



REUMABULLETINEN  
Nr 56 Oktober 2003



# Innehåll

Redaktörens rad	1
Brev från ordförande	2-3
Brev från vetenskaplig sekreterare	4
Brev från representant för läkare under utbildning	5
Immunitetslära	6-7
RA-registret nya vägar	8-9
Medlemsportalen SRF Online Oktober 2003	10-11
Spenshult tilldelas Wyeths nyinrättade forskningsstipendium	12
Förslag till nya riktlinjer för larmprovning	13-14
SaluAnsvarspris	14
Scandinavian research foundation / Scandinavian Journal of Rheumatology	
Stipendium för Reumatologisk Forskning	15
Brev till registratorn	16-19
Svensk Reumatologisk Förening 2003-08-25	20-21
Reumatologi	22-25
Kallelse till årsmöte	26
Styrelsens årsberättelse för 2003.	27-30
Kassarapport för Svensk Reumatologisk Förening	31
Abstract till Symposium nr 17.	
A Clinical and Genetic Study of Psoriatic Arthritis	32-33
Påbyggnadskurs i Reumatologisk Epidemiologi	34-35
Reumakalendern	36

# Wyeth

Utgivningen möjliggörs genom ekonomiskt stöd av Wyeth  
som står för produktion och utsändning av Reumabulletinen

Wyeth Lederle Nordiska AB

Box 1822, Dalvägen 12, 171 24 Solna  
Telefon 08-470 32 00 • Fax 08-730 06 66

[www.wyeth.se](http://www.wyeth.se)  
[gustafj@wyeth.com](mailto:gustafj@wyeth.com)

# Redaktörens rad



*Annika Teleman*

## **Bästa vänner**

I detta höstnummer av Reumabulletinen finner ni föreningens svar och följebrev till socialdepartementet avseende specialistutredningen. (I föregående nummer fann ni remissvaret till Svenska Läkaresällskapet.) Som ni kanske noterat har man nu skjutit upp beslutet om specialiteternas indelning, läs vidare i brev från ordföranden.

Programmet för Medicinska Riksstämman och Årsmötet presenteras, årsberättelsen finns att ta del av och Ido Leden fortsätter den medicinskhistoriska serien. Bengt Lindell presenterar SRF:hemsida och de möjligheter som finns med Portalen samt vad som har utvecklats sedan den senaste presentationen för ett drygt år sedan.

Medicinska Riksstämman står för dörren med många insända vetenskapliga arbeten och ett bra program. Vi hoppas har möjlighet deltar både i de vetenskapliga delarna och på årsmötet med middag på torsdagen. V g se kallelse till årsmöte och årsrapport sid 26-30.

En översyn har gjorts avseende kontroller av patienter med DMARD, riktlinjerna finns på sid 13-14.

Vi tackar Arbetsgruppen för LARM-prover för viktigt och angeläget arbete.

Presstopp för kommande reumabulletiner har ännu inte beslutats men nästa torde vara i början av februari -04.

PS Alla ni som arbetat hårt med era avhandlingar, skicka gärna en sammanfattning till mig så ska jag se till att de kommer in i "Bullen"

Med önskan om en trevlig höst

*Annika Teleman*

[Annika.teleman@spenshult.se](mailto:Annika.teleman@spenshult.se)

## **INBJUDAN**

### **Reumatologmiddag!**

### **i samband med Riksstämman i Stockholm**

**Var:** Läkarsällskapet, Klara Östra Kyrkogata

**När:** Torsdagen den 27 november, kl. 19:00

**Egen kostnad:** 100:- betalas vid entrén

# Brev från ordförande



*Tomas Bremell*

## Specialitetsutredningen – aktuellt läge

Just nu ligger utredningen hos Socialdepartementet. Efter sammanställning av remissvaren kommer en grupp på departementet att arbeta med olika frågeställningar i utredningen. Jag tittade igenom remissvaren i augusti-03 uppe på departementet. Sammantaget har remissomgången utfallit bra för reumatologins del. Stöd för reumatologi som basspecialitet uttrycks i ca hälften av remissvaren däribland 4 av 6 universitet och 5 av 8 landsting. Dessutom stöd från SACO, Läkarförbundet (negativa till obligatoriskt basgrenkoncept), HSO och Stockholms läns patientnämnd. Av de remissinstanser som stöder utredningsförslaget märks fr a Kommun- och Landstingsförbundet och obegripligt nog Läkaresällskapet, vilka därvid hamnar på arbetsgivarsidan i motsatsställning till bl.a. SYLF, Sjukhusläkare-föreningen, Läkarförbundet och ett flertal av sina egna sektioner. Sällskapets agerande har allvarligt skadat dess förtroende inom breda lager av läkarkåren.

Remissvaren innehåller stöd till bas-grenkonceptet från flertalet remissinstanser – även sådana som ger oss stöd. Motståndet mot bas-grenkonceptet kommer fr a från universiteten (KI, Göteborg, Linköping, Umeå) och Läkarförbundet

Hur kommer SRF att driva frågan vidare? Jag är ganska optimistisk beträffande utgången för reumatologins del. Vi har ett omfattande stöd i remissvaren, stöd från Reumatikerförbundet och ett parlamentariskt stöd som kan bli viktigt. Exempel på detta är t.ex. artikeln i Göteborgsposten 23/7-03 där reumatologin stöddes av samtliga politiska kvinnoförbund. Dessa, och Reumatikerförbundet, vill dessutom göra frågan om de medicinska specialiteterna till en riksdagsfråga.

Om beslutet mot all förmodan skulle gå oss emot – ett värsta-läge-scenario – kommer nästa stridstillfälle när de nya målbeskrivningarna skall utformas. Vi skulle då inte acceptera en målbeskrivning som innebär att vi är en grenspecialitet under invärtesme-

dicin. En sådan konstruktion skulle ju felutbilda oss och allvarligt skada våra möjligheter att rekrytera nya läkare. Jag ser specialitetsfrågan som en vital överlevnadsfråga för reumatologin, reumatikervården och den reumatologiska forskningen – och ser inget 'game-over'.

## ST-utbildning och rekrytering

SRF kommer att under 2004 lägga ännu större vikt vid arbetet med ST-frågorna. Styrelsen har önskemål om förstärkning med ytterligare en person som arbetar med ST-utbildningen ihop med Cecilia Carlens. Förutom arbetet med utbildningsfrågor och rekrytering utgör arbetet med en förstärkt regional studierektorsfunktion (avsatt tid, förstärkt position på kliniken, ökat inflytande över schemaläggning och vardag för ST-läkaren för att uppnå en fullgod utbildningssituation mm) en viktig ingrediens. Regionaliseringen börjar ta form: Malmö/Lund, Göteborg, Stockholm och Umeå kan utgöra regionala ST-nav. Linköping/Örebro och Uppsala är också intresserade att vara regionala nav. Till dessa nav kan omkringliggande reumatologienhet ansluta sig på det sätt den anser vara bäst. Regional ST-utbildning finns mest uttalat i Västra Götaland som gärna tar emot studiebesök om så önskas (ST-studierektor Katarina Almehed – [kaal@home.se](mailto:kaal@home.se)).

Jag tror det är viktigt att vara offensiv vad gäller rekrytering trots landstingens ekonomiska problem idag. En god hjälp när det gäller att argumentera för tjänster i bistert ekonomiskt klimat är Reumatikerförbundet nationellt men fr a lokalt.

## Satsa på de unga!

Jag tror det är dags för de yngre att ta ett steg framåt i svensk reumatologi. Jag vill mena att min generation, som dominerat under de senaste 10 åren, gradvis bör avlösas av 30- och 40-åringarna. Det skulle förstärka en livlig och livaktig specialitet och bidra till ännu bättre rekrytering. Fr a gäller detta ST-studierektorer men även på kliniken och i SRFs arbete behövs nya friska fläckar under de närmaste åren. Var inte rädda att ta på er ledningsuppgifter av olika slag – tvärtom gör det att arbetet blir meningsfullare och mer varierat.

### **Nationella riktlinjer**

Arbetet med nationella riktlinjer för RA lovas nu vara färdigt runt årsskiftet. Kortversionen (huvudansvarig Lars Klareskog) kommer att presenteras på Riksstämman för avslutande synpunkter medan långversionen (huvudansvarig Björn Svensson) med bakgrundsmaterialet beräknas vara klart under januari-04. Meningen är att kortversionen kontinuerligt skall uppdateras och användas praktiskt i sjukvården av läkare, tjänstemän och politiker.

### **Samordning av representanter, styr- och arbetsgrupper**

Inom föreningen finnes ett flertal representanter, styr- och arbetsgrupper där mycket arbete läggs ner (se årsberättelsen). Styrelsen har önskemål om att detta arbete samordnas och koordineras bättre så att vi kan bättre stödja alla de som representerar oss. Styrelsens förslag är att vice ordf får detta samordningsuppdrag och att de olika grupperna och personerna rapporterar till denne och styrelsen inför varje årsmöte avseende verksamhet, ekonomi och önskemål om support.

### **Riksstämman 2003**

Jag hoppas att så många som möjligt har möjlighet att bevista Riksstämman-03 i Stockholm där vi har ett mycket omfattande och spännande vetenskapligt program och årsmöte med tillhörande fest. Enhetschefsmötet är på fredag morgon och som vi sa

på vårmötet ser styrelsen gärna att också professorer och ST-studierektorer deltar. Specialitetsfrågan och ST-utbildningen kommer nog att vara i fokus på detta möte. Välkomna!

### **PS. Skrivet i samband med korrekturläsning av Bullen 031009.**

Vi fick i förrgår besked att Socialdepartementet anser att underlaget i Specialitetsutredningen inte är tillräckligt för att kunna fatta beslut. En kompletterande utredning kommer att initieras fr a inriktad på att konsekvensbeskriva effekter avseende grundutbildning och forskning. Först om något år kan frågan vara klar för beslut. Detta innebär ju en delseger för oss och ger ytterligare stöd för den kamp vi och våra patienter för. Ännu är det för tidigt att öppna champagnen men man kanske skall köpa in en flaska i alla fall.

Jag kan också berätta att Reumatologkliniken/Sahlgrenska Universitetssjukhuset 3/10-03 haft besök av Bo Lindblom (chef Hälso-och sjukvårdsavdelningen) och Gunilla Hulth-Backlund (chef Behörighets- och utbildningsavdelningen) från Socialstyrelsen. Under en dag fick de möjlighet att bekanta sig med reumatologin och utbildningen till reumatolog. I programmet ingick bl.a. möten med ST-läkare, regional ST-studierektor, verksamhetschef, professor och länsreumatolog. Socialstyrelsens representanter visade ett stort intresse för den reumatologiska verkligheten.

# Brev från vetenskapliga sekreteraren



*Ronald van Vollenhoven*

## Hej!

Nu börjar programmet för årets riksstämma 26-28/11 i Stockholm bli färdigt. Återigen rekordmånga bidrag från er: fler än 80 abstrakt har inskickats. Efter ett intensivt arbete i månadskiftet augusti-september kunde styrelsen och vårt vetenskapliga råd utse vinnarna av 2003 års Pfizerpris (före detta Pharmaciapris) för bästa kliniska och bästa "basala" (dvs. laboratoriebaserade) bidrag.

Priset för bästa kliniska abstrakt går till Pierre Geborek och medarbetare för arbetet: "TNF-blockers are not associated with an increased overall tumor risk in rheumatoid arthritis patients". Priset för bästa basala abstrakt går till Stina Salomonsson och medarbetare för arbeten: "Ro52 Monoclonal Antibodies bind the Cell Surface of Cardiomyocytes" och "Ro52 and p200 immunised rats give birth to pups with cardiac conduction AV block"

Stina och Pierre redovisar sina arbeten på onsdag kl 15.30-16.00.

Styrelsen vill gratulera Stina och Pierre för deras fina forskningsinsatser. Det fullständiga programmet för stämman finner du på annan plats i Bullen.

Som i fjolåret kommer vi att ha två sektionssymposier på onsdag eftermiddag: "RA: prediktorer och patogenes" och "Gamla och nya behandlingar för systemsjukdom" med moderatorerna Per Eriksson och Iva Gunnarsson.

Vi har i år ett eget symposium onsdagen 26/11 klockan 16:30-18:00: "Medicinsk artrosbehandling"

där Ingemar Petersson är moderator.

Årets Nanna Svartz föreläsning hålls av Prof. Mark Walport från London: "Complement and SLE.", torsdag kl. 11:30-12:30.

