



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
Ola Börjesson
ola.borjesson@karolinska.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

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1	20 januari	1 mars
Nr 2	20 april	1 juni
Nr 3	20 augusti	1 oktober
Nr 4	20 oktober	1 december

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Innehåll 2/2010

- 3 Redaktören har ordet**
- 5 Brev från ordföranden**
- 7 Brev från vetenskaplige sekreteraren**
- 9 Brev från utbildningsansvarig och yngreläkarerepresentanten**
- 11 SRFs Vårmöte i Stockholm**
- 15 Junior Faculty på Vårötet**
- 13 SRFs pris till minne av Andrzej Tarkowski**
- 18 Nytt stipendium för unga forskare stärker svensk forskning inom reumatologi**
- 20 Läkarbemanning för reumatologi 2010**
- 20 Kommentar till läkarbemanningen 2010**
- 22 Uppdatering av behandlingsriktlinjer**
- 25 Inbjudan till SRFs Höstkonferens 2010**
- 26 Länssjukvård i fokus**
- 30 Intervju med Paul Emery**
- 31 SRFs styrelse 2010 Pottholtz funderingar**
- 32 Eponymer med anknytning till reumatologi (del 5)**
- 36 Inbjudan till Cutting Edge-symposium i Lund**
- 37 Protokoll från medlemsmöte**
- 38 Aktuella avhandlingar**
- 40 Reu-kalendern**

Omslagsbild: Barnskelett från Vreta kloster daterat till 1100-talet. I ländryggen flera destruerade kotor (tuberkulös spondylit) som ger gibbusbildning. Se Eponymer, sidan 32.

ANNONS

Redaktören har ordet

Välkommen till nr 2/2010 av *ReumaBulletinen*. När det gäller *ReumaBulletinen*'s innehåll så skall det spegla SRF:s viktigaste frågor. Styrelsen kommer alltså att peka ut de viktigaste frågor man driver och redaktionen skall klä dessa i text och journalistik.

På ett möte i juni 2010 kommer vi att konkretisera detta.

Föreliggande nummer innehåller reportage från vårmötet, en mångfald av vetenskapliga pristagare presenteras. Vi är glada över flera nya pris vilka har det gemensamt att de riktar sig till junior faculty-generationen, dvs. de forskare som skall stå för generationsväxlingen i svensk akademisk reumatologi. Vidare presenteras

läkarbemanningen runt om i Sverige, daterad 1 mars 2010, med kommentarer. Värt att notera är att antalet ST-läkare på länsjukhus visar på en klar ökning under de senaste fem åren. Länssjukvårdens charm och problem speglas i flera artiklar och i ett nytt dokument från styrelsen. Ido Leden står för ett antal historiska sidor per nummer – artikelserien om eponymer har snart nått sitt slut. Flera avhandlingar redovisas. Styrelsens synpunkter redovisas i ledare, brev från vetenskapliga sekreteraren och brev från utbildningsansvariga. Trevlig läsning!

TOMAS BREMELL
Redaktör



»Vi är glada över flera nya pris vilka har det gemensamt att de riktar sig till junior faculty-generationen.«

Reumatikerförbundets och Pfizers gemensamma pris/stipendium för framstående reumatologisk forskning till Nanna Svartz minne 2010

Sedan 1999 delar ovanstående organisation och företag ut ett pris för framstående reumatologisk forskning som gjorts i Sverige. I första hand skall priset gå till forskning som har skett i nära samverkan med reumatikern/patienten. Priset är på 50 000 kr och kan delas mellan flera personer som samarbetat kring den prisbelönta insatsen. Priset kommer att delas ut i samband med Reumatikerförbundets årliga forskningsdag på Karolinska institutet den 17 oktober samt omnämns vid Läkarstämman Nanna Svartz-föreläsning.

Det är vår förhoppning att stipendiet kan vara en bra uppmuntran för någon/några forskare som bedriver patientnära forskning i Sverige – och att stipendiet även kan bidra till ett ökat intresse och kännedom om den reumatologiska forskningen bland sjukvårdspersonal, beslutsfattare och allmänhet.

Vi ber er därför att nominera forskare till priset. Tidigare nomineringar är inget hinder.

Vi vill ha era nomineringar senast den 20 juni!

Jan Bagge
Forskningshandläggare
E-post: jan.bagge@reumatikerforbundet.org
Tel direkt: 08 505 805 06 mobil: 0733 689 309

Pfizers stora forskningsstipendium inom reumatologi

(Ersätter det tidigare Wyethpriset)

Summa: 400 000 kr – ¼ personligt pris,
¾ forskningsstipendium

Målgrupp: Framstående klinisk forskare inom reumatologi

Sista nomineringsdag: 2010-07-02

Nominering till: Carl Turesson, vetenskaplig sekreterare, Carl.Turesson@med.lu.se

Pfizers stipendium för yngre forskare inom reumatologi

(Ersätter det tidigare Wyeths stipendium för yngre forskare inom reumatologi)

Summa: 80 000 kr – ¼ personligt pris,
¾ forskningsstipendium

Målgrupp: Specialist eller ST-läkare i reumatologi som skall disputerat inom ett år eller disputerat för mindre än 3 år sedan

Sista nomineringsdag: 2010-09-03

Nominering till: Carl Turesson, vetenskaplig sekreterare, Carl.Turesson@med.lu.se

För ytterligare information:
Se www.svenskreumatologi.se

ANNONS

All-time-high för reumatologin

När ni läser detta har Föreningens vårmöte 2010 i Stockholm redan gått av stapeln. Temat detta år "Forskningens betydelse för vården". Vi hoppas att vulkanutbrott och inställda flyg inte kommer att ha påverkat det planerade programmet i alltför hög grad. Det har varit mycket positivt att denna gång samarbeta med SveReFo och Reumatikerförbundet, och deltagarantalet kommer i år vara cirka 300 deltagare, nytt rekord!

PÅ ANNAT STÄLLE i tidningen finns resultat och kommentarer kring vår årliga läkarbemanningsenkät.

Glädjande nog kan konstateras att det skett en kraftig ökning av nya specialister under 2009. Under 2009 inlämnades 24 ansökningar om specialistbevis till Socialstyrelsen vilket är en all-time-high för reumatologin. Dock kvarstår regionala ojämlikheter med svag bemanning dels på regionsjukhusnivå i Linköping och Uppsala och dels på länssjukhusnivå bland annat i sydöstra Sverige och Sundsvall. Här kan orsakerna vara olika inom regionsjukvården resp. inom länssjukvården. Inom regionsjukvården finns många läkare som vill komma till reumatologin, men här är det ekonomiska utrymmet ett hinder. Inom länssjukvården är rekryteringen det stora problemet. SRF:s bildande av verksamhetschefsnätverk med en subenhet för länssjukhusnivå som regelbundet träffas, kan här bidra till att hitta strategier för att förbättra läget. De regionala studierektorerna har här också en viktig funktion.

DETTA NUMMER ÄGNAR en del av utrymmet specifikt åt problematiken på länssjukvårdsnivå. Bland annat publiceras den skrivelse som SRF:s styrelse har författat kring hur dubbelspecialiseringen bidrar till en ojämlig sjukvård i Sverige. Tyvärr förekommer direkta krav från medicinkliniken ute på länssjukhusen på specialisering inom internmedicin parallellt med specialiseringen till reumatolog. Detta förlänger utbildningstiden med minst två år och försvårar rekryteringen till reumatologin. Detta bidrar också till försämrade tillgång till reumatologisk expertis för våra patienter. Brevet som SRF författat är



» Inom regionsjukvården finns många läkare som vill komma till reumatologin, men här är det ekonomiska utrymmet ett hinder. «

tänkt att kunna användas av enhetschefer gentemot medicinklinikchefer, sjukhusledning, tjänstemän och politiker ute i landet för att poängtera vikten av att Socialstyrelsens specialitetsförordning respekteras. Reumatologin är sedan 2005 en enskild basspecialitet och ska därigenom jämföras med till exempel Neurologi och Infektion.

HÖSTKONFERENSEN 14–15 oktober 2010 i Stockholm kommer detta år ha som tema "Forskning och klinik i samverkan". Programmet kommer att utformas i samarbete mellan styrelsen, Professorskollegiet och Junior Faculty. Instruktioner kring anmälan och kallelser kommer att mailas till verksamhetschefer/enhetsföreträdare, professorer och regionala ST-studierektorer inom kort, men alla intresserade medlemmar i SRF är givetvis välkomna.

I STOCKHOLM PÅGÅR ett förarbete via såväl projekt som expertgrupp kring införandet av vårdval för den specialiserade öppenvården inom Reumatologin. Beslut

att införa ett sådant vårdval 2011 har tagits av den politiska majoriteten inom Stockholms Läns Landsting. Här finns anledning att känna oro kring eventuell fragmentisering av den reumatologiska öppenvården i storstockholmsregionen med risk för försämrade patientsäkerhet, bristande följsamhet till SRF:s riktlinjer och nationella kvalitetsregister, ökande läkemedelskostnader och negativa följder för forskning, utbildning och för möjligheten att genomföra kliniska läkemedelsstudier och uppföljningar. Regelverket som ska gälla för att kunna bli ackrediterad vårdgivare inom vårdvalet måste vara tydligt och tufft och kvalitetsuppföljningskraven måste vara väl genomtänkta och definierade och direkt kopplade till ett ersättningssystem som ser till det värde som skapas för patienten. Att redan under våren/hösten 2010 hinna utforma detta förefaller tidsmässigt orealistiskt.

AVSLUTNINGSVIS VILL JAG bara önska alla en härlig vår och sommar och välkomna er till årets alla spännande aktiviteter inom reumatologin.

JOHAN BRATT
Ordförande SRF

ANNONS

Hög vetenskaplig aktivitet

Den vetenskapliga aktiviteten i svensk reumatologi är fortsatt hög. I skrivande stund ligger vi just i startgroparna för det spännande Vår-mötet i Stockholm, tätt följt av den Skandinaviska Reumatologikongressen i Bergen.

Före midsommar skall många av oss medverka vid EULARs välbesökta kongress i Rom. Som vanligt finns det många och högkvalitativa svenska bidrag vid dessa internationella kongresser.

När detta skrivs har professor Lars Klarreskog från Karolinska Institutet just belönats med det Söderbergiska priset för medicinsk forskning – ett välförtjänt erkännande för långvarigt och framgångsrikt vetenskapligt arbete. Ett stort grattis till Lars!

DET ÄR INGEN TVEKAN OM att reumatologisk forskning i Sverige har både bredd och djup – med många intressanta forskningsprojekt och många doktorander fördelade över olika delar av landet. Den stora ödesfrågan för forskningens framtid på många håll är: hur ser det ut med rekryteringen av nya forskningsledare? Hur många kan ta steget vidare från disputation till en plattform som självständig forskare, och hur skapar vi resurser för strategiska samarbeten och nya innovativa projekt? Tidigare kartläggningar utförda av SRFs professorskollegium talar för att alltför många har svårigheter med att komma snabbt vidare i forskarkarriären av olika skäl. Vår slutsats är att detta är en process som bör uppmuntras och stödjas.

En viktig del i detta är de priser och stipendier som föreningen delar ut. Alla dessa fördelas på basen av vetenskaplig kvalitet och utvecklingspotential, ofta i hård konkurrens, och föregås av ett nomineringsförfarande. Det årliga forskningsstipendiet från Scandinavian Journal of Rheumatology och Scandinavian Stipend Foundation skall gå till någon som bedriver aktiv och framgångsrik forskning inom reumatologi, men ännu inte erhållit fast tjänst i form av en professur. Årets stipendium går till docent Anders Bengtsson, som tagit över som huvudansvarig för SLE-forskningen i Lund. Stort grattis, Anders!

ÄNNU VIKTIGARE ÄR KANSKE att stödja fortsatt vetenskaplig utveckling hos perso-



ner som disputerat under de allra senaste åren. Nytt för i år är att SRF i samarbete med Abbott delar ut stipendier för yngre forskare i reumatologi. Dessa är inriktade på att finansiera en forskningsmånad för en yngre forskare vid vart och ett av de sex traditionella lärosätena. Årets Abbottstipendiat är Eva Bäcklund, Ewa Berglin, Inga-Lill Engvall, Andreas Jönsson, Rille Pullerits och Christopher Sjöwall. Varma gratulationer och ett stort lycka till till dessa!

En viktig del i vårt arbete för att stärka forskningen är att lyfta fram de förebilder och starka traditioner som finns att bygga vidare på. Andrzej Tarkowskis insatser för reumatologisk och immunologisk vetenskap och framförallt koppling mellan kliniska observationer och experimentell kan knappast överskattas. För att hedra Andrzej och stödja translationell forskning delar SRF från och med i år ut ett stipendium till Andrzej Tarkowskis minne till en yngre forskare som arbetar vidare i Andrzejs anda – bland de finaste epitet som en svensk reumatologforskare kan få. Årets Tarkowskistipendiat är Rille Pullerits från Sahlgrenska Akademien – stort grattis!

Ovanstående stipendiat tog emot sina utmärkelser vid Vår-mötet – se även separata reportage i detta nummer.

SRF HAR TIDIGARE DELAT UT ett stipendium till yngre, nyligen disputerade forskare, och ett stort forskningspris till en framgångsrik senior forskare, i samarbete med Wyeth. Glädjande nog kommer detta att fortsätta, nu tillsammans med Pfizer efter företagsfusionen. Se separata annonser i detta nummer och på SRFs hemsida. Därutöver planeras ett nyinrättat stipendium

för yngre forskare i samarbete med MSD. Detta stipendium ersätter, tillsammans med andra insatser inom dermatologi och gastroenterologi, Schering-Ploughs tidigare specialitetsövergripande immunologistipendier.

Gemensamt för dessa samarbeten med läkemedelsindustrin är att det sponsrande företaget har möjlighet till insyn i processen för nominering och urval, men att stipendiater och pristagare utses av sakkunniga utan inblandning från industrirepresentanter. Det är också genomgående så att forskningen premieras utifrån sin kvalitet, utan styrning till särskilda sjukdoms- eller terapiområden. Vi tycker att det är mycket glädjande att företagen bidrar till svensk reumatologisk forskning på detta sätt!

Stipendier är naturligtvis ofta bara begränsade bidrag till de stora resurser som krävs för framgångsrik forskning – det gäller att skapa bra förutsättningar för vetenskaplig utveckling på många plan. SRFs höstkonferens 14–15/10 ägnas åt samverkan mellan forskning och klinisk verksamhet. Vi hoppas på produktiva diskussioner om detta mellan ledande personer inom svensk reumatologi.

TILL DE VIKTIGA VETENSKAPLIGA nyheterna hör också den årliga uppdateringen av föreningens evidensbaserade riktlinjer, som beskrivs i en separat artikel.

Slutligen är arbetet med förberedelserna för årets upplaga av Svenska Läkaresällskapets Riksstämman i full gång. Riksstämman äger i år rum 1–3/12 i Göteborg. Det övergripande temat är ”En jämlik vård”, och SRF bidrar med att anordna två allmänna symposier om olika aspekter på psoriasisartrit, och ett allmänt symposium om socioekonomiska faktorerens betydelse för kronisk sjukdom. Därutöver skall vi naturligtvis ha ett varierat program med förhoppningsvis många intressanta abstracts. Deadline för inskickning är 27/8. Som tidigare skickas abstract in via Svenska Läkaresällskapets hemsida – www.sls.se.

Dessförinnan önskar jag alla reumatologkollegor och forskare en skön sommar!

CARL TURESSON

Vetenskaplig sekreterare
turesson.carl@mayo.edu

ANNONS

Bröllopstider

Det blir ett kungligt bröllop den 19 juni i år, något som både rojalister och republikaner kan notera. Även om man kan fundera på det inbördes maktförhållandet hos det blivande paret kan man åtminstone konstatera att det förefaller vara ett minst sagt frivilligt förbund de ämnar ingå.

Ett äktenskap som snarare hade karaktären av tvångsäktenskap mellan ojämbördiga och åtminstone delvis ovilliga parter var när reumatologi föreslogs bli grenspecialitet till invärtesmedicin för några år sedan, ett i våra ögon lyckligt inställt bröllop vi är glada att vi slapp delta i. Emellertid kvarstår vissa problem olösta. Hur ska vi kunna öka rekryteringen till reumatologi även på länsjukhusen? Hur ska vi få dessa blivande reumatologer att genomgå ST på fem år? Hur ska sedan dessa nyblivna specialister i reumatologi huvudsakligen kunna ägna sig åt just reumatologi? Dessa tre frågor måste kunna besvaras för att även våra patienter ska kunna tillförsäkras en jämlik vård oavsett hemvist. Vi i styrelsen är väl medvetna om en del av de bakomliggande problemen, men vi tar gärna emot synpunkter och förslag från alla er andra, inte minst från ST-läkarna som berörs i stor utsträckning.

DET ÄRLIGA DIAGNOSTISKA PROVET I REUMATOLOGI som detta år hade förfärdigats av kollegorna i Linköping genomfördes under vecka 12. Vi vill återigen poängtera att det inte är en nackdel att man kan gissa vem som tillverkat provet, det är snarare charmigt att varje lärosäte får möjlighet att genom att ställa frågor visa vad man tycker att en blivande reumatolog ska kunna. Vi formar alltså tillsammans kunskapsmassan i vår egen specialitet och ser till att den blir likartad över hela landet. Detta är viktigt – ingen annan kommer att ta huvudansvar för eller ha helhetssyn på våra patienter med komplicerade reumatologiska sjukdomar.

Efter att under flera år poängterat anonymiteten och frivilligheten tar vi i år ett



försiktigt steg i andra riktningen. Orsaken är att vi upplever att utvärderingen av både skrivningen och ST-läkarnas teoretiska kunskaper kan förbättras. I år skrev hela 62 av landets 91 ST-läkare i reumatologi det diagnostiska provet. Vi är väldigt nöjda med att så många tar denna chans. De vanligaste orsakerna till att man inte skriver är inte helt förvånande saker som föräldraledighet eller annan frånvaro. Det finns även flera ST-läkare som skrivit flera gånger med gott resultat och nu snart är färdiga och därför inte känner sig motiverade, vilket är lätt att förstå. Vidare har någon nyss påbörjat ST och känner sig inte riktigt mogen, men jag tror att vi som handledare behöver entusiasmera även dessa till att skriva. Det kan bli en bra introduktion till området och ett initialt sämre resultat kan användas för att få en brant positiv kurva till nästa skrivning.

