years following rheumatoid arthritis diagnosis. Among individuals included in cohort 1 who underwent angiography with indication acute coronary syndrome ( $n_{\text{rheumatoid arthritis}}=168$ ,  $n_{\text{comparators}}=534$ ) we found that although the development of ischemic heart disease was much more rapid in patients with rheumatoid arthritis, the extent of coronary stenosis was not related to rheumatoid arthritis.

In summary, these results indicate that type 1 diabetes mellitus increases the risk of developing a specific type of rheumatoid arthritis defined by a specific autoantibody, that the risk of ischemic heart disease in rheumatoid arthritis goes from not being elevated to 60% increased compared to the general population within a few years following diagnosis of rheumatoid arthritis, and that the extent of coronary stenosis in rheumatoid arthritis with acute coronary syndromes is very similar to that in controls with the same clinical symptoms of acute coronary syndrome. The rapid increase in risk of ischemic heart disease could be related to factors associated with rheumatoid arthritis.

ISBN 978-91-7457-091-5

## Gastrointestinal Manifestations and Pathophysiological Mechanisms in Systemic Sclerosis

**Karin Franck-Larsson**

Department of Medical Sciences, Akademiska sjukhuset, Uppsala University, SE-75185 Uppsala  
Disputation: Onsdagen den 9 juni, 2010

Systemic sclerosis (SSc) is a rare systemic, autoimmune disease characterized by vascular changes and fibrosis of the skin and internal organs.

Patients with SSc more frequently than healthy controls reported upper gastrointestinal (GI) symptoms, which was more abundant in the diffuse cutaneous form (dcSSc) of the disease than in the limited (lcSSc). One-third of a population-based cohort of 79 SSc patients reported faecal incontinence, compared to 11% in 158 healthy matched controls ( $p<0.001$ ), and this symptom negatively influenced general well-being and social life. Impaired rectal sensibility, rectal bleeding, irritable bowel syndrome-like symptoms, abdominal pain, the need for manual assistance at defecation, and the use of oral laxatives were more common in patients than in controls. SSc patients reported lower scores in both physical and mental scales of the SF-36 questionnaire than controls, indicating worse health-related quality of life.

Gastric emptying was slower in patients than in controls, and a higher prevalence of delayed gastric emptying in patients with dcSSc indicated more se-

vere GI tract involvement than in lcSSc. Electrogastrographic recordings did not correlate to gastric emptying results, indicating factors other than defective myoelectric signals contributed to disturbed gastric function.

SSc patients with faecal incontinence had lower anal squeeze pressures than patients without this symptom. Only patients with faecal incontinence had ultrasonographic abnormalities in the internal and external anal sphincters, and absence of the rectoanal inhibitory reflex. Thus, faecal incontinence in SSc patients may depend on both neurogenic and structural mechanisms. A discrete increase in fibre density observed in a majority of SSc patients might have implications from a disease mechanistic perspective.

Sera from 47% of 70 SSc patients had the capacity to induce interferon (IFN)- $\alpha$ , production which correlated to the presence of anti-RNP and anti-SSA autoantibodies. Increased serum levels of IFN-inducible protein were associated with vascular manifestations, and increased serum levels of IFN- $\alpha$  with digital ulcers. Increased serum levels of monocyte chemoattractant protein-1 or IFN- $\alpha$  were associated

with lung fibrosis. An activated type I IFN system previously observed in several other systemic autoimmune diseases is also present in SSc and may contribute to vascular pathology and the pro-fibrotic process.

ISSN 1651-6206

ISBN 978-91-554-7823-0

### Nya medlemmar i SRF

#### Ordinarie:

Anna Ighe, Linköping  
Iliia Qirjazo, Linköping  
Evy Björnehall, Umeå  
Evangelos Lolis, Karlstad

#### Associerade:

Jennifer Pieper, Stockholm  
Malin Regardt, Stockholm  
Li Bian, Göteborg  
Johanna Sandling, Uppsala  
Peter Larsson, Varberg  
Maria Pihl, Sollentuna  
Helena Edvinsson, Sollentuna  
Stefan Tillman, Sollentuna  
Rikard Ekberg, Sollentuna

# REU-KALENDERN 2011



17–18 mars 2011	<b>Immunologi – vidareutbildningskurs för specialister</b> emma_wichman@merck.com	Göteborg
24 mars 2011	<b>Temadag: Nya strategier för det onda skelettet</b>	Stockholm
24 mars 2011	<b>Dagens Medicins Reumadag</b> Anmälan: <a href="http://www.dagensmedicin.se/seminarium">www.dagensmedicin.se/seminarium</a>	
31 mars–1 april 2011	<b>SLE – modern behandling, diagnostik och utredning</b> henrik.karlen@ucb.com	Göteborg
13–15 april 2011	<b>SRFs Vårmöte</b> boel.morck@vgregion.se	Göteborg
5–6 maj 2011	<b>Nationella ST-läkardagar i reumatologi</b> bernhard.grewin@karolinska.se	Stockholm
12–13 maj 2011	<b>Spondylartrit med fokus på inflammatorisk rygg</b> jenny.ahlquist@abbott.com	Steningevik, Märsta
25–28 maj 2011	<b>EULAR</b> <a href="http://www.eular.org">www.eular.org</a>	London, UK
13–14 juni 2011	<b>Medicinsk ultraljudskurs för specialister</b> hassan.tamini@abbott.com	
1 september 2011	<b>Cutting Edge i Lund</b> (Obs! Torsdag!) tore.saxne@med.lu.se, lotta.hojgard@morse.nu	Lund
15–16 september 2011	<b>Immunologi – vidareutbildningskurs för specialister</b> emma_wichman@merck.com	Stockholm
19–23 september 2011	<b>SK-kurs i reumatologisk farmakoterapi</b> IPULS -nr: 2:04 <a href="http://www.ipuls.se">www.ipuls.se</a>	Lund
3–7 oktober 2011	<b>SK-kurs Inflammatoriska systemsjukdomar (B-kurs)</b> <a href="http://www.ipuls.se">www.ipuls.se</a>	Uppsala
12–14 oktober 2011	<b>Immunology update – immunologi för ST-läkare inom reumatologi</b> esbjorn.telemo@rheuma.gu.se	Göteborg
13–14 oktober 2011	<b>SRFs Höstkonferens</b> johan.bratt@karolinska.se	Stockholm
5–9 november 2011	<b>ACR</b> <a href="http://www.rheumatology.org">www.rheumatology.org</a>	Chicago, USA

Information/program/inbjudan återfinnes i Reu-kalendern på [www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)

Pottholtz funderingar  
enligt Tomas Weitoff