"On request" har i år temat "Sex, steroider och sex-steroider" med Birgitta Tengstrand som moderator.

Postersessionen leds av Ulf Nyman, och på eftermiddagen samma dag sker rundvandring vid postrarna.

Efter förhoppningsvis både spännande och givande dagar på mässan är vi välförtjänta av lite avkoppling. Således blir det stor reumatologmiddag på torsdag kväll. Du hittar anmälningsblankett och information på separat inbjudan i detta nummer av Bullen.

Vad gäller föreningens fortbildningsverksamhet är det en hel del på gång. En ny serie utbildningsdagar i samarbete med Pfizer kommer att starta inom kort med ett första kurstillfälle den 13-14 november, följt av ytterligare 3 tillfällen (29-30 januari 2004, 11-12 mars 2004, och tidig höst 2004). Kursvärderingarna på de tidigare kurserna i samma stil har varit mycket positiva. Denna gång kommer det att handla om: "Sjögrens, sklerodermi, och myosit."

Härmed vill jag också återigen be få påminna om den mycket viktiga nationella terapistudien SWEFOT. Denna är som tidigare beskrivits en randomiserad kontrollerad klinisk studie som vi som reumatologer håller i vår egen regi, med 16 deltagande reumatenheter. SWEFOT studien, koordinerad av en styrgrupp med Johan Bratt som huvudansvarig, har för avsikt att göra den mycket viktiga jämförelsen mellan vedertagen LARM-kombinationsbehandling och biologisk behandling vid tidig RA. Rekryteringen har kommit i gång men skulle kunna bli bättre och jag skulle här vilja slå ett stort slag för er allas hjälp att göra denna nationella terapistudie till en succé.

Till slut önskar jag Er alla varmt välkomna till årets Riksstämma i Stockholm!

# Brev från representant för läkare under utbildning

---



*Cecilia Carlens*

Budget och ekonomi har återigen blivit honnörsord inom sjukvården och ibland undrar man nästan vad man utbildade sig till. Det var nog ändå till att arbeta för våra patienters bästa... För att våra patienter även i framtiden ska kunna få den vård de behöver arbetar vi vidare för att förbättra utbildningen för och rekrytera fler ST-läkare. Här har våra ST-samordnare/studierektorer en mycket viktig roll. Därför är det nödvändigt att de som har det uppdraget verkligen är intresserade och vill ha den arbetsuppgiften. Det krävs också att uppgiften är definierad och att det finns avsatt tid för arbetet. Detta ansvar har enhetschefen. För att alla ST-läkare, även på de mindre sjukhusen, ska "få tillgång till" en ST-samordnare krävs ett samarbete i regionerna. Hittills har det funnits en del oklarheter hur regionerna ser ut, men jag hoppas att alla här tar sitt ansvar så att vi får en fungerande struktur. I utbildningsboken finns en befattningsbeskrivning för ST-samordnaren från 1997. Denna håller på att omarbetas och kommer att skickas ut till ST-samordnare och enhetschefer.

För att locka fler till vår spännande specialitet planerar vi att finnas med på nästa års AT-stämman (brukar vara i mars i Stockholm varje år). Karin Hellgren på Huddinge Sjukhus är ansvarig och tar gärna emot förslag till ett bra upplägg.

Specialistexamen blir det även nästa år under våren, men datum är ännu inte fastställt. Inför denna kommer frågeexempel att finnas på "Portalen".

Nationella ST-dagar kommer att äga rum i Göteborg 10-11 maj 2004. Vi planerar ett annorlunda och spännande program och jag tycker att det finns goda skäl att boka in dessa dagar redan nu.

De SK-liknande kurser som genomförts i år i samarbete med Reuma Utveckling AB har varit mycket uppskattade. Kursutvärderingarna gör helt klart att behovet av SK-kurser är oändligt mycket större än utbudet och att de SK-liknande kurserna är ett ovärderligt tillskott. Förhandlingarna inför nästa år är inte avslutade men vi hoppas kunna erbjuda 4 kurser: Inflammatoriska systemsjukdomar, Reumatologisk immunologi, Reumatologisk rehabilitering och Undersökningsmetoder vid reumatiska sjukdomar. Jag återkommer med mer information.

Ta en paus och gå ut i den vackra hösten!

*Cecilia Carlens*



# Immunitetslära

## Reumabulletinens artikelserie: Medicinhistoriska glimtar med särskild inriktning på reumatologi och immunologi.

### Immunitetslära

#### Något om upptäckten av det humorala immunförsvaret.

*Av Ido Leden, Kristianstad*

Redan under antiken noterade man att personer som överlevt en svår infektionssjukdom exempelvis pest, därefter tycktes vara oemottagliga (immuna) för sjukdomen i fråga. I Thukydides skildringar av pestens härjningar i Aten 430 f. Kr. berättas att de som tillfrisknat ofta klarade att sköta andra pestsjuka utan att på nytt själva bli sjuka. Under de följande århundraden framlades många fantasifulla teorier om vad detta kunde bero på. Tänkvärda sådana framlades på 1800-talet av bl.a. Louis Pasteur, en av immunologins pionjärer, som funderade över om immunitet kunde bero på att vissa för mikroorganismer essentiella tillväxtfaktorer med tiden förbrukades.

Det definitiva genombrottet kom 1890 då Emil von Behring och hans japanske medarbetare Shibasaburo Kitasato publicerade sina försök där försöksdjur injicerats/immuniserats med difteritoxin och tetanustoxin. Dessa djur visade sig ha förmågan att bilda motgifter, antitoxiner, mot de insprutade bakteriegifterna (toxiner). Behring visade också att dessa antitoxiner fanns i serum och att skyddsförmågan kunde överföras till andra djur. Genom att immunisera stora djur (hästar) skapades möjligheter att utvinna stora mängder immunsera. Julnatten 1891 prövades



*Emil von Behring (1854 – 1917). Professor och direktör vid institutet för Hygien och experimentell terapi i Marburg. Den förste Nobelpristagaren i fysiologi och medicin (1901). Hans läromästare Robert Koch fick inte sitt Nobelpris förrän 1905.*

för första gången behandlingen på människa. I Berlin gavs då difteriantitoxin till ett barn med livshotande difteri. Därmed var serumterapin född. För denna upptäckt tilldelades Behring 1901 det första Nobelpriset i fysiologi och medicin. Antitoxinerna kom sedan att kallas antikroppar och Paul Ehrlich, Nobelpristagare 1908, publicerade redan 1897 en metod för att mäta mängden difteriantitoxin i serum. Därmed gavs möjlighet att standardisera de sera som användes. Det rädde nu inget tvivel om att humorala faktorer var av största betydelse för immunitet. Ehrlich fick sitt Nobelpris för sin forskning inom detta område. Han framlade också en teori för hur antikropparna bildades, den berömda "sidokedjeteorin". Med denna teori kunde han förklara immunsystemets specificitet. Difteriantitoxiner neutraliserade ju bara difteritoxin, något annat skydd gav det inte. Specificiteten förklarade Ehrlich med att sidokedjorna, receptorer i modernt språkbruk, var strukturellt anpassade, var och en för sitt särskilda antigen. Immunsvaret tolkades som att antigenet gav stimulans till extra sidokedjebildning, varefter de nybildade specifika kedjorna lösgjordes från cellytan för att fritt förekomma i blodet.

Man insåg snart att det fanns olika typer av immunitet. Antitoxinbildning var bara en av kroppens försvarsmekanismer. Den tyske bakteriologen Richard Pfeiffer (mononukleosens upptäckare) visade i eleganta försök med koleravibrioner att marsvin bildade lytiska substanser mot vibrionerna som skyddade djuret vid inoculation men att dessa substanser inte gav något skydd emot själva koleratoxinet. Han kallade detta bakteriolytisk immunitet och den humorala faktorn för bakteriolytisk antikropp. Pfeiffer kunde inte påvisa någon bakteriolytisk effekt av sådana antikroppar utanför djuret medan uttalad reaktion/lys förelåg så fort dessa introducerades i organismen. Han postulerade därför att kroppen på något vis förfogade över ett aktiveringssystem för dessa antikroppar. Belgaren Jules Bordet, som under åren 1894 – 1901 arbetade vid Pasteurinstitutet i Paris, var den som 1895 kunde förklara detta fenomen. Han visade att bakteriolytisk av vibrionerna och också många andra mikrober förutsatte närvaro av två faktorer. Dels en termotabil antikropp (amboceptor





*Paul Ehrlich (1854 – 1915). Från 1896 chef för serum-institutet i Berlin – Steglitz (från 1899 förlagt till Frankfurt am*

*Main som institut för experimentell terapi). Delade med Metchnikoff (se Reumabulletinen nr 55, juni 2003) 1908 års Nobelpris i fysiologi och medicin. De fick priset för sina upptäckter inom immunitetsläran.*

enligt dåtida terminologi), som bildats i djuret vid immunisering, dels en termolabil faktor som finns hos alla djur och som inte ökar i mängd vid immunisering. Denna senare faktor kom sedan att kallas för komplement, se tabell. Bordet var också den förste som systematiskt studerade vad som hände om artfrämmande celler injicerades i djur. Han gjorde bl.a. försök där marsvin tillfördes röda blodkroppar av råttor. Marsvinet bildade då antikroppar som i närvaro av komplement lyserade rättans blodkroppar. Ett viktigt experiment som visade att bildning av specifika antikroppar var ett generellt biologiskt fenomen. Dessa studier inspirerade Wasserman och andra forskare, vilket ledde till utvecklandet av Wassermantestet och andra komplement-fixationstest. När Bordet återvände till Belgien och Bryssel blev han direktör för det där nybyggda Pasteurinstitutet och senare professor i bakteriologi. Han bidrog med många ytterligare immunologiska och bakteriologiska upptäckter. För detta tilldelades han 1919 års Nobelpris i fysiologi och medicin.

## Tabell

### Komplementsystemets upptäckt

1895 påvisade Bordet att lys av bakterier i immunséra förutsätter närvaro av termolabil serumfaktor.

1. Kolibakterier + färskt specifikt antiserum: lys
2. Kolibakterier + antiserum 56 ° i 30 minuter: agglutination men ej lys.
3. Kolibakterier + antiserum 56 ° i 30 minuter + färskt normalserum: lys
4. Kolibakterier + färskt normalserum: ej lys



*Jules Bordet (1870 – 1961). Den förste föreståndaren för Pasteurinstitutet i Bryssel som grundades 1901. Professor i bakteriologi 1907.*

*Nobelpristagare i fysiologi och medicin 1919.*

## Källor

*Grubb R. Forsman – antigenets tidiga historia och kontroversen mellan Bang – Forsman och Ehrlichskolan. Sydsvenska Medicinhistoriska sällskapets årsskrift 1989; 26:121 – 25.*

*Lagerkvist U. Från Hippokrates till molekylär medicin. Värnamo: AB Fälths Tryckeri; 1993.*

*Laurell AB. Jules Bordet – a giant in Immunology. Scand J Immunol 1999; 32: 429 – 32.*

*Pettersson A. Physiology or Medicine 1919. (Presentation av Jules Bordet och de arbeten som gjorde att han utsågs till vinnaren av 1919 års Nobelpris i fysiologi och medicin. Bordet hade själv inte möjlighet att närvara vid prisutdelningen.) Scand J Immunol 1999; 32:426 – 28.*

*Sagnér A. Livets tjänare, fjärde utökade upplagan. Malmö: Bengt Forsbergs förlag AB, 1980.*

Tack till Martin Olsson, Immunforum, Lund som tipsade om artiklarna i Scand J Immunol 1999.

# RA-registret nya vägar

Nationella kvalitetsregister har en allt viktigare uppgift i den svenska sjukvården som förmedlare av information som kan användas för att förbättra patienternas hälsa.

Den första svårigheten är då att få in data till registret, och att omedelbart ge något tillbaka till de som samlar in och registrerar uppgifter.

Vi prövar nu i RA-registret nya vägar för att lyckas med detta. RAmona är nu tillgängligt på internet vilket ger möjlighet för alla användare att på sin egen dator registrera uppgifter från patientens besök och omedelbart få tillbaka ett styrdiagram över patientens sjukdomsutveckling och behandlingar. Styrdiagrammet är i färg men återges här nedan i svartvitt.

Varje besök har sin egen kolumn i tabellen, men visas också grafiskt i stapeldiagrammet som ger en snabb översikt över de viktigaste måtten på sjukdomsutvecklingen. Mitt i tabellen finns DAS28 uträknat som ett hjälpmedel för att fatta beslut om fortsatt behandling. Vid insättning av biologiska läkemedel visas de på en särskild rad längst ned med en egen tidsangivelse av antalet månader sedan behandlingsstart.