Skrivningen finns nu att beskåda under ST-fliken på hemsidan. Senare i år kommer både en utvärdering av provet och ett medelvärde för ST-läkarnas poäng att presenteras. I bägge dessa fall är vi emellertid i händerna på ST-läkarna och inte minst deras handledare. De måste rätta och gå igenom skrivningen för att kunna rapportera resultaten så att ett medelvärde kan räknas ut.

Det blir givetvis ett nytt diagnostiskt prov 2011. Datum presenteras på hemsidan – håll utkik!

EN SK-LIKNANDE KURS kommer att arrangeras i Stockholm. Ämnet är systemsjukdomar och kursen kommer att äga rum

25–28 oktober. Vi fortsätter att inventera bristområden för SK-kurser och troligen kommer det att bli fler SK-liknande kurser under 2011. Bland annat är det via Göteborg planerat en kurs i immunologi som många ST-läkare flaggat för att det behövs, mycket pga. av det är svårt att under sin ST komma med på denna kurs som också går via IPULS. Besked om vilka kurser som blir IPULS-kurser under 2011 kommer under våren. ST-läkare är varmt välkomna att höra av sig till Kajsa och Roger angående önskemål om framtida kurser.

NATIONELLA ST-DAGAR I REUMATOLOGI har efter presstopp för denna tidning arrangerats i Göteborg. Ett kort resereportage kan läsas på hemsidan. Nästa års nationella ST-läkardagar kommer att arrangeras i Stockholm. Datum presenteras på hemsidan – håll utkik! Tänk gärna på att dessa nationella ST-dagar bör prioriteras – det är inte bara ett tillfälle till utmärkt utbildning utan också ett tillfälle att hinna träffa ST-kollegor och i många fall få med sig idéer, tips och inspiration till hemkliniken gällande den egna ST-situationen och möjligheten att själv vara med och påverka denna! ST-dagarna skall inte räknas in under de ”vanliga” utbildningsdagarna utan stå för sig själva just för att man skall ha möjlighet att komma iväg!



ROGER HESSELSTRAND
Utbildningsansvarig

KAJSA ÖBERG
Yngreläkarerepresentant

ANNONS

SRFs Vårnöte 2010 i Stockholm

Det var Stockholm som stod för världskapet för SRFs Vårnöte 2010. Temat för mötet var "Forskningens betydelse för vården". Platsen var anrika Norra Latins konferenslokaler mitt i staden.

För att belysa vikten och betydelsen av reumatologins samverkan internationellt, hälsade åtta olika personer som samtliga arbetar på Reumatologi Karolinska deltagarna välkomna – på åtta olika språk!

Tre arrangörer

De introducerades dessutom för publiken med musikaliska ledtrådar om vilket land de kom från – dessa levererades av Ronald von Vollenhoven, reumatolog från Karolinska, på piano.

I sitt inledningsanförande kunde Johan Bratt, ordförande i SRF, nöjt konstatera att det var ungefär 300 personer som anmält sig till årets vårnöte, vilket var rekord.

– Dessutom är vi i år flera arrangörer – förutom SRF är det också Reumatikerförbundet och Svenskt Reuma Forum som står bakom mötet. Det tycker jag är jätteroligt, sa Johan.

Svensk reumatologisk forskning i världsklass

Därmed var det dags för den första sessionen – forskningens betydelse för vården i ett internationellt sammanhang.

– Vi måste vara i världen – se till att många kommer till oss, och att vi också åker ut, sa Lars Klareskog.

Han tillade att det var när de på Karolinska hade insett att de hade över 20 olika nationaliteter på sitt laboratorium, som de bestämde sig för den inledning som Vårnötet fick.

– Forskningen förändrar vår kliniska verksamhet mer än något annat. Reumatologi är det forskningsfält i Sverige som mest har förbättrat sin konkurrenskraft under de senaste tio åren. Den kunskap vi tar fram i Sverige används mycket ute i världen, fortsatte Lars.

Forskning utförs av individer

Biologiska läkemedel – dvs. proteiner som liknar kroppsegna molekyler – ökar

snabbt. Dessa är dyra, och en ny strategi krävs för att kunna utnyttja nya, dyra och effektiva läkemedel i sjukvården.

– Vi bör därför förbättra register, bygga ut biobanker och bygga ut nationella system för klinisk behandlingsforskning. Vi behöver undersöka verkningsmekanismer i samverkan med klinik och laboratorium.

Nationellt behövs det både små, innovativa grupper och stora regionala och nationella nätverk. För internationell samverkan ska man undersöka de möjligheter som finns inom EU.

– Svensk reumatologi har ett gott rykte. Det finns fler sätt att finansiera forskning inom EU, än vad många tror, sa Lars.

Forskning görs av individer, och Lars avslutade med att ett mål för en organisation, förening eller infrastruktur bör vara att: *"enable ordinary people to make extraordinary contributions"*.

Uttrycket hade han lånat från en indisk forskningskollega.

Nya former för prissättning av läkemedel

Den internationella utblicken fortsatte under eftermiddagen med en rapport från ett samverkansprojekt om RA med Malaysia och ett nationellt och internationellt samarbete kring myosit.

Som avslutning höll Hans Rosling ett föredrag med titeln *Vem i hela världen har rätt till medicin?*

Med hjälp av ett datorprogram som förvandlade torr statistik till insiktsfull information, vände Hans upp och ned på många gamla begrepp och förutfattade meningar. Han kunde bl.a. visa att många människor i världen idag lever som befolkningen i Sverige gjorde på 1940-, 50- eller 60-talet.

– De kämpar – precis som vi – för att få utbildning, sjukvård och ett bättre liv för sina barn, konstaterade han.

Vi har en ny situation i världen idag: Det finns medicinsk teknik, kunskap och läkemedel som är avancerade – men bara för den som har nödvändiga ekonomiska resurser.

– De enda i Sverige som lever i den – för världen – normala sjukvårdssituationen är de papperslösa invandrarna. Det är *inte* en



Hans Rosling

mänsklig rättighet att få modern behandling för sin reumatism, sa Hans.

I framtiden måste man därför sälja ny medicin till olika priser till olika befolkningsgrupper i olika delar av världen, konkluderade han.

Föreläsningen var perspektivändrande, överraskande och gav många nya insikter. Därför var den en synnerligen uppskattad avslutning på Vårnötet första dag.

De som berörs ska vara med och utforma

Efter trevligt kvällsmingel med buffé på Nobelmuseet, stod bl.a. *Brukarmedverkan i forskningen* på programmet nästa morgon.

– Ni har hört talas om patientens medverkan i vården – nu tänker jag tala om patientens medverkan i forskningen. Ordet patient har man dock bytt ut till ordet brukare, sa Christina Opava.

– Det är en ny tanke för många. Orsaken är att de som *berörs* av forskningen ska få bättre möjligheter att bidra till *utformningen* av forskningen, förklarade Christina.

Hur ska då brukarmedverkan gå till? Christina hade flera exempel.

– Som forskningsambassadörer – brukarna är ofta de bästa ambassadörerna. De kan hjälpa till med insamling av forskningsmedel, och dessutom med att sprida forskningsresultat. Man sprider det man fått reda på till sina kamrater, som i sin tur frågar när de besöker sjukvården osv. ☺

– Brukarna kan delta i professionella organ eller myndigheter. De kan bedöma anslagsansökningar – glöm inte bort att det dessutom finns en hel del organisationer för brukare som också delar ut medel. Det finns många roller, sa Christina och gav flera internationella exempel på brukarmedverkan.

Reumatiker lätta att placera

I Sverige har det dock inte funnits någon brukarmedverkan inom medicinsk forskning. Därför har Reumatikerförbundet i samverkan med Astma och Allergiförbundet tagit ett initiativ till ett projekt som pågår.

– Syftet är att förespråka och införa brukarmedverkan i medicinsk forskning, och att öka styrelsemedlemmarnas kunskap om behovet av brukarmedverkan. Men också att utbilda medlemmar till forskningspartners, berättade Christina.

För exempel på forskningsprojekt som idag har brukarmedverkan kan man gå till www.forskningspartner.se eller www.combinesweden.se på Internet.

– De brukare som ska ingå får en grupp-utbildning på tre dagar, samt en vidareutbildning en dag per år, fortsatte Christina.

Till dags dato har 50 forskningspartners – varav 19 med reumatisk sjukdom – utbildats. Christina gav sju exempel på projekt där de ingår.

– Dessa 19 har varit lätta att placera, konstaterade hon.

Kortisonets rykte oförtjänt dåligt

Ingiäld Hafström och Inga-Lill Engvall hade ett föredrag med titeln *Kortisonbehandling vid tidig RA*. Ingiäld inledde med att ge lite historik på kortison.

Efter att initialt ha använts mycket, blev biverkningarna tydliga. Detta ledde till en långvarig – och ofta ovetenskaplig – kontrovers mellan förespråkare och motståndare till kortison.

– Under 90-talet satte forskningen igång igen, och det har medfört att kortison nu kan användas på ett rationellt sätt vid tidig RA, sa Ingiäld.

Kan behandlingen hejda leddestruktion – med en låg dos (7,5 mg eller lägre var Ingiällds definition) som inte medför allvarlig biverkan?

– Den första moderna studien kom 1995, och den visade signifikant skillnad i röntgenologisk destruktion, jämfört med placebo. Den största studien tio år senare (Barfot) visar också det. Vi tycker därför det är helt klarlagt att kortison kan hejda



Dessa fem nydisputerade hade valts ut för att presentera sina doktorsavhandlingar på Vårmmötet. Fr v: Cecilia Carlens, Örjan Dahlström, Maria Lidén, Anders Gölfe och Martin Johansson.

progressen av broskdestruktion, slog Ingiäld fast.

HAQ går ner, även DAS 28, så kortison lindrar även patienternas symptom.

Strukturerat uppföljningsprogram behövs

Osteoporos är en befarad biverkan, även för dem som behandlas med låg dos av kortison, fortsatte Inga-Lill Engvall.

– I Barfot har vi kunnat konstatera försämring av bentäthet i ryggen hos patienter som står på kortison. Dock inte i höften. Främst är det postmenopausala kvinnor som drabbats, berättade hon vidare.

– Men patienter som behandlats med lågdos kortison i minst två år hade signifikant ökad fettmassa, jämfört med icke kortisonbehandlade patienter, tillade Inga-Lill.

Riskerna med behandlingen har tidigare övervärderats. Ny kunskap har medfört en mer balanserad syn, där hänsyn tas till sjukdomens aktivitet, samtidigt annan behandling med DMARD, dos och behandlingstid, summerade de båda.

– Bestämmer man sig för behandling med kortison, bör den genomföras inom ramen för ett strukturerat uppföljningsprogram – för prevention, snabb identifikation och behandling av kortisonbiverkningar, avslutade Ingiäld.

Livskvalitet för SLE-patienter

Behandlingen av Systemisk Lupus Erythematosus, SLE, liknades vid "reumatologins

u-land" av Iva Gunnarsson i sin föreläsning *SLE – vad har vi lärt oss?*

– Vid svår SLE har vi ett "unmet need", konstaterade hon.

Studier av abatacept och B-cells-hämmare såsom belimumab och rituximab pågår med varierande resultat. Möjligen kan dessa ha olika effekt på olika organmanifestationer.

SLE-patienter har sämre livskvalitet jämfört med friska – men även jämfört med andra kroniskt sjuka.

– Det vet vi efter QoL-studier. Detta tillstånd är också bestående över tid, och påverkas i mindre grad av sjukdomsaktivitet och behandling, berättade Iva.

– Därför har läkemedelsstudier på senare tid börjat studera QoL vid SLE.

Endotelet skadas

Vad vi har lärt oss om orsaker till ökad hjärt-kärlsjukdom vid SLE, stod i fokus för nästa föreläsning som gavs av Elisabet Svenungsson.

Elisabet började med en sammanfattning.

– Kardiovaskulär sjukdom vid SLE är en sen komorbiditet, och den viktigaste dödsorsaken. Det är en högre risk för kardiovaskulär sjukdom vid SLE, jämfört med RA, och den relativa riskökningen är störst för pre-menopausala kvinnor, konstaterade hon.

Elisabet fortsatte med att redogöra för riskfaktorerna för kardiovaskulärt event för SLE-patienter. Det är en kronisk inflammation i kärlväggens insida (endotel).



Elisabet Svenungsson

– Apoptos i endotelceller är ökad vid SLE. IFN-alfa orsakar minskning av "endothelial progenitor cells". En minskad syntes av "proangiogena molekyler", som VEGF m.fl. innebär en sämre reparation av skadat endotel, förklarade Elisabet.

Skräddarsydd behandling behövs

SLE-patienter har ofta höga halter av fosfolipidantikroppar.

– Ju fler man har, desto högre är risken för blodpropp, sa Elisabet.

Finns det en *genetisk* risk för kardiovaskulära event vid SLE?

– Vi har sett att de som har riskgenen STAT4, även har ökad risk för stroke. Genetiska faktorer är viktiga, men det är inte mycket studerat.

Vid SLE drabbas både hjärta och hjärna av ischemisk sjukdom – Elisabet påpekade att det alltså inte är riktigt samma som vid RA.

– Av traditionella faktorer är rökning viktigast. Jag tror att vi framgent måste skräddarsy våra behandlingar. Men det finns ett stort behov av studier inom området, summerade Elisabet.

Forskat på trötthet

Trötthet är en ofrivillig följeslagare för personer med reumatisk sjukdom, konstaterade Susanne Pettersson inledningsvis i sitt föredrag om *Trötthet vid SLE*.

– Denna trötthet beskrivs av patienterna som ett av de mest handikappade symptomen, och påverkar deras livskvalitet i hög grad, fortsatte Susanne.

Hon tillade att patienterna upplever att omgivningen gärna bagatelliserar denna trötthet. "Lite trött ibland är väl alla", får de höra.

– Det stämmer, men våra patienter är *tröttare*, förtydligade hon.



Susanne Pettersson

Susanne har forskat kring problematiken, och funnit att det inte finns någon korrelation mellan denna trötthet och hur lång tid man varit sjuk. Via intervjuer har hon kunnat konstatera att den trötthet de upplever är svår att beskriva.

– Den måste upplevas, säger de.

Kroppsliga upplevelser av trötthetskänslan är bl.a. att man har svårt att röra sig och svårt att ta in intryck, prata eller interagera med andra.

– De beskriver det som att de är avskärmade, som i en glaskupa.

Utvecklar olika strategier

För många är denna trötthet ständigt närvarande – den beskrivs som en "grej i ryggsäcken man ständigt bär på".

– Men här kan man också se en variation: Många har också oförutsägbara eller plötsliga "anfall" av trötthet, fortsatte Susanne.

– De blir också "trötta av tröttheten"!

Att leva med sjukdomsrelaterad trötthet är en balansakt som ofta leder till olika strategier man utvecklar för att hantera denna balans. Susanne delade in dessa strategier i tre kategorier.

– Antingen kan man välja att inte ge sig – att kämpa på, eller också kan man välja att begränsa sig. Den tredje strategin är att tillföra något – en energi som motverkar tröttheten. Det kan t.ex. handla om att se till att vistas mycket ute – eller träna regelbundet.

De två viktigaste faktorerna som påverkar tröttheten är den smärta de upplever – samt omgivningens förståelse för deras situation, avslutade Susanne.

Gener och omgivning samspekar

Vårmtötets sista dag inleddes med att Helena Erlandsson Harris höll ett föredrag



Helena Erlandsson Harris

med titeln *Hur uppkommer reumatiska sjukdomar?*

– Det var titeln jag fick, och det var inte en enkel fråga att svara på – så jag har bytt: *Reumatiska sjukdomar uppkommer*, inledde Helena.

Hon konstaterade att det inte finns säkra svar på *varför* reumatisk sjukdom uppkommer – men väl ett antal teorier.

– Dessa handlar om genetik, hormoner, immunfaktorer, omgivning, vävnadsskada samt tid och plats, fortsatte Helena.

Med detta som utgångspunkt, gav sig Helena ut på en exposé där hon pedagogiskt redogjorde för dessa teorier.

– Det börjar med att gener och omgivning samspekar och utvecklar ett immunsvär. Men vi ser ingen sjukdom i detta stadium!

Den subkliniska inflammationen utvecklas därefter till ett patologiskt immunsvär.

Processer innan manifesterad inflammation

Genetiska faktorer är förutsättningar för sjukdom.

– 30–50% av tvillingpar drabbas, så därför vet vi att miljön också spelar stor roll, fortsatte Helena.

Rökning vet man idag är *en* stark riskfaktor – både för RA och för SLE. Andra kända riskfaktorer är stress, hormoner och infektioner.

Man lägger idag stor vikt vid att försöka förstå de processer som sker *innan* inflammationen manifesteras.

– Det pågår alltså inte bara terapistudier, påpekade hon.

Man har konstaterat en mängd immunreaktioner – som är olika vid olika sjukdomar – men ändå är ganska likartade.

En fråga Helena ansåg vara viktig för ➤



framtiden är vad som skiljer ett "korrekt" patogeninducerat immunsvår från ett "reumatiskt" immunsvår.

Immunaktiverande farosignaler

Trauma och vävnadsdöd ger frisättning av autoantigen, som i sin tur ger frisättning av s.k. farosignaler, berättade Helena.

– Dessa farosignaler är immunaktiverande. En infektion kan leda till en aktivering av autoreaktiva T-celler.

– Beroende på vad som aktiveras, kan det resultera i reumatisk sjukdom.

Det finns även kemikalier som upplevs som farosignaler av immunförsvaret.

– Det är ämnen som vi möter i vårt dagliga liv, och som – om den genetiska bakgrunden är den rätta – kan leda till ett autoimmunt svar, sa Helena.

Inflammation *i sig* kan också leda till autoimmunitet.

