





## ReumaBulletinen

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

**Ansvarig utgivare** **Tomas Bremell**  
Reumatologi  
Sahlgrenska Universitetssjh  
Gröna Stråket 12  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 33 78  
tomas.bremell@vregion.se

**Redaktör** **Tomas Bremell**  
Se uppgifter ovan.

**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  
Fax 031-84 86 82

**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

**Omslagsbild** Per Lundblad

### 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 3/2009

- 3 Redaktören har ordet**  
**Brev från yngreläkarrepresentant och utbildningsansvarig**
- 4 Brev från ordföranden**  
**Inbjudan till Register- och Riktlinjedagar 2010**
- 5 SRF:s styrelse 2009**  
**Inbjudan till SK-liknande kurs**
- 7 Brev från vetenskaplige sekreteraren**  
**Nya medlemmar**
- 8 Förslag till nya stadgar för SRF**
- 9 Kallelse till årsmöte i SRF**  
**Pottholtz**
- 11 Styrelsens årsberättelse för 2009**
- 15 Reportage från Cutting Edge Rheumatology**
- 19 KUR – Klinisk Utveckling via Register**
- 21 COMBINE – ett nationellt nätverk**
- 22 Eponymer med anknytning till reumatologi (del 2)**
- 25 Inbjudan till fest i samband med Riksstämman**
- 26 Vilka är målen för vår rehabiliterande verksamhet?**
- 29 Aktuella avhandlingar**
- 30 Rapport från Riks-ST-dagarna i Linköping**
- 32 Reu-kalendern**

# ANNONS

## Redaktören har ordet

I enlighet med tidigare planering har vi förändrat inom redaktionen så att jag har tagit över som redaktör medan Ola Börjesson ingår i redaktionen med speciellt ansvar för hemsida understödd av Bengt Lindell. Tidningen i dess nya skepnad har fått mycket god respons och vi arbetar på att skapa en struktur som fungerar över flera nummer. I kommande nummer planerar vi att ha någon form av tema och i nr 4/2009 är ST-temat ganska givet eftersom höstkonferensen behandlar just detta ämne. Vi bör i något temanummer berätta om vårt riktlinjearbete som är ganska unikt till sitt upplägg. Andra möjliga teman för framtiden kan vara forskningsorganisation och samarbeten, rehabiliteringens roll i modern reumatologi och man kan också tänka sig temanummer om länssjukhusreumatologi dvs. inriktning, organisation, rekrytering m.m. till länssjukhusen. Redaktionen tar gärna emot tips om artiklar och teman och ni får gärna kontakta oss om ni själva vill skriva eller berätta något.

Beträffande hemsidan planerar vi att få en bra struktur på denna men även att lägga till utåtriktade bitar. En sådan kommer att vara månadens reumatologienhet där våra 35–40 reumatologenheter och sex universitetsavdelningar kommer att få möjlighet att presentera sig på hemsidan.

**DETTA NUMMER INNEHÅLLER** reportage från Cutting Edge i Lund i maj 2009, men domineras av årsmötesdagordning, verksamhetsberättelse m.m. Riksstämmeprogrammet kommer att bladas in. Vi fortsätter vår serie med reumatologiska eponymer och redovisar också aktuella avhandlingar.

Vi hälsar Tomas Weitoft välkommen som medarbetare i ReumaBulletinen med sina Pottholtz-funderingar.

Läs gärna förslaget till nya stadgar och lämna respons till mig, Annika Teleman eller annan styrelseledamot.

Trevlig läsning!

**TOMAS BREMELL**  
Redaktör



»Redaktionen tar gärna emot tips om artiklar och teman och ni får gärna kontakta oss om ni själva vill skriva eller berätta något.«

YNGRELÄKARREPRESENTANT *Kajsa Öberg* / UTBILDNINGSANSVARIG *Roger Hesselstrand*

## Lycklig ST

»Alla lyckliga familjer liknar varandra, varje olycklig familj är olycklig på sitt eget vis.«  
(Lev Tolstoj, Anna Karenina).

Det är lätt att dra paralleller med ST. Bakom en mindre väl genomförd ST kan en myriad olika faktorer dölja sig. En lyckad utgång av ST bygger däremot på en i förväg genomtänkt struktur, en omgivning som präglas av "en lärande organisation" samt en motiverad ST-läkare. Nya ST bygger på en förbättrad struktur. SPUR-inspektioner tjänar både som katalysator och kontroll av organisationen, och vi vet att vi har gott om motiverade ST-läkare. Med andra ord är förutsättningarna för den av Lev Tolstoj beskrivna lyckliga familjen goda. Under höstkonferensen kommer vi att arbeta vidare med de rent praktiska delarna.

**VI ARBETAR FÖR** att våra SK-kurser ska bli registrerade som s.k. C-kurser för att så många av våra egna ST-läkare som möjligt ska kunna gå dessa. Under 2010 blev två SK-kurser C-kurser; Kroniska artrit och Organmanifestationer vid reumatisk sjukdom, och en blev B-kurs; Interstitiella lungsjukdomar. Glöm inte söka dessa i tid, dvs. senast 1 oktober för SK-kurser under våren och 1 maj för SK-kurser under hösten.

Liksom tidigare ordnar SRF, med stöd från läkemedelsindustrin, fortbildningskurser för reumatologer. Det senaste tillskottet är en tvådagarskurs om SLE som kommer att arrangeras vid tre olika tillfällen, med start under våren 2010.

**MÅNGA ST-LÄKARE** skrev i våras det diagnostiska provet. I nästa nummer av ReumaBulletinen kommer vi att rapportera mer om utvärderingen av detta. Redan nu vill



vi emellertid lyfta fram att både ST-läkare och handledare upplevde själva skrivningsgenomgången som mycket värdefull. Om någon inte hunnit med detta är det dags att sätta av tid snarast.

**KAJSA ÖBERG**  
Falun, yngreläkarerepresentant  
**ROGER HESSELSTRAND**  
Lund, utbildningsansvarig

# Hur kan vi stimulera andra specialister att bli reumatologer?

**Vi är nu åter efter sommarledighet redo att kasta över oss de utmaningar som reumatologin erbjuder.**

**M**aj 2009 bjöd på en mycket intressant Cutting Edge i Lund efterföljt av en som vanligt omfattande EULAR-kongress i juni i Köpenhamn. Under hösten väntar höstkonferensen 8-9 oktober vilken behandlar ST-utbildning, och några veckor senare ACR, samt i slutet av november medicinska riksstämman.

## Rekrytering

Rekrytering till länssjukhusen är många gånger problematisk och jag tror att det är viktigt att diskutera på vad sätt vi kan stödja de länssjukhus som har svårigheter. Rekrytering av reumatologer från andra specialiteter borde vara en mer naturlig väg än vad det är i dag. Varför specialiserar sig invärtesmedicinare i gastroenterologi, lungmedicin eller hematologi men väldigt sällan i reumatologi? Ofta möter vi intresse avseende reumatologi från geriatriker och allmänläkare. Hur tar vi ta tillvara detta? Vi måste på olika sätt underlätta olika vägar till reumatologikompetens och uppskatta den kompetens som andra specialiteter kan bidra med inom reumatologin. Jag tror att det är viktigt att se ST-utbildningen som en attraktiv utbildning under fem år, men den är trots allt endast en del av en utbildning som fortsätter under hela yrkeslivet, dvs. ytterligare kanske trettio år. Det gäller således att anpassa kraven efter dessa förutsättningar.



»Vi måste underlätta olika vägar till reumatologikompetens och uppskatta den kompetens som andra specialiteter kan bidra med inom reumatologin.«

Vår organisation med regionala ST-studierektorer stöder ansträngningarna på länssjukhuset och gör det attraktivt att vara ST-läkare här.

## Möten

Styrelsen har sett över den mötesverksamhet vi har och beslutat att lägga ner nationella ledarmötet under riksstämman till förmån för mer specifika möten, t.ex. verksamhetschefsmöte, studierektorsmöte, möte för Junior Faculty m.m.

## Nya stadgar

Annika Teleman har i styrelsen tagit initiativ till att förnya våra stadgar, vilka daterar sig från 1992. De nuvarande stadgarna känns något gammalmodiga i vissa aspekter. Arbetet kommer att presenteras och förankras innan beslut tas på årsmöte.

## Regional ST-studierektor

Det har diskuterats en hel del angående regional studierektors funktion, support och status. Olikheter mellan regionerna finnes. Styrelsen har därför försökt att ta fram en mall för denna funktion. Denna uppdragsbeskrivning är nu ute på remiss till enhetscheferna. Viktigt är att den regionala studierektorn får tillräckligt med tid för sitt arbete samt även support i form av sekreterarhjälp. Vi ser den regionala studierektorn som en viktig ledare på kliniken med naturligt deltagande i klinikledning eller motsvarande. Att vara regional studierektor innebär också en utbildning för en ännu mer framträdande ledarfunktion inom reumatologin.

## Medlemsrekrytering

Vi ser en glädjande tillströmning av nya medlemmar och kommer att göra vårt yttersta för att ta hand om dessa. Styrelsen och redaktionen för *ReumaBulletinen* arbetar nu fram rutiner för att ge nya medlemmar ett bra mottagande.

**TOMAS BREMELL**  
ordförande

## Register- och Riktlinjedagar 2010

Välkommen till Register- och Riktlinjedagarna på Karolinska den 28-29 januari 2010.

Utvecklingen är stark inom dessa områden av Svensk Reumatologisk förenings verksamhet och många nyheter kommer att presenteras under dessa dagar som nu hålls för tredje gången.

För SRF: Tomas Bremell, Staffan Lindblad, Lars Klareskog

Anmäl dig till Inga Lodin på mail [inga.lodin@karolinska.se](mailto:inga.lodin@karolinska.se) så får du en anmälningsblankett att returnera med vilka dagar du vill delta, kost etc.

Resebidrag utgår till ST-läkare och reumatolog vid länsdelssjukhus.

Vid frågor kontakta Inga på telefon 08-517 72476.



**Tomas Bremell**  
*Ordförande*  
Reumatologi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Gröna Stråket 12  
413 45 Göteborg  
Tel 031-342 3378 sekr  
tomas.bremell@vregion.se



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



**Annika Teleman**  
*Facklig sekreterare*  
Spenshult  
313 92 Oskarström  
Tel 035-263 50 32;  
035-263 50 00 vx  
annika.teleman@spenshult.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*  
Sektionen för Reumatologi  
Universitetssjukhuset MAS  
205 02 Malmö  
Tel 040-33 24 19  
Carl.turesson@mayo.edu



**Roger Hesselstrand**  
*Utbildningsansvarig*  
Reumatologiska kliniken  
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  
Falun Lasarett  
791 82 Falun  
Tel 023-49 01 17; 49 20 00 vx  
kajsa.oberg@ltdalarna.se



## Välkommen till SK-liknande kurs i undersökningsteknik och rehabilitering på Spenshult 3-4 december 2009

### Övergripande innehåll:

- Undersökning av smärttillstånd i axel, nacke, ländrygg, bäcken och höft.
- Teori varvat med praktiska övningar under handledning.
- Smärtanalys.
- Rehabilitering vid reumatisk sjukdom.

### Kursansvariga:

Annika Teleman, Ann Bremander och Stefan Bergman.

*Målgrupp:* ST-läkare i reumatologi.

### Förkunskaper:

Grundläggande ledundersökningsteknik.

IPULS-certifiering pågår.

Kurskostnad 2500:-/pers. inkl. kost och logi.

Anmälan senast den 2 november till Karina Turesson, [karina.turesson@spenshult.se](mailto:karina.turesson@spenshult.se)

## Spenshult Sjukhus

313 92 Oskarström. Telefon 035-263 50 00.  
[www.spenshult.se](http://www.spenshult.se)

# ANNONS

# Intensiv vetenskaplig aktivitet

Efter en blomstrande vetenskaplig vår krönt av försommarhögtidligheter som Cutting Edge-symposiet i Lund (se separat rapport) och EULAR-mötet i Köpenhamn har sommaren inneburit en period av relativt lugn i reumatologiforskningens Sverige. Jag skriver relativt, eftersom den höga produktiviteten tyder på att verksamheten är ganska omfattande året om på många håll! Nästa höjdpunkt där man kan njuta av denna prunkande flora är Riksstämman i Stockholm 25–27/11. Svensk Reumatologisk Förening anordnar program i dagarna tre, inklusive flera symposier som vänder sig till en bredare publik från många specialiteter. Programmet redovisas i sin helhet på annan plats i Reumabulletinen. Jag vill göra särskild reklam för årets Nanna Svartzföreläsare, Paul Emery från Leeds, och för utdelningen av Wyethpriset för klinisk forskning inom reumatologi, med föredrag av pristagaren. Nomineringarna till detta pris granskas just nu av en högklassig internationell jury.

**TILL DE BÄSTA** vetenskapliga nyheterna i övrigt i år hör inrättandet av en sammanlutning för yngre forskare inom reumatologi kallad Junior Faculty. Gruppen, som innefattar nydisputerade och doktorander i slutfasen av forskarutbildningen, hade ett första möte i samband med Vår-mötet i Uppsala. Syftet är att genom erfarenhetsutbyte förbättra förutsättningarna för att utvecklas som reumatologiforskare i Sverige. Kontaktpersoner är Gunnell Nordmark, Uppsala ([Gunnell.Nordmark@medsci.uu.se](mailto:Gunnell.Nordmark@medsci.uu.se)) och Anna-Karin Hultgård Ekwall, Göteborg ([anna-karin.hultgard.ekwall@rheuma.gu.se](mailto:anna-karin.hultgard.ekwall@rheuma.gu.se)). Nästa möte planeras till den 26/11 på Riksstämman.

**ARBETET MED** evidensbaserade nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar i Socialstyrelsens regi går vidare, och är inne i en intensiv fas där det vetenskapliga underlaget skall ligga till grund för praktiska rekommendationer. Riktlinjearbetet organiseras i sex områden: reumatoid artrit, spondylartrit & psoriasisartrit, artros, osteoporos, ortopediskt trauma och kronisk smärta, och fokuserar på valsituationer mellan olika åtgärder där det



»Jag vill uppmana alla forskningsintresserade reumatologer att starkt överväga att resa till Bergen i Norge 9–12/5 nästa år och delta i Scandinavian Congress of Rheumatology.«

föreligger kontrovers och behov av vägledning. Representanter för SRF är naturligtvis aktiva i flera olika faser av projektet – i faktagrupper som tar fram vetenskapligt underlag, konsensuspanel för bedömning av kontroversiella områden med bristfällig evidens, och prioriteringsgruppen som rankar granskade åtgärder utifrån dokumenterad effekt, evidensgrad och kostnadseffektivitet. Undertecknad, Lennart Jacobsson (ordförande i faktagrupperna för RA respektive SpA/PsoA) och Tomas Bremell ingår i projektledningen. Som ni säkert förstår är detta ett mycket omfattande projekt, med en tidsplan som ibland är svår att överblicka. En preliminärversion av riktlinjerna kommer att skickas ut på remiss – preliminärt under våren 2010.