I stydiagrammet som visas här har patienten först stått på etablerad behandling (MTX) som sviktat, se DAS28 i mitten. Sedan insattes även ett biologiskt läkemedel (REM), se Uppföljt Preparat längst ned i tabellen. Därmed gick sjukdomen i remission; DAS28 visar att sjukdomen är inaktiv.

Det finns flera sätt att registrera data och använda sig av patientens styrdiagram. Det hittills vanligaste är att fylla i patientens blå och läkarens gula blankett vid besöket och efteråt registrera data i RAmona så att ett patientdiagram kan skrivas ut. Behandlande läkare kan då i efterhand se ordinerade behandlingar och deras effekter.

Data kan också registreras under själva besöket eftersom RAmona kan nås på vilken internetuppkopplad PC som helst. Läkaren kan själv mata in de tre uppgifterna från patienten (smärta, sjukdomskänsla och HAQ) och sedan sin egen bedömning av 28-ledsstatus och sjukdomsaktivitet, jämte SR och CRP. En annan möjlighet som också redan är i användning är att låta patienten själv registrera sina uppgifter direkt på internet innan besöket på mottagningen, så att patientens data redan finns när läkaren öppnar RAmona för en ny månadskontroll.

När data registreras under besöket kan styrdiagrammet användas omedelbart som beslutsstöd. Även patienten kan direkt få se sammanställningen över sin egen sjukdom och den behandling hon tagit. Tillsammans kan läkare och patient bedöma de mätningar som gjorts och deras betydelse för hur behandlingen ska fortsättas för att patienten ska må så bra som möjligt.

Detta är själva kärnan i RA-registret. Om ett systematiskt stöd ges för att förbättra varje patient kommer detta också att ge resultat vid sammanställning av diagram över verksamheten på de kliniker som använder RAmona. Det finns redan många olika intressen av att få rapporter från registret som kan användas i verksamheten för att förbättra patienternas hälsa. Hur RA-registret har arbetat med detta och hur framtida möjligheter kan se ut har nyligen beskrivits i Verksamhetsberättelse 2003 som lämnats till Socialstyrelsen vid ansökan om fortsatta anslag. Den finns nu att hämta på RA-registrets hemsida ([www.rareg.net](http://www.rareg.net)).

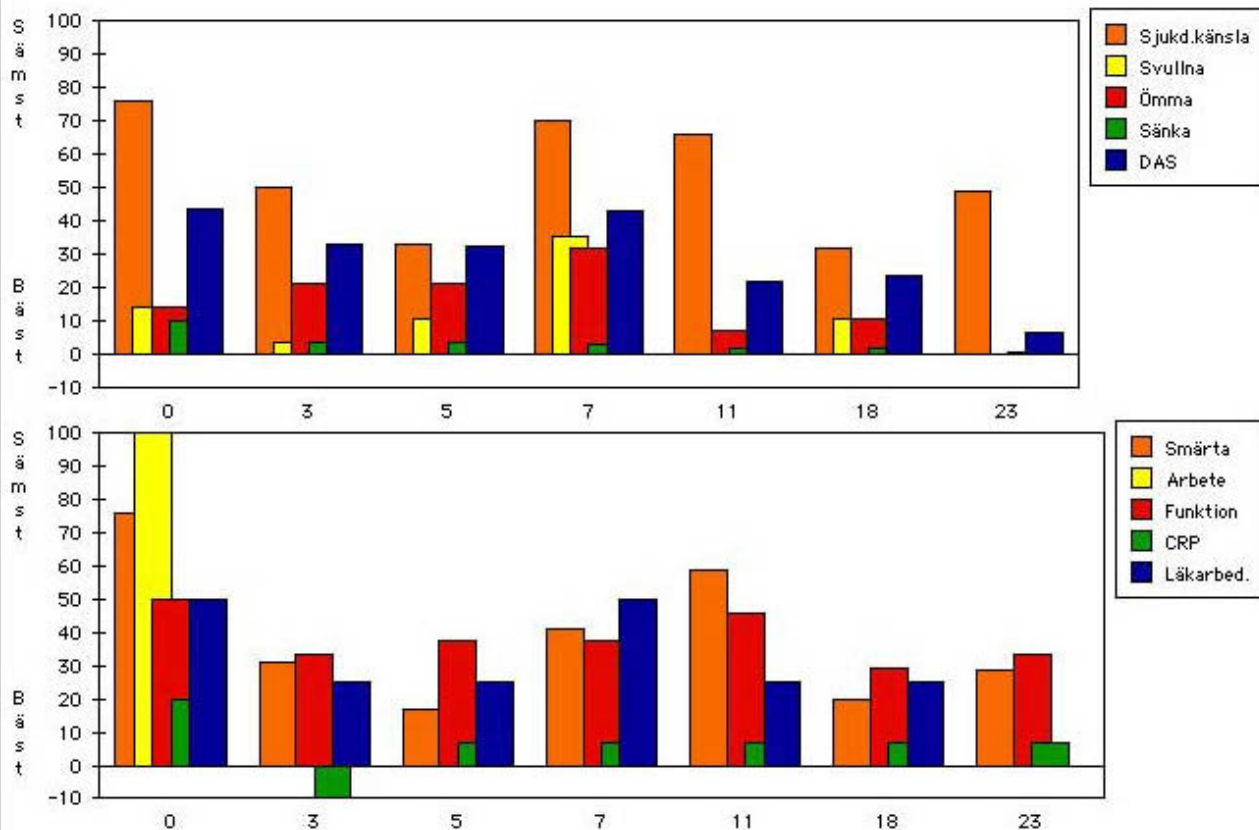
Många har redan börjat pröva de nya vägar som RAmona på internet ger möjlighet till. Alla som vill komma vidare i sin egen utveckling kan få hjälp av oss på RA-registret. Välkomna att höra av er till oss!

*Staffan Lindblad och Inga Lodin*

Utskriftsdatum: 03-09-08

E  P  T  B  S

Kod 1-4



År	00	01	01	01	01	02	02
Månad	12	03	05	07	11	06	11
Dag	06	08	31	24	21	03	25
Besöksmånad	0	3	5	7	11	18	23
MK grupp	1	3	6	6	12	18	24
Smärta	76	31	17	41	59	20	29
Arbetsförmåga	0	40	40	40	40	40	40
Funktion	1,50	1,00	1,13	1,13	1,38	0,88	1,00
Sjukdomskänsla *	76	50	33	70	66	32	49
Svullna leder *	4	1	3	10	0	3	0
Ömma leder *	4	6	6	9	2	3	0
Sänka *	10	4	4	3	2	2	1
CRP	20	---	7	7	7	7	7
Läkarbedömning	2	1	1	2	1	1	0
Biverkan							
Rtg (Eros./Prog/RF)	0/0/0						
DAS 28 *	4,36	3,32	3,29	4,31	2,20	2,39	0,68
Analgetika	vb		vb		vb	vb	
Antiinflam.		vb			rgb	vb	
Kortison dos							
LARM 1	MTX	MTX	MTX	MTX	MTX	MTX	MTX
LARM 1 dos	10	17,5	20	20	20	20	20
LARM 2							
LARM 2 dos							
LARM 3							
LARM 3 dos							
Uppföljd månad			0	4	11	16	
Uppföljt Preparat			REM	REM	REM	REM	
Uppföljt Dos			300	300	300	300	

# Medlemsportalen SRF Online Oktober 2003

---

Under snart ett år har vi byggt på föreningens portal på Internet, <http://www.srfonline.org>.

Starten var litet trevande, men nu har drygt 200 medlemmar anmält sig som användare. Från början var det litet trögt att navigera mellan sidorna, men efter uppgradering av programvaran på servern i våras kan jag lova att det känns betydligt smidigare och lättare nu. Sedan vi har omarbetat sidornas layout och skapat en mer överskådlig innehållsförteckning, bör det också vara lättare att hitta det material man söker.

SRF Online är en del i ett samarbete mellan flera reumatologiska och ortopediska föreningar i olika länder tillsammans med organisationen Bone and Joint Decade. Det gemensamma projektet kallas *Musculoskeletal e-Cooperative (MSeC)*. Pfizer är sponsor, men för innehållet svarar helt de respektive föreningarna. Den underliggande tekniska plattformen är gemensam. Det betyder att vi är till en del bundna när det gäller design och funktioner, men det innebär också möjligheter till utbyte av innehåll och gemensam utveckling av material.

Du som inte har loggat in på ett tag – titta in igen, så skall du finna att här finns möjligheter som vi tillsammans kan göra till ett värdefullt och nöjsamt redskap i vårt arbete och till en lätt och snabb kanal för information och kommunikation kolleger emellan. De flesta artiklarna som du läser i Bullen finner du först i SRF Online.

Ett demonstrationsprogram som i bild och ljud beskriver hur allt fungerar kan du ladda ner via en länk på förstasidan.

## Registrering

För att komma åt föreningens slutna sidor måste man först registrera sig som användare. Du behöver då det fyrsiffriga medlems-ID, som meddelades i ett brev i november 2002. Har du inte det kvar, skriv till mig <[bengt@lindell.cc](mailto:bengt@lindell.cc)>, så får du hjälp. Den som blivit medlem under detta år kommer inom kort att få uppgift om sitt ID-nummer.

## Inloggning

När du registrerar dig väljer du själv ditt användarnamn och lösenord. Det är dessa uppgifter som du i fortsättningen skall använda för att logga in. Anteckna dem på säkert ställe.

## Förstasidan

Den sida som man kommer till efter inloggning ser ut som på bilden. Härifrån navigerar man till de olika avdelningarna via länkarna i navigeringsspalten till vänster eller via länkar i texten på förstasidan. En innehållsförteckning när man via länken INNEHÅLL i övre högra hörnet.

## E-postfunktioner

Det finns två typer av meddelandefunktion. För det första en intern meddelandefunktion medlemmar emellan. Dessa meddelanden ligger i portalen och skickas inte, som vanlig e-post, oskyddade över Internet. Du kan välja att få en avisering via vanlig e-post när det finns ett nytt meddelande till dig i portalen. För det andra kan varje användare sända och ta emot extern e-post via portalen. I och med att man registrerat sig får man automatiskt en adress enligt formen <*anvandarnamn@srfonline.org*>.

## Diskussionsforum

Här finns det möjligheter att debattera vad som helst. Vi har lagt upp diskussionsgrupper i några olika ämnen, och du kan gärna föreslå nya. Det finns också möjlighet att skapa diskussionsgrupper som är tillgängliga bara för en definierad grupp av medlemmar eller en kommitté. Styrelsen har en sådan, och redaktionen har en. Tillhör du en regional grupp av reumatologer eller en geografiskt spridd grupp som samarbetar i ett projekt kan vi skapa ett slutet diskussionsforum för den gruppen. Säg till så är det ordnat på ett ögonblick.

## Föreningsnytt

Denna avdelning innehåller meddelanden om föreningen och dess aktiviteter. Nya sådana meddelanden annonseras i rutan "Obs!" högst upp på din förstasida, tills du har öppnat och läst dem.



## Dokumentarkivet

Här finns alla slags dokument, artiklar, meddelanden om kurser och annat, sorterat i olika kategorier. En del av detta material är sådana delade artiklar som vi får från andra föreningar i MSeC. Här finns också REU-kalendern med notiser om kongresser, konferenser och kurser. Vi strävar efter att hålla den så aktuell som möjligt. Dina tips och bidrag behövs för det.

## BJD-MSeC Faculty och Recommended Reading List

En gång i månaden sammanställer BJD-MSeC Faculty, en grupp av framstående reumatologer och ortopedier, en lista över de tio mest betydelsefulla och läsvärda nypublicerade artiklarna i den reumatologiska och ortopediska litteraturen. Listan finner du på SRF Online och artiklarna i fulltext publiceras i Dokumentarkivet.

## Webbföreläsningar

Nyligen kom den första föreläsningen av professor Olle Svensson – Osteoporos och fragilitetsfrakturer. Den kan man ta del av i sin dator med tal och bilder via en länk i portalen. Flera sådana föreläsningar kommer efter hand att läggas upp i ett bibliotek.