– Fagocyter ger ifrån sig fria syreradikaler, och patogener blir oxiderade och dör. Det är så det *ska* fungera. Men annat i omgivningen kan också bli oxiderat, förklarade hon och tillade:

– Detta område är på stark uppgång inom forskningen.

Autoimmunitet behövs

Citrullinerade proteiner är också ett område man studerar mycket nu.

– Proteiner citrullineras när höga extracellulära Ca²⁺-nivåer föreligger. Det sker vid apoptos eller vid terminal differentiering. Apoptos sker i ökad grad när man har en inflammation, berättade Helena.

ACPA står för Anti-Citrullinerade Protein Antikroppar, och ACPA kan konstateras hos RA-patienter före sjukdomsdebut.

– Så varför har vi autoimmunitet? Jo, för att vårt immunförsvårs kapacitet skulle vara för begränsat annars. Dessutom kan autoimmuniteten läka skador, och det bidrar även till den immunologiska minnesfunktionen, avslutade Helena sin synnerligen uppskattade föreläsning.

Immunsystemet som en orkester

Vivianne Malmström berättade om biologiska läkemedel. Dessa är naturligt förekommande effektormolekyler. De består av komponenter ifrån vårt immunsystem och är mestadels antikroppar och lösliga receptorer och produceras i biologiska system, var hennes definition.

– Man kan likna immunsystemet vid en orkester. De olika instrumenten är olika effektormolekyler som t.ex. TNF, B-celler



Vivianne Malmström

och neutrofiler – dirigenten som får dessa att samspela är en CD4+T-cell, beskrev Vivianne.

Hon ansåg att det nu är en spännande tid att vara immunolog.

– Det händer så mycket, vi lär oss hela tiden tack vare våra observationer, register och kvalificerade gissningar från immunologin – för att bara ta några exempel.

Forskning leder till bättre vård

Vivianne ansåg att det är svårt att svara på frågan huruvida autoantikroppar är hönan eller ägget.

– I många fall är de detekterbara före sjukdomsdebut. Men att bevisa om de är patogena i sig – eller om de i sin tur speglar något annat – det kan vi inte idag.

Det är många olika delar av immunsystemet som bidrar till den kroniska inflammationen – men det är samma immunreaktioner som vi också behöver i det dagliga livet.

– Med hjälp av biologiska läkemedel kan vi *dämpa* det överaktiverade systemet. Specifik behandling kan bara uppnås ifall de sjukdomsutlösande reaktionerna, och de krafter som driver dem, identifieras, summerade Vivianne.

– Forskning leder alltså till bättre vård, avslutade hon.

Dessa slutord kan också utgöra en summerande sammanfattning av *hela* programmet under Vårmetet 2010.

I sitt avslutningsanförande, tackade Johan Bratt alla som kommit.

– Det var roligt med den stora uppslutningen, sa han till *Reumabulletinen* efteråt.

– Det var också kul att vi hade ett så varierande och aktuellt program, där vi kunde förena pedagogik med den allra yppersta vetenskapliga kvaliteten, tyckte Johan.

PER LUNDBLAD

Junior Faculty på Vårmmötet

Under Vårmmötet hade Junior Faculty ett seminarium som ägnades åt B-cellens betydelse för olika reumatiska sjukdomar.

– Tanken var att låta en grupp JF-medlemmar som forskar inom samma forskningsfält, få berätta om sina projekt och på så sätt belysa ämnet utifrån olika perspektiv, berättar JF:s ordförande Anna-Karin Ekwall och Gunnel Nordmark, kassör. De berättade vidare att de hoppades att detta skulle leda till nya samarbeten nationellt.

Föreläsarna kom från Linköping, Göteborg, Uppsala och Stockholm, och kliniska och prekliniska forskningspresentationer varvades. Denna blandning uppskattades vid en spontan utvärdering som skedde under slutet av seminariet.

B-cellen

– Vi diskuterade B-cellens betydelse vid RA, SLE och vaskulit. Dessutom fick vi ytterligare en dimension att knyta an till – Eva Baecklund berättade om den ökade risken att utveckla lymfom vid reumatisk sjukdom, berättar Anna-Karin för *Reumabulletinen*.

– Kunskapen om vilka olika subtyper av B-cellslymfom som förekommer vid de olika reumatiska sjukdomarna kan bidra till att öka förståelsen för patogeneser av dessa, påpekar Gunnel.

– Vi har fått lära oss om olika subpopulationer av B-celler och om viktiga steg i



Föreläsare och moderatörer vid Junior Faculty's seminarium under Vårmmötet.

B-cellens differentiering som är av betydelse för uppkomst av reumatisk sjukdom, berättar Gunnel.

– Det finns också en population av ”regulatoriska” B-celler som ökar vid remission och som därför kanske kan skydda mot sjukdom, förklarar Anna-Karin vidare.

Alla var aktiva

Mötet avslutades med positiv feedback från publiken.

Många berömde diskussionen och interaktiviteten. I det här formatet vågade

alla ställa frågor och vara aktiva i diskussionerna, vilket uppskattades.

Direkt efteråt hade JF ett styrgruppsmöte. Där drog man upp riktlinjerna för nästa års aktiviteter och sammanfattade verksamhetsberättelse och budget för det första verksamhetsåret.

PER LUNDBLAD



Scandinavian Journal of Rheumatology/
Scandinavian Research Foundations
stipendium delades under Vårmmötet ut till
Anders Bengtsson (till höger) i Lund.

SRFs pris till minne av Andrzej Tarkowski

En bild av Andrzej Tarkowski

Andrzej Tarkowski föddes i Polen den 16 augusti 1951. Till följd av det antisemitiska utbrottet tvingades hans familj lämna sitt hemland våren 1969. Drygt ett år senare – utan att kunna ett ord svenska innan han kom till Sverige – tog Andrzej studenten på Hvitfeldtska gymnasiet med toppbetyg, läste medicin vid Göteborgs Universitet, blev leg. läkare 1979 samt disputerade och erhöll pris för bästa reumatologiska avhandling i Skandinavien 1985.

Priskommittén imponerades av att arbetet bryggade över från laboratorium till klinik, dvs. vad som idag kallas translationell forskning.

Andrzej blev docent 1986 och innehade forskartjänst samt var överläkare vid både Reumatologkliniken och Immunologiska laboratoriet vid Sahlgrenska sjukhuset.

År 1996 erhöll Andrzej professuren i reumatologi vid Göteborgs Universitet. Nu vidtog uppbyggnaden av en stark forskningsmiljö. Sahlgrenska blev ett centrum för reumatologi och inflammationsforskning.

Andrzej publicerade närmare 400 vetenskapliga arbeten, handledde 30 doktorander och var även överläkare för de svårast sjuka patienterna – en unik kombination.

För sina banbrytande studier av septisk artrit erhöll Andrzej 2002 det prestigefyllda Salus Ansvars pris. År 2007 erhöll han Wyeths stora pris. Hans sista upptäckt var att alkohol dämpar ledinflammation, vilket väckte stor uppmärksamhet.

Som person var Andrzej glad, positiv och entusiasmerande. Han var barnsligt förtjust i festerna på jobbet och mycket positiv till nya medarbetare – man kunde nästan promenera in på forskningsavdelningen av misstag och komma ut som doktorand.

Tävlingsmoment sporrade honom både i forskningen och på badmintonbanan. Han arbetade hårdare än någon annan och var den alla frågade till råds.

Andrzej avled 1 juni 2008 efter 1,5 års sjukdom i en ålder av 56 år – mitt i sin gärning.

Pris instiftat av SRF

För att minnas och hedra Andrzej Tarkowskis insatser för reumatologisk och immu-



Stipendiet till Andrej Tarkowskis minne delades ut till Rille Pullerits.

nologisk vetenskap och för hans förmåga att binda samman kliniska observationer och experimentella har Svensk Reumatologisk Förening instiftat ett pris till Andrejs minne att gå till en yngre forskare som arbetar vidare i Andrejs anda att delas ut första gången på vårmötet 2010.

2010 års pristagare till Andrzej Tarkowskis minne

Rille Pullerits är den förste mottagaren av priset.

Rille är ST-läkare i reumatologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Hon kom till Sverige från Estland år 2001 som legitimerad läkare med påbörjad forskarutbildning och började arbeta på avdelningen för reumatologi- och inflammationsforskning – ett forskningslaboratorium på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

– Andrzej blev min handledare där, berättar Rille.

År 2005 disputerade hon. Ämnet var betydelsen av HMGB1 och dess receptor RAGE i patogenesen av artrit. Hon har under doktorandtiden erhållit poster- eller abstractpris i samband med Riksstämman och Skandinavisk Reumatologkongress.

– Efter disputationen började jag arbeta på reumatologiska kliniken. Det var Andrzej som övertalade mig till det, fortsätter Rille.

Initialt började hon som vikarierande underläkare. År 2006 fick Rille forskar-ST.

– Det betyder att jag forskar på halvtid under de första fyra åren, och innebär att det därför tar sju år att bli färdig specialist, förklarar hon.

Samarbete med Estland

Priset får Rille för hela sin forskning. Hon har fortsatt att studera den kroppsegna molekylen HMGB1 och dess receptor RAGE i patogenesen av både septisk och autoimmun artrit.

– Det handlar inte bara om preklinisk forskning – vi har även patientmaterial som ingår. Vi har testat löslig receptor i ledvätska och blod på patienter med RA, förklarar Rille.

Förra året inledde Rille ett samarbete med en barnreumatolog i Estland.

– Vi tittar på samma molekyler och dess betydelse för juvenil idiopatisk artrit.

Andrzej tog fram en musmodell för staphylococcus aureus artrit och studerade hur olika faktorer hos värden och bakterien bidrar till uppkomst och förlopp av septisk artrit.

– Nu ska jag använda den modellen för att studera hur HMGB1 bidrar till ledinflammationen vid septisk artrit och hur HMGB1 kan blockeras.

En annan uppgift som Rille planerar är att studera egenskaper för löslig RAGE.

– Det beror på att vi tidigare har sett att löslig RAGE också kan *orsaka* inflammation.

Uppskattad handledare

Det var blandade känslor för Rille när hon fick ta emot priset under Vårsmötet.

– Jag var ju naturligtvis väldigt glad – det är en så stor ära!

Samtidigt kunde hon inte låta bli att tänka på Andrzej när hon stod på podiet.

– Jag känner väldigt tydligt att utan honom som handledare hade jag aldrig stått här idag, sa hon till alla i salen.

– Jag vill så gärna tacka Andrzej, men det kan jag ju inte, tillade hon.

Hon förklarar för *Reumabulletinen* att detta faktum kändes så sorgligt – mitt i hennes stora glädje.

TOMAS BREMELL & PER LUNDBLAD

ANNONS

Nytt stipendium för unga forskare stärker svensk forskning inom reumatologi

Reumatologi är en specialitet inom vilken det händer väldigt mycket inom forskningen. Svensk forskning ligger i framkant och det finns stora möjligheter att utveckla denna till följd av lättillgängligheten till information i Sverige.

Den stora utmaningen ligger i att rekrytera unga, oberoende forskare. För att stärka den reumatologiska forskningen och stötta unga forskare har SRF, Svensk Reumatologisk Förening, i samarbete med Abbott instiftat ett nytt stipendium för unga nydisputerade forskare. Stipendiet delades ut under SRFs vårmöte i Stockholm den 22 april.

– När vi nu utlyser ett stipendium så gäller det att fylla det med ett behov som finns inom reumatologin. Jag funderade därför en hel del på vilka behov som var mest eftersatta inom den kliniska forskningen och hur vi skulle lägga upp stipendiet. Min slutsats är att behovet av pengar självklart finns med i periferin, men en mycket större utmaning är det faktum att många verksamheter är väldigt slimmade idag och det finns inte så mycket tid i systemet för att kunna arbeta med forskning. Det behövs alltså forskningstid och det är det vi nu ger de unga forskarna, förklarar Mikael Heimburger, reumatolog och medicinsk rådgivare på Abbott i Sverige.

Öronmärkt forskningstid

Stipendierna erhåller öronmärkt forskningstid i form av en månads betald heltidsforskning under det kommande året. Stipendiet kommer härnäst utdelas årligen till en forskare från vardera av följande lärosäten i Sverige – Göteborgs Universitet, Karolinska Institutet, Linköpings Universitet, Lunds Universitet, Umeå Universitet samt Uppsala Universitet. Det är professorerna vid respektive lärosäte som nominerar stipendierna. Kravet på de nominerade är att de är medlemmar i SRF, kliniskt verksamma inom reumatologi, har disputerat under de senaste fem åren och bedriver aktiv forskning inom området inflammatoriska sjukdomar inom reumatologi. Dessutom ska Verksamhetschefen vid kliniken skriftligen godkänna att den nominerade kommer att få tid att satsa på forskningen.

Bra antal sökande

Det nyinstiftade priset har rönt förhållandevis stort intresse och det har kommit in ett antal intressanta nomineringar som ger de ansvariga bakom priset ökad framtidstro avseende svensk reumatologisk forskning.

– Vi har fått in ett bra antal sökande. Och feedbacken vi har fått från olika håll är att de ansvariga för de olika klinikererna är väldigt positiva till detta initiativ att

skapa mer utrymme för svensk forskning, konstaterar Mikael Heimburger.

Han får medhåll av Carl Turesson, docent och överläkare vid reumatologisektionen på Skånes Universitetssjukhus och vetenskaplig sekreterare i SRF.

– Det nyinstiftade priset underlättar nyrekryteringen till svensk reumatologisk forskning. Vi är väldigt glada över samarbetet med Abbott angående detta stipendium. Särskilt positivt är att det kan tilldelas forskare vid sex olika lärosäten, påpekar Carl Turesson.

Även Johan Bratt, ordförande för Svensk Reumatologisk Förening, understryker vikten av det nyinstiftade stipendiet.

– Jag hoppas att vi med hjälp av det nyinstiftade stipendiet för unga forskare inom reumatologi kan främja en oberoende forskning runt om i Sverige, säger Johan Bratt.

Aktiva forskningsfält med stor potential

En del lärosäten har nominerat flera forskare och stipendierna har sedan utsetts av SRFs styrelse på förslag från stipendiejuryn. Juryn består av medlemmar i SRFs professorskollegium, som inte arbetar vid det aktuella lärosätet och inte har jävsförhållanden som påverkar bedömningen.

– De nominerade forskarna har varit verksamma inom olika typer av forsk-

Foto: Carl-Gustav Fabiansson



Carl Turesson



Mikael Heimburger och stipendiaten Inga-Lill Engvall.

Foto: Carl-Gustav Fabiansson



Rille Pullerits



Ewa Berglin



Christopher Sjöwall



Inga-Lill Engvall



Eva Baecklund

ning, såväl klinisk som i laboratorium. Gemensamt för dem alla har varit att de har varit verksamma inom så kallade aktiva forskningsfält och bedrivit forskning inom områden som har potential att bli internationellt framgångsrika, berättar Carl Turesson.

SRF och Abbott har även strävat efter att i första hand stödja forskare med originella projekt med god utvecklingspotential.

– De nominerade är personer som är på god väg att bli självständiga forskare. Genom att ge dem en månads forskning får de värdefull hjälp mot målet att etableras som starka, självständiga forskare i dynamiska forskningsprojekt, understryker Carl Turesson.

Stark forskningspotential

Mer än en miljon svenskar har en reumatisk sjukdom. Det finns mer än 80 olika diagnoser som angriper leder, muskler, skelett, blodkärl och inre organ. Det finns därmed många forskningsområden inom reumatologi och de svenska forskarna är mycket framgångsrika. De biologiska läkemedlen har bidragit till att öka forskningsmöjligheterna och skyndat på utvecklingen. Enligt bedömningar som gjorts av SRF och Reumatikerförbundet finns en stark forskningspotential inom

landet. Men disputerade reumatologer måste få tid för forskning så att de kan förvalta och utveckla sin kompetens och handleda nya, yngre forskare. Ett forskningsområde som Carl Turesson anser är angeläget just nu är reumatologiska sjukdomars betydelse för komorbiditeten, till exempel hjärt- kärlsjukdom.

– Det har skett stora forskningsgenombrott inom reumatologin. Avståndet mellan laboratorium och klinik har krympt. Det går lättare att omsätta forskning i klinisk vardag idag, påpekar Carl Turesson.

På Abbott är de mycket nöjda över samarbetet med SRF kring det nyinstiftade priset och de möjligheter det har inneburit att ge ett helt nytt stöd åt unga forskare.

– Reumatologin är ett dynamiskt område, där det finns stora möjligheter att göra saker som väsentligen kan förändra livet för många av dem som lider av reumatisk sjukdom. Genom att ge forskarna öronmärkta forskningstimmar finns det goda förutsättningar att bidra till goda resultat, säger Mikael Heimburger.

ANNICA HOLMBERG
i samarbete mellan SRF och Abbott

Sex stolta stipendiater

Följande forskare får årets stipendium med juryns motiveringar:

Rille Pullerits, Göteborgs Universitet
För innovativ translationell forskning med stor utvecklingspotential om sjukdomsmekanismer vid ledinflammation.

Inga-Lill Engvall, Karolinska Institutet
För engagerad och uppmärksam klinisk forskning om mekanismer bakom förändrad kroppssammansättning och leddestruktion vid kronisk ledgångsreumatism.

Christopher Sjöwall, Linköpings Univ.
För självständig och målmedveten forskning om betydelsen av faktorer som interagerar med C-reaktivt protein vid Systemisk Lupus Erythematosus.

Andreas Jönsen, Lunds Universitet
För produktivt och långsiktigt arbete med forskning om kliniskt viktiga aspekter på Systemisk Lupus Erythematosus.

Eva Baecklund, Uppsala Universitet
För målmedveten och internationellt erkänd forskning om sambandet mellan inflammatorisk reumatisk sjukdom och malignitet.

Ewa Berglin, Umeå Universitet
För noggrann och intressant forskning med väl etablerad metodik om prognostiska faktorer vid kronisk ledgångsreumatism.

Läkarbemanning för Reumatologi mars 2010

Specialistläkare	Offentlig tjänst	214 (+12)
	Privat tjänst	18 (+2)
	Totalt	232 (+14)
	Tjänstgöringsgrad	73% (+3%)
ST-läkare		91 (+2)

Inom parentes = förändring jmf. med 2009.