**PARALLELLT MED DETTA** fortsätter vi i SRF med den årliga uppdateringen av våra egna behandlingsriktlinjer. Våra riktlinjedokument skiljer sig till sitt upplägg en del från hur Socialstyrelsens rekommendationer kommer att se ut, även om det naturligtvis kommer att finnas gemensamma nämnare eftersom det vetenskapliga underlaget är detsamma och delvis samma

personer arbetar med dokumenten. SRF:s riktlinjer har fördelen att kunna uppdateras med betydligt kortare varsel när nyheter kommer till.

Liksom tidigare år kommer arbetsgruppen att ta fram förslag till uppdaterade riktlinjer för läkemedelsbehandling vid RA respektive spondylartrit/psoriasisartrit, samt för kardiovaskulär prevention vid reumatisk sjukdom. En nybildad grupp kommer att särskilt belysa säkerhetsaspekter på läkemedelsbehandling – detta dels för att fördjupa arbetet med dessa delar, dels för att undvika att de redan omfattande dokumenten om behandlingsriktlinjer sväller ut ytterligare. Förslagen skickas sedan ut på remiss och diskuteras på riktlinjedagen i januari, varefter reviderade förslag bereds i styrelsen och antas på Vår-mötet i Stockholm.

**AVSLUTNINGSVIS VILL JAG** uppmana alla forskningsintresserade reumatologer att starkt överväga att resa till Bergen i Norge 9–12/5 nästa år och delta i Scandinavian Congress of Rheumatology. Norrmännen har utlovat intressanta sessioner som skall innehålla både nyheter från spjutspetsforskning och möjligheter till bredare fortbildning inom viktiga ämnen. Översikt över programmet och annan information finns på [www.scr2010.no](http://www.scr2010.no)

Notera att abstract redan kan skickas in (från 15/9) och att deadline är 15/1.

Dessförinnan önskar jag er alla en nyfiken och spännande höst!

**CARL TURESSON**

Vetenskaplig sekreterare  
turesson.carl@mayo.edu

## Nya medlemmar i SRF

Jon Thorkell Einarsson, Lund  
Tor Olofsson, Lund  
Lisbet Söderlund, Umeå  
Karin Piehl Aulin, Danderyd  
Jonas Andersson, Karlskrona

## Associerad medlem:

Gunilla Mickelsson, Wyeth

# Förslag till Stadgar för Svensk Reumatologisk Förening (SRF) att föreläggas årsmötet 2009 (091125)

## Stadgar för Svensk Reumatologisk Förening

### §1

Föreningen är en sammanslutning av inom reumatologi verksamma läkare och forskare eller på annat sätt intresserade personer. Föreningen utgör Svenska Läkaresällskapets sektion för reumatologi och är tillika specialistförening inom Sveriges Läkarförbund.

### §2

Föreningens ändamål är att främja reumatologins utveckling och praktisk tillämpning genom föredrag, kongresser och främjande av forskning samt såväl vidareutbildning av specialister som rekrytering och utbildning av ST-läkare. Föreningen ska tjäna som organ för nationellt och internationellt samarbete avseende vetenskapliga frågor och specialistutbildning för att främja hälso- och sjukvården inom ämnesområdet reumatologi.

Såsom Svenska Läkaresällskapets sektion för reumatologi ombesörjer föreningen föredrag vid läkaresällskapets sammankomster i överensstämmelse med den för Sällskapet gällande arbetsordningen, samt avger utlåtanden i eller handlägger ärenden som hänskjutits/överlämnats till sektionen. Vid handläggning av ärenden som berör andra sektioner i Läkaresällskapet ska samråd med denna/dessa ske.

Såsom specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund avger föreningen utlåtanden i fackliga frågor samt i övriga ärenden som hänskjutits/överlämnats av Läkarförbundet. Det åligger föreningen att följa Läkarförbundets beslut i fackliga frågor samt fortlöpande underrätta Läkarförbundet om vilka förbundsmedlemmar som är medlemmar i föreningen.

### §3

Ansökan om medlemskap ska göras till styrelsen och avgörs av denna. Till ordinarie medlem kan antagas läkare som innehar svensk legitimation och som är verksam inom ämnesområdet reumatologi.

Till associerad medlem, med rätt att delta i Föreningens vetenskapliga program, kan antagas medlemmar av annan

sektion inom Sällskapet och inväljas den som, utan att vara läkare, är verksam inom ämnesområdet.

Associerad medlem äger inte rätt att delta i Föreningens fackliga verksamhet. Associerat medlemskap innefattar inte prenumeration på Scandinavian Journal of Rheumatology.

Ordinarie och associerad medlem erlagger till Föreningen av årsmötet fastställd årsavgift. Uppbörden verkställs i enlighet med bestämmelser för Läkarförbundets centrala avgiftsuppbörd eller via kassören för den som inte är medlem i Läkarförbundet.

Till hedersledamot kan föreningens årsmöte på förslag från styrelsen kalla svensk eller utländsk person vars insatser varit av stor betydelse för utvecklingen inom reumatologi. För val av hedersledamot fordras två tredjedels majoritet vid årsmötet. Hedersledamot erlagger ingen årsavgift

Medlem som önskar utträda ur Föreningen ska skriftligt anmäla det till styrelsen som beviljar utträde. Medlemmar som efter två påminnelser, av kassören eller via Läkarförbundets avgiftsuppbörd, inte erlagt årsavgift anses ha utträtt ur sektionen.

Endast medlemmar har rätt att ansöka om/erhålla ekonomiska medel från föreningen, om inte annat anges.

### §4

Föreningens angelägenheter sköts av vid årsmötet vald styrelse bestående av minst 5 styrelseledamöter med följande funktioner, ordförande, vice ordförande, vetenskaplig sekreterare, facklig sekreterare, kassör, utbildningsansvarig och representant för läkare under utbildning. Samtliga ledamöter väljs för två år. Jämn köns- och geografisk fördelning av styrelseposterna eftersträvas liksom att val av styrelseledamöter fördelas jämt över två år. Samtliga styrelseledamöter ska vara medlemmar i Läkaresällskapet och Läkarförbundet.

### §5

Styrelsen sammanträder minst fyra gånger per år på kallelse av ordförande. Ordföranden är skyldig att sammankalla styrelsen om minst två ledamöter så begär. Styrelsen är beslutsfällig när minst halva antalet

ledamöter är närvarande. Omröstning är öppen om ej annat begärs. Vid lika röstetal äger ordföranden utslagsröst. Facklig sekreterare ska minst två veckor före varje förenings-/ årsmöte tillställa Föreningens medlemmar kallelse och föredragningslista, föra protokoll vid styrelse och föreningsmöten, jämte ordförande ombesörja korrespondens samt förvalta föreningens arkiv. Styrelsens protokoll justeras av ordföranden. Kassör ska ansvara för medlemsförteckning, föra Föreningens räkenskaper och ombesörja utbetalningar. Styrelsen har att utse ansvarig utgivare för medlemstidning och redaktör för hemsidan. Den utser även sammankallande för arbetsgrupper.

Ärenden kan avgöras per capsulam om samtliga styrelseledamöter är överens.

Beslut i ärenden som berör för Sällskapet gemensamma angelägenheter ska snarast tillställas Svenska Läkaresällskapets nämnd och beslut som berör Sveriges Läkarförbund ska snarast tillställas detta.

### §6

Förslag till val som ska förrättas vid föreningens årsmöte upprättas av en valberedning bestående av minst tre medlemmar. Valberedningens ledamöter utses av årsmötet för en tid av tre år. Minst en ska vara knuten till utbildningsklinik.

### §7

Föreningens räkenskaper omfattar tiden första september till 31 augusti.

Föreningens årsmöte äger rum i november eller december (vanligen i anslutning till Svenska Läkaresällskapets årsmöte.) Vid årsmötet föredras styrelse- och revisionsberättelse, beslutas om ansvarsfrihet för styrelsen, fastställs årsavgiftens storlek, behandlas ärenden som styrelsen förelagt mötet eller som medlem anmält till styrelsen minst två månader före mötet samt väljs styrelseledamöter, protokolljusterare, valberedning, två revisorer och en suppleant för dessa jämte för en tid av två år representanter för Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleant/er för denna/dessa. Fullmäktigerepresentant ska vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet. Vid årsmötet väljs en ledamot och suppleant

(ordföranden oräknad) till Specialitetsföreningarnas representantskap i Sveriges Läkarförbund.

Uppgifter om föreningsfunktionärer ska efter förrättat val snarast meddelas/tillställas Svenska läkaresällskapet och Läkarförbundet.

Fråga eller frågor som Föreningen ska ta upp på Svenska Läkaresällskapets (SLS)fullmäktigemöte arbetsordning bör tillställas SLS nämnd minst två månader före ordinarie fullmäktigemöte.

Föreningen ska hålla minst två möten årligen. Extra medlemsmöte ska hållas när Föreningens styrelse eller minst 10 medlemmar skriftligen begär sådant för att behandla uppgivet ärende.

Skriftlig kallelse till års- medlemsmötet utsänds till medlemmarna minst 14 dagar i förväg.

### §8

Omröstning vid val sker öppet då ej annat begärs. Vid lika röstetal avgörs val via lottning.

Andra frågor avgörs, såvida omröstning begärs, genom öppen sådan. Vid lika röstetal gäller den mening som biträdes av ordföranden vid mötet.

Associerad medlem har yttranderätt men ej rösträtt vid föreningens förhandlingar.

### §9

Ledamot av Svenska Läkaresällskapet (respektive medlem i Svenska läkarförbund) äger tillträde till Föreningens sammanträden med rätt att delta i förhandlingarna men inte i Föreningens beslut.

Föreningsmedlem ska vara medlem i Sällskapet för att kunna delta i beslut som rör speciella frågor som avses i §2 andra stycket.

### §10

Beslut om ändring av stadgar kan endast äga rum på årsmötet. Skriftligt förslag om ändring insänds minst två månader i förväg till styrelsen.

Förslag till stadgeändring ska, åtföljt av styrelsens yttrande däröver, skickas till alla medlemmas samtidigt med kallelse till årsmötet.

För ändringar fordras att minst två tredjedelar av de vid mötet närvarande medlemmarna är ense om beslutet.

Beslutad ändring träder i kraft sedan Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund fastställer densamma. ■

## Kallelse till årsmöte i Svensk Reumatologisk Förening (SRF) 2009

Tid: onsdagen 25 nov, kl 16.15–17.30

Lokal: Medicinska Riksstämman, Älvsjömässan, Stockholm



- §1 Årsmötet öppnas
- §2 Godkännande av kallelse och dagordning
- §3 Val av mötesordförande och mötessekreterare
- §4 Val av protokolljusterare
- §5 Anmälan av ev övriga frågor
- §6 Styrelsens förslag till årsberättelse
- §7 Revisorernas redogörelse och ansvarsfrihet för styrelsen. Firmateckning.
- §8 Val av styrelse
- §9 Val av två revisorer och en suppleant
- §10 Val av representant med suppl till Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling
- §11 Val av valberedning
- §12 Årsavgift för år 2010
- §13 Förslag till nya stadgar
- §14 SPUR-inspektioner
- §15 Rapport från arbetsgrupper/studiegrupper inkl riktlinjearbetet
- §16 Utmärkelser  
Årets ledstjärna  
Hedersmedlem  
Wyeth-stipendium för yngre forskare  
SRF-stipendium för bästa laboratoriebaseade och kliniska abstract
- §17 Motioner
- §18 Övriga frågor
- §19 Tack till avgående styrelseledamöter
- §20 Årsmötet avslutas

Ordf – Tomas Bremell

Facklig sekr – Annika Teleman

Pottholtz funderingar enligt Tomas Weitoft

### ... NACKDELEN MED ENKELRUM



# ANNONS

Utvecklingen av svensk reumatologi är fortsatt stark. Trots att inflammatorisk forskning inte fanns med i fördelningen avseende strategiska medel har svensk reumatologisk forskning en god långsiktig finansiering. Samarbetet mellan de sex universitetsorterna beträffande forskning utvecklas allt mer såväl avseende den experimentella biologiska forskningen som behandlingsforskning och registeruppföljning. Behandlingsmässigt noteras en fortsatt ökning och bredare användning av TNF-hämmare och B-cellshämmare. Under 2008 har även tillkommit en T-cellshämmare och under 2009 en hämmare av interleukin-6. Sammantaget har reumatologen i dag en betydande arsenal av såväl ospecifika immunomodulerande läkemedel liksom selektiva riktade medel för behandling av olika typer av inflammatoriska sjukdomar. En ytterligare utveckling av den mer riktade behandlingen är att vänta under de närmaste åren. Den nya läkemedelsbehandlingen ställer krav på effektiv läkemedelshantering med mesta möjliga patientnytta till lägsta möjliga kostnad och en noggrann uppföljning i studier och i register.

**REUMATOLOGIS ST-UTBILDNING** har en regional struktur med sex regionala studierektorer placerade i Lund, Göteborg, Linköping, Stockholm, Uppsala och Umeå. De regionala studierektorerna håller i undervisning och annan utbildning samt är ett stöd i ST-utbildningens genomförande. Styrelsen har förtydligat de regionala ST-studierektorernas funktion, support och status i speciellt dokument. Studierektorerna har även varit aktivt drivande i framtagande av den nya målbeskrivningen. ST-utbildningen kvalitetsgranskas på flera sätt bl.a. genom ett årligt diagnostiskt prov sedan 2005, SPUR-inspektioner på SPUR-inspektörernas initiativ samt medsittning för att kontinuerligt följa upp ST-läkarens kompetens. Arbetet i styrelsen har letts av ST-läkarens ansvariga Kajsa Öberg och utbildningsansvarige Roger Hesselstrand. Föreningen har aktivt uppmuntrat anordnande av SK-kurser och vill att ST-läkaren går dessa tidigt i sin utbildning. Riks-ST-mötet i Linköping var välordnat och lockade ett 35-tal ST-läkare.

**ANTAL ST-LÄKARE VISAR** en kraftig ökning under de senaste sex åren (62-65-73-82-80-89). Ökningen ligger framförallt på regionsjukhusen. Fortfarande är specialistbemanningen på många länssjukhus besvärande låg. SRF bör på olika sätt stärka rekryteringen av läkare till länssjukhusen. En outnyttjad resurs här är specialister i allmän internmedicin eller andra specialiteter som mycket väl skulle kunna dubbelspecialisera sig inom reumatologi. Den nya reumatologin förstärker kravet på tillräcklig kritisk massa vad gäller läkarbemanning.

**ANTALET NYA SPECIALISTER** i reumatologi under åren 2000–2008 är 121 eller fördelat årsvis 13-18-12-18-13-11-15-12-9 dvs. 13,5/

år. Minskningen under 2008 till endast nio utfärdade specialistbevis är tillfällig och beror sannolikt på den bristande tillströmningen i början av 2000-talet. Under första halvåret 2009 har sex specialistbevis utfärdats av Socialstyrelsen. Antal verk samma specialister minskar från 232 (2008) till 218 (2009). Vi tror att detta är en tillfällig minskning till följd av generationsskifte. Antalet nya specialister under de närmaste åren kommer att öka då vi ser att antalet ST-läkare är mer än dubbelt så stort som pensionsavgångarna.