## E-meeting

Med denna inbyggda funktion kan en arbetsgrupp sammanträda och samarbeta via datorn och telefonen. Man har tillgång till en "vit tavla" att skriva och rita på, man kan visa bilder och dokument och man kan dela dokument och samarbeta med redigering av texten. Några av oss har just provat detta och det verkar lovande. Varje medlem kan initiera ett sådant e-möte, som kan avpassas för alltifrån två till flera tiotal deltagare. Kontakta mig om du är intresserad av att pröva detta.

## Input är välkommen

Tillsammans kan vi göra vår SRF-portal bättre och bättre. Fler idéer om innehåll och utformning behövs. Den svenska texten i rubriker och anvisningar behöver bearbetas och dina synpunkter på den är också välkomna. Och ju fler som bidrar med innehåll, desto bättre kan det bli.

*Bengt Lindell*

bengt@lindell.cc

Administratör och redaktör för SRF Online

Dr. Bengt Lindell  
Reumatologi, Invärtesmedicin

Search  Go

Hem  
Dokumentarkivet  
REU-kalendern  
DAS28-kalkylator  
Bruksanvisningar  
Medicinska resorser på nätet  
Yrkesmässig utveckling och fortbildning  
Abstracts  
Redigera min information >  
Länkar  
Tidskriftsartiklar  
Virtual Exhibit Hall >  
Log out

**Obel**

- [Kurs i reumatologisk epidemiologi, Halmstad, 21-22 januari 2004](#)
- [Clinical Congress News: EULAR 2003](#)

**Inkörg**

- [Öppna inkorg](#) (0 New Messages)
- [Open Internet e-mail and Calendar](#) (0 New Messages)
- [Världsvare - Katalog](#)
- [Manage Internet e-mail Consolidation](#)

**REU-kalendern**

[REU-kalendern](#) - Evenemangskalender över kongresser, möten och kurser. Hjälps till att uppdatera den genom att skicka in bidrag. (Klicka på rubriken för att komma in!)

**Online Meetings**

Participate in online meetings with your colleagues or create a new one.

- [Meeting Center](#)

**Hur hittar man här då?**

**INNEHÅLL**

Här följer några tips om hur man hittar innehållet i SRF-portalens.

Adressen <http://www.srfonline.org> leder till en inloggningsida. På den sidan finns en ruta med länkar till de sidor som är öppna. För att komma in på medlemsportalen skall [logga in](#)...

**Discussion Boards**

Delta i våra diskussionsgrupper!  
Här finns fortfarande att läsa diskussionen "Frågor & Svar" efter webbföreläsningen torsdag 14 augusti. Men först bör du ta del av föreläsningen. Instruktioner hittar du i [INNEHÅLL](#).  
Annars kan du vara med i andra

**Föreningstidning**

[INNEHÅLL](#) [logga in](#)...  
[All Societa News](#)

**FoxWatch Health News**

Cumulative organ damage common in patients with juvenile-onset systemic

## Spenshult tilldelas Wyeths nyinrättade forskningsstipendium

**Spenshult tilldelas *Enbrel Forskningsstipendium 2003* för framgångsrik och patientnära klinisk forskning. Med forskningsstipendiet vill Wyeth stödja framstående klinisk reumatologisk forskning i Sverige. I framtiden kommer Svensk Reumatologisk Förenings vetenskapliga råd att utse pristagarna. Stipendiet har formen av "Unrestricted Grant"**

Enbrel Forskningsstipendium delades ut under mycket högtidliga former under Spenshults 50-års jubileum. Högtidsdagen inleddes med ett vetenskapligt seminarium där internationella och egna forskare inom reumatologi och rörelseorganens sjukdomar sammanfattade det aktuella kunskapsläget. Därefter var det rundvandring på Spenshult som avslutades med en födelsedagsmottagning.

Deras Majestäter Konungen och Drottningen, Karin Starrin Landshövding i Halland, Wanja Lundby-Wedin ordförande i LO och Göran Tunhammar, VD i Svenskt Näringsliv med flera fanns på plats under själva prisutdelningen.

Med en prissumma på 400 000 kronor är Enbrel Forskningsstipendium ett av Sveriges största inom medicin och det största inom reumatologi.

– Tack vare forskningsstipendiet, som är ett fritt forskningsanslag till artritforskningen, får vi möjlighet att satsa extra forskningsresurser på patienter som nyinsjuknat i reumatoid artrit och psoriasisartrit samt att kartlägga den framtida användningen av nya biologiska läkemedel, säger med. dr. Ingemar Petersson, chef på FoU-verksamheten vid Spenshult. Vi känner oss stolta och glada för denna utmärkelse.

– Vi vill belöna Spenshult för att de sätter patienterna i fokus för sin forskning och kliniska verksamhet. Styrkan för Spenshults FoU-centrum är dess nära relation till sjukhusverksamheten, säger Dr Benny Petersson, nordisk medicinsk direktör på Wyeth.

Genom stipendiet vill Wyeth stödja framstående klinisk reumatologisk forskning i Sverige. Forskningen skall sätta patientnytta i fokus och leda till resultat som förbättrar vardagen för människor med reumatisk sjukdom. Wyeth Forskningsstipendiet kommer att delas ut årligen.



# Förslag till nya riktlinjer för larmprovning

SRF GRUPP FÖR LARMPROVER HAR GÅTT IGENOM VÅRA REKOMMENDATIONER . VI REKOMMENDERAR ATT MAN KAN UTGLESA KONTROLLERNA EFTER 6 MÅN HOS PATIENTER SOM LIGGER STABILT.

DE NYA FÖRSLAGEN BASERAR SIG PÅ VÅRA EGNA ERFARENHETER OCH PUBLICERADE FÖRSLAG PÅ NYA REKOMMENDATIONER SE TEX

"Laboratory testing in RA .." ARTHRITIS AND RHEUM VOL 47, 2002; 181-188 &

"Monitoring methotrexate hepatic liver toxicity.." J of Rhem 29, 2002,1586-1589.

Se även Kremer´s invändningar att man inte bör utöka provtagningsintervallen för methotrexate J of Rhem 29, 2002, 1590-1592

De nya förslagen är markerade i "italics"

## Guidelines for Monitoring of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs)

Drug	Monotoring before treatment					Montoring during treatment					
	BC	liver	renal	urine	other	Intervall	BC	liver	renal	urine	other
Anakinra ❖	✓					0-6 m:1 m 6 m: 3 m	✓				
Azathioprine	✓	✓	✓	✓		0-3 m: 14 d 3-6 m: 1 m 6 m -: 3-6 m	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓			
Chlorambucil	✓	✓	✓	✓	DWC	0-3 m:14 d 3 m -: 1-3 m	✓ ✓	✓ ✓			
Chloroquine*						<i>if symtoms</i>					<i>Eye check</i>
Cyclophosphamide p.o	✓	✓	✓	✓	DWC	0-3 m: 14 d 3 m -: 1 m	✓ ✓	✓ ✓		✓ ✓	
Cyclophosphamide infusion					DWC	<i>0 &amp; 10 d</i>	✓	✓	✓	✓	
Cyclosporin A	✓	✓	✓	✓	**	0-3 m: 14 d 3 m -: 1 m + 6 m	✓ ✓ ✓		✓ ✓		BP BP
Gold i.m	✓	✓	✓	✓		Before inj.	✓			✓	
God p.o	✓	✓	✓	✓		3 m -: 1 m 3 m - : 3 m	✓ ✓			✓ ✓	
Leflunomidi *****	✓	✓			BP	0-6 m: 14 d 0-2 m: 1 m 6 m: 3 m					N BP
Methotrexate	✓	✓	✓	✓	Chest X-ray	0-3 m: 14 d 3-6 m: 3-6 m 6 m -: 3-6 m	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓		✓	
Reumacon***	✓	✓	✓	✓		0-6 m: 1 m 0-3 m: 3 m 6 m -: 3-6 m	✓ ✓ ✓		✓ ✓ ✓		
Sulfasalazine	✓	✓	✓	✓		0-3 m: 14 d 3 m -: 3-6 m	✓ ✓	✓ ✓			

**NB** for Etanercept =Enbrel® and Adalimumab= Humira® there are no recommended monitoring

#### Abbreviations:

**BC** = Hemoglobin, white blood cell & platelet counts; **N**= neutophils; **Liver**= AST(aspartate aminotrans-ferase) or ALT(alanine aminotransferase) before start also Liver function tests; **Renal** = creatinine ; **Urine** =Protein and erythrocytes; **DWC** = differential white cell count ; **BP** = blood pressure ; **m** = month; **14 d** =every 14<sup>th</sup> day; **1 m** = once monthly and so on.

\*) Control of eyes by ophtalomologist; \*\*) Creatinine average of 3 determinations and Blood pressure x 2; \*\*\*) Reumacon® = podyphyllotoxin glycoside; **E**) Anakinra=Kineret (®\*\*\*\*\*)Leflunomide= Arava®; **?**) Infliximab= Remicad

*Lars Cöster*

*MD, PhD*

*Rheumatology dep*

*University hospital*

*S-58185 Linköping*

*Sweden*

*Jan-Erik Efverström*

*MD*

*Reumaklin i Stockholm city*

*Klara södra kyrkog 20*

*S-11152 Stockholm*

*Sweden*

*Marie Vallgård*

*MD*

*Örebro university hospital*

*S-70185 Örebro*

*Sweden*

## Stor nyhet:

**Professor Andrej Tarkowski vid Sahlgrenska akademien och professor Rikard Holmdahl vid Lunds universitet har tilldelats årets SalusAnsvarpris på 1 miljon kronor!**

SalusAnsvarstiftelsens styrelse motiverar sitt val av Andrej Tarkowski och Rickard Holmdahl med att de båda uppvisar ett stort djup och originalitet i sin forskning. De har under senare år redovisat flera viktiga nya grundläggande upptäckter som har betydelse för kunskapen om reumatiska sjukdomar avseende inflammation och bakgrundsgenetik. Styrelsen anser att Andrej Tarkowskis påvisande av artritogena egenskaper hos DNA kan få stor betydelse.

SalusAnsvarspriset är näst efter Nobelpriset i medicin det största medicinpriset i Norden. Priset ska belöna en "synnerligen framstående vetenskaplig prestation" och ges till en eller flera nordiska medicinska forskare. Forskningen ska beröra medicinska problem som direkt påverkar människors vardag och årets inriktning har varit reumatologi. Avsikten är att priset ska främja och stimulera fortsatt forskning.

SVLS ger 2003 års Jubileumspris till professor Andrej Tarkowski "för arbetet **Intra-articular localized bacterial DNA containing CpG motifs induces arthritis** som på ett enastående och innovativt sätt bidragit med ny kunskap inom de reumatologiska och infektionsmedicinska områdena och som illusterar värdet av en kombination av pre-klinisk och klinisk forskning".

Priset delas ut på sällskapets årshögtid den 28/10 2003.

**Svensk Reumatologisk Förening gratulerar Andrej Tarkowksi och Rickard Holmdahl!**

## **Scandinavian research foundation / Scandinavian Journal of Rheumatology Stipendium för Reumatologisk Forskning**

Svensk Reumatologisk Förening har via Editorial Board i Scandinavian Journal of Rheumatology återigen i år fått möjlighet att utlysa ett stipendium på 100 000 norska kronor. Stipendiet kommer att utdelas till en etablerad forskare inom reumatologi - som dock ännu ej erhållit akademisk tjänst i form av professur - och som bedriver aktiv och framgångsrik forskning.

Motsvarande stipendium kommer också att utdelas av de övriga skandinaviska reumatologföreningarna.

Ansökan till stipendiet insändes till vetenskaplig sekreterare i Svensk Reumatologisk Förening: Ronald van Vollenhoven, Reumatologkliniken, Karolinska Sjukhuset, 17176 Stockholm, senast den 19 december 2003.

Till ansökan skall bifogas CV, publikationslista och en kort beskrivning av aktuell forskning. Pristagaren utses av Svensk Reumatologisk Förenings styrelse efter samråd med föreningens vetenskapliga råd.

26 september 2003

Ronald van Vollenhoven  
Vetenskaplig sekreterare

Till Registratörn  
Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

030606

### Angående S2003/1319/HS

Härmed översändes Svensk Reumatologisk Förenings (SRF) yttrande avseende **‘Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn’**.

SRF är inte en utvald remissinstans men av flera skäl vill vi redovisa våra synpunkter direkt till Socialdepartementet. SRF och Reumatikerförbundet i total samsyn, är utomordentligt missnöjda med reumatologins placering som grenspecialitet under internmedicin. Frågan om reumatologins placering i Socialstyrelsens förslag till specialitetsstruktur har diskuterats livligt i massmedia, riksdag, landsting och läkarorganisationer. SRF vill därför direkt till Socialdepartementet lämna sina synpunkter.