Behov (enligt utredningar)	Länssjukvård	1/40 000 inv ----- 225 spl
	Regionsjukvård	1/150 000 inv ----- 60 spl

Sveriges behov således 285 heltidsspecialister dvs, med 73% tjänstgöring 390 specialister.

Nu finns 232 spl varav 74 pensioneras inom 10 år = 158 kvar.

ST-utbildning idag = 91.

Utbildningskrav = 141 ST-läkare ytterligare på 10 år (utöver nuvarande 91).

Nya specialister 2000–2009 = 136 (13-18-12-18-13-11-15-12-9-24=13,6/år).

Ett annat mått på utbildningskrav skulle vara socialstyrelsecertifiering av 23,5 nya specialister/år t.o.m. år 2019.

Bemanningen är uträknad med det uppdrag vi har idag dvs. begränsat till enbart kunskaps- och bedömningsansvar vid artros eller värktillstånd.

1. Regionsjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	Totalt 126 (+5)	57 (-3)
Karolinska	40 (+2)	16
Sahlgrenska	23 (+2)	14 (-3)
Lund/Malmö (SUS)	24 (-1)	12 (-1)
Linköping (länsklin)	10 (+1)	3 (+1)
Uppsala	11	5 (+1)
Umeå (länsklin)	12	4 (+1)
Örebro	6 (+1)	3 (-2)
2. Specialsjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	Totalt 10 (-1)	2 (-1)
Spenshults Reuma-sjh	10 (-1)	2 (-1)
3. Länssjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	Totalt 66 (+9)	29 (+6)
Kristianstad	2 (-1)	1
Helsingborg	3 (+1)	3 (+1)
Blekinge	2 (+1)	1 (+1)
Växjö	2 (+1)	1 (-1)
Borås	4	2 (+2)
Skövde	4 (+1)	2 (+1)
Uddevalla	3	3 (+1)
Jönköping	5	0
Kalmar	2	3 (+2)
Danderyd	5 (+1)	1
Sörmland	4	1 (-1)
Västerås	6 (+2)	1 (-1)
Värmland	4 (+1)	1 (+1)
Falun	7	2
Gävleborg	4 (-1)	1
Östersund	2	2 (-1)
Sundsvall	3 (+1)	1 (+1)
Luleå	4	3

4. Länsdelssjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	Totalt 12 (-1)	3
Ängelholm	2	0
Trelleborg	2	0
Simrishamn	2	0
Ljungby	0 (-1)	1
Alingsås	1	0
Västervik	2	1
Visby	1	1
Örnsköldsvik	2	0
5. Privatpraktiker	Specialistläkare	ST-läkare
	Totalt 18 (+2)	0

Kommentar:

1. Flera sjukhus är länskliniker t.ex. Blekinge (Karlskrona+Karlshamn), Östergötland, Sörmland (Eskilstuna+Nyköping), Värmland (Karlstad, Arvika, Torsby), Gävleborg (Gävle, Bollnäs, Söderhamn-Hudiksvall), Västerbotten (Umeå, Lycksele, Skellefteå) varför tjänstgöring utanför det större sjukhuset kan ske. När länsdelssjukhusen integreras i länssjukhusens bemanning stämmer inte alla redovisade siffror avseende + och
2. Några enheter har specialister anställda på deltid på korta kontrakt t.ex. Spenshult och Helsingborg. Jag har räknat in de läkare som inte är anställda på annan reumatologienhet för att få en bild mars 2009.
3. Bemanningen är beräknad mars 2010.
4. Alla ST-läkare räknas in – även de som anges som "gråblock".
5. Antal privatpraktiker är svårt att beräkna eftersom dubbelarbete förekommer.
6. Tjänstgöringsgraden är svår att beräkna varför mindre förändringar icke är signifikanta.

TOMAS BREMELL

Kommentar till läkarbemanningen 2010

Kraftig ökning av nya specialister

Antalet specialister ökar med 14 under 2009. Ökningen torde framförallt bero på att ett rekordstort antal av ST-läkarna erhållit specialistbevis. Under 2009 inlämnades 24 ansökningar om specialistbevis till Socialstyrelsen vilket är ett all-time-high för vår specialitet. På grund av den långsamma hanteringen kvarstår fortfarande tre ansökningar att behandla.

Den stora ökningen av antal nya specialister beror på flera faktorer. Viktigast är kanske vår framgångsrika strid för att vara basspecialitet – avgjort med regeringsbeslutet 051220. Uppmärksamheten kring vår specialitet under den tre år långa striden innebar att vi kom i fokus på ett sätt vi inte gjort annars, vilket fungerade som ett reklamfönster för vår specialitet. Vi kunde då påvisa de enorma framstegen som skett under de senaste 20 åren och även visa på vår specialitets höga forskningsprofil. Resultatet, dvs. att vi har en egen utbildning på fem år till den enskilda basspecialiteten reumatologi, medför att utbildningen blir attraktiv även ur tidssynpunkt. Det blir lättare att kombinera forskning och föräldraskap med specialistutbildningen. Ökningen av antalet nya specialister fortsätter – under januari-mars 2010 har redan sju ansökningar om specialistkompetens i reumatologi inkommit till Socialstyrelsen.

Satsning på ST-läkare

Vad har vi bidragit med från SRF? Vårt långsiktiga fokus på ST-utbildning med två personer i styrelsen som arbetar huvudsakligen med ST-frågor har haft stor betydelse, liksom inrättandet av regionala ST-studierektorer år 2003. Styrelsens arbete med verksamhetsbeskrivning för studierektorerna och att skapa en sammanhållen studierektorsgrupp har stärkt och uppmuntrat dessa. Andra aktiviteter såsom Riks-ST-dagarna, C-kurser tidigt i utbildningen och maillista till alla ST-läkare skapar sammanhållning och nätverk bland ST-läkarna.

God tillströmning av nya ST-läkare

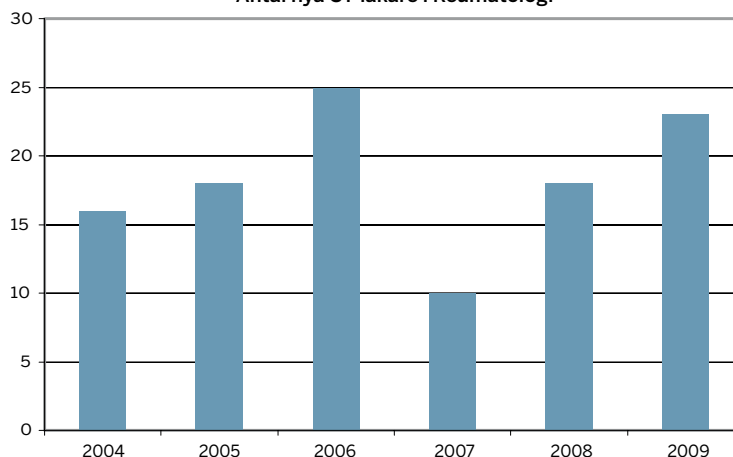
Antalet ST-läkare ökar från 89 till 91, dvs. en ökning med två. Detta kan tyckas som en blygsam ökning, men om man kommer ihåg att 21 ST-läkare erhållit specialistbevis under året säger detta att åtminstone 23 (21 läkare har som nya specialister ut-

trätt ur ST-kollektivet + ökningen med två) nya ST-läkare börjat under 2009. Om man beräknar nyrekryteringen av ST-läkare som förändringen av antal ST-läkare från föregående år plus antal nya specialistbevis under året (dvs. de som lämnat ST-skaran) får vi följande rekryterings-siffror avseende nya ST-läkare under tiden 2004–2009: 16 – 18 – 25 – 10 – 18 – 23, dvs. i genomsnitt 18 nya ST-läkare/år.

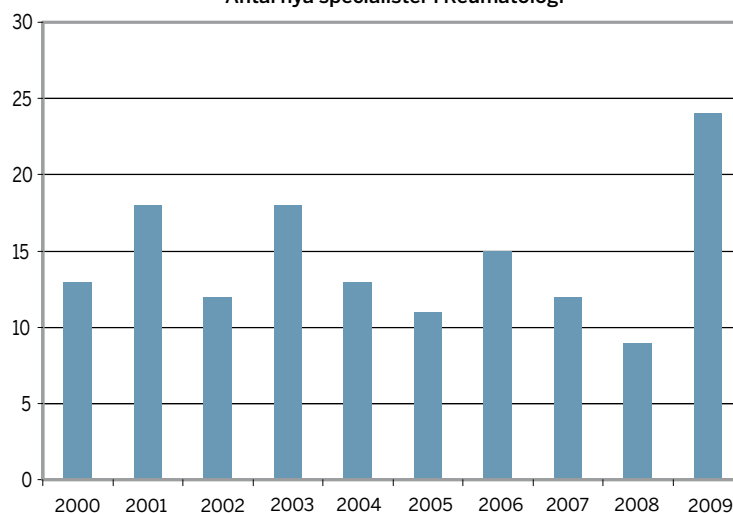
Mest på länssjukhusen!

Ser man på rekryteringen på olika sjukhusnivåer ökar antalet ST-läkare under tiden 2004–2010 på regionsjukhus från 43 till 57; på länssjukhus från 12 till 29 och på länsdelssjukhus konstant tre ST-läkare. Störst ökning såväl nominellt som procentuellt på länssjukhusen! Men det är också här som behovet är skriande stort.

Antal nya ST-läkare i Reumatologi



Antal nya specialister i Reumatologi



Svaga punkter – regionsjukhus

På regionsjukhusnivå är bemanningen tunnast i Linköping och Uppsala. Linköping med eget upptagningsområde på 440 000 innevånare (innebär behov av 11 heltidsspecialister) och ca 1 miljon innevånare i regionvårdsansvar ((innebär behov av ca 6 heltidsspec) har 10 specialister vilket omräknat till heltider blir 8,4. Man borde varit 17 heltidsspecialister.

Uppsala har ett mindre eget upptagningsområde, cirka 300 000 innevånare, motsvarande behov av 7,5 heltidsspecialister och ett regionvårdsområde på 2 miljoner innevånare (motsvarar 12,5 specialister) har idag 11 specialister – omräknat till heltider 6,75. Behovet utifrån ovan beräkningar skulle vara 20 specialister. ☺

Svaga punkter – länssjukhus

På länssjukhusnivå finns ett svagt sydöstra hörn av Sverige, framförallt Växjö och Karlskrona. Samarbete mellan dessa två och Kalmar finns och kommer att intensifieras. Sundsvall har problem genom att så liten tid kan avsättas för reumatologiarbete. Tre tjänster men i reumatologiarbete blir det endast 1,0! Möjligheten av att tänka i länssjukvårdstermer avseende reumatologi skulle kanske förbättra situationen. Örnsköldsvik (två reumatologer motsvarande 1,2 heltider) och en läkare i Sollefteå gör att totalantalet reumatologer är hyggligt men uteffekten sämre. Värmland är också ett riskområde pga. att reumatologiläkarna används för lite till reumatologi.

Regionala ojämlikheter och likheter

När man jämför de tre storstadsregionerna (med invånarantal 1,6–1,9 miljoner innevånare) dvs. Stockholm, Skåne/Södra sjukvårdregionen och Västra Götaland framkommer relativt stora skillnader i tillgång på specialister. Stockholm har en privat reumatologkår omfattande ca 12 läkare. Totalantalet specialister blir därför 57 jämfört med Södra sjukvårdsregionen 41 och Västra Götaland 35. På ST-sidan är det emellertid mer likvärdiga siffror – Stockholm 17 ST-läkare, Södra regionen 19 och Västra Götaland 21.

Starka punkter

På länssjukhussidan har Falun tätplatsen sedan många år. Under senaste året har bemanningen i Västerås förbättrats påtagligt till nuvarande sex specialister och en ST-läkare. I Västra Götaland har de tre länssjukhusen ökat antalet ST-läkare från tre till sju under senaste året! Här har den regionala finansieringen underlättat rekrytering – reumatologin slipper att konkurrera med andra specialiteter om inrättandet av ST-tjänster.

Länsklinikkonceptet blir vanligare, vilket Gävleborg (Gävle, Bollnäs, Hudiksvall) och Sörmland är exempel på. På länssjukhusnivån är det viktigt med relationen till medicinkliniken – en framgångsfaktor är att vara så oberoende som möjligt och få erkännande som den enskilda basspecialitet vi är. Det finns faktiskt fortfarande enstaka medicinklinikefer som inte tagit till sig den nya specialitetsindelningen trots att den beslutades år 2005.

Rekrytering – en huvudfråga

Fortsatt rekrytering av nya ST-läkare är synnerligen viktigt för specialitetens utveckling och fortbestånd. Vi bör beakta möjligheterna att rekrytera läkare med utländsk utbildning men även läkare med annan specialitet t.ex. intermedicinare, geriatriker eller allmänläkare som finner vår specialitet spännande. Utbildnings-

vägen blir då mycket kortare och ännu mer fokuserad på reumatologi än vanlig fulltids-ST. På universitetssjukhusen är rekrytering av ST-läkare från forsknings-sidan en allt vanligare väg som bör uppmuntras.

Sammantaget ser vi alltså många positiva siffror och dessa tycks även fortsätta under 2010. Bristerna inom länssjukvården respektive inom regionsjukvården tycks ha olika orsaker. Inom länssjukvården är rekrytering den trånga sektorn, dvs. att hitta personer som vill bli reumatologer. Inom regionsjukvården finns många som vill komma till reumatologin, men här bromsar bristen på ekonomiskt utrymme. SRF måste hitta vägar för att övertrumpa dessa svårigheter. Bildandet av verksamhetschefsnätverk med en subenhet för länsreumatologin kan bidra till att hitta sådana strategier. Studierektornas arbete i rekrytering bör också betonas. Ökade rekryteringsansträngningar bland AT-läkare är viktigt framförallt på länssjukhusen. Rekrytering är en högprioriterad aktivitet och ofta viktigare än det dagliga kliniska arbetet. En nyrekrytering kompenserar med hundrafalt det bortfall i kliniskt arbete som rekryteringsarbetet medför.

TOMAS BREMELL

Uppdatering av Behandlingsriktlinjer

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) har ånyo uppdaterat sina behandlingsriktlinjer. Uppdateringen sker årligen, och innefattar liksom i fjol separata dokument för läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit (RA), läkemedelsbehandling vid ankyloserande spondylit (AS) och psoriasisartrit (PsoA) och primärprevention avseende kardiovaskulära riskfaktorer vid inflammatorisk reumatisk sjukdom. De fullständiga riktlinjerna finns på SRFs hemsida (www.svenskreumatologi.se).

Arbetsgrupperna har som tidigare ingått Eva Baecklund, Maria Bokarewa och Carl Turesson för RA, Gerd-Marie Alenius, Nils Feltelius, Ulla Lindqvist och Lennart Jacobsson för AS/PsoA och Dan Henrohn, Helena Forslad d'Elia, Lotta Ljung, Carl Turesson, Solveig Wällberg Jonsson och Elisabet Svenungsson för kardiovaskulär prevention.

Riktlinjerna bygger som tidigare på vetenskaplig evidens, och när sådan saknas, på konsensus. Vi har en grundlig process för att revidera och förankra riktlinjerna, med möjligheter att lämna synpunkter i flera remissomgångar och diskussion på den årliga riktlinjedagen i januari. Det är meningen att de skall kunna användas som bas för enskilda läka-

res beslut, för behandlingskonferenser och för strukturerat kvalitetsarbete. Rekommendationerna har utformats för att vara ett stöd vid handläggningen av patienter med reumatisk sjukdom. Varje reumatolog ansvarar som alltid för utformningen av behandlingen av sina patienter baserat på sin egen kunskap och erfarenhet.

»En del regioner har valt att göra egna evidensgranskningar och prioriteringar, men detta är i längden inte en försvarbar hållning, vare sig ur patientens eller samhällets synpunkt.«

ARBETET MED SRFs RIKTLINJER för läkemedelsbehandling vid RA och AS/PsoA samordnas med arbetet med Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, som tar upp områden där det är angeläget med vägledning. Som ett led i den samordningen kommer vi från och med nästa år att övergå till evidensgradering enligt GRADE, vilket innebär att evidensstyrkan graderas från mycket låg till hög. I årets uppdatering används som tidigare evidensgraderingssystemet från Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Arbetsgrupperna är väl förtrogna med båda metoderna, och vår bedömning är att detta i sig inte kommer att medföra några stora förändringar i SRFs riktlinjer.

Vår förhoppning är att SRFs täta och väl förankrade uppdateringar och Socialstyrelsens riktlinjer, som skall utgöra underlag för regionala vårdprogram, bidrar till en god och jämlik vård i hela landet. En del regioner har valt att göra egna evidensgranskningar och prioriteringar, men detta är i längden inte en försvarbar hållning, vare sig ur patientens eller samhällets synpunkt.

I BEHANDLINGSRIKTLINJERNA FÖR RA finns några förtydliganden om prognostiska faktorer: det finns inte underlag för att rekommendera genotypning för olika genetiska faktorer, mätning av ben- eller broskmärkörer eller DXR-mätning för rutinbruk i nuläget. Det finns indikationer på att dessa markörer kan indikera en sämre prognos, men ytterligare forskning behövs för att klargöra om de tillför någonting utöver traditionella prognostiska faktorer.

Evidensgraden för behandling med parenteralt metotrexat hos patienter med ofullständig effekt av peroral behandling har justerats ned – det publicerade underlaget är mycket begränsat.

Bland biologiska läkemedel har det tillkommit två nya TNF-hämmare – certolizumab (1) och golimumab (2). Studier har visat god effekt på sjukdomsaktivitet och leddestruktion hos RA-patienter i olika stadier av sjukdomen. Med tanke på den mycket begränsade erfarenheten utanför kliniska prövningar rekommenderas de dock för närvarande som andrahandsalternativ efter de mer beprövade TNF-hämmarna.