**I SAMARBETE MED INDUSTRI** har ett flertal möjligheter till vidareutbildning kunnat anordnas. Ansvarig i styrelsen har varit Roger Hesselstrand. Exempel på kurser som anordnats flera gånger för att nå ut till alla intresserade reumatologer är kurs i reumatiska multiorgansjukdomar (slutenvårdsreumatologi), muskuloskeletal ultraljud, bilddiagnostik samt reumatiska sjukdomar och graviditet. Styrelsen är angelägen att kurserna ordnas flera gånger så att de som vill skall ha möjlighet att er hålla utbildningen.

Föreningen har, som en av få specialiteter, fokus på riksstämman med ett 80-tal insända abstracts, vilka granskas av professorskollegiet. Vi ser även ett ökat intresse för vårt eget vårmöte vilket i år anordnades i Uppsala. Uppslutningen på vårmötet har ökat för varje år och omfattar nu ett 100-tal reumatologer.

**ARBETET MED MEDICINSKA RIKTLINJER** pågår intensivt. Carl Turesson har därvidlag tagit ett stort ansvar. Föreningen arbetar med årlig uppdatering av riktlinjer för reumatoid artrit och ankyloserande spondylit/psoriasis artrit. Dessutom pågår ett arbete gällande samma sjukdomar inom ramen för Socialstyrelsens arbete angående rörelseorganens sjukdomar med framtagande av riktlinjer vilka beräknas vara klar 2010. Under året har SRF för första gången framtagit riktlinjer för prevention av kardiovaskulär sjukdom i samband med inflammatorisk reumatisk sjukdom. SRFs egna riktlinjer processas på ett strukturerat sätt genom speciella arbetsgrupper med omfattande diskussion såväl i professorskollegium som med enhetsföreträdare samt under riktlinjemöte för att därefter stadfästas i samband med vårmöte.

**ARBETSGRUPPerna FÖR LARM-PREPARAT** och Tbc-riktlinjer har samordnats till en läkemedelssäkerhetsgrupp. En nystartad arbetsgrupp arbetar med att utforma ett nationellt SLE-register och intressegruppen för riktlinjer avseende kardiovaskulär prevention har kunnat bilda en arbetsgrupp.

**HÖSTKONFERENSEN 2009** hade som tema den nya specialiserings-tjänstgöringen i reumatologi och avsåg att belysa den nya ST-utbildningen. Konferensen besöktes av ett 40-tal deltagare och gav värdefulla impulser. ☺

**DEN NYA LÄKEMEDELSBEHANDLINGEN** har resulterat i ett kraftigt minskat behov av slutenvårdsplatser. I en uppföljning under våren kunde noteras att antalet slutenvårdsplatser för reumatologi minskat från 478 (1999) till 221 (2009) dvs. endast 46% av slutenvården är kvar. Framförallt har nerdragningen gällt 5-dygnsplatser. Vad gäller dagsjukvård/infusionsplatser har dessa ökat från 174 (1999) till 261 (2009). Emellertid är det svårt att bedöma antalet infusionsplatser, eftersom infusionerna går så pass snabbt att flera patienter kan använda samma plats under samma dag. Den beräknade årliga kostnadsminskningen avseende slutenvård med minskning på 250 vårdplatser i Sverige, beräknat på en vårdplatskostnad på 1 miljoner kronor/år/vårdplats, skulle kunna röra sig om 250 miljoner kronor årligen.

**SRF HAR KUNNAT NOTERA** en ökad medlemstillströmning. Sålunda har under året invalts 29 nya medlemmar (huvuddelen ST-läkare) samt 4 associerade medlemmar.

**UNDER ÅRET HAR FÖRENINGEN** tagit initiativ till skapande av en Junior Faculty som är ett nätverk som syftar till att stärka återväxten inom reumatologisk forskning i Sverige. Junior Faculty vill stödja och uppmuntra juniora forskare i deras karriär och kompetensutveckling och skapa ett nationellt nätverk inom reumatologisk forskning och ett gemensamt forum för vetenskapliga diskussioner och symposier. Såväl läkare som biologer och andra som forskar inom våra reumatologiska institutioner är välkomna att delta.

**STYRELSEN FÖRSÖKER SKAPA** olika mötesplatser såsom höstkonferensen, professorskollegiet, reumatologseniorerna, register- och riktlinjedagar, uppmuntra riks-ST-dagar och understödja arbetet i studiegrupper och studierektorsmöten m.m. och det är i detta sken man skall se arbetet med att skapa en Reumatology Junior Faculty.

**REUMABULLETINEN HAR UNDER 2009** övergått från 3 nummer/år till 4 nummer/år och produceras nu av ett tidsskriftsföretag. Målet har varit en utåtriktad, mer professionell tidskrift och även ett mer aktivt arbete inom föreningen med Bulletinen. Sammantaget har den nya Reumatbulletinen inneburit ett lyft för föreningen och skapat en utåtriktad möjlighet för reumatologin i Sverige. Uppdatering av hemsidan och överflyttning till tidsskriftsföretaget har även skett och även här är syftet att på ett aktivt utåtriktat sätt kunna presentera reumatologi och reumatologin i Sverige. Redaktör har varit Ola Börjesson och Tomas Bremell.

I tidskriften har bl.a. en debatt dragits igång om rehabiliteringens roll inom reumatologin i ljuset av de nya läkemedlen.

**FÖRENINGENS KOSTNADER ÖVERSTIGER** intäkterna under 2009 och har gjort så under de senaste åren till följd av den mängd aktiviteter som vi har. Vi tär således på det samlade kapitalet. Likviditeten, dvs. föreningens ekonomi, är emellertid god.

**Medlemsantalet** i oktober 2009 är totalt 510. Av dessa är 368 aktiva läkare och 64 är pensionerade. Föreningen har 66 associerade medlemmar och 12 hedersmedlemmar.

**Stödjande medlemskap:** Föreningen har under verksamhetsåret haft följande stödjande juridiska medlemmar: Abbott Scandinavia AB, Pfizer AB, Schering Plough AB, Roche, UCB Nordic, Bristol-Myers Squibb samt Wyeth AB.

#### **Förtroendemän utsedda i samband med årsmöte:**

**Styrelsen** har bestått av: ordförande *Tomas Bremell*, vice ordförande och ansvarig för arbets- och intressegrupper *Johan Bratt*, facklig sekreterare *Annika Telemann*, vetenskaplig sekreterare *Carl Turesson*, kassör *Lars Cöster*, representant för läkare under utbildning *Kajsa Öberg* samt ansvarig för vidareutbildning och utveckling av regional ST-utbildning *Roger Hesselstrand*.

**Revisorer:** Ido Leden och Rolf Oding med Bernhard Grewin som suppleant.

#### **Representant i Svenska Läkaresällskapets fullmäktige:**

Tomas Bremell med Johan Bratt som suppleant.

**Valberedning:** Ingrid Lundberg (ordförande), Solveig Wällberg Jonsson och Jörgen Lysholm

#### **Förtroendemän utsedda eller föreslagna av SRFs styrelse**

##### **Kontaktpersoner:**

- Kontaktperson i språkfrågor och klassifikation: Göran Lindahl.
- Kontaktperson till Bone and Joint Decade: Bengt Lindell

##### **Arbetsgrupper:**

- Säkerhetsfrågor vid läkemedelsbehandling, lars.coster@lio.se
- för Riktlinjer för behandling av RA, carl.turesson@mayo.edu
- för Behandling med biologiska läkemedel vid Spondylartriter, lennart.jacobsson@med.lu.se
- Arbetsgrupp för Svenska Reumatologiregister, staffan.lindblad@karolinska.se
- Sv RA-registret, staffan.lindblad@karolinska.se
- ARTIS-gruppen (AntiReumatisk Terapi I Sverige), nils.feltelius@mpa.se
- Vårdgaranti, Prioriteringar och Medicinska indikationer, tomas.bremell@vgregion.se
- För Verksamhetsutveckling, jorgen.lysholm@ltdalarna.se, och boel.mork@vgregion.se
- Riktlinjer för primärprevention avseende kardiovaskulära riskfaktorer vid reumatisk sjukdom, elisabet.svenungsson@ki.se
- Arbetsgruppen för ett nationellt SLE-register, andreas.jonsen@med.lu.se

##### **Intressegrupp:**

- Reumatologseniorer, ylva.lindroth@ptj.se

##### **Studiegrupper:**

- Swedish Scleroderma Study Group, lars.coster@lio.se
- Studiegruppen för Psoriasisartrit, ulla.lindqvist@medsci.uu.se
- Studiegruppen för Osteoporos, britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se
- Studiegruppen för Epidemiologi, lennart.jacobsson@med.lu.se
- Studiegruppen för Kardiovaskulär komorbiditet vid reumatisk sjukdom, elisabet.svenungsson@ki.se
- Studiegruppen för Myosit, ingrid.lundberg@ki.se
- Studiegruppen för artritradiologi, annika.telemann@spenshult.se

##### **Representanter:**

- Socialstyrelsens vetenskapliga råd: Anna Engström-Laurent.
- IPULS: Lennart Jacobsson och Ingiöld Hafström.
- UEMS: Frank Wollheim och Roger Hesselstrand.

- EULAR Standing Committees: Boel Andersson-Gäre (pediatric rheumatology). Lennart Jacobsson (education and publication) har avsat sig uppdraget, ersättare planeras. Lars Klareskog (international clinical studies), Ingemar Petersson (epidemiologi), Lars Klareskog (investigative rheumatology) och Kristina Forslind (musculoskeletal imaging).
- Redaktionskommittén för Scandinavian Journal of Rheumatology: Frank Wollheim, suppleant Carl Turesson.
- Rheumatology in Europe: Björn Svensson.
- Representant i Svenska Läkarförbundets representantskap: Tomas Bremell med Johan Bratt som suppl.
- SweReFo: Jon Lampa och Catharina Eriksson
- Riksstämmedelegationen: Solveig Wällberg Jonsson

#### Övriga förtroendeuppdrag:

- Ansvarig för föreningens hemsida på Internet: Bengt Lindell och Ola Börjesson.
- Ansvarig utgivare för Reumabulletinen: Tomas Bremell. Redaktör har varit Ola Börjesson (nr 72, 73) och därefter Tomas Bremell (74,75).
- Konsultationsläkare till Läkarförbundet (bistå vid anmälan): Ylva Lindroth.
- CME-bedömare: Anna Engström Laurent.
- Representanter för Socialstyrelsen för granskning av ansökan om specialitet i reumatologi: Agneta Uddhammar och Tomas Husmark.
- SPUR-inspektörer: Bernhard Grewin, Eva Nitelius, Eva Bagge och Per-Johan Hedin.
- Regionala ST-studierektorer: Stefan Engstrand t.o.m. 090901 därefter Ewa Berglin (Norr), Gunnel Nordmark (Uppsala), Bernhard Grewin (Stockholm), Jan Cedergren (Linköping). Katarina Almehed t.o.m. 090301, därefter Eva Klingberg (Väster), Meliha Kapetanovic (Söder),
- Professorskollegium med samtliga medlemmar som innehar en professur i reumatologi, är kliniskt verksamma och medlemmar i SRF. Under året har professorskollegiet bestått av ordf, sammankallande Ingrid Lundberg (Stockholm), Lars Rönnblom (Uppsala), Hans Carlsten (Göteborg), Thomas Skogh (Linköping) Lars Klareskog och Ingäld Hafström (Stockholm), Solbritt Rantapää-Dahlqvist (Umeå), Tore Saxne, Gunnar Sturfelt och Lennart Jacobsson (Lund). Föreningens ordförande och vetenskaplige sekreterare är adjungerade.

#### Styrelsen har sammanträtt vid 7 tillfällen, varav ett tvådagarsmöte. Under verksamhetsåret har bland annat följande skett: Hälso- & Sjukvårdsfrågor:

- Styrelsen har varit representerad vid LFs representantskap för specialistföreningarna och vid SLS fullmäktige.
- Deltagande i Socialstyrelsens arbete med riktlinjer rörande rörelseorganens sjukdomar.

#### Utbildnings- och forskningsfrågor:

- Riksstämman 2008 genomfördes i Stockholm med över 80 abstracts.
- Riks-ST i Reumatologi hölls i Linköping i maj 2009 med ett 35-tal deltagande ST-läkare.
- Cutting Edge-symposiet genomfördes i maj 2009 i Lund.
- Reumatologen i Uppsala arrangerade i samarbete med föreningen SRFs vårmöte 2009.
- Fortbildning; Utbildning i Epidemiologi, Extraartikulär RA, Ultraljudsteknik, Bilddiagnostik, Organmanifestationer vid reumatiska sjukdomar (slutenvårdsreumatologi) samt Reu-

matiska sjukdomar och graviditet har genomförts under året. Två SK/SK-liknande kurser har genomförts.

- Arbete med framtagande av ny målbeskrivning för läkare under utbildning är klart och finns på Socialstyrelsens hemsida.
- 2008 års SRF-stipendium för bästa basala abstract tilldelades Helena Enocsson och Christian Lood och för bästa kliniska abstract Johanna Gustafsson, i samband med riksstämman 2008.

#### Utmärkelser:

- Till ledstjärnan för 2008 utsågs Roger Hesselstrand.
- Yvonne Enman inväljs som hedersledamot.
- Scandinavian Journal of Rheumatology's stipendium för reumatologisk forskning år 2008 tilldelades Johan Askling.
- Wyeth-stipendium år 2008 för yngre forskare tilldelades Alf Kastbom.
- Wyeth-priset år 2008 för framstående reumatologisk forskning tilldelades Ingrid Lundberg
- IMID-stipendiet 2008 tilldelades Gerd-Marie Alenius (reumatologi) och Michael Eberhardtson (gastroenterologi). Immunologistipendiet från Schering-Plough 2009 tilldelades Enikö Sonkoly (dermatologi) och Olof Grip (gastroenterologi).

#### Kvalitetssäkring:

- SPUR-inspektion har utförts på reumatologienheten i Luleå, Skövde, Östersund, Uddevalla, Växjö, Västervik. Diagnostiskt prov genomfördes under våren med över 40 deltagande ST-läkare. Malmö/Lund ansvarade för framtagandet av provet.
- Höstkonferensen 2009 arrangeras 8-9 oktober under rubriken Den nya specialiseringstjänstgöringen i reumatologi.

#### Internationellt samarbete:

- Inga rapporter har inkommit från representanter för EULARs standing committees.
- Skriftliga rapporter har inkommit från UEMS möten.
- Möte med Sc Society of Rheum under EULAR, muntlig rapport lämnad.

#### Remissvar/svar:

- Remissvar Klinisk forskning ett lyft för sjukvården.
- Remissvar Handelsmarginaler för läkemedel.
- Remissvar Olovlig tobaksförsäljning.
- Remissvar Sjukskrivningsrekommendationer för sjukdomar som går i skov.
- Remissvar SPUR-inspektioner – bedömning och poängsättning.
- Fortbildningsenkät till Läkarförbundet.