Vi är tacksamma att även ha fått lämna muntlig redogörelse för våra synpunkter vid Socialdepartementets besök 16/4-03 hos Reumatikerförbundet. I den fortsatta beredningen av ärendet avseende reumatologins placering är vi intresserade av en dialog och är därför alltid beredda på frågor och diskussion.

Vi har koncentrerat oss på strukturen och fr a på Reumatologins felaktiga placering i denna struktur. Vi har givetvis även allmänna synpunkter på utredningen men har tonat ned dessa och valt att koncentrera oss på Reumatologin.

Specialistföreningarnas synpunkter, vad gäller utbildning av nya specialister, bör beaktas eftersom vi har såväl det utbildningsmässiga ansvaret för utbildningsläkaren som det medicinska ansvaret för sjukvården.

Vi befarar att en tvångsmässig uppdelning i bas- och grenspecialiteter kan skapa skarpa inre motsättningar inom läkarkåren i.o.m. att basspecialiteterna skulle komma att få mycket stort inflytande över grenspecialiteterna. Det skulle uppstå en över- och en underklass bland specialiteterna utan att det finns kunskapsmässiga korreler till en sådan uppdelning. Dessutom – inom EU har endast ett fåtal medlemsländer ett specialistsystem som bygger på bas och grenar. Uppdelningen i bas- och grenspecialitet är godtycklig och låser kunskapsmässigt specialiteterna utan hänsyn till medicinsk utveckling eller individuella kunskapsönskemål. Utredningen är som helhet snävt vårdorienterad (jourorienterad?) och inte tillräckligt kunskapsorienterad samt skulle bättre kunna beakta forskning och utveckling av svensk sjukvård.

Konsekvensbeskrivning av förslaget saknas avseende läkarrekrytering, patientsäkerhet, väntetider och köer. Några öppna prioriteringar redovisar utredningen inte – och följaktligen tas inte Riksdagens prioriteringsbeslut i beaktande.

Vi menar också att köerna till specialistvård kommer att öka om vi skall arbeta mindre inom vår egen specialitet. Detta innebär ju en förlust av specialistkompetens. Istället för att göra specialisterna till generalister vore det bättre att stärka och utveckla utbildningen av fler generalister inom t.ex. geriatrik, allmän invärtesmedicin eller allmänmedicin.

Socialdepartementet bör, enligt vårt förmenande, överväga huruvida även riksdagen skall behandla frågan om läkarnas specialistutbildning och struktur för de medicinska specialiteterna. Anledningen är fr.a. att utredningen är mycket kontroversiell och påverkar framtida organisation av svensk sjukvård på ett avgörande sätt.

EU har regler och lagar som skall gagna arbetskraftens fria rörlighet inom unionen. Den föreslagna förändringen med inrättande av grenspecialiteter, såsom reumatologi, skulle försvåra för specialister från andra länder att etablera sig i Sverige, eftersom utbildningstiden skulle kraftigt förlängas och dessutom kräva ytterligare en specialistkompetens. För reumatologins del skulle ju krävas specialistkompetens i internmedicin. Det skulle vara intressant att pröva huruvida Sverige får införa regler på arbetsmarknaden som får negativa konsekvenser för arbetskraftens fria rörlighet.

I övrigt vill jag hänvisa till vårt remissvar som är omsorgsfullt diskuterat i styrelsen och föreningen samt godkänt på enhetschefsmöte och föreningsmöte i samband med SRF:s vårmöte 24/4-03. De synpunkter vi framför har, som också framgått av det senaste årets debatt, stöd från så gott som samtliga reumatologer i Sverige.

Vi bifogar, som bilagor, utdrag ur denna debatt, inlagor från såväl läns- som universitetsreumatologi samt inlagor från andra specialiteter.

Vi och patientorganisationen har en total samsyn i frågan om läkarnas specialistutbildning och struktur av de medicinska specialiteterna och ser Socialstyrelsens utredningsförslag som ett direkt hot mot en fungerande och patientsäker reumatikervård. Vi hävdar Reumatologi som basspecialitet.

I den starka förhoppningen att våra synpunkter beaktas.

För Svensk Reumatologisk Förening

*Tomas Bremell, Ordf,*

Verksamhetschef Reumatologi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
e-mail: tomas.bremell@vgregion.se  
tel. 031-342 4060, 342 3378 (sekr), 342 1000 personsök 8244

Till Registratörn  
Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

030606

Yttrande angående S2003/1319/HS:

‘Läkarnas specialistutbildning och struktur för medicinska specialiteter – en översyn’

Från Svensk Reumatologisk Förening

#### Sammanfattning:

Reumatologin föreslås upphöra som självständigt område och övergå till grenspecialitet under invärtes medicin. En sådan förändring skulle förlänga utbildning av reumatologspecialister från 5 år till 7.5 år utan att detta medför ökad klinisk kompetens i reumatologi. Svensk Reumatologisk Förening (SRF) motsätter sig å det bestämdaste Socialstyrelsens förslag att göra reumatologi till en grenspecialitet under invärtes medicin eftersom det

- **Felutbildar reumatologspecialister.** Svensk Reumatologisk Förening vill ha mer reumatologi – inte mer invärtesmedicin i utbildningen
- Motverkar forskning och utveckling inom reumatologin
- Försvårar rekrytering av reumatologspecialister.
- **Förlänger köer till reumatikervård.** Köerna är redan nu medicinskt oacceptabla och strider mot Landstingsförbundets och Socialdepartementets intentioner
- **Hotar patientsäkerheten**
- Försvårar kampen mot ohälsan/sjukskrivningarna/förtidspensioneringarna
- Strider mot samhällets medicinska prioriteringar
- Drabbar en av sjukvårdens största patientgrupper
- Drabbar fr.a. kvinnor
- Motverkar EU-anpassning

**Vår starkt uttalade önskan är att Socialdepartementet instämmer i denna skrivelse och, i samverkan med patientorganisation och profession, verkar för att Reumatologi ska förbli en bas-specialitet!**

#### **Reumatologi som självständig bas-specialitet**

Reumatologi har varit en egen självständig specialitet sedan 1969. Reumatologi handlägger rörelseorganens medicinska sjukdomar och genomgår för närvarande en revolutionerande utveckling. Vår specialitet har ansvar för ett stort fält inom sjukvården från rehabilitering av patienter med besvär från rörelseorganen till aktiv behandling av inflammatorisk och autoimmun sjukdom oavsett organ. Reumatologin har varit först med teamvård, patientskolor och primärvårdskonsulter vilka fortfarande är aktiva verktyg i reumatikervården. Under senaste åren har skett en explosion av kunskap inom ämnesområdet reumatologi med kraftigt fördjupad kunskap avseende mekanismer bakom inflammation och vävnadsförstörelse, vilket lett till framtagande av nya revolutionerande läkemedel. Inom svensk sjukvård är vi experter på immunpåverkan av inflammatorisk sjukdom. Reumatologin har i dag en stödfunktion gentemot ett flertal andra specialiteter, bl.a. inom ögonsjukdomar, neurologi, dermatologi, lungmedicin, njurmedicin och infektion vad gäller behandling av inflammatorisk sjukdom. Diagnos och behandling ska komma tidigt i sjukdomsförloppet så att vävnadsförstörelse och utslagning ur arbetslivet hindras och för tidig död undviks.

Svensk reumatologi befinner sig i fronten i världen både vad gäller forskning och vård av patienter med reumatisk sjukdom. En självständig egen specialitet har varit en avgörande förutsättning för detta.



## **Reumatiska sjukdomar – högprioriterade folksjukdomar och kvinnosjukdomar**

Antalet patienter med reumatisk sjukdom uppskattas till ca 1 miljon svenskar varav 200 000 med inflammatorisk reumatisk sjukdom och 800 000 med icke inflammatorisk.

De reumatiska sjukdomarna är enligt Riksdagens prioriteringsbeslut från 1997 i allmänhet högprioriterade i grupp I. Sett ur ett genusperspektiv är de reumatiska sjukdomarna utpräglade kvinnosjukdomar. Kvinnor utgör ca 75% av våra patienter.

Åldersgruppen mellan 40-60 år dominerar i reumatikervården. Som exempel kan tas åldersfördelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Andelen patienter mellan 30-34 år är större än andelen mellan 75-79 år. Mer än 70% av patienterna är i arbetsför ålder.

Rörelseorganens sjukdomar står för 20-30% av primärvårdens läkarbesök och 30-40% av sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Flertalet av dessa patienter bör få möjlighet att bli bedömda av reumatolog. Många av dessa sjukdomar kan väsentligt påverkas med de nya mediciner och teamomhändertagande som specifikt hanteras av reumatologin. I en tid när sjukskrivningar och förtidspensioneringar är i fokus i samhällsdebatten vore det ett stort bakslag för dessa patienter om reumatologin skulle försvinna som självständig specialitet och bli grenspecialitet under invärtesmedicin.

## **Brist på specialistläkare i reumatologi – stort rekryteringsbehov**

Redan nu finns en betydande brist på reumatologspecialister. Detta har på flera sjukhus lett till köer överstigande 2 år för ett oprioriterat nybesök. Detta är inte medicinskt acceptabelt och strider dessutom mot Landstingsförbundets och Socialdepartementets tillgänglighetsmål. Stora pensionsavgångar bland reumatologer väntar under de närmaste åren. För att ge medicinskt acceptabel vård behöver vi utbilda 250 nya reumatologer under de närmaste 10 åren, vilket kräver goda rekryteringsförutsättningar. Det nuvarande förslaget där reumatologin blir en grenspecialitet under invärtesmedicin är ett steg i rakt motsatt riktning vilket kommer att påtagligt försvåra rekrytering.

Utbildningstiden, enligt nuvarande förslag, blir för lång för en fullgod utbildning i reumatologi jämte obligatorisk specialistkompetens i invärtes medicin. Den långa utbildningstiden, vilken inte ökar kompetensen i reumatologi, kommer att få förödande effekter på rekrytering av ST-läkare och till klinisk reumatologisk forskning. Dessutom, reumatologin får idag ett viktigt nytillskott i form av läkare med utländsk examen. Rekryteringen av utländska läkare försvåras om reumatologin blir grenspecialitet. Om rekryteringen av nya läkare inte fungerar kommer vi inte att kunna ge den vård som Socialstyrelsen föreskriver vad avser väntetider, medicinering m.m. Detta leder till risk för onödig invaliditet och för tidig död hos tiotusentals patienter.

## **Reumatologi – ett stort självständigt kunskapsområde med brett samarbete**

Den kraftigt växande kunskapsmassan inom ämnesområdet reumatologi – sträckande sig från frontlinje-immunologi till reuma-rehabilitering – kräver en betydande ökning av kunskapsmängden, och därmed utbildningstiden, inom såväl vår basspecialitet som ytterligare kunskaper i klinisk immunologi, molekylärbiologi, infektionssjukdomar, neurologi, njurmedicin, ortopedi och rehabilitering. Denna kunskap är nödvändig om vi skall kunna ta hand om våra patienter under en lång och skiftande sjukdomstid och kunna bedriva den 'nya reumatologin' dvs en sjukvård förenlig med den snabba medicinska utvecklingen. I en prioritering mellan olika kunskapsbehov bedömer vi att kunskapsbehovet inom akut internmedicin också i fortsättningen bör kunna inhämtas med ca 1 års tjänstgöring inom verksamhet med denna inriktning (vi vet ju attorganisationen för den akuta internmedicinen varierar inom landet och att det därmed är svårt att generellt ange inom vilken specialitet denna kunskap bäst inhämtas).

Som en konsekvens av denna analys har Svensk Reumatologisk Förening nyligen överlämnat en ny utbildningsbok/målbeskrivning till Socialstyrelsen vilken minskar sidoutbildning i allmän invärtesmedicin med akutvårdsinriktning till 1 år. Därutöver förordas 1 års sidoutbildning inom specialiteter såsom infektion, neurologi, klinisk immunologi, hudsjukdomar, ortopedi, allmänmedicin m.fl. Övrig utbildningstid förläggs till reumatologi.

Den nya reumatologin har således medfört ett förändrat kunskapsbehov inom ST-utbildningen till reumatolog, vilket i sin tur gör att närheten till det vi idag kallar internmedicin minskat.

I den mån reumatologer idag väljer att dubbelspecialisera sig är det inte nödvändigtvis inom internmedicin.