På basen av nya publicerade data och växande klinisk erfarenhet har det skett vissa förändringar i formuleringarna om abatacept, rituximab och tocilizumab – dock ingenting som i sig innebär någon radikal förändring i hur vi rekommenderar behandling med dessa läkemedel. Riktlinjerna tar inte ställning mellan olika föreslagna doser och behandlingsintervall med rituximab – den optimala behandlingsregimen är ännu inte fastställd.

Vi vill lyfta fram att prognostiska faktorer alltså har stor betydelse för den rekommenderade behandlingen vid RA. Till exempel skiljer sig rekommendationerna för behandling av patienter med medelhög sjukdomsaktivitet vid diagnos och otillräcklig effekt av metotrexat beroende på prognostiska faktorer – för patienter med ogynnsam prognos rekommenderas tillägg av TNF-hämmare, medan kombinationsbehandling med traditionella läkemedel (disease modifying anti-rheumatic drugs, DMARDs) rekommenderas för andra patienter. Hos patienter med hög sjukdomsaktivitet vid diagnos och ogynnsamma prognostiska faktorer, inklusive tidiga lederosioner på röntgen, kan TNF-hämmare vara aktuella redan vid behandlingsstart. Dessa riktlinjer syftar till att prioritera behandling av patienter för vilka den kan göra som störst nytta och samtidigt motverka indikationsglidning.

JÄMFÖRT MED 2009 ÅRS rekommendationer har få förändringar gjorts för AS/PsoA. Fortfarande gäller att innan man använder TNF-hämmare vid AS med hög-inflammatorisk sjukdom bör man ha provat behandling med minst två NSAID, om möjligt lokala steroidinjektioner och vid perifer ledsjuka sulfasalazin. För PsoA med hög inflammatorisk aktivitet bör man på motsvarande sätt ha provat behandling med NSAID, lokala steroidinjektioner samt minst ett DMARD. Nyhetsmässigt har det under det gångna året publicerats klassifikationskriterier för spondylartrit med axiellt engagemang (3). Dessa möjliggör diagnos av axial spondylartrit även i frånvaro av röntgenologisk destruktion av sakroiliaklederna. Det har även publicerats ett fåtal mindre studier som tyder på att TNF-hämmare även har effekt på patienter definierade på detta sätt (4,5). Un-

derlaget är dock fortfarande för litet för att kunna ge specifika rekommendationer beträffande behandling med TNF-hämmare på denna patientgrupp eller på patienter med tidig spondylartrit.

I UPPDATERINGEN AV RIKTLINJERNA för primärprevention avseende kardiovaskulära riskfaktorer finns inga stora förändringar. Liksom tidigare finns den tydligast dokumenterade riskökningen för kardiovaskulär sjukdom hos patienter med RA och SLE, men i årets uppdatering kan vi konstatera att det finns ett visst stöd för en ökad risk även vid AS och PsoA. Riktlinjerna innefattar som tidigare regelbunden screening för riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom och intervention efter en strukturerad riskbedömning. Vår förhoppning är att tillämpningen av dessa riktlinjer skall underlättas av en ny modul för registrering av kardiovaskulära riskfaktorer i RA-registret.

**CARL TURESSON
LENNART JACOBSSON
ELISABET SVENUNGSSON**

1. Smolen J, Landewé RB, Mease P, Brzezicki J, Mason D, Luijckens K et al. Efficacy and safety of certolizumab pegol plus methotrexate in active rheumatoid arthritis: the RAPID 2 study. A randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 797-804.
2. Keystone EC, Genovese MC, Klareskog L, Hsia EC, Hall ST, Miranda PC et al. Golimumab, a human antibody to tumour necrosis factor (alpha) given by monthly subcutaneous injections, in active rheumatoid arthritis despite methotrexate therapy: the GO-FORWARD Study. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 789-96.
3. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009;68: 777-83.
4. Haibel H, Rudwaleit M, Listing J, Heldmann F, Wong R L, Kupper H, Braun J, Sieper J. Efficacy of adalimumab in the treatment of axial spondyloarthritis without radiographically defined sacroiliitis. *Arthritis Rheum* 2008;58:1981-1991
5. Barkham N, Keen HI, Coates LC, O'Connor P, Hensor E, Fraser AD et al. Clinical and imaging efficacy of infliximab in HLA-B27-Positive patients with magnetic resonance imaging-determined early sacroiliitis. *Arthritis Rheum*. 2009; 60: 946-54.

ANNONS



SRFs Höstkonferens 2010

Forskning och klinisk verksamhet i samverkan – utmaningar i svensk reumatologi

Målgrupp: Nuvarande och framtida chefer, verksamhetsförbättrare, forskare och ledare inom reumatologin.

Inbjudan mailas också till reumatologins verksamhetschefer/enhetsföreträdare, professorer och regionala ST-studierektorer men alla intresserade medlemmar i SRF är givetvis välkomna. Platsantalet är begränsat till 60 personer.

Tidpunkt: Start – torsdag 14 oktober kl. 10.00. Avslut – fredag 15 oktober kl. 14.00.

Plats: IVAs konferenscenter, Grev Turegatan 16, Östermalm, Stockholm.

Programmet är under utarbetande. Här är några preliminära punkter:

- **Reumatologi – basspecialiteten som inte är främmande för klinisk forskning.**
Vilket är framgångskonceptet för rekrytering av unga forskare? Vad kan bli bättre?
- **Forskning utan anställning på universitetsklinik – möjligheter och svårigheter.**
- **Från nydisputerad till självständig forskare.** Hur kommer man vidare med nya projekt och egna forskningsanslag? Vad kan SRF och Junior Faculty göra för att underlätta?
- **Forskningens integration i den kliniska vardagen** – patientrekrytering, resursfördelning.
- **”From bench to bedside and back again”.**
Hur skapar vi förutsättningar för translationell forskning?
- **Forskningens roll på universitetssjukhusen** – visioner för framtiden.
Inbjuden gäst – forskningschef från något av universitetssjukhusen.
- **Djup kontra bredd i forskningen** – hur balanserar vi konkurrenskraftig spetsforskning och behovet av värdefull klinisk forskning inom eftersatta områden?
- **Brukarmedverkan i forskningen** – praktiska exempel och framtidsmöjligheter.
- **Klinisk prövningsenhet för industrisponsrade och prövarinitierade studier.**
- **Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – en närmare titt på evidensen och på FoU-listan.** Hur påverkar detta vår forskningsagenda?
- **Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – prioriteringar och rekommendationer.**

Resa och hotell bekostas av deltagaren/deltagarens arbetsgivare.

Konferensen är osponsrad och bekostas av SRF.

Torsdag 14 okt planeras gemensam middag på restaurang (deltagaren betalar).

Definitiv anmälan görs till johan.bratt@karolinska.se

Anmälan senast 1 okt 2010 men anmäl er gärna tidigare (först till kvarn...).

Bekräftelse sker av anmälan.

Fokus på länsreumatologin

ReumaBulletinen fokuserar i detta nummer på länsreumatologin. Denna spelar en viktig roll i reumatikervården under ibland svåra förutsättningar. Många gånger saknas specialisläkare och ST-läkare och det finns på många sjukhus en levande motsättning mellan kraven från medicinkliniken avseende jourer och annan invärtesmedicinsk medverkan och de medicinska kraven för god vård till de reumatiska patienterna. I föreliggande block kommer Åke Thörner – enhetschef för Reumatologen i Sörmland, Tino Bracin – enhetschef för Reumatologen i Blekinge och Tomas Bremell – ordförande för sektorsrådet i reumatologi i Västra Götaland att delge oss sina erfarenheter och reflektioner. Blocket avslutas med SRF:s policyförklaring om ST-utbildning i reumatologi och kraven på dubbelspecialisering från enstaka medicinkliniker.

Reumatologi i Blekinge

I sydöstra hörnet är man inte på pendelavstånd från Universitetssjukhuset. Tillfälliga vikarier löser problemen endast för stunden. Förutom den kraftiga underbemanningen får vi pressa oss ytterligare på olika plan. Verksamheten har i stort sett polikliniserats och vi har inte någon jourverksamhet nuförtiden. Fortfarande betraktas dock reumatologi som en grenspecialitet vilket gör att den hamnar ganska perifert bland de övriga sektionerna på Medicinkliniken där ineliggande vård och jourverksamhet prioriteras. Jourarbete skapar kompensationsledighet som ytterligare tömmer sektionen på resurser. Det är svårt att skapa en bra och lockande arbetsmiljö för ST-läkare, särskilt en miljö där man vill stanna kvar.

FÖR ATT KUNNA GENOMFÖRA organisatoriska ändringar bör vi ha ett engagerande och närvarande ledarskap och helst i form av en representant ifrån hälso- och sjuk-

vårdsledningen från regionen. Någon som är aktivt deltagande i utvecklingen av reumatologi i regionen.

DET FINNS MÅNGA organisatoriska förslag som vi kan arbeta med. Till exempel:

- Skapa en regional virtuell klinik som skulle kunna dela på både resurser och kompetens samt användas som utbildningsbas för ST-läkare. Vi skulle också kunna få mer hjälp från Universitetssjukhusen (SUS, Linköping) genom att införa regionalt ST-block. Införa jourverksamhet regionalt?
- Centralisera verksamheten inom respektive län. Det skapar möjligheter att ta både ST-läkare inom invärtesmedicin och allmänmedicin för randning samt öka kvaliteten på handledningen.
- Utveckla och lyfta reumasjuksköterskans roll ytterligare genom att starta och bättre definiera sjuksköterskemottagningar.

- Komplexitet som skapas genom jourarbete inom akutverksamheten bör inte tas ut och belasta verksamheten på reumasektionen.
- Skärpta rutiner för remittering samt uppföljning av patienter via Primärvården.
- Optimera och harmonisera rehabiliteringen, åtminstone regionalt.

LANDSTINGEN I BLEKINGE OCH KRONOBERG utvecklar nu sitt samarbete inom en rad nya områden. Tyvärr råder det stor brist inom reumatologi på båda sidor. Alla talar idag om "lean" i sjukvården men det verkar inte vara "just-in-time" för reumatologi i sydöstra hörnet.

TINO BRACIN

Överläkare Reumatologienheten
Karlskrona/Blekinge

Reumatologkliniker i Länsperspektiv

Verksamhetsansvariga för länsjukvård inom reumatologi har gemensamma förutsättningar. Det var bakgrunden när vi förra året kom fram till att det kunde finnas ett behov av att mötas. Vår tanke var att skapa ett forum med regelbundna träffar och för att bygga en plattform för att stötta och lära av varandra. Utbyte av erfarenheter och egna initiativ för samarbete skulle kunna vara en fördel av detta liksom att formulera en gemensam policy. Det skulle kunna ge stöd vid samtalen med våra landstings-

ledningarna och i vissa fall med verksamhetsansvariga för regionsjukvården.

Erfarenhet av ett länsarbete har vi i Mellansverige haft genom ett mycket uppskattat årligt besöksutbyte i form av s.k. "kvadrantrevisioner". Vi granskade då ömsesidigt olika delar av våra verksamheter, t.ex. struktur och rutiner för dagvård eller slutna vård, då med deltagande av alla yrkesgrupper från reumateamen i Falun, Västerås, Örebro och Eskilstuna.

Vi samlades till ett första möte i samband med riksstämman i Stockholm i sluta-

ret av november. Deltagarna bestod av mig, Åke Thörner – Södermanlands län, Helena Hellström – Dalarna län, Milad Rizk – Västmanlands län, Annika Teleman – Hallands län och Bengt Lindell – Kalmar län. Representanter från flera andra län hade i förväg lämnat skriftliga synpunkter, men var förhindrade att närvara.

ÄMNEN SOM TOGS UPP UNDER MÖTET:

1. Reumatologkliniker: Ska vi driva linjen att det på alla länsjukhus ska inrättas en oberoende reumatologiklinik?

2. Medicinjourer: Ska vi formulera en gemensam ståndpunkt och hur vi ser på deltagandet i medicinjourer?

2. Primärvårdskonsulter: Är det kostnadseffektivt? Bör vi ha en gemensam policy i länssjukvården om det? Kan man samarbeta mellan grannlän för att täcka ett större område? Hur bör den utformas? Det ser nu mycket olika ut i landet.

3. Multicenterstudier: Nationella oberoende studier exempelvis SWEFOT, TIRA, EIRA, BARFOT såg vi som ett angeläget område att delta i inom vår verksamhet. Läkemedelsstudier initierade av industrin kan ibland vara svåra att hantera ur flera aspekter, liksom att förstå avtalstexterna utan den erfarenhet och administrativa stöd som finns vid universitetssjukhusen.

4. Medicine kandidater: Under senare år har de utlokaliseras för praktisk tjänstgöring inom länssjukvården vilket har varit positivt och bidrar till senare rekrytering av läkare. Gemensamma rutiner för detta och avtal med regionsjukhusen diskuterades.

5. Nationella vårdgarantin: Den befrädes i vissa län innebära svårigheter vid vakanssituationer och leda till konkurrens med bra uppföljning av insatt behandling eller annan klinisk verksamhet samt utbildning.

6. Rekryteringsfrågan: Det är kanske den mest avgörande frågan för vår verksamhet ur ett länsperspektiv. Länssjukvården har ett dominerande ansvar för patientomhändertagandet med i många län knappa personella resurser. Vi sköter många patienter som är väldigt nöjda. Vad vi gör och hur vi är bemannade och organiserade betyder mycket för våra patienter. Länssjukhusen behöver också bli bättre på att marknadsföra sig. Det är verkligen inte kris överallt. Om ett sjukhus däremot redan är underbemannat blir det svårare att rekrytera nya specialister och ST-läkare. Man vet att arbetsbördan blir för stor och undviker att söka. Det blir en ond cirkel. Det måste även i sådana lägen skapas en rimlig arbetssituation med tid avsatt för vidareutbildning.

En tanke kan också vara med gemensamma ST-block med regionsjukhusen liksom att några månaders tjänstgöring vid länsklirik kan ingå som en naturlig del vid tillsättning av ST-block. Det kan ge alla en möjlighet att får se en mer jordnära klinisk verklighet. En del av ST-läkarna kanske skulle inse fördelarna med länssjukvård och söka sig tillbaka i ett senare skede.

DE LÄNSSJUKHUS SOM HAR en egen reumatologklirik klarar generellt bemanningen bäst. Om reumatologi ingår som en del i en annan klirik, framför allt medicinklirik, är risken stor att resurserna äts upp av andra verksamheter och jourverksamhet. Johan Bratts nyligen formulerade policydokument är ett stort steg framåt och en markering att prioritera denna fråga. Det känns som en uppmuntran till oss verkamma i länen.

ÅKE THÖRNER

Överläkare/Verksamhetschef
Reumatologklirik Sörmland, Eskilstuna

Rekryteringsarbete till Västra Götalands länssjukhus

Samverkan

Inom Västra Götaland (VG) har vi sedan 1998 haft ett sektorsråd i reumatologi (det finns ca 25 sektorsråd representerande för olika specialiteter) som har till uppgift att vara professionens kontakt med politiker och tjänstemän i högsta sjukvårdsledning, vara remiss- och utredningsinstans men också ett samverkansorgan för reumatologin i Västra Götaland. Sektorsrådet omfattar en representant för alla reumatologenheter i Västra Götaland (SU, NU-sjukvården, SÄS, Skaraborgssjukhuset, Alingsås), barnreumatologin (Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus) och Sahlgrenska Akademin. Dessutom adjungeras regional ST-studierektor, läkemedelsansvarig, registeransvarig, representant för Halland (Spenshult) samt en representant för hälso- och sjukvårdsledningen i VG. Sektorsrådet träffas varannan månad för halvdagsmöten och är därmed aktivt deltagande i utvecklingen av reumatologin i regionen. I denna grupp har ST-utbild-

ning och rekrytering av ST-läkare till länssjukhusen varit en högt prioriterad fråga. Kanske kan liknande regional samverkan organiseras runt andra regionsjukhus.

Regional utvecklingsplan och finansiering

Efter en framstöt från Reumatikerförningarna i VG framlades en motion från (s)+(v)+(mp) år 1999 om att ojämlikheten inom Västra Götaland avseende reumatikervård skulle utredas. Utredningsuppdraget gick till sektorsrådet som föreslog en utvecklingsplan för reumatologi i VG baserad på att vården skulle centreras till de tre stora länssjukhusen och till Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU). Dessutom föreslog vi en regional finansiering av ST-tjänster på länssjukhusen, eftersom vi då lättare kunde inrätta tjänster där och inte skulle behöva konkurrera med andra specialiteter. Sektorsrådets förslag godkändes av Hälso- och sjukvårdsutskottet hösten 2001 och har för-

längts i flera omgångar t.o.m. åtminstone 2012. Man uppskattade att vi tog ett regionalt ansvar.

Redan år 2002 fick vi således möjlighet att finansiera två ST-tjänster på vardera av de tre länssjukhusen. Trots det har rekryteringen till dessa tjänster varit bitvis svår och det är egentligen först nu som vi har personer på tjänsterna fullt ut. Med regionala medel har vi hittills producerat fyra färdiga länssjukhusspecialister och har idag ytterligare sex ST-läkare på dessa medel samt därutöver en ST-läkare finansierad lokalt.

Vilka åtgärder har vi vidtagit för att stärka rekryteringen?

Jag tror att man måste se rekrytering långsiktigt och som en flerstegsprocess – att anlägga rekryteringsaspekter från första dagen på medicinstudierna till färdig specialist. Det blir då även universitetsklinikens uppgift att popularisera vår specialitet – till gagn även för länssjukhusen. ☺

»Jag tror att man måste se rekrytering långsiktigt och som en flerstegsprocess – att anlägga rekryteringsaspekter från första dagen på medicinstudierna till färdig specialist.«

Tålmod är en annan viktig ingrediens. Så vad har vi gjort beträffande allmänna rekryteringsåtgärder?

Långsiktig goodwill

- *TYK*: Under de två första åren av läkarutbildningen kommer kandidaterna i kontakt med vården genom Tidig Yrkeskontakt (TYK), dvs. grupper om fyra studenter lokaliserade på sjukhuskliniker eller vårdcentral med besök ute i vården en heldag varje månad. Reumatologi/SU har grupper på varje kurs vilket gör att vi kommer i närtkontakt med 10% av varje kurs. Vår specialitet lämpar sig väl för detta arbete där studenterna får bekanta sig med hur det är att leva med kronisk sjukdom m.m. Skulle även kunna genomföras på länssjukhus.