#### Ekonomi/Administration:

- Föreningens ekonomi är i balans.
- ReumaBulletinen har utkommit med fyra nummer. Tidskriften görs i samarbete med Mediahuset AB.
- Styrelsen och föreningens hemsidaredaktörer Bengt Lindell och Ola Börjesson har fortsatt arbetat för att utveckla föreningens hemsida.
- Föreningen har fortsatt avsätta ekonomiska medel för att stödja de regionala studierektorerna i olika ST-utbildningsprojekt.

För Styrelsen  
2009-09-01

Tomas Bremell  
Ordförande

Annika Teleman  
Facklig sekreterare

# ANNONS

# Cutting Edge Rheumatology

The Frank Wollheim Symposium i Lund

**Den 20 maj anordnades Cutting Edge Rheumatology – The Frank Wollheim Symposium i Lund.**

**Det var för tolfte gången detta symposium med internationella toppföreläsare anordnades.**

Första Cutting Edge hölls 1997 – året då Frank Wollheim vid universitetssjukhuset i Lund skulle gå i pension, berättar professor Tore Saxne för *Reumabulletinen*.

– Vid sådana tillfällen brukar man ordna ett symposium, och Frank tyckte det var så trevligt den gången, att han gärna ville fortsätta med det och göra det till en årlig tradition, förklarar han.

## **Kliniker och grundforskare på samma möte**

Tillsammans med professor Dick Heinegård vid Lunds Universitet och Frank själv, ansvarar Tore helt för programmet.

– Det handlar om reumatologi i väldigt vid bemärkelse, säger han.

– Målsättningen vi utgår från är att vi ska samla kliniker och grundforskare på samma möte. Tanken är att det ska vara ett program som attraherar båda dessa grupper.

Tore tillägger att det totalt handlar om åtta gästföreläsare, och att den första av dessa alltid ska vara från Lund. De övriga detta år kom från USA, Storbritannien, Schweiz, Australien, Tyskland samt Holland.

Så när Tore i sitt inledande välkomstanförande beskrev dagens föreläsningar med orden "Contributions from Lund and the world" var det en synnerligen adekvat beskrivning. Han kunde dessutom glädja sig åt att årets Cutting Edge lockat rekordmånga deltagare – drygt 150 personer stod uppsatta på deltagarförteckningen.

## **Galektiner**

Först ut av föreläsarna var Hakon Leffler, som alltså är verksam vid Lunds Universitet.

Han talade om en ny typ av inflammationsreglerare – galektiner. Dessa är en grupp kroppsegna, beta-galaktosid-bindande lektiner som kan aktivera kroppens försvarsceller till att producera en rad proinflammatoriska mediatorer.



Frank Wollheim



Tore Saxne



Hakon Leffler



Alan J Grodzinsky

– Galektiner reglerar den intercellulära trafiken och de fina detaljerna i membranets arkitektur, förklarade Hakon.

De arbetar på ett annat sätt, jämfört med klassiska extracellulära signalmolekyler. Cytokiner har en eller få receptorer, men galektiner har många olika receptorer. De reglerar signalering framkallad av andra molekyler, men kan också reglera egen signalering – men på *olika* sätt i *olika* celltyper.

– Så vad som kommer att ske beror på en anpassning mellan det specifika galektinet och det specifika kolhydrat en cell uttrycker, sa Hakon.

Galektiner och hämmare av dessa kan vara användbara för att terapeutiskt modulera immunförsvaret, och Hakon redogjorde för hur man nu studerar detta i laboratoriet. Man undersöker även deras diagnostiska användbarhet.

Utgör därför galektiner ett bra fokus för framtida läkemedel?

– En del kanske svarar nej på den frågan, därför att galektiner är för ospecifika.

Men detsamma gäller ju för vanlig Magnecyl, avslutade Hakon sin föreläsning.

## **Broskvävnad**

Två av föreläsarna kom från USA, och den förste av dessa var Alan J Grodzinsky, som till vardags är verksam vid MIT i Boston. *Broskvävnad på molekylär- och vävnadsnivå och dess relevans för ledsjukdomar* var rubriken på hans föredrag.

Han fokuserade på hur mekanisk belastning påverkar broskcellerna och hur detta kan ha betydelse för uppkomst och progression av artros.

– Artros är en komplex sjukdom som beror på både biologiska och mekaniska faktorer, konstaterade Alan.

I modellsystem kunde man visa att sjuka leder deformeras mer än friska vid belastning, vilket kan ha betydelse för hur man utformar fysikalisk behandling.

I andra experiment där broskvävnad exponeras för t.ex. cytokiner och proteaser kunde man visa att genuttryck och

proteinsyntes skiljer sig mellan friskt och sjukt brosk. Ett exempel är proteinet lubricin, vars funktion är att minska friktionen i leden. Syntesen av detta protein ökar i friskt, men ej i sjukt brosk, vid mekanisk belastning och man har visat att rekombinant lubricin har terapeutisk effekt vid experimentell artros.



Peter Croft

### Förändrat fokus för behandling av smärta

Peter Croft från Storbritannien talade om forskning om muskuloskeletal smärta. Han inledde med några allmänna konstateranden som han själv beskrev som "certainly *not cutting edge*":

– Smärta är vanligt förekommande bland befolkningen, och den vanligaste smärtan är muskuloskeletal. Enligt våra prognoser kommer det att bli ett ännu vanligare tillstånd i framtiden.

Med data från brittisk primärvård kunde Peter visa att just ryggsmärtor var det allra vanligaste som man sökte läkarvård för. 45% av de vuxna som sökt hjälp, hade kvar samma smärta 14 månader efter första läkarbesöket.

– Att jaga efter en diagnos verkar alltså inte hjälpa särskilt mycket, konstaterade han.

Så vad kan man då göra istället? Ett försök att förändra modellen genom att tackla andra omständigheter runt smärtpatienten genom en psykologisk approach, har i en studie inte visat sig ge något bättre resultat.

Därför måste man förändra fokus: Från att söka efter en diagnos och orsaker, till att istället inrikta sig på att behandla de *problem* som uppstår av smärta och de *funktionsstörningar* den ger upphov till.

– Vi måste försöka identifiera våra mål med vår behandling, strukturera dem och gradera dem inbördes. Skilja på begrepp som försämring och funktionell begränsning, samt restriktioner att utföra en viss handling. Kan patienten delta i de olika

aspekter av livet som patienten *vill*? Det kan t.ex. handla om att lyfta en resväska eller spela golf.

### Utmärkt område för samarbete

British National Health Service tog år 2008 fram kvalitetskriterier för vård av smärtpatienter. Dessa inkluderar förbättring av smärtan, men även att patienten ska kunna återvända till sitt arbete.

– Det går att genomföra, även om patienten fortfarande har en viss smärta, påpekade Peter.

Det allmänna välbefinnandet, och upplevelsen av tillfredsställelse med den vård man fått, är andra kvalitetskriterier.

– Men det innebär att vi måste *vidga* antalet experter som kopplas in runt patienten. Vi måste även tackla problem med konfliktlösning och kommunikation.

Patientens utbildningsnivå har visat sig ha stor betydelse. Ju högre utbildning, desto mindre risk löper patienten för att drabbas av funktionsnedsättning pga. nedre ryggsmärtor. Faktum är att risken minskar med 14% för varje utbildningsår (!).

Obenägenhet att delta i fysisk aktivitet och övervikt är två välkända riskfaktorer. Men det gäller också den materiella miljön runt patienten och dennes upplevelse av social tillhörighet.

– Det är därför ett utmärkt läge för experter inom reumatologi och gerontologi att gemensamt diskutera idéer och forskning – eftersom resultat från båda dessa områden visar att kronisk smärta, när den väl sätter in, försämrar patientens allmänna hälsotillstånd, och även det sociala sammanhanget.

Därför, trodde Peter, att även om det är mycket som sjukvården kan åstadkomma, så ligger de radikala lösningarna på problemen med smärta snarare på samhälls- och populationsnivå.



Mary K Crow

### Förbättrad insyn i faktorer för SLE

SLE var nästa ämne, och Mary K Crow från USA talade under rubriken *Development in the clinical understanding of lupus*.

Hon började med att sammanfatta vad vi idag känner till, och gick raskt därefter över till en diger lista om vad vi fortfarande inte känner till.

Framsteg inom genetik och immunologi har lett till att man fått förbättrad insyn i avgörande patogena mekanismer för SLE. Det har i sin tur inneburit ett ökat intresse för det nativa immunförsvaret, vars aktivering har en central roll i aktiveringen av sjukdomen.

Patienter med SLE har en signifikant ökad risk för prematur ateroskleros – särskilt unga individer. Detta faktum kan inte helt tillskrivas traditionella riskfaktorer.

Kvinnor drabbas oftare än män, och sjukdomen leder till graviditetskomplikationer – en speciellt utsatt riskgrupp är kvinnor med fosfolipid antikroppar – och kan medföra missfall.

Mary redogjorde också för en studie som visat att patienter som behandlas med hydroxyklorokin löper mindre risk att drabbas av skov. Hon berörde även att mykofenolatmofetil är ett alternativ till cyklofosfamid till patienter med svår SLE.



Alexander So

### Inflammasomen

Alexander So, från Schweiz, talade om hyperurikemi och gikt.

Alexander redogjorde för begreppet inflammasom som blev myntat för några år sedan. Det är en samling proteiner som styr cellernas produktion av interleukin-1 (IL 1).

Vid gikt triggas uratkristallerna i blodet en inflammatorisk kaskad genom att aktivera inflammasomen. IL-1-blockerare verkar hämma denna inflammatoriska process. Renala transportproteiner för urinsyra har också blivit identifierade, och därför representerar även dessa lämpliga mål för framtida terapier.

### Vårt den långa resan

Den föreläsare som rest allra längst väg för att vara med i Lund, var Amanda J Fosang som kom från Australien. Hon talade



Amand J Fosang



Tom Huizinga

om aggregan, som tillsammans med Typ-2 kollagen, utgör en strukturellt viktig komponent för brosk. Hon berättade om försök på möss där hennes forskargrupp inaktiverat gener för kollagenas- och aggreganasaktivitet, för att se om detta innebar en möjlighet att skydda ledbrosk från nedbrytning.

Försöksmodellerna som forskargruppen utvecklat ger unika möjligheter att i detalj studera enskilda faktorer i broskomsättningen och kan komma att ligga till grund för utveckling av bromsande behandling.

Amanda hade rest enkom för att vara med på detta seminarium, och skulle efteråt fara direkt tillbaka till Melbourne, berättade hon för *Reumabulletinen*.

– Det är definitivt värt den långa resan. Jag känner mig privilegierad över att få vara med som talare här. Det beror på att talare som varit inbjudna på tidigare Cutting Edge i Lund, alltid varit världsledande inom sitt område. Därför blev jag glad och smickrad över att bli inbjuden, förklarade hon.

Amanda tillade att svensk reumatologi var välkänd i Australien, och att det finns en historisk länk mellan de båda länderna.

– Jag känner personligen flera svenska forskare, förklarade hon.

### Ben och immunsystemet

Georg Schett från Tyskland hade en föreläsning med rubriken *Bone and the immune system – synergism and antagonisms*.

I sin föreläsning uppehöll han sig bl.a. vid hur erosion av benvävnad vid RA uppkommer och vilka faktorer som styr detta samt hur man börjar skönja möjligheter att motverka bennedbrytningen med läkemedel.

Han nämnde att en monoklonal anti-kropp, denosumab, i initiala studier visats hämma bendestruktionen.

### Master Switch

Därefter var det dags för dagens sista föreläsare, och det var dessutom dagens Rune Grubb-föreläsning. Den hölls av Tom Huizinga från Holland och hade titeln *The immune response to citrullinated antigens, a critical masterswitch in RA development?*

Moderator för denna föreläsning var Runes son Anders Grubb. Tom inledde med att summera de olika milstolparna i Runes karriär.

I sitt föredrag talade Tom om hur immunsvaret mot citrullinerade antigen kan tänkas fungera som en Master Switch vid



RA. Förekomst av anti-CCP fungerar som en indikator för hur allvarlig sjukdomen är, och i vilket stadium den befinner sig. Han beskrev en klinisk modell där anti-CCP-tester kan användas både efter besöket hos första linjens sjukvård, och hos en reumatolog.

Tom påpekade att vi idag har effektiv terapi att sätta in för ett imponerande stort antal patienter. Men vi har fortfarande begränsade kunskaper inom områden som personalized medicine (= hur terapin fungerar på individnivå) och vilken sjukdomsprocess som är aktiv i den enskilde patienten. Han hoppades att vi i framtiden kommer att kunna utveckla markörer för de olika stadierna av RA. Han trodde även att vi i en inte alltför avlägsen framtid ska kunna reglera "Masterswitcharna" som triggar sjukdomens framskridande och dess förmåga att skapa vävnadsskador. Kanske dessa i framtiden kan stängas av – och på så sätt leda till att patienten befinner sig i remission utan läkemedel.

### Gammalt försök

Därmed var dagens föreläsare färdiga, och det återstod endast en programpunkt: Lars Klareskog som kort summerade dagen. Detta gjorde han med en Powerpoint-presentation som han tillverkat på sin portabla dator samtidigt som föreläsningarna hölls, och där han lånat några utvalda bilder från samtliga föreläsare.

Lars passade också på att tacka Tore Saxne, Frank Wollheim och Dick Heinegård som varit de som var ansvariga för programmet. Han avslutade sedan med en kort redogörelse för vad som kan beskrivas som "Cutting Edge anno dazumal": Ett kontrollerat experiment utfört av Statens Järnvägar och Postverket i samarbete.

Om postvagnen med dess postarbetare befann sig längst fram i tåget, direkt bakom det koleldade loket visade det sig bli en hög incidens för artrit bland arbetarna. Om vagnen flyttades längst bak i tågsättet minskade incidensen för artrit.

Därmed var föreläsningarna på 2009 års Cutting Edge till ända. Men en timme senare stod en Medelhavsinspirerad, lätt buffé uppdukad i den magnifika pelarsalen inne i hjärtat av Lunds Universitets huvudbyggnad.

### Mycket som är bra på kort tid

Cutting Edge vänder sig till alla – inte bara kliniskt verksamma reumatologer. I minglet i pelarsalen träffade vi Leif Dahlberg, som är professor i ortopedi vid UMAS i Malmö. Leif har varit med som åhörare



under dagen, och vi bad honom att summera de intryck han fått.

– Det var ett mycket bra möte, ansåg han.

– Det är en synnerligen stor kompetens på föreläsarna – därför blir det mycket som är bra under en så kort tid som en dag. Därför är det lätt för mig att prioritera att vara med. Jag tror att jag genom åren varit med på åtminstone två tredjedelar av alla dessa möten.

Vi ber honom att välja ut en favorit från dagen.

– Det är svårt, men ska jag välja en så blir det nog Peter Crofts föreläsning om smärta. Han vidgade verkligen perspektiven, ansåg Leif.

Anna-Karin Hultgård Ekwall är forskare och ST-läkare i Göteborg, och tillika ordförande i det nybildade Junior Faculty Rheumatology.

– Det var en intressant dag, ansåg hon.