# Svensk Reumatologisk Förening 2003-08-25

---

## Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn

### Remissvar lästa på Socialdepartementet 2003-08-13.

Remisstiden på Specialitetsutredningen har gått ut. Socialdepartementet hade utsett 28 remissinstanser men därutöver har ytterligare ett 40-tal remissinstanser svarat självpåtaget. Däribland Svensk Reumatologisk Förening, Reumatikerförbundet, Spenshults reumatikersjukhus, Reumatikerdistriktet Älvsborgs län m fl.

De övriga självpåtagna remissvaren har fr a behandlat Geriatrik, Urologi, Barnsjukvård och Habilitering samt Plastikkirurgi.

För Reumatologins del kan sägas att många remissinstanser behandlar Reumatologins felaktiga placering i Socialstyrelsens förslag. Således anser 4 av 6 tillfrågade universitet (Umeå, KI, Göteborg samt Hälsouniversitetet i Linköping) att man bör avvisa bas/grenkonceptet och exemplifierar bl.a. med reumatologin. På landstings sidan får vi stöd av 5 av 8 tillfrågade landsting (Norrbotten, Jämtland, Dalarna, Uppsala län samt Västra Götaland). Därutöver har Norrlands landstingens samverkansnämnd

uttryckt stöd för reumatologi. Dessutom har vi erhållit stöd från Handikappsförbundens samarbetsorgan (HSO) Patientnämnden i Stockholms läns landsting samt indirekt av SACO som inte svarar själv utav hänvisar till Läkarförbundets och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds (LSR) svar. Sjukgymnasterna uttalar ett entydigt stöd för reumatologi som basspecialitet medan Svenska Läkarförbundet är emot uppdelningen i bas och grenspecialitet överhuvudtaget.

Stödet från Reumatikerförbundet är givetvis utomordentligt viktigt och jag tror på betydelsen av de 40 000 insamlade namnen mot slopandet av reumatologi som basspecialitet. Därutöver vill jag verkligen påtala det omfattande arbete som olika enhetsföreträdare har gjort för att informera sitt Universitet eller sitt Landsting.

Sälunda lyckades t.ex. Torgny Smedby i Östersund med kort varsel efter värmötet få upp reumatologin på dagordningen och därmed i Landstinget Jämtlands svar (uttrycker starkt kravet på reumatologi som basspecialitet).

Nedan listas de remissvar som kan utgöra ett stöd för reumatologin enligt mina bedömningar

(+ = positiv till; - = negativ till)

## Svar som är positiva för reumatologin (officiella remissinstanser)

	bas/gren	reumatologi=bas
Göteborgs Universitet	-	+
Linköpings Universitet	-	+
Karolinska Institutet	-	+
Umeå Universitet	-	+
Dalarna	+	+
Västra Götaland	+	+
Uppsala län	+	+
Jämtlands län	0	+
Norrbottnens län	(+)	+
Norrlandstingens samverkansnämnd	+	+
Handikappsförbundens samarbetsorgan (HSO)	-	+
Svenska Läkarförbundet (SACO)	-	0
SACO(hänvisar till Leg Sjukgymnasters Riksförbund och Svenska Läkarförbundet)		
Leg Sjukgymnasters Riksförbund (SACO)	0	+

## Övriga remissvar positiva till reumatologi

Spenshults Reumatikersjukhus	0	+
Svensk Reumatologisk förening	-	+
Reumatikerförbundet	0	+
Reumatikerdistriktet Älvsborgs län	0	+
Sveriges pensionärsförbund (SPF)	0	+
Anna Holmqvist	0	+

## Positiva till Socialstyrelsens förslag om Specialistutbildning utan att nämna reumatologin

Rättsmedicinalverket  
Kommerskollegium  
Högskoleverket  
Lunds Universitet  
Uppsala Universitet  
Svenska Kommunförbundet/Landstingsförbundet  
Vårdförbundet  
Svenska Läkaresällskapet  
PRO  
Föreningen Vårdföretagarna (de anser dock att förslaget i sin helhet inte känns färdigt)  
Östergötland  
Region Skåne  
Stockholms läns landsting (Miljöpartiet reserverade sig avseende reumatologin)

Flera av dessa instanser lämnar liten dörr öppen i form av meningar att specialiststrukturen inte är något fixt och färdigt utan kan förändras under tidens gång.

Hälsningar Tomas Bremell

# Reumatologi

ONSDAGEN DEN 26 NOVEMBER

Sal A8 kl

10.30-11.00

SFOG vill speciellt inbjuda oss till en gästföreläsning  
Välkomna.

Tema: Cryopreservation of ovarian tissue av Professor Kutluk Oktay. Joan and Sanford I. Weill Medical College of Cornell University, New York, USA.

Frysförvaring av cortical ovarialvävnad är en metod som möjligen kan bevara fertiliteten hos unga kvinnor och flickor som pga bl.a. cancersjukdom eller reumatologisk sjukdom skall behandlas med stråler eller cytostatika, och som har god överlevnadsprognos. Ovarialvävnad kan tas ut laparoskopisk innan behandlingen och bevaras nerfrusit i biobank. Än så länge har man inte metoder att in vitro-utmogna primordialfolliklar i ovarialvävnad, men en del forskning pågår på området. Om några år är det kanske möjligt att mogna ut äggen, befrukta dem in vitro och återföra befruktade ägg till kvinnans uterus. Det vore då bra om dagens patienter hade vävnad sparad! Kutluk Oktay är en av dem som har kommit längst med detta.

Pål Wölner-Hanssen, MD, PhD  
Associate professor  
Department of Obstetrics and Gynecology  
University Hospital of Lund

Sal B4

12:30-13:45

Sektionssymposium: Gamla och nya behandlingar för systemsjukdom

Moderator: Iva Gunnarsson

Abstrakt 55-60.

**55SS** - Benefits of intensive physical resistive exercise in patients with chronic polymyositis or dermatomyositis. H Alexandersson et al.

**56SS** - Effects of high-dose intravenous immune globulin (IVIg) on clinical- and molecular parameters in skeletal muscle tissue of myositis patients. S Barbasso et al.

**57SS** - Long term outcome in an unselected Swedish cohort of SLE patients with proliferative glomerulonephritis. Bengtsson A et al.

**58SS** - Short-term outcome and safety in 5 patients with ANCA-positive vasculitis treated with rituximab. Ericsson P.

**59SS** - Subnormala nivåer av anti-TNF-alfa autoantikroppar sammanfaller med sjukdomsskov i SLE: Fysiologisk eller patofysiologiskt innebörd?. Sjövall C

**60SS** - Immunological Effects of anti-B cell treatment in Patients with the Autoimmune Disease Systemic Lupus Erythematosus. Wallerskog T et al.

14:00-15:15

Sektionssymposium: RA – prediktorer och patogener

Abstrakt 61-67

**61SS** - Antibodies against cyclic citrullinated peptide (CCP) and shared epitope predict

rheumatoid arthritis. Berglin E et al.

**62SS** - Significant relationship between occurrence of survivin, an anti-apoptotic protein, and erosivity in patients with rheumatoid arthritis. Bokarewa M et al.

**63SS** - Anti TNF therapy increases endothelial osteoprotegerin expression in rheumatoid arthritis synovium. Catrina A et al.

**64SS** - ANA-positivitet vid insättning av infliximab ökar risken för infusionsreaktion hos patienter med reumatoid artrit. L Larsson et al.

**65SS** - Prognostic Laboratory Markers of Radiographic Outcome in Rheumatoid Arthritis. E Lindqvist et al.

**66SS** - Interaktion mellan rökning och shared epitope gener i HLA-DR utgör en hög risk för seropositiv reumatoid artrit. Silva C et al

**67SS** - The Relationship between Inflammation and Radiological Progression in RA—a mathematical description supported by data from the Swedish RA registry. M Wick et al.

15:30-16:00 Presentation av utvalda vetenskapliga abstrakt:  
Bästa laboratoriebaserade abstrakt: Dr. Stina Salomonsson  
Bästa kliniska abstrakt: Doc. Pierre Geborek

Abstrakt 68-70, sal A4

**68** - TNF-blocker are not associated with an increased overall tumor risk in rheumatoid arthritis patients. P Geborek et al.

al.  
**69** - Ro52 Monoclonal Antibodies bind the Cell Surface of Cardiomyocytes. S Salomonsson et

**70** - Ro52 and p200 immunised rats give birth to pups with cardiac conduction AV block. S Salomonsson et al.

16:30-18:00 Symposium 17: Medicinsk artrosbehandling  
Moderator: Ingemar Pettersson

**Abstract till Symposium nr 17.**  
**Medicinsk artrosbehandling.**  
**2003-11-26, Medicinska riksstämman, Stockholm**

**Med.dr. Ingemar Petersson,**  
**verksamhetschef och forskningsledare, Spenshults sjukhus, Halmstad**

Artros i perifera leder är en sjukdom som drabbar stora grupper av människor från yngre medelåldern och uppåt. Modern forskning har visat att artrosprocessen kan starta tidigare än man tidigare trott. För vissa former med hög ärftlighet (t ex fingerartros) samt vissa artrosformer som beror på tidigare allvarligt ledtrauma (t ex menisk- eller korsbandsskada) kan de första symptomen uppkomma redan i 30-årsåldern.

Inom ramen för detta symposium kommer följande frågor att belysas:

- Hur kan artros definieras och hur vanligt är det?
- Hur kan vi mäta broskpåverkan vid artros och av exogena faktorer?
- Hur kan läkemedel lindra symptom vid artros?
- Hur kan träning vara komplement till läkemedelsbehandling?
- Hur vet man om behandlingen är bra?- om mätmetoder.

Avsikten med symposiet är att deltagarna ska få en uppdaterad, evidensbaserad kunskap om de olika sätt på vilket artros kan behandlas utöver med ortopedkirurgiska ingrepp. Detta innefattar smärtlindrande läkemedel (inkl paracetamol, NSAID/Cox-hämmare, Coxiber), träning och fysisk aktivitet samt fysikaliska metoder såsom kyla och värme. Vidare kommer medel som hävdats ha en strukturmodifierande effekt på brosket såsom hyaluronaninjektioner, glukosamin etc att diskuteras. De senaste rönen avseende mer modern broskprotektiv farmakoterapi kommer att beröras. En sammanfattning av Riktlinjer för Artrosbehandling från Läkemedelsverkets workshop, oktober 2003 kommer att lämnas.



## TORSDAGEN DEN 27 NOVEMBER

Sal A5

8:30-9:45

"On request": Sex, steroider, och sex-steroider

Moderator: Med. Dr. Birgitta Tengstrand

Abstrakt 71-77

71 - Genusskillnad i behandling av RA med TNF-alfablockad. B Rydberg et al.

72 - Sexuella problem hos patienter med reumatoid artrit – en enkät undersökning från Malmö. K Granlund et al.

73 - Corticosteroid treatment of experimental arthritis retards cartilage destruction as determined by histology and serum COMP. E Larsson et al.

74 - Intra Articular Steroid Treatment Reduces Synovial HMGB1 but not IL-1 Expression in Chronic Arthritis. C Grundtman et al.

75 - To assess the clinical effect of low dose prednisolone in addition to DMARDs in patients with early (disease duration  $\leq 1$  year) active rheumatoid arthritis (RA). B Svensson et al.

76 - Effekter på lipider av östrogenbehandling vid reumatoid artrit. H Forsblad et al.

77 - Effekter av DHEA på livskvalitet hos kvinnor med SLE. G Nordmark et al.

10:00-11:15

Orala abstraktpresentationer

Moderator: Doc. Ulf Nyman

Abstrakt 78-83

78 - Induction of apoptosis in monocytes and lymphocytes by serum from patients with systemic lupus erythematosus – An additional mechanism to increased autoantigen load? Bengtsson A et al.

79 - Trends in DMARD prescription for early RA differs between hospital types, 1997-2001. C Carli et al

80 - The Role of the Staphylokinase Expression in Staphylococcus aureus Triggered Sepsis and Septic Arthritis. Jin T et al.

81 - Long term follow up study of SLE patients with C2 deficiency in Sweden - high frequency of skin and joint manifestations and severe infections. G Jönsson et al.

82 - Il-10 Genpolymorfism associerar med klinisk effekt av infliximab vid reumatoid artrit. J Lampa et al.