- *Bra klinisk undervisning*: Viktigt att vår kandidatvecka under termin 6–7 är uppskattad. Kliniken har lagt stor emphasis på kandidatutbildningen och att alla kandidater skall känna sig väl omhändertagna, få en positiv bild av reumatologi och få bra undervisning.

- *Forskningsarbetet under läkarutbildningen*: Under termin 10 gör läkarstudenterna ett eget arbete omfattande ca 2 mån. Vi har förberett projekt för dessa arbeten och ser gärna att de kommer till oss.

- *Läkarassistent/vik innan AT*: Möjligheter att tjänstgöra inom region- eller länsklinik trots att arbetsinsatsen kanske är mindre värdefull. Första vikariatet har stort inflytande på val av specialitet.

AT-läkarna

Alla AT-läkare i VG inbjuds till en reumatologidag/termin med följande innehåll: Dag 1 – basal immunologi+RA; Dag 2 – reumatiska systemsjukdomar och vasculiter; dag 3 – akuta artrit, spondartrit inkl psoriasisartrit. Efter 1,5 år (3 föreläsningardagar) börjar vi på ny kula med samma program. Många av presentationerna hålls av våra egna ST-läkare för att vi skall ha ett ungt fokus. AT-läkardagarna har funnits sedan 1999 och drar 100–120 AT-läkare varje gång, dvs. hälften av alla AT-läkare i VG. Här får vi ett bra skylt-

fönster. Man kan givetvis göra mycket mer avseende denna grupp lokalt. Förslagsvis bjuda in AT-läkarna på respektive länssjukhus till reumatologienheten (så gör Falun), erbjuda reumatologimånader med utbildningsprogram som del av medicin-tjänstgöringen, föreläsa lokalt m.m.

Rekryteringsstöd på länssjukhus

- *Regional ST-utbildning som fungerar*. Alla ST-läkare i reumatologi på länssjukhusen har en heldag/mån på universitetssjukhuset ihop med alla andra ST-läkare i reumatologi i VG. Förutom att undervisningen därigenom blir av hög klass blir den ensamme ST-läkaren i reumatologi på länssjukhuset en del av ST-kollektivet i reumatologi i VG och inte enbart en del av ST-kollektivet på sin medicinklinik. Man genomför även gemensamma studieresor och andra sociala arrangemang.

Den regionala studierektorn är ett stöd för ST-läkaren lokalt när klinisk tjänstgöring krockar med utbildningskrav och stöttar ST-läkaren i samband med regiontjänstgöringen. Studierektorn värnar också om diagnostiskt prov, medsittning, handledning etc, det vill säga att ST-läkaren har en engagerad studierektor inom den egna specialiteten. Varje ST-läkare garanteras att under sin utbildningstid få resa på en stor kongress, vanligen ACR eller EULAR.

- Regionsjukhuset *vidarebefordrar jobbsökningar* till länssjukhuset om inte regionsjukhuset har möjlighet att ta emot den intresserade läkaren.

- I ST-kontraktet på regionsjukhuset har vi inskrivet att ST-läkaren skall göra 3–6 månaders *reumatologi på länssjukhus*. Vitsen med tjänstgöringen är dubbel – både kortvarigt läkarstöd ute på länssjukhuset men framförallt ger det möjlighet för ST-läkarna att lära känna länssjukhusreumatologin och därigenom få lättare att söka sig dit när de är färdiga specialister.

- Vi gjorde även försök att *åka ut* till länssjukhusen för att prata om vår fascinerande specialitet och få underläkare att bli intresserade av reumatologi. Intresset

var emellertid i stort sett obefintligt när vi kom ut. Ett misslyckande – men det säger oss att denna typ av aktivitet skall skötas av den lokala reumatologen.

Nästan halva rekryteringen från andra specialiteter

Vi har inom ST-läkarsatsningen i VG färdigutbildat fyra specialister inom länssjukvården – av vilka två redan var allmänläkare när de startade hos oss. Av de sex ST-läkare vi har i tjänst nu är en lungmedicinare och en njurläkare. Detta ställer krav på oss att utforma tjänstgöringen så att de som redan är specialister får tillgodoräkna sig all den kompetens som de har nytta av i sin nya specialitet.

Kliniktillhörighet och jouter

Kliniktillhörighet för samtliga de tre länssjukhusenheterna är medicinkliniker av olika typ. Ofta är medicinklinikerna uppdelade i flera kliniker på samma sjukhus. Deltagande i medicinjourer sker inte i Uddevalla och i begränsad utsträckning i Skövde och Borås. Kravet från huvudmannen på att hålla vårdgaranti – och de ekonomiska incitament som ligger i detta – har underlättat när det gäller att minimera jourdeltagande.

TOMAS BREMELL

Nya medlemmar i SRF

Ordinarie:

Jan Bjersing, Göteborg
Ivan Dimitrijevic, Helsingborg
Marina Filippova, Skövde
Aase Haj Hensvold, Stockholm
Daina Lasaitiene, Göteborg
Mitra Pikwer, Lund

Associerade:

Olof Berggren, Uppsala
Louise Henningsson, Göteborg
Ingela Loell, Stockholm
Sofia Silfversvärd Lindblad, Göteborg
Mattias Svensson, Göteborg

Dubbelspecialisering motverkar jämlik sjukvård

– nytt dokument om specialistutbildning i reumatologi från SRF

Det förekommer på flera länssjukhus att våra ST-läkare tvingas att bli specialister i såväl reumatologi som invärtesmedicin. Detta strider mot den rådande specialitetsindelningen – där reumatologi är en basspecialitet – och bidrar till att svensk reumatologi är ojämlig över landet. SRF har därför velat stödja länslinkernas strävan att utveckla reumatikervården och underlätta rekrytering till reumatologi genom att i ett dokument slå fast vår inställning till påtvingad dubbelspecialisering och även jourarbetets ställning i utbildningen till reumatologspecialist.

Nedan presenteras dokumentet.

Respektera Socialstyrelsens specialitetsförordning!

Enligt en nyligen gjord undersökning saknas 160 reumatologer i Sverige för att få ett adekvat omhändertagande av patienter med reumatologiska sjukdomar.

Inte minst länssjukhusen har brist på reumatologer, vilket påverkar reumatikervården på ett mycket negativt sätt och medför att jämlik vård i Sverige inte uppnås. Så mycket mer tråkigt är detta eftersom det nu finns behandling av inflammatorisk reumatisk sjukdom vilken ger patienten möjlighet till ett fullvärdigt liv i arbete och fritid.

EN ANLEDNING TILL bristen på reumatologer på länssjukhus är att det ibland förekommer direkta krav från medicinkliniken på specialisering inom internmedicin parallellt med specialisering till reumatolog. Detta förlänger utbildningstiden med minst två år och bidrar till att försvåra rekrytering till reumatologi. Liknande krav brukar inte ställas på ST-läkare inom t.ex. Infektion eller Neurologi.

Men – reumatologi är en enskild basspecialitet sedan 2005, dvs. inte någon internmedicinsk grenspecialitet. Vi menar att de medicinkliniker som kräver att reumatologspecialisten även skall ha specialistkompetens i internmedicin inte verkar i enlighet med Socialstyrelsens regelverk för specialitetsindelning. Reumatologi har egna klart specificerade krav avseende internmedicinsk kompetens enligt målbeskrivningen. SRF vill

med enfaset påpeka att eventuell dubbelspecialisering är individens eget val och inte klinikkens.

Vidare finns det en tendens att ST-läkare i reumatologi på länssjukhus deltar i jourverksamhet inom internmedicin under sin reumatologiplacement. Detta medför att reumatologiutbildningen försvagas. Medicinjourer bör ingå i – och räknas som – den internmedicinska delen av utbildningen.

FÖR ATT UPPNÅ ett adekvat och jämlikt omhändertagande av patienter med reumatologiska sjukdomar vill vi optimera utbildningen i reumatologi och därför bör följande beaktas:

1. Deltagande i medicinjour avräknas medicintjänstgöringen. Jour utanför ordinarie arbetstid avräknas motsvarande intjänad jourkomp.
2. Det går inte att uppfylla de internmedicinska delmålen i reumatologi genom att till stor del tjänstgöra på akutmottagning under medicintjänstgöringen.
3. Dubbelspecialisering förlänger ST och ökar inte på något sätt patienternas tillgång till reumatologisk expertis.

JOHAN BRATT
Ordförande

Intervju med Paul Emery

Hur skulle du beskriva utvecklingen inom reumatologiområdet under det senaste decenniet?

RA har under lång tid legat i den medicinska forskningens framkant. RA är en inflammationssjukdom, och mediciner som används vid RA fungerar på en hel rad andra områden. Vi har utvecklat väl definierade metoder för utvärdering av läkemedel som har gjort det attraktivt för läkemedelsföretagen att använda det som modell.

Och för att det har funnits ett medicinskt behov?

Det har funnits ett medicinskt behov som man inte riktigt insåg eftersom många trodde att RA-sjukdom inte kunde behandlas. Men nu finns en insikt om att sjukdomen är behandlingsbar och det har skapat ett medicinskt behov.

Tillgång till läkemedel och möjligheten att använda rätt läkemedel vid rätt tidpunkt är troligen det största medicinska behovet som ännu inte är tillgodosett. Dessutom, eftersom det finns olika subtyper av sjukdomen, finns det fortfarande individuella populationer där behovet inte är tillfredsställt. Om du tog ett tvärsnitt av patienter med RA finns det fortfarande sannolikt omkring 50 procent som inte har adekvat kontroll av sin inflammation, av en eller annan anledning.

Vad har den här utvecklingen betytt för reumatologer?

Det har inneburit att vi reumatologer helt har tvingats tänka om hur vi behandlar patienterna eftersom det nu handlar inte bara om sjuka patienter, utan också om väldigt dyra behandlingar. Därför måste vi idag vara aktiva och välorganiserade, träffa patienten tidigt och objektivt dokumentera behandlingseffekten.

Så det finns och har funnits en tendens att faktiskt centralisera RA-behandlingen, och utveckla terapicentra ungefär som inom onkologin.

Vad har utvecklingen betytt för patienter?

För patienter har det varit revolutionerande. Ta till exempel patienter som inte svarade på den vanliga sjukdomsmodifie-



Kortfakta om Paul Emery

Aktuell: Världsledande forskare inom RA som var hedersinbjuden av Svensk Reumatologisk förening att föreläsa på Nanna Svartz-symposiet på Läkarstämman.

Akademiskt: Läkarexamen från Cambridge, disputerade vid Guy's Hospital i London, specialist inom reumatologiska sjukdomar, idag gruppleddare för den kliniska reumatologigruppen vid den medicinska fakulteten och professor vid University of Leeds.

Publicerade artiklar: Cirka 500.

Annat: Ordförande i EULAR t.om. 2011.

Ålder: 57 år.

rande behandlingen eller hade helt obehandlad inflammation. Utsikterna för dem var värre än att ha cancer. De försämrades snabbt, de åldrades snabbare, de hade hjärt-kärlsjukdomar och andra komplikationer. De var en mycket kostsam grupp för samhället och hade en fruktansvärt dålig livskvalitet. Hela ambitionen nu är att behandla patienter så att allt detta inte inträffar.

Vad borde vara målet med RA-behandling idag?

Det uttalade målet är att få en ny patient i remission. Eller att i sämsta fall få ner patienten till en låg sjukdomsaktivitet. Det mer ambitiösa målet är att få patienten i remission och kunna sluta med läkemedel, i varje fall den biologiska behandlingen.

Det mest ambitiösa är att kunna avsluta alla behandlingar. Det är faktiskt möjligt för en del av patienterna. Data som jag visade under min föreläsning på Riksstämman, visar att om du behandlar riktigt tidigt kan du få patienter i tydlig remission, mätt immunologiskt. Om du lyckas med det, hos kanske en fjärdedel av patienterna som behandlas tidigt, säger mina data att du borde kunna avsluta behandlingen hos cirka 15 procent av patienterna.

Då måste du behandla mer aggressivt?

Ja. Det handlar i princip om att återställa sjukdomen på ett tidigt stadium. Senare blir det omöjligt att göra det. Då är det för mycket inflammation och för mycket immunologiskt minne för att lyckas det.

Ska detta mål kommuniceras till patienten?

Ja, det tycker jag. I Sverige är det ingen tvekan eftersom ni har tillgång till alla läkemedel. Men i England är det en svår och etisk fråga eftersom vi inte har samma tillgång till läkemedlen. Vill du prata med patienten om ett läkemedel som inte är tillgängligt för dem? Är det rättvist att lyfta fram något som inte är tillgängligt?

Hur skulle du råda svenska läkare att välja rätt behandling till sina patienter?

Om du har en helt vanlig patient framför dig, som inte har några andra sjukdomar eller komplicerande tillstånd, så vinner för tillfället TNF-hämmarna eftersom de har funnits längre. Erfarenhet och säkerhetsdata är större. Men det kommer att förändras med tiden. Alla nya läkemedel som kommer ut på marknaden, behöver lite tid att hitta sin rätta plats.

Idealet, som inte existerar för närvarande, är att du faktiskt kunde titta på en patient och säga att patienten har en IL6-driven sjukdom eller en TNF-driven sjukdom. Och du skulle välja behandling

utifrån patologi. Problemet är att det inte är lätt att avgöra om sjukdomen är IL6- eller TNF-driven. Många arbetar på att lösa det.

Finns det några diagnostiska test tillgängliga eller på väg för att hjälpa till att identifiera rätt läkemedel till rätt patient, som inom onkologin?

Det vore underbart att ha det. Jag visade data under min föreläsning på Riksstämman som tyder på att vi inom några år kan ha sådana biomarkörer tillgängliga. Vi har också genetiska markörer på gång som kan indikera att patienten kommer att svara på TNF-hämmare.

Om du tittar fem år framåt, hur behandlar vi RA då?

Jag tror att vi kommer att behandla RA som vi behandlar en infektion – omedelbart. Och du behandlar med ambitionen att du vill få patienten helt frisk. Och du skulle använda vilka medel som helst för att uppnå det. Och förhoppningsvis kommer vi att vara bättre informerade om vilken patient som kommer att svara på vilken medicin. Och inte bara behandla och sen vänta och se.

Vilka nya intressanta läkemedel är på gång?

Det är ganska mycket på gång i fas I och II just nu, med olika verkningsmekanismer. Några av dem kommer också i tablettform. Allt det nya som kommer måste erbjuda en klar förbättring, annars kommer det inte att godkännas. Det måste vara annorlunda.

Är en tablett alltid bättre än en infusion eller injektion?

För en del patienter är det så, men generellt sett nej. Jag tycker att vi underskattar bekvämligheten med att ha en injektion varannan vecka eller en gång i månaden. Du behöver inte komma ihåg att bära med dig tabletter.

FREDRIK HED,

Frilansjournalist med inriktning medicin och läkemedel

Skrivet på uppdrag av Roche AB

Bearbetat av redaktionen för ReumaBuletinen

Pottholtz funderingar enligt Tomas Weitoft



SRF:s STYRELSE 2010



Johan Bratt

Ordförande

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



Boel Mörck

Vice ordförande

Reumatologiska kliniken
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel 031-342 10 00
boel.morck@vgregion.se



Per Salomonsson

Facklig sekreterare

Reumatologiska kliniken
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro
Tel 019-602 19 23
per.salomonsson@orebroll.se



Lars Cöster

Kassör

Reumakliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel 013-22 28 49; 22 20 00 vx
lars.coster@lio.se



Carl Turesson

Vetenskaplig sekreterare

Reumatologiska kliniken Malmö-Lund
Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel 040-33 24 19
Carl.turesson@mayo.edu



Roger Hesselstrand

Utbildningsansvarig

Reumatologiska kliniken Lund-Malmö
USiL
221 85 Lund
Tel 046-17 71 78; 17 16 19 vx
roger.hesselstrand@skane.se



Kajsa Öberg

Ledamot, representant för läkare under utbildning

Reumatologkliniken
Falu Lasarett
791 82 Falun
Tel 023-49 01 17; 49 20 00 vx
kajsa.oberg@ltdalarna.se

Eponymer med anknytning till reumatologi (del 5)

Hur många som läser detta har hört talas om Fahr's* sjukdom? Jag gissar att en del av er delar min erfarenhet, nämligen först vid läsningen av norrmanen Jo Nesbø's deckare *Snömannen*.

Idenna spektakulära intrig är seriemördaren utbildad läkare med speciella kunskaper om denna sällsynta åkomma. Ett tag trodde han nog att han själv också drabbats, men inser efterhand att de egna symtomen beror på debuterande sklerodermi. Denna vetenskap stressar honom till frekventare mördande och slutligen avslöjas han av antihjälten kommissarie Harry Hole. Raynaudfenomenet uppträder tidigt i sjukdomsförloppet vid sklerodermi och mannen bakom namnet får nu debutera i denna serie.

Denna del av eponymserien inleder vi med amerikanen W Martel, som rätteligen skulle varit med redan i förra numret.

Martel, William *192?, amerikansk röntgenolog som intresserade sig för led-sjukdomarnas differentialdiagnostik. I översikter på 1960 talet (1) framhöll han den diagnostiska betydelsen av den krok/hake/hängare som bildas av usurerande tofi vid gikt, "*Martels hook*", se figur 1.

Noonan, Jaqueline *1921, amerikansk barnkardiolog och professor i pediatrik som 1962 rapporterade fall med medfött hjärtfel, kortvuxenhet, avvikande ansiktsdrag och skelettanomalier, *Noonans syndrom* (2). Många drabbade barn har ett Turner liknande utseende, men kromosomuppsättningen är normal (3).

Olhagen, Börje (1911–98) professor i reumatologi, KS, Stockholm, utnämnd 1969. Han var dock med från början när kliniken öppnades 1 april 1954. Om åren på KS har han berättat i en tillbakablick publicerad i SRF:s 50-årshistorik (4). Tidigt i forskarkarriären intresserade han sig bland annat för elforesmönstret hos patienter

*Fahr, Karl Theodor (1877–1945), tysk patolog som 1930 beskrev en sällsynt neurodegenerativ sjukdom, som vanligen debuterar i medelåldern. Den karakteriseras av cellförlust och icke-arteriosklerotiska förkalkningar i hjärnans basala ganglier med åtföljande neurologiska symtom.