– Speciellt spännande för mig var de föreläsare som tangerade min egen forsk-

ning – Hakon Lefflers föreläsning om galektiner och Georg Schett om benned-brytning. Jag tycker det är jätteroligt att Sverige kan hålla ett symposium med internationella toppforskare inom sina områden.

### Ömsesidigt utbyte av kunskap

Vi frågade Mikael Heimburger, medicinsk rådgivare på Abbott, varför de är med och sponsrar symposiet, trots att innehållet inte på något sätt är inriktat på någon av deras produkter.

– Programmet på Cutting Edge innehåller både inslag från grundforskning och klinik på hög nivå. Denna kombination möjliggör ett ömsesidigt utbyte av kunskap och erfarenheter mellan forskare och verksamma kliniker och ger nya insikter kring orsak och behandling av reumatiska sjukdomar.

PER LUNDBLAD

# KUR – Klinisk Utveckling via Register

för samverkan inom den kliniska forskningen  
ett uppdrag som utgår från exempel inom reumatologin

**Klinisk Utveckling via Register (KUR) ska visa hur register effektivt kan användas för forskning och vård, utveckling och verksamhetsuppföljning – och därmed bli en grund för framtida satsningar på klinisk utveckling.**

**K**UR utgår från den unikt svenska fördel som de många nationella kvalitetsregistren ger – deras välgjorda och systematiska beskrivning av vården och dess verkliga resultat i hela landet.

KUR bygger på att register med kunskap om sin egen sjukdomsgrupp kan utnyttja funktionerna i en rad fristående moduler, som alla stödjer samverkan inom den kliniska forskningen. Projektets moduler är generella för att fungera för alla sjukdomar och register.

KUR ska i december visa upp konceptet med fallbeskrivningar, demonstrationer och möjligheter att se systemet i praktisk drift. Beslutsfattare, registeransvariga, företag och andra som vill främja och utveckla svensk klinisk forskning ska själva kunna bilda sig en uppfattning om hur KUR-konceptet kan stärka det egna arbetet.

Projektet startades i januari 2009 av Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen. På uppdrag av Näringsdepartementet ska KUR **stärka svensk konkurrenskraft genom bättre samverkan mellan sjukvård, akademi och näringsliv.**

## Följande moduler ingår:

**Patientmedverkan** utvecklar ett arbetssätt i vården där patienten själv kan mäta och följa sin egen sjukdoms utveckling – och samtidigt få se effekterna av sin behandling. Patienten bidrar då till att uppgifter i registret blir mer kompletta och riktiga. Patienter inbjuds också att delta i projekt som en medarbetare i forskningen eller undervisningen vid universitet.

**Kliniska prövningar och studier** utförs så att lämpliga patienter snabbt kan identifieras och rekryteras, dels genom att pa-

tienter hittas i registret, och dels genom att erbjuda patienten deltagande i studier direkt vid besöket. Bland annat kommer ett nytt sätt att rekrytera patienter i primärvården att utvecklas.

**Läkemedelsuppföljning** med biverkningsrapportering finns tillgänglig på Internet, för omedelbar rapportering vid besök i vården. Rapporten länkas direkt till Läkemedelsverkets databas SWEDIS, och vidare till den Europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA. Även läkemedelsföretagens obligatoriska myndighetsrapportering kan stödjas via denna modul.

**Industribero** är ett stöd för att teckna affärsmässiga avtal med industrin kring forskning och utveckling eller myndighetsrapportering av resultat från kvalitetsregistrets analyser av dess egna data.

**Hälsoekonomiska analyser** görs för att bedöma effekter av åtgärder – t.ex. samhällsekonomiska konsekvenser av läkemedelsanvändning. En unik fördel är att alla läkemedel kan jämföras direkt med varandra, i samma studie. Detta möjliggör helt ny forskning i Sverige med stöd av samkörningar med nationella databaser på bl.a. Epidemiologiskt Centrum och Statistiska Centralbyrån. Samarbete inleds nu också med Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket.

**Klinisk forskning och grundforskning** kopplas ihop och stärks via KUR som translationell forskning. Detta ger ökade möjligheter att göra kliniska studier i Sverige och att visa hur forskningen skapar nytta för både patienterna och vården.

**Juridik och etik** kommer noggrant att utredas och presenteras som *Best practices* för den samverkan mellan sjukvård, akademi och företag som kan stödja klinisk forskning och stärka svensk konkurrenskraft.

**Informationsgeneratören** i systemet stödjer de olika modulerna genom Internetbase-

rade tjänster för kvalitetsregister och forskare – med alla de funktioner de behöver i sin verksamhet med register och moduler.

**Vårdkvalitetsutveckling** är kvalitetsregistrens huvuduppgift. KUR utvecklar modeller för hur forskning kan bidra till genomförandet av vården så att varje patient och varje förbättringsåtgärd naturligt ingår i uppföljningsstudier. Denna innovationsforskning kan stöda utvecklingen av vården och vårdföretagen i Sverige.

**Effektiva kliniska register** är en förutsättning för KUR, som utgår från reumatologins kvalitetsregister och erbjuder erfarenheterna därifrån till register för andra sjukdomsgrupper. Alla deltagande register får stöd av de generella modulerna som utvecklas i KUR.

**ANDERS HENRIQUES**

Projektkoordinator

070-264 20 03 eller anders@chorus.se

## KUR

Projektledning:	Lars Klareskog Staffan Lindblad
Patientmedverkan:	Carina Andrén
Kliniska prövningar:	Sofia Ernestam
Läkemedelsuppföljning:	Johan Askling
Industribero:	Martin Steinberg
Hälsoekonomi:	Martin Neovius
Klinisk forskning:	Lars Klareskog
Grundforskning:	Jan Hillert
Juridik och etik:	Andreas Hager
Informationsgenerator:	Anders Henriques
Vårdkvalitetsutveckling:	Staffan Lindblad
Kliniska register:	Staffan Lindblad

# ANNONS

# COMBINE – ett nationellt nätverk för att främja reumatologisk forskning

**COMBINE är ett femårigt forskningsprojekt som lanserades i september 2008.**

Projektet har en budget om 60 MSEK och är finansierat av sex olika forskningsstiftelser i Sverige (Vinnova, Vårdalstiftelsen, Reumatikerförbundet, Invest in Sweden Agency, KK-stiftelsen, Stiftelsen för strategisk forskning). I konsortiet ingår forskargrupper från alla medicinska universitet i Sverige och kliniker/forskare, biomedicinska forskare, epidemiologer, vårdforskare, bioetiker, medlemmar från reumatikerförbundet samt representanter från industrin är delaktiga.

**DE ÖVERGRIPANDE MÅLEN** för COMBINE är att skapa ett nätverk av forskare, kliniker, patienter och industrirepresentanter som tillsammans kan använda unika svenska fördelar för att framför allt öka förståelsen för varför inflammatoriska sjukdomar uppkommer. Dessutom vill man inom COMBINE utröna vilka de viktigaste målen är för patienterna att uppnå samt utveckla och implementera nya metoder att förebygga och behandla inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Strategin är att skapa en infrastruktur och ett program som möjliggör systematisk insamling av data genererad i sjukvården för senare användning i forskningen. Samma infrastruktur skall därefter kunna förmedla forskningsresultat och information tillbaka till sjukvården och patienter från forskarna.

**COMBINE INNEBÄR OCKSÅ** en ny struktur och ett nytt arbetssätt för samarbeten mellan vård, akademi och industri. COMBINE bygger på 13 arbetspaket fördelade på fyra huvudområden, infrastruktur, innovativa projekt, interaktion mellan industri, patienter, sjukvård och forskning samt implementering och förmedling av forskningsresultat från COMBINE till sjukvård och allmänhet. COMBINE har väckt stort intresse hos industrin och samarbete har inletts med ett flertal läkemedelsföretag. COMBINEs filosofi rörande dessa samarbeten är ”private questions, public



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

»De övergripande målen för COMBINE är att skapa ett nätverk av forskare, kliniker, patienter och industrirepresentanter som tillsammans kan använda unika svenska fördelar för att framför allt öka förståelsen för varför inflammatoriska sjukdomar uppkommer.«

answers”, med detta menas att forskningsresultaten kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Samarbete med de olika företagen bidrar även till upprätthållandet och den fortsatta uppbyggnaden av COMBINEs unika infrastruktur då en fjärdedel av arvudet direkt går till detta ändamål. En viktig del av COMBINE är patientinteraktion, därför är ett antal forskningspartners involverade i projektet. En forskningspartner är en brukare som är specialutbildad av handikappförbunden och dess medlemsförbund (i COMBINEs fall Reumatikerförbundet) i forskningsetik och forskningsmetodik för att kunna vara aktiva medaktörer i forskningen. Mer information om forskningspartners finns på: [www.forskningspartner.se](http://www.forskningspartner.se).

**PRINCIPAL INVESTIGATORS FÖR COMBINE** är Lars Klareskog (Stockholm), Solbritt Rantapää Dahlqvist (Umeå), Lars Rönnblom (Uppsala), Hans Carlsten, Claes Ohlsson (Göteborg), Thomas Skogh (Linköping), Gunnar Sturfelt (Lund), Christina Opava, Rikard Holmdahl, Göran Hansson, Sven Pettersson, Marie Wahren (Stockholm). På [www.COMBINEsweden.se](http://www.COMBINEsweden.se) kan mer information om COMBINE hittas.

**THERESE ÖSTBERG, PH.D**  
Scientific Coordinator, Combine  
Rheumatology research unit,  
Karolinska Institutet

# Eponymer med anknytning till reumatologi (del 2)

Jag har från flera håll fått uppskattande kommentarer om idén att publicera en förteckning över eponymer med anknytning till reumatologi. Tack! Uppenbarligen finns ett behov av en lathund där man snabbt kan få en kortfattad bakgrund till de eponymer som ofta uppträder i reumatologiska texter av olika slag.

Vad gäller urvalet är detta givetvis subjektivt, men det har delvis styrts av de eponymer som använts i de svenska läroböcker i reumatologi som utgivits av Liber och Studentlitteratur. Jag vill också uppmärksamma den intresserade av detta område på den artikel Erkki Hakulinen, förste bibliotekarie Karolinska institutets bibliotek, skrev i nordisk Medicin 1981 (11). Han gick systematiskt igenom alla de eponymer som kunde återfinnas i Medical Subject Headings (MeSH) och gjorde en förteckning över de med skandinavisk anknytning. Han hade också vänligheten att skicka mig en kopia av sin privata förteckning i vilken upptages syndrom jag inte sett i annan litteratur. Slutligen ett varmt tack till Pierre Geborek, Lund, som förärat mig en fransk utgåva med många klassiska namn, biografiska data och illustrativa bilder (31).

**Ehlers, Edvard** (1863–1937), dansk dermatolog som i början av 1900-talet rapporterade patientfall med uttalad led rörlighet och hudlaxitet, *Ehlers-Danlos syndrom*. Informativ översiktsartikel om detta tillstånd publicerades i Läkartidningens syndromserie 1995 (19).

**Epstein, Michael Anthony** \*1921, engelsk virolog som tillsammans med kollegan Yvonne Barr fått ge namn till det herpesvirus, *Epstein-Barr (EBV)*, som ger mononucleos. Viruset har också isolerats i cellkulturer från Burkitt lymfom. För snart 50 år sedan kom de första rapporterna om anti-EBV-antikroppar i sera från RA-patienter, vilket gjort EBV till ett av flera virus som diskuteras som möjlig trigger av RA.

**Fabry, Johannes** (1860–1930), tysk läkare som 1898 beskrev en ärftlig, könsbunden inlagringssjukdom som senare visats bero

på brist av enzymet ceramidtrihexosidas (15), *Fabrys sjukdom*. Män drabbas svårare med feberattacker och överdödlighet till följd av nefropati, hjärtsjukdom och CNS-påverkan. Ofta föreligger också deformrande ledsjukdom med karakteristiska förändringar i diplederna samt destruktiva förändringar i de stora extremitetslederna (21).

**Felty, Augustus Roi** (1895–1963), amerikansk läkare som i början på 1920-talet observerade att patienter med långvarig RA ibland drabbades av mjältförstoring (splenomegali), lymfkörtelförstoring och leukopeni, *Feltys syndrom* (6,13).

**Finkelstein, Harry** (1865–1939), amerikansk kirurg som 1930 beskrev ett kliniskt/diagnostiskt test för den tenosynovit (de Quervains), som ibland drabbar tummens långa och korta senor, där de passerar över processus styloideus radii (7), *Finkelsteins provokationstest*. Man ber patienten att böja tummen in i handflatan och omsluta den med övriga fingrar. Om undersökaren därefter ulnardevierar handleden sträcks ovanstående senor och smärta utlöses.

**Forestier, Jaques** (1890–1978), fransk reumatolog som under sin aktiva tid efterträdde sin far Henri som chef för behandlingscentret Aix-les-Bains.

Han beskrev 1950 tillsammans med spanjoren Jaime Rotes-Querol ett syndrom de kallade "senile ankylosing hyperostosis of the spine" (8). Detta kallas numera diffus idiopatisk skeletal hyperostosis (DISH) eller *Forestier-Rotes-Querols sjukdom* (24).

**Freiberg, Albert Henry** (1868–1940), amerikansk kirurg som på 1910-talet samtidigt med den tyske röntgenologen Köhler rapporterade spontant uppträdande osteonekros i ledhuvudet metatarsale II (ibland

III), *morbus Freiberg*. Den kallas också för Morbus Köhler II.

**Fähreus, Robin** (1888–1968), professor i allmän patologi Uppsala. I sin avhandling 1921 beskrev han ingående mekanismerna bakom blodkropparnas sänkningsreaktion och anvisade ett sätt att använda detta kliniskt, *Fähreus metodik*. Metoden var omständlig men förbättrades omgående av lungläkaren Alf Westergren (4). Sänkningsreaktionen (populärt sänkan) gav möjlighet att snabbt skilja frisk från sjuk och följa sjukdomsförlopp (9). Metoden fick snabbt genomslag över hela världen och många har ansett upptäckten vara av nobelprisklass (2).

**Garrod, Alfred B** (1819–1907), engelsman som 1863 utnämndes till professor i Materia Medica & Therapeutics vid Kings College Hospital i London. Han publicerade banbrytande arbeten om gikt och dess differentialdiagnostik mot kronisk artrit, RA. Han har i olika sammanhang kallats *den moderna reumatologins fader* (23). Hans namn har knutits till de bindvävsproliferationer, *Garrods pads*, man ibland ser över pip-lederna hos patienter med Heberden-Bouchard artropati. Han utvecklade också en semikvantitativ metod för bestämning av urinsyranivån i blod, *Garrods trådtest*.

**Garrod, Archibald** (1858–1936), engelsk läkare och son till Alfred B. Han beskrev Alkaptonuri och var den förste som föreslog att orsaken kunde vara ett "inborn error of metabolism". Han har utformat ett test för påvisande av hematorporfyrin i urin, *Garrods test*.