83 – Clonal expansions of t-cells expressing the t-cell receptor BV3 gene segment in the lungs and muscle tissues of myositis patients. I Lundberg et al

11:30-12:30

Nanna Svartz föreläsning: "SLE, cell death, and complement"

Prof. Mark Walport

13:00-16:00

Rundvandring kring postrarna

Abstrakt 1P-54P

Sal B1

16:15-18:00

Svensk Reumatologisk Förenings Årsmöte

De hedras: Författare bästa abstrakt

Författare bästa postrar

SRFs Ledstjärna

## FREDAGEN DEN 28 NOVEMBER

Rum K14

9:00-11:00

Enhetschefsmöte

# Kallelse till årsmöte

---

**Tid:** Torsdag den 27 november 2003 klockan  
16.30 – 18.00

**Plats:** Stockholmsmässan i Älvsjö.

Föredragningslista:

§1 Årsmötet öppnas.

- a) Stadgeenlig kallelse.
- b) Val av mötesordförande och mötessekreterare.
- c) Val av protokolljusterare.
- d) Anmälan av eventuella övriga frågor.

§2 Styrelsens årsberättelse.

- a) Revisorernas redogörelse och ansvarsfrihet för styrelsen.
- b) Val av styrelse.
- c) Beviljande av teckningsrätt.
- d) Val av två revisorer med en suppleant.
- e) Val av representant med suppleant till Läkarsällskapets fullmäktigeförsamling.
- f) Val av valberedning.
- g) Årsavgift för 2004.

§3 Strategifrågor.

- a) Översynen av medicinska specialiteter.
- b) Reumatologrekrytering.
- c) Rapportering från arbetsgrupper etc till vice ordf.

§4 Rapporter och diskussion.

- a) Nationella riktlinjer.
- b) SK-kurser och motsvarande.
- c) Efterutbildningsaktiviteter.

§5 Utmärkelser.

- a) 2003 års Pharmacia stipendium .
- b) Utseende av årets ledstjärna.
- c) Utdelning av diplom till deltagare i årets specialistexamen.
- d) Tack till avgående styrelseledamöter.

§6 Övriga frågor.

§7 Årsmötet avslutas.

*Tomas Bremell*  
Ordförande

*Per Uddenfeldt*  
Facklig sekreterare

# STYRELSENS ÅRSBERÄTTELSE FÖR 2003.

Året har dominerats av Socialstyrelsens översyn av de medicinska specialiteterna och deras struktur. Föreningen har kraftfullt och mycket samlat agerat mot reumatologins placering som grenspecialitet under invärtesmedicin. Vi har dessutom varit uttalande negativa till hela bas-gren-konceptet, vilket är grundbulten i Socialstyrelsens förslag. Reumatologins motstånd mot förslaget har varit lokalt till respektive sjukvårdshuvudman eller universitet och nationellt i form av ett flertal inlägg i massmedia, uppvaktningar på Socialstyrelsen, politikerkontakter samt remissvar till Svenska Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet och till Socialdepartementet. Vi hävdar med bestämdhet att reumatologi ska vara en basspecialitet. Vår samverkan med Reumatikerförbundet i denna fråga är mycket betydelsefull. Patienter och vård i samverkan borgar för ett gott slutresultat.

Rekrytering av ST-läkare har varit ett angränsande och högt prioriterat område. Under våren-03 kom diskussioner igång om regionaliserad ST-utbildning med utgångspunkten att regionsjukhusen måste ta ett större ansvar för ST-utbildningen på läns- och länsdelssjukhusen. Ett regionaliserat ansvar för detta planeras med ökat ansvar för ST-samordnarna. Diskussioner pågår om indelning i lämpliga regioner. Styrelsen kommer att under 2004 ytterligare öka arbetet med ST-frågor.

Arbetet med riktlinjer för RA pågår i 2 versioner – en kortversion för läkare, sjukvårdstjänstemän och politiker. Denna version planeras man att uppdatera regelbundet.

Ett omfattande bakgrundsmaterial utgående från den ursprungliga utredningen färdigställs ävenledes. Beräknat färdigställande runt årsskiftet 2003 – 04.

Föreningen har ett omfattande samarbete med Reumatikerförbundet vad gäller forskning- och vårdfrågor.

Reumatikerförbundets stöd i specialitetsfrågan är ovärderligt.

Stämningen inom SRF präglas av stark beslutsamhet i specialitetsfrågan och av påtaglig optimism inför den medicinska utvecklingen. Samarbetet inom föreningen kan ytterligare förbättras med regionalisering av ST-utbildningen – vilket styrelsen kommer att lägga stor kraft på. Styrelsen ser med glädje på inströmningen av den nya generationen reumatologer, födda på 60- och 70-talen, och ser gärna att dessa tar ett steg fram i vår förening.

Under året har en fungerande maillista kommit i bruk vilket underlättar kommunikationen mellan styrelse och enhetsföreträdare/professorer/ST-samordnare.

Vidare har en läkarenkät från föreningen visat på var i landet specialister och ST-läkare verkar. Enkäten ger även underlag för bedömningar avseende utbildningsbehov under de närmaste 10 åren.

Medicinskt noteras fortsatt stora framsteg för svensk reumatologisk forskning och en allt mer ökad användning av selektiva immunomodulatorer. Flera landsting har tvekat inför kostnadsutvecklingen för de nya läkemedlen. Föreningen vill, i samverkan med Reumatikerförbundet, verka för att de nya läkemedlen används på ett medicinskt korrekt sätt och lika oberoende var någonstans i Sverige patienten bor.

Inom föreningen finnes ett flertal styr- och arbetsgrupper där mycket arbete läggs ner. Kanske finns ett behov av ökad struktur och samverkan för grupperna.

**Medlemsantalet** i oktober 2003 är 428 varav 45 är pensionerade läkare, 45 är associerade medlemmar och 8 är utländska hedersledamöter. Det beräknas finnas cirka 215 yrkesverksamma reumatologer i landet jämnt fördelade mellan universitetssjukhus och andra sjukhus. Femton-tjugo privatpraktiker är verksamma företrädesvis i Stockholm. Det finns sammanlagt i landet 65-70 ST-läkare i reumatologi, varav 2/3 finns på universitetssjukhus.

**Stödjande medlemskap:** föreningen har under verksamhetsåret haft följande stödjande juridiska medlemmar: Amgen AB, Astra Läkemedel AB, Merck Sharp & Dohme AB, Nycomed AB, Schering Plough AB, Wyeth Lederle Nordiska AB samt Abbott.

## **FÖRTROENDEMÄN UTSEDDA I SAMBAND MED ÅRSMÖTE**

**Styrelsen** har bestått av: ordförande Tomas Bremell, vice ordförande Gunnar Sturfelt, facklig sekreterare Per Uddenfeldt, vetenskaplig sekreterare Roland van Vollenhoven, kassör Lars Cöster, redaktör för ReumaBulletinen Annika Teleman samt representant för läkare under utbildning Cecilia Carlens.

**Revisorer:** Pierre Geborek och Håkan Ström med Bernhard Grewin som suppleant.

**Representant i Svenska Läkaresällskapets fullmäktige:** Johan Bratt med Mikael Heimbürger som suppleant.

**Valberedningen** har bestått av: Ingrid Lundberg (ordförande), Johan Bratt och Solbritt Rantapää-Dahlqvist.

## **FÖRTROENDEMÄN UTSEDDA ELLER FÖRESLAGNA AV SRF´s STYRELSE**

### Kontaktpersoner

- Kontaktperson i språkfrågor: Göran Lindahl.
- Kontaktperson till Bone and Joint Decade: Gunnar Sturfelt.
- Kontaktperson till SBU-Alert: Roland van Vollenhoven.
- Kontaktperson i arbetsgrupp artros: Ingemar Petersson.
- Kontaktperson i arbetsgrupp psoriasisartrit: Ulla Lindqvist.
- Kontaktperson i arbetsgrupp epidemiologi: Lennart Jacobsson.
- Kontaktperson i arbetsgrupp osteoporos: Britt-Marie Nyhäll-Wählin.
- Kontaktperson i arbetsgrupp SLE: Mikael Heimbürger.

### Arbets- och styrgrupper

- Arbetsgrupp för LARM prover: Lars Cöster (ordf), Jan-Erik Efverström och Marie Vallgård.
- Arbetsgrupp för nationella riktlinjer vid RA: Björn Svensson (ordf), Ingjald Hafström, Lars Klareskog, Ola Nived och Andrzej Tarkowski,
- Arbetsgrupp för prioritering av TNF-hämmare: Tore Saxne och Frank Wollheim.
- Arbetsgrupp för socialstyrelsen översyn av medicinska specialiteter: Tomas Bremell (ordf), Cecilia Carlens, Lars Klareskog och Ingemar Pettersson.
- Styrgrupp för Svenska RA registret: Staffan Lindblad (ordf), Ewa Berglin, Christina Book, Lennart Bertilsson, Lennart Jacobsson, Jörgen Lysholm, Annika Teleman och Ingrid Thyberg.
- Styrgrupp för hantering av insamlade data från behandling av patienter med biologiska läkemedel: Nils Feltelius (ordf), Lennart Jacobsson, Lars Klareskog, Staffan Lindblad, Lennart Bertilsson och Jörgen Lysholm.

### Representanter:

- Socialstyrelsens vetenskapliga råd: Anna Engström-Laurent.
- IPULS: Lennart Jacobsson och Ingjald Hafström.
- UEMS: Ingrid Lundberg och Frank Wollheim.
- EULAR Standing Committies: Boel Andersson-Gäre (pediatric rheumatology), Lennart Jacobsson (education and publication), Lars Klareskog (international clinical studies), Ingemar Petersson (epidemiologi) och Frank Wollheim (investigative rheumatology).
- Redaktionskommittén för Scandinavian Journal of Rheumatology: Frank Wollheim.
- Rheumatology in Europe: Björn Svensson.

### Övriga förtroendeuppdrag:

- Ansvarig för föreningens hemsida på Internet: Bengt Lindell.
- Konsultationsläkare till Läkarförbundet (bistå vid anmälan): Ylva Lindroth.
- Representant i Svenska Läkarförbundets representantskap: Ronald van Vollenhoven.
- Pressombud: Ingemar Petersson.
- SPUR inspektör: Ido Leden, Bernhard Grewin, Eva Nitelius och Monika Ahlmén.

- Examinationskommitté för specialistexamen: Dag Holmberg, Eva Bagge, Solveig Wällberg-Jonsson och från styrelsen Cecilia Carlens.
- Regionala ST-samordnare: Ingiöld Hafström (Stockholm), Solveig Wällberg-Jonsson (Norr), Finn Akre (Uppsala/Örebro), Katarina Almehed (Väster), Lars Rydgren (Söder), Jan Cedergren (Linköping) samt Gunilla Holmström (Spenshult).
- Medlemmar i föreningens vetenskapliga råd: Lars Klareskog i Stockholm, Solbritt Rantapää-Dahlqvist i Umeå, Tore Saxne i Lund, Thomas Skogh i Linköping samt Andrzej Tarkowski i Göteborg.

**Styrelsen har sammanträtt vid 5 tillfällen. Under verksamhetsåret har bland annat följande skett:**

### **Hälsa- & Sjukvårdsfrågor:**

- Vid vårmötet arrangerades ett möte för enhetsföreträdare vid reumatologienheterna tillsammans med föreningens ST-samordnare i landet.
- SRF:s arbetsgrupp för uppföljning av behandling med TNF-hämmare arbetar med att skapa resurser för att fortsätta nationell uppföljning av behandlingen.
- Styrelsen har som kontaktperson Cecilia Carlens för Reumatikerförbundets utbildningssatsning för primärvården.
- Styrelsen har varit representerad vid LF's representantskap för specialistföreningarna och vid SLS fullmäktige.