Fig 1. Klassisk giktförändring i dipled med typisk benkrok (pilen), "Martel hook". (Foto: Ido Leden)

med svårförklarlig kronisk sänkestegring. Sådan kallades på 1950- och 60-talet för *Olhagen-Liljestrands syndrom*, se under Liljestrand.

Osgood, Robert Bayley (1873–1956), amerikansk ortoped i Boston som 1903 samtidigt med den tyske kirurgen Carl Schlatte beskrev tuberositas tibiae-förändringar hos pojkar i 10–16 års ålder med knäsmärta, *Osgood-Schlatters sjukdom*. Idag inordnas dessa tillstånd under begreppet juvenila osteochondroser.

Otto, Adolf Wilhelm (1786–1845), tysk kirurg vars namn knutits till de former av bäcken- (arthrokata-dysi**) och acetabularförändringar som utvecklas vid artrosbetingad acetabularprotrusion in i bäckenkaviteten, *Ottos sjukdom* (5).

Paas, Hermann R (1900–19??), tysk läkare som beskrivit ärftlig åkomma med ett flertal skelettdeformiteter, vanligen coxa valga, dubblade knäskålar, korta falanger, skolios, och spondylolisthes, *Paas sjukdom*.

Page, Herbert William (1895–1926), kirurg i London och anlitad av North Western Railway Co. Enligt Dorland en av de första som använde begreppet "railway spine", *Pages sjukdom*, för ryggsmärtor utlösta under och efter åkande med tåg (6,7).

Paget, James, Sir (1814–1899), berömd engelsk kirurg som 1877 beskrev en kronisk skelettsjukdom, *Pagets sjukdom*. Den

** dätida/äldre terminologi för denna bäckenförändring, av gr. kata=ner, under, lägre och dys=abnormal.

kallas också osteitis deformans och drabbar huvudsakligen personer över 40 år. Genetiska faktorer förklarar sannolikt den ökade och förändrade omsättningen/ombyggnaden av benvävnad. Dessa processer leder till ett deformerat och defekt skelett med dålig hållfasthet. Behandling med bisfosfonater hämmar de nerbrytande processerna och minskar risken för frakturer.

Begreppet *Pagets sjukdom* används också för en särskild typ av bröstcancer lokaliserad till bröstvärtan och för speciella former av genital cancer som drabbar penis och vulva (8).

Pellegrini, Augusto (1877–1958), italiensk kirurg som 1905, samtidigt med den tyske kollegan Alfred Stieda (1869–1945), rapporterade fall med kvarstående medial knäsmärta efter trauma (9). Vid röntgenundersökning förelåg halvmåneformad förkalkning i övre delen av knäledens mediala kollaterala ligament, *Pellegrini-Stiedas sjukdom*, ibland adderas också Köhlers namn.

Perrin, Maurice (1826–89), professor i kirurgi (Paris) som tillsammans med sin kollega och landsman Louis-Marius Ferraton (1860–1936) beskrev ett ljudfenomen, "snapping hip" vid undersökning av höftledens rörlighet, *Perrin-Ferratons sjukdom*.

Perthes, Georg Clemens (1869–1927), tysk kirurg som 1910 publicerade fall där barn drabbats av destruktiv höftåkomma, *Legg-Calvé-Perthes sjukdom*. Sådana sjukdomstillstånd inrangeras idag under begreppet osteokondros, för referenser se under Legg.

Peyronie, François (1678–1747), fransk kirurg vars namn knutits till den fibrosbildning i corpora cavernosa som kan ge peniskontraktur, *Peyronies sjukdom*. Enstaka patienter med Dupuytren förändringar i handflatan kan också drabbas av fibrosutveckling i fotsulan (plantarfasceit) och penis.

Phalen, George (1911–1998), amerikansk ortoped vars namn är förbundet med ett diagnostiskt handgrepp för att säkerställa

diagnos av karpaltunnelsyndrom, *Phalens manöver* eller test. Maximal volarflexion i handleden under 30–60 sekunder utlöser/förvärrar klassisk domning i de tre radiala fingrarna (10).

Pickwicksyndrom. I Charles Dickens (1812–70) litterära följetong *Pickwickklubben* är en av karaktärerna en kraftigt överviktig pojke, vid namn Joe, som hela tiden har benägenhet att när som helst och hur som helst falla i sömn. Kraftig övervikt leder ofta till hypoventilation och sömnapnoe. Detta förhållande klarades 1956 av lungläkaren C S Burwell som då myntade begreppet *pickwicksyndrom*. Se också under Prader.

Poncet, Antonin (1849–1913), fransk kirurg vars namn är förbundet med en form av reaktiv polyartrit som kan utlösas under aktiv tuberkulos, *Poncets sjukdom* (11).

Pompe, Joannes Cassianus (1901–1945), holländsk klassiskt bildad läkare som 1936 framlade en doktorsavhandling om "Cardiomegalia glucogenica". Han verkade som motståndsmän under andra världskriget, men avslöjades och avrättades 1945 (12). *Pompes sjukdom* är en sällsynt glykogenos som uppträder i tre former, en infantil med kardiomegali och muskelpotoni som huvudsymtom, en senare debuterande utan hjärtaffektion men med muskelsvaghet och en tredje form med progredierande myopati som drabbar äldre.

Pott, Percival (1713–1788), engelsk kirurg vars namn knutits till flera olika sjukdomstillstånd, se (13). Här nämns några. *Potts cancer* är benämningen på den skrotalcancer många sotare drabbades av på 1700-talet, "chimney sweepers cancer". *Potts fraktur* (som han själv drabbades av vid ridolycka 1756) är en lågsittande fibulafraktur med samtidig ruptur av de mediala fotledsligamenten, se figur 2. *Potts sjukdom* är tuberkulös spondylit/gibbusbildning (figur 3a & b) som ibland medförde förlamning i nedre extremiteterna, *Potts paraplegi*.

Fig 2. Potts fraktur, fibulafraktur och samtidig ruptur av mediala ligamentfästet. Modifierad efter Dorland 1957.

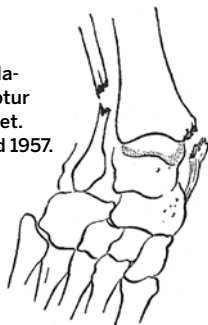


Fig 3a. Barnskelett från Vreta kloster daterat till 1100-talet. I ländryggen flera destruerade kotor (tuberkulös spondylit) som ger gibbusbildning. Från Puranen, Zetterholm. Förälskad i livet. Höganäs: Wiken 1987: 38. Publicerad med tillstånd.

Poulet, Alfred (1848–1888), fransk läkare vars namn är förknippat med begreppet "reumatisk osteoperiosteit", *Poulets sjukdom*. Sådana förändringar ses framförallt hos psoriatiker, vanligaste lokalisering är stortåns ytterfalang.

Prader, Andrea (1919–2001), schweizisk barnläkare och endokrinolog som tillsammans kollegan Heinrich Willi (1900–1971) beskrivit en medfödd åkomma där karakteristiska drag är kortvuxenhet, dålig muskeltonus, hypogonadism och CNS-störningar, *Prader-Willis syndrom*. Orsaken är en förändring/deletion på den långa armen av kromosom 15 (14). Redan i tidig barndom noteras omättlig aptit vilket leder till grotesk övervikt, risk för diabetes och andra metabola komplikationer. Karakteristiskt är också ungdomarnas benägenhet att när som helst falla i sömn, *Pickwicksyndrom*.

Preiser, Georg Karl Felix (1879–1913), tysk ortoped (Hamburg) som 1910 rapporterade fem fall med avasculär nekros/osteonekros i handledens båtben i efterförloppet till handledstrauma eller navicularefraktur, *Preisers sjukdom*. Sjukdomstillståndet jämförbart med det Kienböck beskrivet för lunatum.

Profichet, Georges Charles (1873–?) fransk läkare vars namn är förbundet med kutan calcinos/calcinosis circumscripta, särskilt den hudirritation/inflammation som uppstår när ett konkrement penetrerar huden eller är på väg att göra så, *Profichets tecken eller syndrom*, se figur 4.

de Quervain, Fritz (1868–1940) fransktät (hugenottsläkt) kirurg verksam i Bern,

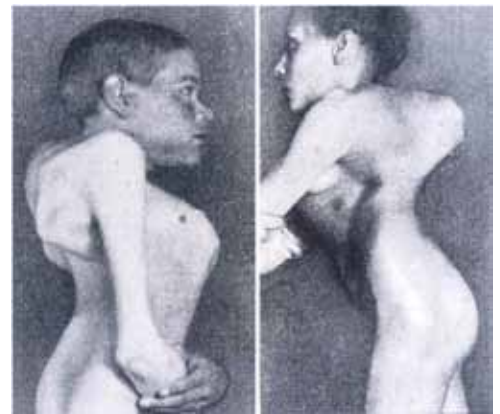


Fig 3b. Tuberkulös spondylit med gibbus (puckel) i bröstryggraden. Från Haglund P. Die Prinzipien der Orthopädie. Jena: Gustav Fischer 1923: 592.



Fig 4. Kvinna med CREST och ganska uttalad subkutan calcinos, här runt ena knäleden. Periodvis penetrerade ett kalkkonkrement huden. Vid fototillfället inga tecken på detta, men hudpartiet ovanför flera konkrement lätt rodnande som tecken att så kan ske i framtiden. (Foto Ido Leden).

Schweiz vars namn är förbundet med en viss sorts subakut struma, ett feminiserande syndrom (manlig pseudohermafroditism) samt kronisk tenosynovit lokaliserad till abductor pollicis longus och extensor pollicis brevis, *de Quervains syndrom eller stenoserande tenosynovit*. Diagnosen ställs med hjälp av Finkelsteins test, se under detta namn (RB nr 3,2009).

Quincke, Heinrich (1842–1922), tysk professor i invärtesmedicin vars namn kopplats till akut uppträdande angioödem, oftast i ansiktet med svullnad av läppar och runt ögonen, *Quincke-ödem* (15)

Raynaud, Maurice A G (1834–81) fransk läkare verksam i Paris vars namn är förknippat med den kärlspasm (vita fingrar) som är vanlig dels hos unga i övrigt friska kvinnor, dels hos personer med vissa reumatiska systemsjukdomar, särskilt sklerodermi. 1867 presenterade han en avhandling (16) om sina kliniska iakttagelser, som snart började kallas *Raynauds fenomen*.

Recklinghausen, Friedrich Daniel von (1833–1910), tysk patolog (professor i Würzburg och sedan Strassburg) vars namn är för-

knippat med flera olika sjukdomstillstånd. Han beskrev 1862 haemochromatos och föreslog denna sjukdomsbeteckning. *Recklinghausens sjukdom eller syndrom* används som eponym för fyra olika sjukdomar: 1. Neurofibromatos (ärfliig neurologisk sjukdom orsakad av mutation på kromosom 17), 2. Variant av ovanstående med karakteristiska hudförändringar, rikligt med café-au-lait-fläckar, 3. Osteitis fibrosa cystika, slutstadiet av obehandlad hyperparathyroidism, 4. Neoplastic arthritis deformans.

Reiter, Hans Conrad (1881–1969) tysk läkare som under första världskriget beskrev fall av reaktiv artrit efter tarminfektion. Triaden artrit, conjunktivit, uretrit kallades länge *Reiters syndrom*. Efter andra världskriget ställdes Reiter inför rätta anklagad för grova förbrytelser/övergrepp enligt folkrättslig lagstiftning, för referenser se RB nr 73 (17). I modern tid har därför flera författare yrkat att eponymen Reiter inte skall användas.

Riche, Arnold Rice (1893–1968), amerikansk professor i patologi med breda medicinska och kulturella intressen som tillsammans med internmedicinaren och tuberkulosspecialisten Louis Virgil Hamman (1877–1946) fått ge namn åt det som idag kallas idiopatisk fibroserande alveolit, *Hamman-Riches syndrom*.

Ritchie, Dorothy M *19??, arbetsterapeut som 1968 tillsammans med reumatologen Watson Buchanan, Glasgow presenterade ett ledindex för bedömning av sjukdomsaktiviteten vid RA (18). Detta index, *Ritchies index*, blev under decennier ett av de mest använda och publikationen en av de mest citerade (19).

Rose, Harry (1906–86), professor och föreståndare för ett bakteriologiskt laboratorium i Columbia, USA, där en av medarbetarna (Elizabeth Pearce) hade RA. Hon arbetade med blodprover från Rickettsia-sjuka och blev efter ett tag orolig att hon själv smittats. Då hon kontrollerade eget blod fann hon en oväntad och svårförklarad agglutination av blodkropparna. Fyndet diskuterades med Harry Rose och medarbetare och man fick idén att orsaken kanske var hennes RA. Man skaffade serum från 115 patienter, varav 51 hade RA och övriga antingen andra inflammatoriska ledsjukdomar eller också ett icke-reumatiskt sjukdomstillstånd. Det visade sig att agglutinationen bara uppträdde hos patienter med RA. Rose insåg

snabbt betydelsen av denna observation som 1948 rapporterades i "Proceedings of the Society of Experimental Biology and Medicine" (20). De avslutar sin artikel med framsynt förmodan om att fyndet skulle kunna utvecklas till test för att tidigt särskilja RA från andra kroniska artrit. Att detta var en korrekt förutsägelse visades redan under de följande åren, då reumatoidfaktorbestämning eller *testning enligt Waaler-Rose* blev en rutinmetod. Rose och medarbetare refererar i sin artikel inte till Erik Waalers föredrag 1939 och publikation 1940 (20), se vidare under Waaler. 1948 upptäcktes också LE-cells-fenomenet. Dessa bägge upptäckter, som gav möjligheter att med hjälp av laboratorieprov och klinisk bild särskilja olika typer av reumatiska sjukdomar har gjort att årtalet 1948 av många betraktats som året för den moderna reumatologins födelse.

Rose Bengal, blå rött färgämne med god affinitet för visa vävnadskomponenter, vilket gjort det medicinskt användbart. Det används ex. rutinmässigt av ögonläkare för diagnostisk av siccafförändringar, *rose bengal färgning*.

Rotes-Querol, Jaime *1921, spansk reumatolog som under en treårsperiod arbetade hos Jacques Forestier i Aix les Bains. I början av 1950-talet publicerade de tillsammans artiklar om det vi idag kallar diffus idiopatisk skeletal hyperostosis (DISH), *Forestier-Rotes-Querols sjukdom* (21).

Rust, Johann Nepomuk eller **-mak** (1775–1840), tysk professor i kirurgi (Berlin) som beskrev fall med tuberkulös spondylit i halsryggraden. En del av dessa patienter använde regelmässigt händerna för att understödja/stabilisera huvudet vid lägesförändringar, *Rusts tecken eller fenomen*. Han invaldes 1834 som utländsk ledamot i svenska Vetenskapsakademien.

Referenser:

1. Martel W. Radiological differential diagnosis. Rheumatoid arthritis, gout and degenerative joint disease. Primer on the rheumatic diseases part IV in JAMA 1964; 190: 741-51.
2. Wettrell G, Tollig H. En kvinna bakom Noonans syndrom. Beskrev ärfliig sjukdom hos barn med medfött hjärtfel. Läkartidningen 1996; 93: 382-5.
3. Anonymus. Turner's and Noonan's syndromes. BMJ 1974 (mars 16): 470-1.
4. Olhagen B. Åren vid reumatologiska kliniken, KS 1954-1977. I: Svensk Reumatologisk Förening 50 år, red Leden I & Nived O. Oskarshamn: AB Primo 1996: 39-52.

5. <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/1347.html>
6. Page HW. *Railway injuries: with special reference to those of the back and nervous system, in their medico-legal and clinical aspects*. London: Charles Griffen and Company, 1891: 1-24.
7. <http://websites.golden-orb.com/pain-education/100139.php>
8. Törring O, Flam F, Larsson B, Silfverswärd C. Mannen bakom Pagets syndrom. Gav namn åt sjukdomar i skelett, bröst och vulva. Läkartidningen 1998; 95: 2820-23.
9. Pellegrini A. *Ossificazione traumatica del ligamento collaterale tibiale dell'articolazione del ginocchio sinistro*. Clin Moderne Firenze, 1905, 11: 433-439.
10. Phalen G S. The carpal tunnel syndrome: Seventeen years experience in diagnosis and treatment of 654 hands. J Bone Joint Surg 1966; 48A: 211.
11. Dall L, Long L, Stanford J. Poncet's disease: tuberculous rheumatism. Rev Infect Dis 1989; 11: 105-7.
12. Höyer S, Samuelson G. Joannes Cassianus Pompe. Först att påvisa glykogeninlagring vid hjärtförstoring – fick våldsam död framför exekutionspluton. Läkartidningen 1986; 83: 1477-9.
13. Hakulinen E. Percivall Pott. Nydanare inom engelsk kirurgi – förde även pennan mästertligt. Läkartidningen 1985; 82: 2784-5.
14. Ritzén M. Prader-Willis syndrom – fetma med genetisk bakgrund. Läkartidningen 1987; 84: 1271-3.
15. Hägermark Ö. Heinrich Quincke. Beläst, försynt invärtesmedicinare – pionjär även inom lumbalpunktionsteknik och lungkirurgi. Läkartidningen 1983; 80: 4429-30.
16. Raynaud, M. *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*. Doctoral thesis, published February 25, 1862. Paris, Rignoux. L. Leclerc, Libraire-Éditeur. Also, Paris, Rignoux, 1867: 15-20. English translation by Thomas Barlow (1845-1945) in Selected Monographs, New Sydenham Society, London 1888: 1-199.
17. Leden I. Eponymer med anknytning till reumatologi (del 1). ReumaBulletinen (nr 73) 2009: 20-21.
18. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieson P, Buchanan WW. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. Quarterly Journal of Medicine 1968; 37: 393-406.
19. Sturrock R D. Obituary Watson Buchanan. Rheumatology 2006; 45: 929.
20. Munthe E, Larsen Ø. Reumatisme gamle plager – ny viten. Kapitel 7: Erik Waaler og historien om oppdagelsen av den revmatoide faktor. Oslo: Tano 1987: 77-95.
21. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. Ann Rheum Dis 1950; 9: 321-30.