**Gaucher, Philippe** (1858–1936), fransk läkare som beskrev en ärftlig, metabol inlagringssjukdom som orsakas av brist på enzymet  $\beta$ -glucocerebrosidas, *Gauchers*

*sjukdom* (29). Bristen leder till lysosomal inlagring av kolhydratrika fettämnen (glukocerebrosider) i främst CNS, lever, mjälte och stödjeapparat med åtföljande organskador. Idag finns möjligheter för mera kausal terapi (1).

**Gougerot, Henri** (1881–1955), fransk dermatolog som 1925 beskrev patientfall liknande de svensken Henrik Sjögren senare ingående skulle beskriva i sin avhandling 1933. Franska författare tar därför ofta chansen att påminna om detta genom att inte skriva enbart Sjögrens syndrom (som är den förhärskande benämningen) utan *Gougerot-Sjögrens syndrom* (11).

**Gottron, Heinrich Adolf** (1890–1974), tysk dermatolog som beskrev en av de hudförändringar som kan förekomma vid dermatomyositis, *Gottrons papler*.

**Gram, Hans Christian** (1853–1936), dansk internist och farmakolog som 1930 rapporterade symtomtriad bestående av Adipositas dolorosa, arthritus genium och hypertensio arterialis, *Grams syndrom/triad* (12). Han beskrev 69 fall, flertalet kvinnor, med vad vi idag skulle kalla kroniskt, generaliserat smärtsyndrom. Ledsmärtorna är migrerande och "semiinvalidiserande". Kliniskt föreligger allodyni och tender points. Jämförelser göres i diskussionen med Dercums rapport från 1890 (10), se också (3).

**Graves, Robert James** (1795/97–1853), irländsk läkare som liksom den tyske läkaren von Basedow beskrev den endokrina oftalmopati som kan åtfölja autoimmun hypertyreos, *Graves sjukdom* (28,35). Dessa patienter får ibland också symptom från rörelseorganen.



**Fig 1.** Felix Guyon. Frimärket utgivet 1979 i Frankrike med anledning av den 18:e internationella urologkongressen i Paris.

**Guyon, Jean Casimir Felix** (1831–1920), fransk kirurg (fig 1) vars namn är förknippat med canalis carpi ulnaris, *Guyons loge*. Vid entrapment av nervus ulnaris i

denna loge utlöses domningar i de två ulnara fingrarna; jämförbara med de i de tre radiala vid medianuskompression.

**Haglund, Patrik** (1870–1937), Skandinavens förste professor i ortopedi. Han utnämndes 1913 då donationsprofessur tillskapats vid Karolinska Institutet, Stockholm. Han blev också den förste ordföranden i Nordisk ortopedisk förening då denna bildades 1919. Han var framsynt och långt före sin tid i frågor gällande såväl medicinsk som yrkesmässig rehabilitering (22). Hans namn har knutits till två olika typer av sjukdomstillstånd i hälen, apophysitis calcanei (*Haglund I*) och superior akillesburstit (*Haglund II*).

**Hand, Alfred** (1868–1949), barnläkare i Philadelphia som beskrivit olika former av biliär cirros, *Hand-Schüller-Christians sjukdom*. Kronisk leversjukdom, framförallt primär biliär cirros (PBC) förekommer i ökad frekvens vid Sjögrens syndrom.



**Fig 2.** Frimärksserie utgiven 1973 till 100-årsminnet av leprabacillens upptäckt. Porträtt av Armauer Hansen och till vän leprabaciller så som dessa framträder i under mikroskop.

**Hansen, Armauer** (1841–1912) norsk läkare som 1873 upptäckte leprabakterien (fig 2), orsaken till spetälska/lepra, *Hansens sjukdom* (33). Lepra var en vanlig och fruktad sjukdom i Europa under medeltiden. Sveriges sista leprasjukhus låg i Järvsö, Helsingland och avvecklades först 1943 (26).

**Hashimoto, Hakari** (1881–1934), japansk kirurg vars namn är förknippat med en av de sköldkörtelsjukdomar som har autoim-

mun genes, kronisk lymfocytär tyreoidit eller *Hashimotos sjukdom*.

**Heberden, William** (1710–1801), engelsk läkare, framsynt generalist med skarp klinisk iakttagelseförmåga, som gjort pionjärobservationer inom många områden, vilka publicerades i hans postumt utgivna *Commentari* (25). Inom reumatologin är hans namn starkt förenat med en särskild form av dip-ledsförändringar, *Heberdens knutor*.



**Fig 3.** Ferdinand Hebra på ett av flera frimärken i en serie, som utgavs 1937 för att hedra föregångsmännen och grundarna av den s.k. "yngre Wienskolan". Akademien i Wien var i mitten på 1800-talet det ledande medicinska lärosätet i Europa.

**Hebra, Ferdinand von** (1816–1860), österrikisk läkare (fig 3) och en av grundarna av den så kallade "yngre Wienskolan" (27). Han hör till pionjärerna inom dermatologin och anses vara den förste som beskrivit erythema multiforme exudativum, *Hebras sjukdom*. Han anses också ha beskrivit olika former av lupoida ansiktsförändringar.

**Heerfordt, Christian Fredrik** (1871–1953), dansk ögonläkare som 1909 rapporterade fall av uveoparotid feber (14), *Heerfordts sjukdom*. Delfenomen hos vissa patienter med sarkoidos. Parotissvullnaden är ofta bilateral och åtföljd av facialispares.

**Heine, Jacob** (1800–1879), tysk läkare som 1840 publicerade en systematisk sammanställning av poliofall. Han kallade dessa "*Spinale Kinderlähmung*", en beteckning som sannolikt är grunden för svenskans barnförlamning. Vid den 10:e medicinska kongressen i Berlin augusti 1890 (fig 4) rapporterades för första gången data som styrkte att polio uppträder i endemisk form. Föredragshållare var den svenske professorn i pediatrik, Oscar Medin. Sjukdomen kallades därefter länge *Heine-Medins sjukdom* (26). ☺



**Fig 4.** Minnespoststämpel använd i samband med den tionde internationella medicinska kongressen i Berlin 1890. Vid denna kongress presenterade Oscar Medin sina rön om polio och Robert Koch sina om tuberkulin.

**Hellerström, Sven** (1901–77), svensk hudläkare som 1930 rapporterade ett fall med erythema migrans och samtidig "lymfocytär meningit" (16), *Hellerströms sjukdom*(12). Han betonade att erythemet var identiskt med det Arvid Afzelius beskrivit 1909 hos en patient som utvecklade detta efter fästingbett, se också (37). På 1970-talet noterade reumatologen Allen Steere en anmärkningsvärd ansamling av artritfall i den lilla orten Lyme i Connecticut, USA. Hos ett flertal av dessa patienter hade artriten föregåtts av ett fästingbett, se vidare under Lyme.

**Hendersson, Melvin** (1883–1954), amerikansk ortoped som tillsammans med kollegan Hugh Jones fått ge namn åt osteocondromatos, *Hendersson-Jones sjukdom*, det tillstånd där det spontant bildas ett stort antal främmande kroppar i en led.

**Henoch, Edvard Heinrich** (1820–1910), tysk pediater som liksom kollegan Schönlein rapporterade fall av "reumatisk purpura" där flertalet fall torde vara vad vi idag kallar *Henoch-Schönleins purpura* (34). Det senare tillhör småkärlsvasculiterna och huvudkaraktistika är nontrombopen purpura, buk- och ledsmärtor.

**Hoffa, Albert** (1859–1907), tysk kirurg och ortoped (fig 5) vars namn förbundits med den fettvävsansamling, *Hoffas kudd*, som ofta finns under ligamentum patellae. 1904 rapporterade Hoffa fall där denna fettvävsdepå hypertrofierat och utlöst knäbesvär. Han förordade också operativ åtgärd i svårare och långdragna fall, *Hoffas operation* (17,18).

**Horton, Bayard** (1895–1980), amerikansk läkare som fått ge namn åt en speciell typ av huvudvärk, *Hortons huvudvärk*. Denna är ensidig och kommer attackvis med smärta vid tinning och öga. Vid förstagångsattack har förväxling skett med temporalisarterit. Tilläggas kan att Horton själv 1932 rapporterade ett par fall av vad som senare kom att kallas temporalisarterit (5,20).

**Hughes, Graham RV** \*1940, engelsk reumatolog, chef för Lupusenheten, St Thomas' hospital, London, som 1983 rapporterade att en subgrupp av SLE-patienter kunde drabbas av arteriella & venösa trombosor, trombocytopeni, kvinnor även av upprepade spontanaborter. Dessa patienter hade också antikardiolipinantikroppar i sitt blod. Symtomkonstellationen kallas idag antifosfolipidsyndrom (APS) och av vissa också *Hughes' syndrom*.

**Hutchinson, Jonathan** (1828–1913), engelsk kirurg som är känd för att bland annat ha beskrivit de karakteristiska tecknen på neonatalt förvärvat syfilis, *Hutchinsons triad*, interstitiell keratit, inneröreskada och ganska specifika förändringar (notch) framtänderna, *Hutchinson tänder*. Han anses också vara en av första (1890) som observerat ett fall av sannolik temporalisarterit (20).

**Jaccoud, Sigismond** (1830–1913), fransk läkare. Företrädesvis kan patienter med

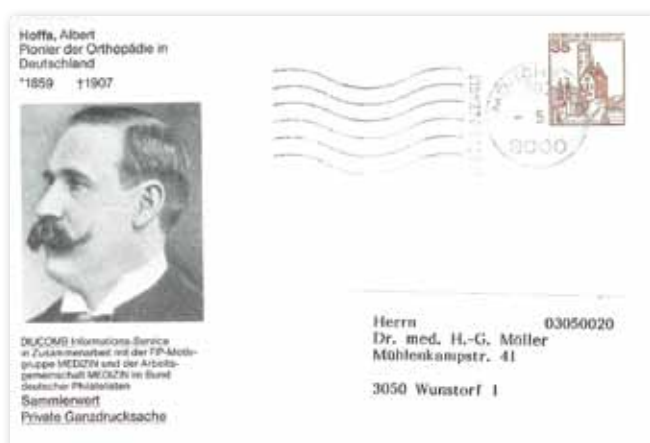
SLE ibland utveckla betydande handförändringar utan röntgenologisk ben och/eller broskdestruktion, *Jaccoud deformitet*. På Jaccouds tid var den vanligaste anledningen till denna typ av ledaaffektion reumatisk feber/febris reumatica (30).

**Johansson, Sven** (1880–1959), färgstark överläkare i kirurgi vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Han fick 1936 prof. honoris titel för det utvecklingsarbete han gjort beträffande osteosyntesmaterial och sättet att operera collumfrakturer, *Johanssons tre spikar* (36). Hans namn har också knutits till en ossifikationsförändring i patellas distala del, *Larsen-Johanssons sjukdom*.

**Jones, Hugh Toland** (1892-?). amerikansk ortoped, se under Henderson, Melvin.

#### Referenser:

1. Beutler E. Enzyme replacement in Gaucher disease. *Plos Med* 2004 Nov, 1(2):e 21. Epub 2004 Nov 30.
2. Broberg, Gunnar. Liten svensk medicinshistoria. I: Til at stvdera läkedom. Tio studier i svensk medicinshistoria, red Broberg G. (Bok i Läkaresällskapets jubileumsserie till 200 års minnet av stiftandet). Sekel Bokförlag 2008:30.
3. Brorson H, Fagher B. Dercums sjukdom. Fettvävsreumatism orsakad av immunförsvarsreaktioner? *Läkartidningen* 1996; 93: 1430-6.
4. Böttiger LE. Mer känd utomlands än här Robin Fähræus – sänkans upptäckare. *Läkartidningen* 1989;86: 1071-3.
5. Ekblom K, Waldenlind E. Bayard T Horton – en pionjär inom huvudvärksforskningen. *Läkartidningen* 1982; 79: 3187.
6. Felty, AR. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1924; 35: 16.
7. Finkelstein, H., (1930): Stenosing tenosynovinitis at the radial styloid process. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1930, 12: 509-540.
8. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Ann rheum Dis* 1950;9: 321-30.
9. Fähræus R. Blodsänkan och dess historia. Thules skriftserie Vår Hälsa nr 10, 1963.
10. Gram H C. A symptom triad of the post-climacteric period (adipositas dolorosa – arthritis genium – hypertensio arterialis). *Acta Med Scand* 1930;73: 139-207.
11. Hakulinen E. Thomsen's disease, Sjögren syndrome – om nordiska bidrag till medicinsk terminologi. *Nordisk Medicin* 1981: 96: 121-23.
12. Hakulinen E. Notering i hans personliga arkiv/uppteckning.
13. Hedfors E. Augustus Roi Felty – fann ovanlig symptomkonstellation; artrit, splenomegali, leukopeni. *Läkartidningen* 1983;80: 3281.
14. C. F. Heerfordt: Über eine „Febris uveo-parotidea subchronica“ an der Glandula parotis und der Uvea des Auges lokalisiert und häufig mit Paresen cerebrospinaler Nerven kompliziert. *Albrecht von Graefes Archiv für Ophthalmologie*, 1909, 70: 254-273.
15. Hillström L. Angiokeratoma corporis diffusum (Anderson-Fabry disease). *Opuscula Medica* 1978; 23 (6): 156-7.



**Fig 5.** Bild av Albert Hoffa på specialbrev utgivet 1984 av motivfilatelistisk förening i Tyskland.

16. Hellerström S. Erythema chronicum migrans Afzelii. Acta Dermato-venerologica 1930; 10: 315-21.
17. Hoffa A. The influence of the adipose tissue with regard to the pathology of the knee joint. JAMA 1904; 43: 795-6.
18. Hoffa A. Zur Bedeutung des Fettgewebes für die Pathologie des Kniegelenks. Dtsch Med Wochenschr 1904; 30: 337-8.
19. Häggblom L, Sanner G. Överrörliga leder, övertänjbar hud, bindvävsskörhet: klassiska tecken på Ehlers' - Danlos' syndrom. Läkartidningen 1995; 92: 4809-13. (Bilderna i artikeln mycket illustrativa).
20. Jones J G. Clinical features of giant cell arteritis. Clin Rheum (Baillière) 1991; 5:413-30.
21. Kumudchandra J S, Gerson C B. The arthropathy of Fabry disease. Arthritis Rheum 1979; 22: 781-3.
22. Leden I. Patrik Haglund - Skandinaviens förste ortopedprofessor. Rehabiliteringspionjär som stred för bättre villkor för "lytta och vanföra". Läkartidningen 1992; 89: 2676-7.
23. Leden I. Alfred B Garrod - den moderna reumatologins fader. ReumaBulletinen (nr 60) 2005:12- 13.
24. Leden I. Jacques Forestier. Grundaren av fransk reumatologi. ReumaBulletinen (nr 64) 2006: 20-21.
25. Leden I. William Heberden. ReumaBulletinen (nr 65) 2006: 22-23.
26. Leden I. Farsoter - från digerdöd till fågelvirus. Sydsvenska Med Hist Sällskap Årsskrift 2007: 69-98.
27. Leden I. Semmelweis - barnsängsfeberns bekämpare. Sydsvenska Med Hist Sällskap Årsskrift 2009 (under tryckning).
28. Ljunggren J-G. Vem var mannen bakom syndromet: Ismail Al-Jurjani, Testa, Flagani, Parry, Graves eller Basedow? Läkartidningen 1983; 80: 2902.
29. Lunsjö K, Ceder L, Strömquist B. Phillipe Gaucher - mannen bakom sällsynt enzymbrist. Läkartidningen 1989; 86: 3915-8.
30. Manthorpe R. Sigismond Jaccoud - med sin 23:e föreläsning hamnade han i medicinhistorien. Läkartidningen 1992; 89: 1585-6.
31. Riverain J. Dictionnaire des medecins celebres. Paris, Librairie Larousse, 1969.
32. Sandelin A, Sörman A. Skammens hud. Om spetälska i Sverige. Stockholm: Bokförlaget DN, 2004.
33. Sigroth S, Lambe M. Gerhard Armauer Hansen leprabakteriens upptäckare. Läkartidningen 1994; 91: 2972-4.
34. Söderström U. Johann Schönlein och Eduard Henoeh. Lärare och elev - förkämpar för klinisk empiri i brytningstid mellan naturromantik och vetenskap. Läkartidningen 1985; 82: 4022-4.
35. Wahlberg P. Graves' sjukdom. Historien om en återupprättad eponym. Läkartidningen 1993; 90: 4660-1.
36. Wiberg G. Minnesbilder ur svensk ortopedis historia. I: Emnéus H, red. Nordisk ortopedisk förening 1919-1979. Helsingfors: Ky printaco Kb, 1979: 70-82.
37. Åsbrink E. Arvid Afzelius. Först att se nyckelsymtomet vid fästingöverförd borrelios. Läkartidningen 1990; 87: 2046-8.

Historietecknare:  
**IDO LEDEN**  
Kristianstad



## Välkommen på SRF:s fest i samband med Riksstämman

onsdagen 25/11 med start kl 19

Festen sponsras endast av SRF och välkomnar medlemmar och forskningsaktiva associerade medlemmar.

Festen äger rum på restaurang Mäster Mikael's festvåning belägen på Sandbacksgatan 10, Södermalm i Stockholm  
**onsdagen 25/11 med start kl 19.**

Anmälan (bindande) via inbetalning 250 kr till SRF:s konto (postgiro 295334-7) senast 10/11

VIKTIGT!

märk inbetalningen med

för- och efternamn samt "Fest -09"

Vid önskemål om vegetarisk kost/specialkost eller vid förfrågningar vg kontakta ola.borjesson@karolinska.se



## Världens vackraste ord: i morgon.

Tack vare framgångsrik forskning överlever i dag mer än hälften av alla människor i Sverige som drabbas av cancer. Med mer forskning kan vi rädda ännu fler i framtiden. Ge en gåva enkelt på [cancerfonden.se](http://cancerfonden.se)

*Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?*

020-59 59 59 | Plusgiro 90 1986-0

  
**Cancerfonden**



## DEBATT

Arbetsterapeuten och medicine doktor Ingrid Thyberg fortsätter debatten från tidigare nummer av ReumaBulletinen om framtidens rehabilitering.

# Vilka är målen för vår rehabiliterande verksamhet?

**Frågan om vi har formulerat målen för vår rehabiliterande verksamhet lika offensivt som målet för läkemedelsbehandlingen har aktualiserats av Tomas Bremell. Christina Opava bemötte med inlägget "Framtidens rehabilitering för reumatiker".**

Christina Opava formulerar en tankemodell för behandling vid reumatisk sjukdom med utgångspunkt i WHO:s definition av hälsa "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp". I tankemodellen inkluderas såväl inflammationskontroll, minskning av funktionshinder som livsstilsförändring och den spänner därmed över behandlingsinsatser från prevention och farmakologisk behandling till rehabilitering och med målsättningen optimal hälsa.

För att uppnå optimal hälsa enligt WHO:s definition inbegrips sannolikt en rad faktorer som ligger vid sidan av reumatologins direkta verksamhet och termen rehabilitering brukar huvudsakligen användas för att beteckna kompletterande interventionsstrategier vid funktionshinder. För personer som har fått en potentiellt funktionshindrande sjukdom ska naturligtvis själva sjukdomsmekanismerna behandlas så effektivt som möjligt, men detta brukar inte inkluderas i begreppet rehabilitering, även om den sjukdomsmodifierande behandlingen med läkemedel också minskar funktionshindret. Målet för rehabilitering kan förenklat sägas vara att motverka funktionshinder.

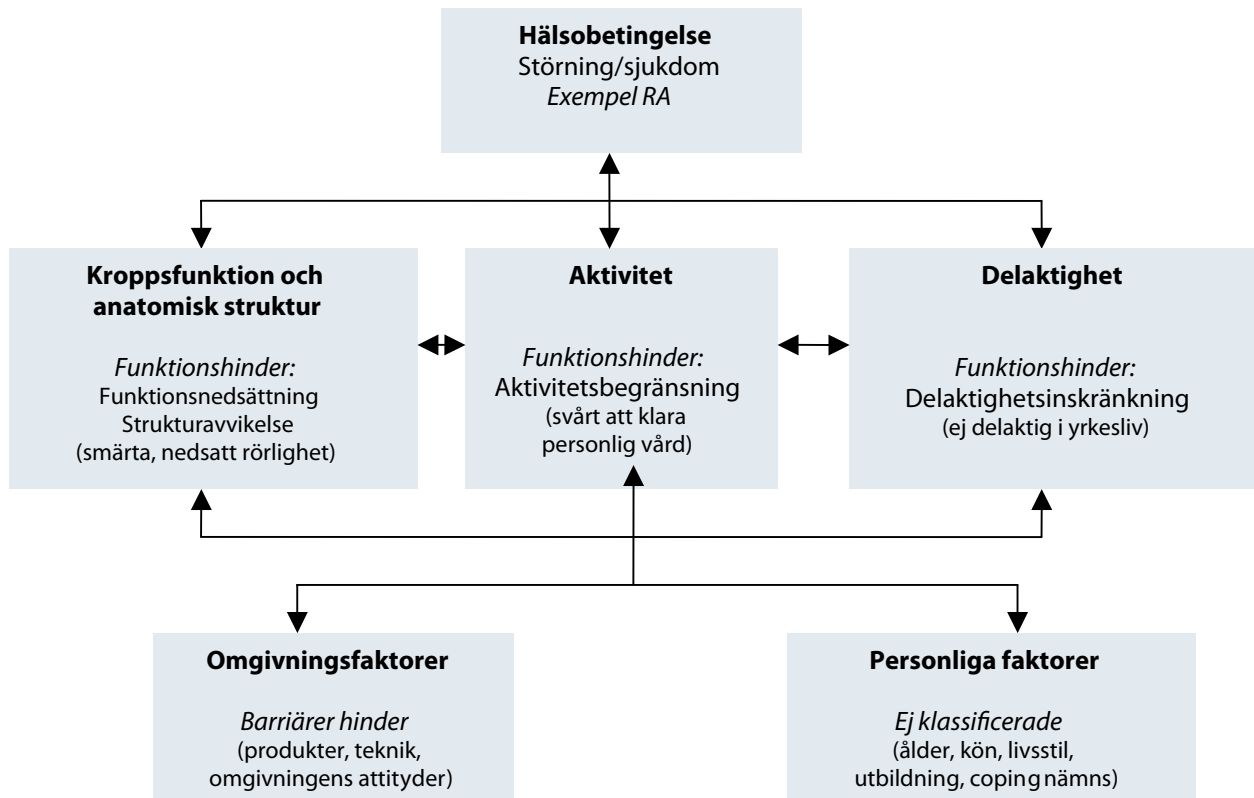
Några utmaningar för vår rehabiliterande verksamhet som kommer att diskuteras här är: *Beskrivning av rehabilitering och funktionshinder, målet med rehabiliteringsinsatserna, effektutvärdering, rutiner*

*och riktlinjer* för att identifiera enskild patients rehabiliteringsbehov samt utformning av *rehabiliteringsplan* i samverkan med patient och andra aktörer.

## Hur beskriver vi rehabilitering och funktionshinder?

Enligt Socialstyrelsens definition är *rehabilitering* insatser som skall bidra till att en person med funktionsnedsättning "utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet" (SOSFS 2008:20). Karakteristiskt för rehabilitering är att flera åtgärder samordnas och att många professioner är aktiva.

WHO presenterade 2001 en internationell klassifikation och biopsykosocial modell kallad "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF".



Figur 1. Enligt ICF kan komponenterna i ett funktionshinder relateras till en hälsobetingelse, exempelvis RA.

Avsikten är att ICF skall ge ett gemensamt språk för funktionshinder, och därmed komplettera sjukdomsklassifikationen ICD som har sitt ursprung i de förteckningar av sjukdomar som utvecklades redan under 1700-talet. Socialstyrelsen gav ut den svenska versionen av ICF 2003. Enligt ICF är funktionshinder en paraplyterm för komponenterna "funktionsnedsättning", "strukturavvikelse", "aktivitetsbegränsning" och "delaktighetsinskränkning", som alla klassificeras på detaljnivå tillsammans med omgivningsfaktorer. Personfaktorer (t.ex. social, bakgrund, livsstil, vanor och egna prioriteringar) finns med i modellen men inte i själva klassifikationen. Enligt den biopsykosociala modellen kan komponenterna i ett funktionshinder relateras till en hälsobetingelse, exempelvis RA, men skall särskiljas från själva sjukdomsbegreppet (Figur 1).

En utmaning för 2000-talet är att använda det internationellt gemensamma språk som ICF erbjuder för att förbättra kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, politiker och allmänhet. På många håll används idag terminologin i kliniskt arbete för att beskriva rehabiliteringens mål och interventioner samt uppföljning och dokumentation. ICF-terminologin är idag basen för Socialstyrelsens klassifikation och registre-

ring av vårdåtgärder. I ett internationellt perspektiv är ICF-terminologin etablerad i rehabiliteringsforskningen för utvärdering av effekter och *Core sets*, det vill säga urval, av ICF-aspekter som är relevanta att beakta i klinisk verksamhet och forskning vid olika diagnoser som finns för flera reumatiska sjukdomar, exempelvis RA.

#### Är målen tydliga för vår rehabilitering?

De traditionella målen för vår rehabilitering som att minska fysiska funktionshinder som är associerade till reumatisk sjukdom (t.ex. smärta, stelhet och svårigheter att klara dagliga aktiviteter) och att utforma den fysiska miljön så att den understödjer patientens aktivitet är ofta formulerade. Däremot ligger en större utmaning i att beskriva målen bättre för de insatser som avser att förbättra patientens delaktighet i samhället, t.ex. i yrkesarbete.

#### Vilka är rutinerna och riktlinjerna för att identifiera patienter med behov av rehabilitering?

För dagen finns troligtvis stora skillnader mellan olika vårdgivare i hur behov av rehabiliteringsinsatser identifieras.

Ofta initierar läkare kontakt med rehabiliteringsmedarbetare, men såväl patienter som andra medarbetare ser naturligtvis behov och initierar kontakt.

Vilken är då "signalen" som leder till att någon initierar en rehabiliteringsinsats? Många patienter beskriver sitt funktionshinder och behov av rehabiliteringsinsatser tydligt och får därmed snabbt kontakt. Förmodligen beaktar den medarbetare som möter patienten också en rad personfaktorer av betydelse för den sammanfattande bedömningen. Riktlinjer och rutiner behöver förbättras för att de patienter som har behov också skall få optimal rehabiliteringsinsats vid rätt tidpunkt! När behovet baseras på patientens beskrivning av sitt funktionshinder (t.ex. smärta, svårigheter i vardag eller sjukfrånvaro) innebär detta troligtvis att de patienter som är bra på att uttrycka sig, erbjuds rehabiliteringsinsatser oftare än de som uttrycker sig mer blygsamt.

Skulle denna process kunna förbättras om gränsvärden identifierades i några standardiserade mätmetoder som kan relateras till ett behov av rehabilitering (t.ex. nedsatt handkraft, HAQ-score eller sjukfrånvaro)? Ett alternativ är att alla patienter som får en reumatisk sjukdom med funktionshinder, får en kontakt med rehabiliteringsmedarbetare tidigt efter debut för bedömning och information med syftet att lättare kunna kontakta relevant vårdgivare direkt om behov uppstår senare. ☺

Den moderna strategin med tidigt insatt bromsmedicinering (inklusive biologiska läkemedel) är effektiv för många patienter, som därmed utvecklar funktionshinder i mindre grad. Detta exemplifierar Tomas Bremell med minskningen av slutenvårdsplatser och ledproteskirurgi under senaste 10-årsperioden. En följdfråga är då om hela minskningen av slutenvårdsplatser inom reumatologin kan hänföras den tidigt insatta bromsmedicineringen eller om minskningen delvis kan hänföras till en generell minskning av slutenvårdsplatser?

nya sätt att kommunicera. En potential finns i webbaserade tjänster som de "self-management programs" som erbjuds online idag i USA. Christina Opava betonar också betydelsen av att initiera och stötta livsstilsförändringar. Ett annat nyare område är råd och stöd för att patienten skall hitta en balans i vardagen mellan krav och egna önskemål i arbete och fritid.

En utmaning för 2000-talet är att i större omfattning basera rehabiliteringen på vetenskapligt dokumenterad kunskap genom aktiv medverkan i utveckling/utvärdering av nya metoder, men framför

för enskilda brukare (SOSFS 2008:20). Bättre rutiner bör minska risken att parallella processer pågår utan samordning hos olika vårdgivare i frågor som rör funktionshinder.

#### **Sammanfattningsvis**

Slutligen, det finns ett fortsatt stort behov av den rehabiliterande verksamheten inom reumatologin för att patienter med reumatisk sjukdom skall kunna vara aktiva och delaktiga i samhället. Kan vi då säga att vi har formulerat målen för vår rehabiliterande verksamhet lika offen-

---

## »En utmaning för 2000-talet är att i större omfattning basera rehabiliteringen på vetenskapligt dokumenterad kunskap genom aktiv medverkan i utveckling/utvärdering av nya metoder, men framför allt genom att uppdatera sin professionella kunskap inom området.«

---

Har då behovet av rehabilitering minskat som en följd av den tidigt insatta bromsmedicineringen? Christina Opava refererar till studier som visar att endast ca 30% av patienter med reumatisk sjukdom uppfyller indikationer för och/eller har nytta av de biologiska läkemedlen. I vår regionala tidiga artritstudie, TIRA, har ca 30% av patienterna en HAQ-score över 1,0 vid 8-årsuppföljningen. Dessutom har de patienter som insjuknade längre tillbaka i tiden ofta kvarstående destruktioner som är associerade till funktionshinder, vilket också Christina Opava påpekar.