Historietecknare:
IDO LEDEN
Kristianstad

ANNONS

Inbjudan

Välkommen till årets upplaga av Cutting Edge-symposiet i Lund fredagen den 27 augusti 2010.

Målsättningen är som tidigare att bjuda deltagarna på nyheter från såväl laboratorium som klinik inom olika områden av intresse för såväl kliniker som grundforskare. Av det bifogade preliminära programmet framgår att en rad av dagens främsta forskare hörsammat inbjudan att komma till Lund.

Symposiet äger rum i Universitetssjukhusets aula. Registrering från 08.15, programmet börjar 09.00.

Deltagandet är kostnadsfritt, inklusive måltider under dagen och kvällen, men en avgift om 100 kronor uttages vid alltför sen avbokning av måltiderna. Resa och uppehälle täckes av deltagarna själva.

För att få balans mellan olika bakgrunder kommer antalet deltagare från företag att begränsas till max 1 deltagare per företag.

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

Bindande anmälan **senast den 25 juli** på bifogad anmälningsblankett.

Vi hälsar alla hjärtligt välkomna till Lund den 27 augusti 2010!

Dick Heinegård Tore Saxne Frank Wollheim

Cutting Edge Rheumatology 2010

Friday, August 27, 2010

The Auditorium, Lund University Hospital 9.00 AM – 5.00 PM

Tomas Leanderson , Lund	Inflammation from drugs to science or from science to drugs
Thomas Pap , Münster, Germany	New insights into the pathogenesis of cartilage damage in osteoarthritis
Jörg Distler , Erlangen, Germany	Targeting fibrosis in rheumatic diseases
Paul Peter Tak , Amsterdam, The Netherlands	New approaches to RA therapy – focus on neuroinflammatory pathways
Harry Dietz , Baltimore, USA	Marfan syndrome – from molecular pathogenesis to treatment
Oliver Fitzgerald , Dublin, Ireland	Psoriatic arthritis – from pathogenesis to therapy
Patricia Woo , London, United Kingdom	Varying faces of juvenile idiopathic arthritis
One additional speaker , not confirmed	
Gabriel Panayi , London, UK	Lessons of the day (summing up)
18.00	Buffet dinner, Main University Building

ANMÄLNINGSBLANKETT

Cutting Edge Rheumatology in Lund • Fredagen 27 augusti 2010 • Aulan, Universitetssjukhuset i Lund

Namn:

Adress (arbetet):

Telefon (arbetet): Fax:

E-post:

Jag deltagar i lunchen Ja Nej

Jag deltagar i buffén kl 18.00 i Pelarsalen Ja Nej

Önskemål om speciell kost:

Namnteckning:

Deltagande i symposiet är helt kostnadsfritt men om avbokning till lunch eller buffé sker 15 augusti eller senare uttages en avgift om SEK 100.

För att få balans mellan olika bakgrunder kommer antalet deltagare från företag att begränsas till max 1 deltagare per företag.

Sänd in formuläret **senast den 25 juli 2010** till:

Ingrid Jönsson, IKVL, Avdelningen för reumatologi, Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund eller Fax 046-12 84 68.



Protokoll Medlemsmöte, SRF Stockholm 2010-04-22

- § 1**
Till mötesordförande väljs Johan Bratt, till mötessekreterare Per Salomonsson och till protokolljusterare Sara Magnusson Bucher samt Sven Tegmark.
- § 2**
Dagordningen godkänns.
- § 3**
Föreningens förnyade stadgar är godkända av Svenska Läkarsällskapet men inte av Läkarförbundet då mening fallit bort under §9. Mötet godkänner att tillägg till stadgarna får göras under §9 som tredje stycke "Föreningsmedlem ska vara medlem i Läkarförbundet för att kunna delta i beslut som rör speciella frågor som avses i §2 tredje stycket."
Mötet godkänner att tillägget görs utan extra årsmöte.
- § 4**
Carl Turesson redogör för de förändringar som föreslagits av riktlinjegrupperna för behandling av RA, spondylartriter/psoriasisartrit samt kardiovaskulär prevention vid reumatisk sjukdom.
Mötet antar de uppdaterade riktlinjerna.
- § 5**
Johan Bratt rapporterade från det arbete som pågår inom socialstyrelsen kring prioriteringar inom rörelseorganens sjukdomar.
Carl Turesson rapporterade från arbetet med kvalitetsindikatorer.
- § 6**
Reumatikerförbundet, Svensk Ortopedisk Förening och SRF anordnar 11/9 "Ryggpromenaden". Johan Bratt informerade om upplägget. Information skickas ut till verksamhetscheferna. Arrangemanget anordnas lokalt.
- § 7**
SRF:s höstkongress 2010 kommer att äga rum 14–15 oktober med tema "Forskning och klinisk verksamhet i samverkan".
- § 8**
Carl Turesson redogör för planerna för höstens riksstämma. Stämman är i Göteborg 1–3 december med temat: "En jämlik vård".
SRF kommer att ansvara för tre symposier (psoriasisartrit x2 samt socioekonomiska faktorerens betydelse vid kronisk sjukdom).
- § 9**
Göteborg står värd för Vårmetet 2011. Boel Mörck ger kort information. Datum för mötet är 13–15 april 2011.
- § 10**
Roger Hesselstrand redogör för årets läkarbemanningsenkät. Den visar som tidigare stor lokal brist på specialister och en mindre nationell specialistbrist. Antalet ST-läkare fortsätter att öka. Rapporten återfinns i Reumabulletinen.
- § 11**
Länsreumatologins problem diskuteras.
- Styrelsen har skrivit brev angående de problem som uppstår då reumatologin får stå tillbaka för invärtesmedicinen.
Länsreumatologins problem och det aktuella brevet tas upp i kommande nummer av Reumabulletinen. Problemen diskuteras under mötet.
- § 12**
Prisutdelning:
Scandinavian Journal of Rheumatology:s stipendium för reumatologisk forskning tilldelades Anders Bengtsson.
SRF:s stipendium till Andrzej Tarkowskis minne tilldelades Rille Pullerits.
Abbotts stipendium för yngre forskare inom reumatologi tilldelades Eva Baecklund, Inga Lill-Engvall och Rille Pullerits, samt Ewa Berglin, Andreas Jönsen och Christopher Sjöwall (ej närvarande).
- § 13** Inga övriga frågor anmälda.
- § 14** Mötet avslutas.

Per Salomonsson
Mötessekreterare

Johan Bratt
Mötesordförande

Sara Magnusson Bucher
Protokolljusterare

Sven Tegmark
Protokolljusterare

Biological therapies – treatment outcome in RA-patients: Quality of life, health economy and pharmacotherapy

Jenny Riazzoli, leg. apotekare

Karolinska Institutet, Institutionen för medicin

Disputation: Fredagen 19 februari 2010

Huvudhandledare: Docent Roland van Vollenhoven

Fakultetsopponent: Professor Rene Westhovens, University Hospital KU Leuven

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory systemic autoimmune disorder characterized by symmetric inflammation of synovial joints, leading to progressive erosion of cartilage and bone. The impact of the disease is wide, not only resulting in decreased quality of life (QoL), but also a loss of productivity and an increase in healthcare costs.

The aim of this thesis was to study the impact of treatment with tumour necrosis factor- α inhibitors (TNF-inhibitors) on patients with RA in terms of risk for adverse events, impact on work-force ability and the possibility to predict treatment outcome from early patient reported data. The work is based on three studies using data from the STURE-registry (Paper I, II, III/IV) and ARTIS combined with self-reported data from personal digital assistants (Paper II/IV).

In paper I we investigated the underlying risk factors behind treatment-limiting infusion reactions to infliximab. We found that high inflammatory burden resulting in decreased function, high ESR and subsequently high disease activity together with a high number of previously failed DMARDs increased the risk of experiencing a treatment-limiting infusion reaction. However, daily low-dose prednisone was found to be protective. One important unexplained finding was that the significant decrease in treatment-limiting infusion reactions/year from 1999-2004.

In paper II we investigated the impact of TNF-inhibitor treatment on work-force participation in patients with RA. At baseline patients worked a mean 20 hours/week, in an unadjusted analysis an increase of 4 hours/week was seen after 1 year of treatment followed by a yearly increase of 0.5 hours/week per year on treatment. This was confirmed in a mixed linear regression model, adjusting for confounding factors. Over five year of treatment the expected indirect cost gain corresponded to

40% of the annual anti-TNF drug cost in patients continuing treatment.

In paper III/IV we wanted to explore the early treatment effects of adalimumab. We also wanted to investigate whether early patient-reported data using a personal digital assistant (PDA) could predict treatment outcome at three months and whether joint counts performed by the treating physician could be replaced with patient-reported joint counts. Improvement in pain, hand function, ability to perform basic activities, fatigue and emotional wellbeing all correlated with a favourable treatment outcome at three months. Patient-reported joint status correlated highly with physician reported joint counts both at baseline and at three months. Using a PDA (or other digital instruments) to detect patient-reported data could reveal early trends in treatment outcome and improve standard care. The in-

clusion of patient-reported data on joint status and other health measurements through digital solutions such as the internet would be both time-saving and give early and accurate information on the fluctuations of the patients individual disease progress without risk of recall bias. If linked to the patient records patient-reported data could give the treating physician a regular update on disease status without time consuming logistics, for both patient and physician, of a scheduled visit/phone consultation.

In summary, registries and observational studies offer an excellent opportunity to study the effects of different treatment strategies in a clinically relevant setting, with full information on and naturalistic managing of concomitant medication etc. The experiences from these studies will lead to a more safe and effective use of the available agents.

NYHET 2010

Reumatikerförbundets vårdforskningspris 25 000 kr

Från och med 2010 kommer Reumatikerförbundet att dela ut ett årligt vårdforskningspris på 25 000 kr. Priset skall utdelas till en sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator m.fl. som disputerat de senaste åren på forskning inom rörelseorganens sjukdomar. Forskningen skall ha bidragit till att utveckla behandling eller metoder som fått, eller kan förväntas få, klinisk betydelse i vård eller rehabilitering för personer med sjukdomar i rörelseorganen, såsom artrit, artros, långvarig smärta m.m.

Nomineringar skall 2010 ske senast den 20 juni och kan även ske per e-post till adress nedan. Pristagare kommer att utses i augusti, och vid lämpligt tillfälle tillkännages och delas ut.

REUMATIKERFÖRBUNDET

Jan Bagge

Forskningshandläggare

E-post: jan.bagge@reumatikerforbundet.org

Hemsida: www.reumatikerforbundet.org

tel: 08-505 805 06 mobil: 0733 689 309 Fax: 08-505 805 50,

Reumatikerförbundet, Box 12 851, 112 98 Stockholm

Vår vision: Ett bra liv för alla reumatiker och lösningen på reumatismens gåta!

The role of serum amyloid a in inflammatory disease – proinflammatory mediator or inert biomarker?

Lena Björkman

Department of Rheumatology and Inflammation Research

Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden, 2010

Disputation: Fredagen 9 april 2010

Fakultetsopponent: Docent Helena Erlandsson Harris Enheten för reumatologi, Institutionen för medicin Karolinska Institutet

Neutrophils are phagocytes of the innate immune system with prominent roles in host defense and are also believed to be important in autoimmune diseases such as rheumatoid arthritis (RA) by accumulating in inflamed joints and contribute to tissues destruction. Neutrophils differentiate in the bone-marrow and are mature cells when entering circulation with a cytoplasm packed with granules that contain toxic substances in addition to receptors that can be up-regulated to the cell surface during activation. Migration into the affected tissue is directed by mediators from the inflamed site which guides neutrophils along a chemotactic gradient and transfers the cell from resting- into a primed state. The inflammatory process triggers a systemic acute phase response characterized by the production of acute phase proteins (APP). The most prominent APP is serum amyloid A (SAA), the

concentration of which can increase thousand fold in response to infection, aseptic inflammation or trauma. Patients with RA often have chronically elevated SAA in blood and joints and SAA has been implicated in the pathogenesis of RA. Recombinant SAA (rSAA) has been suggested to possess proinflammatory activities and act as a chemoattractant for neutrophils via a receptor called FPR2. A peptide (PBP10) with intracellular inhibitory activity was shown to allow discrimination between neutrophil signals mediated by FPR2 and the closely related FPR1. Next, the receptor specificity for rSAA was studied by use of PBP10 and another FPR2 specific inhibitor WRW4. rSAA affinity for FPR2 in transfected cell lines was corroborated and rSAA indeed activated primary human neutrophils. However, FPR2 was not responsible for mediating activation of primary human neutrophils by rSAA.

Next, proinflammatory activity of rSAA was compared to that of endogenous SAA in circulation of RA patients. Using a sensitive marker for neutrophil activation in peripheral blood, endogenous SAA in circulation lacked proinflammatory activity and thus differed functionally from rSAA. Synovial neutrophils from patients with inflammatory arthritis and elevated SAA in joint fluid were next studied with respect to activation status. Synovial neutrophils displayed a surprisingly resting phenotype despite having transmigrated from peripheral blood to a compartment with endogenous SAA. Endogenous SAA, both in circulation and in joints, lack the proinflammatory properties present in the recombinant molecule.

Key words: neutrophils, serum amyloid A, rheumatoid arthritis
ISBN: 978-91-628-8050-7

Gut mucosal reactivity to gluten and cow's milk in rheumatic diseases

Maria Lidén

Uppsala universitet, Institutionen för medicinska vetenskaper (Reumatologi)

Disputation: Onsdagen 20 januari

Handledare: Roger Hällgren, professor, Guðjón Kristjánsson, PhD, Sigríður Valtýsdóttir, PhD

Uppsala universitet, Institutionen för medicinska vetenskaper

Opponent: Thomas Skogh, professor (Linköpings Universitet)

This thesis comprised patients with chronic rheumatic diseases. The studies aimed to elucidate food sensitivity by measuring mucosal inflammatory reactivity and thereby a possible link between the gut and joints. In all the studies, the mucosal path technique was used to evaluate the rectal mucosal response to rectal challenge with gluten and/or cow's milk protein (CM).

In some patients with primary Sjögren's syndrome (pSS) and the genetic susceptibility genes HLA DQ2, mucosal reactivity measured with nitric oxide (NO) was found after rectal gluten challenge without detectable serum antibodies to gluten or transglutaminase. This gluten sensitivity was not linked to coeliac disease.

After rectal CM challenge, a rectal mucosal inflammatory response measured

with NO and myeloperoxidase (MPO) was detected in 38% of pSS patients, all of whom fulfilled the criteria for irritable bowel syndrome.

In a questionnaire study of self-experienced adverse reactions to food, 27% of patients with rheumatoid arthritis (RA) reported intolerance to various foods and CM in particular. After rectal CM challenge performed in RA patients (n=27), strong mucosal reactivity to CM was observed in a few patients and a moderate increase in 23%. After gluten challenge, a moderate increase in mucosal reactivity was found in 35% of patients. No correlation to self-perceived intolerance and mucosal reactivity measured with NO and MPO was seen.

Inflammation of the gut is a prominent feature of spondyloarthropathies (SpA). After rectal challenges with CM protein and gluten, an increase in rectal NO production was seen in 26% and 19% respectively (p<0.001). An increase in the mucosal release of MPO as a sign of neutrophil activation was seen in the CM- and gluten-sensitive patients. NO production in SpA patients was more enhanced compared with RA and pSS patients and could contribute to the increased barrier permeability described in SpA patients.

Key words: Primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis, spondyloarthropathies, rectal challenge, food sensitivity, myeloperoxidase, nitric oxide and barrier permeability
ISBN: 978-91-554-7666-3

REU-KALENDERN 2010/2011



31 maj–1 juni 2010	Muskulosketalt ultraljud för reumatologer michael.ziegelasch@lio.se	Umeå
16–19 juni 2010	EULAR www.eular.org	Rom, Italien
27 augusti 2010	Cutting Edge tore.saxne@med.lu.se	Lund
8–10 september 2010	Framtidens specialistläkare, Malmö Arena www.framtidenslakare.se	Malmö
9–10 september 2010	SLE – modern behandling, diagnostik och utredning henrik.karlen@ucb.com	Stockholm
16–17 september 2010	Spondylartriter – med fokus på inflammatorisk rygg Vidareutbildningskurs för specialister jenny.ahlquist@abbott.com	Stockholm
17–19 september 2010	International workshop: Clinical and Molecular aspects of Congenital Heart Block www.ceric.se/CHB/CHBMeeting.html	Stockholm
23–24 september 2010	Reumatiska sjukdomar och graviditet catharina.nilsson@pfizer.com	Stockholm
29 september – 1 oktober 2010	SK-kurs (B) Interstitiella lungsjukdomar www.ipuls.se	Stockholm
29 september – 2 oktober 2010	EULAR – Musculoskeletal Sonography Course for Rheumatologists www.eular.org/edu_scientific_meetings.cfm	Warszawa
4–8 oktober 2010	SK-kurs (C) Organmanifestationer vid reumatisk sjukdom www.ipuls.se	Umeå
7–9 oktober 2010	7th International Congress on Spondyloarthropathies www.medicongress.com/congress.aspx?id=106	Gent, Belgien
14–15 oktober 2010	SRFs höstkonferens IVAs konferenscenter johan.bratt@karolinska.se	Stockholm
21–22 oktober 2010	Extraartikulära manifestationer och co-morbiditet vid RA carl.turesson@mayo.edu	Stockholm
25-28 oktober 2010	SK-liknande kurs Inflammatoriska systemsjukdomar christina.ingemarsson@karolinska.se	Stockholm
6–11 november 2010	ACR www.rheumatology.org	Atlanta, USA
1–3 december 2010	Läkarestämman www.svls.se	Göteborg
25-28 maj 2011	EULAR www.eular.org	London, UK

Information/program/inbjudan återfinnes i Reu-kalendern på www.svenskreumatologi.se