#### **Är våra insatser effektiva?**

Många insatser som rehabiliteringen erbjuder idag är riktade mot funktionsnedsättningen direkt, exempelvis träning för att öka rörlighet och stryka, TENS för att minska smärta, konditionsträning för förbättrat syreupptag eller ortoser för smärtlindring och för att underlätta aktivitet och delaktighet. Andra insatser är inriktade mot omgivningsfaktorer, exempelvis en förändring i den fysiska miljön och insatser för att förändra livsstil. Idag finns vetenskapligt stöd för att många av dessa metoder är effektiva. Tomas Bremell tar upp frågan om information till patient och närstående om sjukdom och behandling, som ju har en lång tradition i reumatologin. Här finns en utmaning i att vidareutveckla nuvarande metoder med tanke på

allt genom att uppdatera sin professionella kunskap inom området. En annan utmaning är att det behövs mer kunskap om relationen mellan olika komponenter av funktionshinder för att kunna värdera effekten av interventioner. Med andra ord, är exempelvis förbättring av styrka, rörlighet, kondition eller förändring i den fysiska omgivning relaterad till sjukfrånvaro? Eller är det andra faktorer som ålder, kön, utbildning, social bakgrund eller coping som är mer avgörande för sjukfrånvaro?

#### **Kan rutinerna förbättras för planering och samordning av rehabilitering?**

Flertalet reumatiska sjukdomar är kroniska där sjukdomsaktivitet och funktionshinder är en process som förändras över tid. Det är därmed en utmaning att *planera och samordna* rehabiliteringsinsatserna i samverkan mellan patient och samtliga aktuella aktörer. Planen är en "färskvara" som behöver uppdateras och kommuniceras mellan alla vårdgivare. Flera professioner, offentliga eller privata vårdgivare, representanter från myndigheter som FK eller AF och närstående kan vara aktuella i planering och samordning av behandling. Socialstyrelsen har nyligen förtydligat behovet av samordning av rehabiliteringsinsatser med kravet på kommuner och landsting att gemensamt utforma rutiner för samordning av rehabiliteringsinsatser

sivt som målet för läkemedelsbehandlingen? Knappast, vi har flera utmaningar att anta! Målet med rehabiliteringsinsatserna inom reumatologi ligger väl i linje med det mål som Socialstyrelsen definierat och är nog det minst kontroversiella. En utmaning är att ifrågasätta och vidareutveckla metoder för att uppnå en mer kunskapsbaserad rehabilitering. Rutiner och riktlinjer för att *identifiera den enskilda patientens specifika behov* av rehabiliteringsinsats behöver förbättras. *Samverkan* med såväl patient som andra aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården måste förbättras och patientens *rehabiliteringsplan* skall uppdateras efterhand i linje med förändringar i patientens behov. För att förbättra kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal, forskare, politiker och allmänhet bör vi öka användandet av ICF:s terminologi och modell som det gemensamma "språket" i frågor kring funktionshinder och rehabilitering inom reumatologin. Detta är viktiga steg för att utveckla rehabiliteringen offensivt och i linje med utvecklingen av läkemedelsbehandling av reumatiska sjukdomar.

---

**INGRID THYBERG**

Arbetsterapeut, med.dr,  
Projektledare TIRA-projektet, Linköping  
Ingrid.Thyberg@lio.se

# Nutritional Status, Body Composition and Diet in Patients with Rheumatoid Arthritis

**Ann-Charlotte Elkan**, Leg. sjuksköterska

Institution: Rheumatology Unit at the Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Disputation: 3 april 2009

Huvudhandledare: Professor Ingjald Hafström, Karolinska institutet

Fakultetsopponent: Docent Folke Hammarqvist, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik (CLINTEC)

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease with higher mortality rate than in the general population, which is largely attributed to cardiovascular disease (CVD). Another consequence of the inflammatory process is change in body composition with decreased muscle mass and increased fat mass. This condition has been named rheumatoid cachexia and is difficult to detect in clinical practice, as it is associated with little or no weight loss and with a maintained body mass index. The aims of this thesis were to evaluate different diagnostic instruments for assessment of nutritional status and body composition in patients with RA and to study if the diet was associated with body composition derangement and dyslipidemia, especially antibodies against phosphorylcholine (anti-PC).

In- and out-ward RA patients at the Karolinska University Hospital and Södersjukhuset in Stockholm were included in the studies. They were assessed by anthropometric measures, dual-energy x-ray absorptiometry (DXA), bioelectrical impedance analyses (BIA) and nutritional questionnaires. Further blood samples and adipose tissue were analysed. Sixty-six patients were randomized to either a vegan diet free of gluten or a well-balanced non-vegan diet for 1 year and assessed as to disease activity and dyslipidemia.

Twelve per cent of the in-ward women, only one of the out-wards and none of the men had BMI<18.5, the cutoff value for malnutrition. Fifty-two percent of the in-ward women and 30% of the men were malnourished, according to fat free mass index (FFMI). Corresponding figures for the out-ward women and men were 26% and 21%, respectively. Reduced FFMI was independently related to age, disease duration, erythrocyte sedimentation rate (ESR) and function trendwise. However, these patients also displayed central obesity in 57% of the women and in 89% of the men. About every fifth patient displayed concomitant low fat free mass (FFM) and elevated fat mass (FM), i.e. rheumatoid cachexia. These patients had significantly higher total cholesterol, LDL, and trendwise oxLDL as well as lower anti-PC, higher frequency of hypertension (69%) and metabolic syndrome (25%) than those without rheumatoid cachexia.

The anthropometrical measurements showed low sensitivity and high specificity for detecting malnutrition. Of the nutritional questionnaires Mini Nutritional Assessment (MNA) had the highest sensitivity but the specificity was low. There was a good relative agreement between DXA and BIA assessing body composition (FM,  $r^2=0.94$ , FFM,  $r^2=0.92$ ; both  $p<0.001$ ), but the limits of agreement were

wide for each variable, i.e. for FM -3.3 to 7.8 kg; and for FFM -7.9 to 3.7 kg.

The patients reported a high dietary intake of saturated fat. However, patients with or without cachexia did not differ with respect to dietary fat intake or intake of mediterranean like diet. Patients on mediterranean like diet though had high levels of anti-PC. Gluten-free vegan diet induced lower low-density lipoprotein (LDL) levels and higher anti-PC IgM than a normal western diet ( $p < 0.005$ ).

In conclusion, a large proportion of RA patients had reduced FFMI and central obesity. Rheumatoid cachexia was common and was not associated with dietary fat intake but with high LDL and low anti-PC levels. Gluten-free vegan diet in RA induced changes in serum lipids that are potentially atheroprotective and anti-inflammatory. Of the tested clinical evaluation tools, MNA might be used as a screening instrument. There was a good relative agreement between DXA and BIA, but the limits of agreement were wide, which may restrict the utility of BIA in clinical practice.

**Keywords:** rheumatoid arthritis; rheumatoid cachexia; body composition; fat-free mass; fat-free mass index; nutritional questionnaires; body mass index; dyslipidemia, oxLDL, anti-phosphorylcholine  
ISBN 978-91-7409-367-4

## Focus on Chronic Disease through Different Lenses of Expertise Towards Implementation of Patient-Focused Decision Support Preventing Disability: The Example of Early Rheumatoid Arthritis

**Örjan Dahlström**

Institution: Linköpings Universitet

Disputation: 29 maj 2009

**Introduction:** Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease. Treatment strategies emphasize early multi-professional interventions to reduce disease activity and to prevent disability, but there is a lack of knowledge on how optimal treatment can be provided to each individual patient.

**Aim:** To elucidate how clinical manifestations of early RA are associated to disease and disability outcomes, to strive for greater potential to establish prognosis in early RA, and to facilitate implementation of decision support through analyses of the decision-making environment in chronic care.

**Methods:** Multivariate statistics and mathematical modelling, as well as field observations and focus group interviews.

**Results:** Decision support: A prognostic tree that predicted patients with a poor prognosis (moderate or high levels of DAS-28) at one year after diagnosis had a performance of 25% sensitivity, 90% spe-

cificity and a positive predictive value of 76%. Implementation of a decision support application at a rheumatology unit should include taking into account incentive structures, workflow and awareness, as well as informal communication structures.

**Prognosis:** A considerable part of the variance in disease activity at one year after diagnosis could be explained by disease progression during the first three months after diagnosis. Using different types of knowledge – different expertise – prior to standardized data mining methods was found to be a promising when mining (clinical) data for new patterns that elicit new knowledge. Disease and disability: Women report more fatigue than men

in early RA, although the difference is not consistently significant. Fatigue in early RA is closely and rather consistently related to disease activity, pain and activity limitation, as well as to mental health and sleep disturbance.

**Conclusion:** A decision tree was designed to identify patients at risk of poor prognosis at one year after the diagnosis of RA. When constructing prediction rules for good or poor prognosis, including more measures of disease and disability progressions showed promise. Using different types of knowledge – different lenses of expertise – prior to standardized data mining methods was also a promising method when mining (clinical) data for new patterns that elicit new knowledge.

**Keywords:** Clinical Decision Support, Rheumatology, Prognosis, Disability, Fatigue, Knowledge Engineering  
Department of Behavioural Sciences and Learning Linköpings University, SE-581 83 Linköping, Sweden  
ISBN 978-91-7393-613-2 ISSN 0282-9800  
ISSN 1650-1128

## Rapport från ST-dagarna i Linköping

### 2009 års nationella ST-dagar tog plats den 4–5 maj på vackra Rimforsstrand några mil utanför Linköping mot Kisa-hållet.

Linköpingskliniken med Jan Cedergren i spetsen bjöd på ett intressant och spännande program i vacker miljö där 33 ST-läkare och fyra studierektorer samt föreläsare och en och annan SRF-representant deltog.

**UNDER MÅNDAGEN**, efter en välbehövlig lunch för deltagarna som verkligen anslöt från när och fjärran, började programmet med att Roger Hesselstrand presenterade sig och sitt uppdrag i styrelsen för Svensk Reumatologisk förening samt informerade om SRF och de olika skäl som finns att vara med – förutom det uppenbara att SRF generöst sponsrade både inkvartering och måltiderna under ST-dagarna!

Efter denna presentation bjöd Thomas Skogh på en översikt över den forskning som har skett och är pågående i Linköping med TIRA-projektet som bas.

Därefter presenterade Alf Kastbom sitt förnämliga forskningsarbete kring inflammationen och dess roll vid autoimmunitet och autoinflammation.

Dagens sista punkt handlade om muskuloskelettalt ultraljud. Vi fick dels en teoretisk bakgrund av nyttan av ultraljud i det praktiska arbetet på reumatologmottagningar i form av en föreläsning av Michael Ziegelasch, men fick under seneftermiddagen även stifta bekantskap med ultraljudsapparaterna och på varandra kontrollera MCP-leder samt medianusnerven med dessa. Lättare sagt än gjort!

Kvällen avslutades med en fantastisk middag och de riktigt modiga inte bara bastade efteråt utan fick årets första (?) dopp! De mindre modiga tog en promenad längs vattnet och fick stifta bekantskap med östgötska grodor och vacker bebyggelse.

**TISDAGEN BJÖD EFTER** frukost på Vaskulitgenomgång av Per Eriksson tätt följt av genomgång av olika muskelsjukdomar samt indikation och tolkning av muskelbiopsi av Lars Cöster och Olof Danielsson. Sista föreläsningen för dagen och för programmet stod Ann Bengtsson för i form av Smärta, dess mekanismer samt olikheter vid RA och fibromyalgi. Efter lunch gick så bussen tillbaka till Linköping och det var dags att säga adjö och återvända till när och fjärran.

**INTE MINST BJÖD** ST-dagarna på en ovärderlig chans att träffas och lära känna kollegor och att få reflektioner på likheter och olikheter i både arbetsliv och i den studiesituation som vi fortfarande ju befinner oss.

Stort tack till föreläsarna och till Jan Cedergren som knåpat ihop ett brett och aktuellt program!



**KAJSA ÖBERG**  
ST-läkare i Falun, därtill ST-representant SRF

# ANNONS

# REU-KALENDERN 2009/2010



Adresser för att finna kurser och utbildningar:

**EULAR** – [www.eular.org](http://www.eular.org)

**ACR** – [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)

5–9 oktober 2009	<b>SK-kurs (B) Inflammatoriska systemsjukdomar</b> <a href="http://www.ipuls.se">www.ipuls.se</a>	Uppsala
8–9 oktober 2009	<b>SRFs höstkonferens</b> <a href="mailto:tomas.bremell@vgregion.se">tomas.bremell@vgregion.se</a>	Stockholm
16–21 oktober 2009	<b>ACR</b> <a href="http://www.rheumatology.org">www.rheumatology.org</a>	Philadelphia, USA
29–30 oktober 2009	<b>Reumatiska sjukdomar och graviditet</b> <a href="mailto:elisabet.svenungsson@ki.se">elisabet.svenungsson@ki.se</a>	Stockholm
16–17 november 2009	<b>Ultraljud – vidareutbildning för specialister</b> <a href="mailto:michael.ziegelasch@lio.se">michael.ziegelasch@lio.se</a>	Linköping
25–27 november 2009	<b>Läkarstämman</b> <a href="http://www.svls.se">www.svls.se</a>	Stockholm
3–4 december 2009	<b>Undersökningsteknik och reumatologisk rehabilitering – SK-liknande kurs</b> <a href="mailto:annika.teleman@spenshult.se">annika.teleman@spenshult.se</a>	Spenshult
19–21 januari 2010	<b>Reumatologisk epidemiologi</b> <a href="mailto:mehkril@wyeth.com">mehkril@wyeth.com</a>	Halmstad
28–29 januari 2010	<b>Register- och Riktlinjedagar</b> <a href="mailto:inga.lodin@karolinska.se">inga.lodin@karolinska.se</a>	Stockholm
11–13 februari 2010	<b>1st World Congress on Systemic Sclerosis</b> <a href="http://www.aimgroup.eu/2010/sclerosiscongress">www.aimgroup.eu/2010/sclerosiscongress</a>	Florens, Italien
11–12 mars 2010	<b>Bilddiagnostik – vidareutbildning för specialister</b> <a href="mailto:kristina.forslind@skane.se">kristina.forslind@skane.se</a>	Helsingborg
15–19 mars 2010	<b>SK-kurs (C) Kroniska artrit</b> <a href="http://www.ipuls.se">www.ipuls.se</a>	Stockholm
21–23 april 2010	<b>SRFs vårmöte</b> <a href="mailto:johan.bratt@karolinska.se">johan.bratt@karolinska.se</a>	Stockholm
6–7 maj 2010	<b>Riks-ST-dagar</b> <a href="mailto:eva.klingberg@vgregion.se">eva.klingberg@vgregion.se</a>	Göteborg
9–12 maj 2010	<b>Scandinavian Congress of Rheumatology</b> <a href="http://www.scr2010.no">www.scr2010.no</a>	Bergen, Norge
16–19 juni 2010	<b>EULAR</b> <a href="http://www.eular.org">www.eular.org</a>	Rom, Italien
27 augusti 2010	<b>Cutting Edge</b>	Lund
29 september –1 oktober 2010	<b>SK-kurs (B) Interstitiella lungsjukdomar</b> <a href="http://www.ipuls.se">www.ipuls.se</a>	Stockholm
4–8 oktober 2010	<b>SK-kurs (C) Organmanifestationer vid reumatisk sjukdom</b> <a href="http://www.ipuls.se">www.ipuls.se</a>	Umeå