### **Utbildnings- och forskningsfrågor:**

- KS-dagen avhölls i oktober.
- Riksstämman 2002 i Göteborg var mycket uppskattad med rekordstort antal postrar (71st.).
- 2002 års Pharmacia stipendium tilldelades Tanja Lövgren för bästa basala abstract och till Solbritt Rantapää-Dahlqvist för bästa kliniska abstract i samband med riksstämman 2002.
- Ledstjärnan för 2002 tilldelades till Lars Sköldstam för genomförande av vårmötet i Visby.
- Påbyggnadskurs i reumatologisk epidemiologi genomfördes 15-16 januari i Spenshult.
- Symposium om reumatologisk epidemiologi genomfördes 17 januari i Spenshult.
- SK-liknande kurs i Kroniska och akuta artrit genomfördes 31 mars-4 april på KS.
- SRF har i samarbete med Lund arrangerat vårmöte.
- Scandinavian Journal of Rheumatology's stipendium för reumatologisk forskning år 2003 tilldelades Lennart Jacobsson.
- Wyeth Lederle stipendium tilldelades Carl Turesson i samband med årsmötet.
- ST läkare i reumatologi från hela Sverige samlades i maj till Riks-ST-möte i Spenshult.
- SK-liknande kurs i Undersökningsmetoder genomfördes 7-9 maj i Spenshult.
- SRF har till socialstyrelsen inlämnat förslag till ny målbeskrivning för specialistutbildning.
- SRF har till socialdepartementet inlämnat remissvar avseende socialstyrelsens översyn av de medicinska specialiteterna.
- Cutting Edge-symposiet genomfördes 29 augusti i Lund.
- SK-liknande kurs i Reumatologisk immunologi genomfördes 8-12 september i Göteborg.
- Fortbildning Reumatiska systemsjukdomar ska genomföras under hösten.

### **Kvalitetssäkring:**

- SPUR inspektion har ej utförts under året.
- IPULS har på styrelsens förslag utsett Ingiöld Hafström och Lennart Jacobsson som granskare av kommande utbildningar i reumatologi.
- Specialistexamen genomfördes med skrivning i Umeå med 2 deltagare som godkändes.

### **Internationellt samarbete:**

- SRF har föreslagit Tore Kvien till president elected i EULAR.

**Remissvar/svar:**

- Till SLS angående socialstyrelsens förslag till kunskapsunderlag som stöd för beslut i fråga om coxiber.
- Till SLS, SLF och socialdepartementet angående S2003/1319/HS 'Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn'.

**Ekonomi/Administration:**

- Föreningens ekonomi är i balans.
- ReumaBulletinen har utkommit med tre nummer. Wyeth Lederle Nordiska AB tackas för ekonomisk och praktisk hjälp med tryckning och distribution.
- Styrelsen och föreningens hemsideredaktör Bengt Lindell har fortsatt arbeta för att utveckla föreningens hemsida SRF Online där fortlöpande information i aktuella frågor kommer att ske med utläggande av mötesprotokoll etc.

2003-10-01

*Tomas Bremell*  
Ordförande

*Per Uddenfeldt*  
Facklig sekreterare

# Kassarapport för Svensk Reumatologisk Förening

2002-10-01 till 2003-09-30.

## *Tillgångar vid räkenskapsårets början*

(Föregående år)

Postgiro		10 397	(23 008)
SalusAnsvar Bank		282 186	(400 548)
<b>Summa tillgångar</b>		<b>292 583</b>	<b>423 556</b>

## *Tillgångar vid räkenskapsårets slut*

Postgiro		243 470	
SalusAnsvar Bank		60 554	
<b>Summa tillgångar</b>		<b>304013</b>	

## *Inkomster*

Medlemsavgifter		133045	(163 982)
<i>Räntor</i>	<i>02-10-01—02-12-31</i>	<i>03-01-01—03-09-30</i>	
Postgirot	47	97	144 (334)
SalusAnsvar	2 848	5511	8 359 (11 637)
Stipendiemedel för utdelning		283 249	(145 549)
Specialistex.avgift		12 000	
<b>Summa inkomster</b>		<b>436 797</b>	<b>(324 474)</b>

## *Utgifter*

Styrelsen (resor, kost, logi m.m)		85 367	(78332)
Av styrelsen engagerade personer		19 859	(6 583)
Specialistexaminationer		30 870	(28702)
Prenumeration av Scand J Rheumatology		82 273	(86 328)
Utdelade stipendier		160 550	(145 5499)
EULAR-avgift		9 289	(5020)
Övrigt (presenter, pg-avgifter, frimärken, repro m.m)		6 429	(8922)
Utbetalt EULAR-stipendiater		30 728	(49028)
Öresutjämning		2	
<b>Summa utgifter</b>		<b>425 367</b>	<b>(455 446)</b>

Linköping den 5 oktober 2003.

Lars Cöster  
Kassör Svensk Reumatologisk Förening



From the Departement of Public Health and Clinical Medicine, Rheumatology,  
Umeå University, Umeå, Sweden

**A Clinical and Genetic Study  
of  
Psoriatic Arthritis**

AKADEMISK AVHANDLING

Som med vederbörligt tillstånd av Rektorsämbetet vid Umeå Universitet för avläggande av medicine doktorexamen kommer att offentligen försvaras i sal D, 9 tr, Tandläkarhögskolan, Universitetssjukhuset, Umeå, fredagen den 28 mars 2003, klockan 9.00.

av

*Alenius, Gerd-Marie*

**Fakultetsopponent:**

Professor Marjatta Leirisalo-Repo, Institutionen för Medicin, enheten för Reumatologi  
Helsingfors Universitet, Helsingfors, Finland

Psoriatic arthritis (PsA) is an inflammatory joint disease associated with psoriasis. PsA has a heterogeneous pattern, expressed by different manifestations such as mild mono-oligoarthritis or very severe, erosive and destructive polyarthritis. Measurable inflammatory activity is not always prominent. The aetiology is unknown but genetic factors are believed to be of importance. The pattern of inheritance is proposed to be polygenic. The aim of this study was to estimate the prevalence of joint and axial manifestations, characterise the disease in relation to inflammatory and genetic markers, and to identify disease susceptibility gene(s) for PsA in patients from northern Sweden.

All patients from the city of Umeå (n=276), selected from a community and hospital based psoriasis register (n=1737) at the Dept of Dermatology, were invited to a prevalence study. Two hundred-two patients were examined and 97 (48%) had inflammatory manifestations such as peripheral arthritis, axial disease, undifferentiated spondylarthropathy (uSpA) and enthesopathies. Of the 67 patients (33 %) with peripheral arthritis and/or axial disease, 30 were not previously diagnosed.

The association of clinical manifestations and potential markers of aggressive joint disease with HLA associations were analysed in 88 patients with PsA. We were not able to confirm findings of other groups reporting strong association with several HLA-antigens. The prevalence of HLA-B17, B37 and B62 was increased compared with controls, but the strongest predictive factors among our patients for an aggressive disease, in a multiple logistic analysis, were polyarthritic disease and distal interphalangeal engagement.

In order to investigate for disease susceptibility genes, five genetic loci were analysed with microsatellites and single nucleotide polymorphisms in an association study of 120 patients with PsA. There was a significant association with the TNFB locus on chromosome 6p but not with any other loci examined; 1q21 (PSORS4),

3q21 (PSORS5), 8q24 and CTLA4. When stratifying for the TNFB alleles the association was confined to allele 123. In a subgroup of patients who were HLA-typed (n=83), we were not able to verify linkage disequilibrium with the TNFB allele 123 and the HLA antigens; B17, B27, B37, B62 or Cw\*0602.

The presence of renal abnormalities was evaluated as a manifestation of systemic inflammation in 73 patients with PsA. Renal abnormalities defined as decreased creatinine-clearance ( $d \cdot \text{mean} - 2SD$ ) and/or urinary albumin  $>25 \text{ mg}/24 \text{ h}$  was found in 23% of the patients. The predictive factors for renal abnormalities was inflammatory activity (ESR  $> 25 \text{ mm}/\text{h}$  and/or CRP  $>15 \text{ mg}/\text{L}$ ) indicating a systemic effect in some of the patients.

In conclusion, we found high prevalence of inflammatory manifestations in patients with psoriasis. There was no strong association between PsA and HLA antigens and predictive factors for aggressive disease were polyarthritic disease and DIP joint engagement. The TNFB locus was associated with PsA and there were no linkage disequilibrium with the HLA antigens B17, B27, B62 or Cw\*0602. There were evidence for systemic effects as renal abnormalities in patients with PsA and measurable inflammatory activity.

*Key words:* Psoriatic arthritis, prevalence, inflammatory manifestations, genetic loci, HLA, TNFB

## Påbyggnadskurs i Reumatologisk Epidemiologi

---

(20) – 21 – 22 januari 2004

Samt inbjudan till Study Group dag i Reumatologisk Epidemiologi

23 januari 2004 Hotel Tylösand, Halmstad Spenshult och Wyeth Lederle anordnar i samarbete med Svensk Reumatologisk Förening, under perioden - den (20) 21 och 22 januari 2004 - en påbyggnadskurs i reumatologisk epidemiologi samt Study Group dag i reumatologisk epidemiologi den 23 januari 2004.

Syftet med utbildningen är att till personer med viss erfarenhet av epidemiologiskt arbete inom rörelseorganens sjukdomar ge en fördjupad kunskap inom epidemiologisk statistik, särskilt överlevnadsanalyser, regressionsanalyser samt ålders- och könsjustering ge praktisk erfarenhet av arbete med dessa metoder i SPSS och MS-Excel samt möjlighet till erfarenhetsutbyte och diskussioner kring egna projekt. (Huvuddelen av kursinnehållet är nytt jämfört med tidigare kurser, tidigare kurser ej nödvändigt)

Utbildningen vänder sig till specialister i reumatologi, samt i mån av plats, till ST-läkare i reumatologi och andra forskningsaktiva inom området.

Antalet kursdeltagare är begränsat till 25 st.

Bland deltagarna eftersträvar vi en jämn fördelning över landet, varför hänsyn till verksamhetsort kommer att ske.

**Plats:** Hotel Tylösand, Halmstad

**Datum:** 20-22 januari 2004 samt 23 januari 2004

20 januari 2004 kl. 19.00 samlning på hotellet med middag och information

### Anmälan

Jag önskar delta i:

- Middag tisdag kväll 20/1, 2004
- Kurs i Reumatologisk Epidemiologi 21-22/1, 2004
- Study Group i Reumatologisk Epidemiologi 23/1, 2004

Sista anmälningdag är den 3 november 2003.

Kursavgiften 1000:- /dag inkluderar ev. resor, boende, mat och kursmaterial.

Kursavgiften inbetalas till Wyeth Lederle först efter att Ditt deltagande bekräftats.

Bekräftelse om deltagande samt ytterligare information kommer att utsändas av Ingrid Ohlsson, produkt-specialist på Wyeth Lederle, tel. 070-562 52 07.

Namn.....

Arbetsplats.....

Adress.....

Postadress.....

Telefon ..... Telefax .....

E-post.....

Jag önskar övernatta:  20- 21/1  21- 22/1  22- 23/1

Jag önskar:  Flyg från..... Tåg från.....

Specialkost .....

Transport från/till flyg/tåg kommer att samordnas av oss.

Anmälan sändes till Marknadsassistent Jens Gustafsson eller via fax till Wyeth Lederle Nordiska AB 08-730 06 66.

## Program

### Onsdag 21 januari

(Begränsat antal deltagare 25st, språk svenska)

08.45	Välkommen & Introduktion, Målsättning med kursen	<i>(Lennart Jacobsson, Stefan Bergman)</i>
09.00	Genomgång av aktuella delar av SPSS och MS-Excel	<i>(Stefan Bergman)</i>
09.45	Kaffe	
10.15	Analys av longitudinella data	<i>(Jan Åke Nilsson)</i>
11.15	Praktiskt arbete vid datorer med givna exempel	<i>(Lennart Jacobsson, Stefan Bergman, Ingemar Petersson och Jan Åke Nilsson)</i>
12.00-13.00	Lunch	
13.00	Forts. praktiskt arbete	
14.30	Kaffe	
15.00	Forts. praktiskt arbete	
15.30	Återkoppling praktiskt arbete	
16.00-16.30	Ålders- och könsjustering. När och Hur?	<i>(Lennart Jacobsson, Jan Åke Nilsson)</i>
19.00	Middag Tylöhus	

### Torsdag 22 januari

(Begränsat antal deltagare 25st, språk engelska)

09.00	Welcome and Introduction	<i>(Ingemar Petersson)</i>
09.15	Study Designs - General Concept	<i>(Peter Croft)</i>
10.00	Coffee	
10.30	Designs and Analysis of Longitudinal Studies	<i>(Peter Croft)</i>
12.00-13.00	Lunch	
13.00	Practical applications with examples from participants	<i>(Peter Croft, Ingemar Petersson)</i>
14.30	Coffee	
15.00-16.30	P-values and/or Confidence Intervals	<i>(Peter Croft)</i>
19.30	Dinner at the Mahults Herrgård	

### Fredag 23 januari

(Obegränsat antal deltagare, språk engelska)

09.30	Coffee	
10.00	Welcome and Introduction	<i>(Lennart Jacobsson, Ingemar Petersson, Lars Klareskog)</i>
10.15	Presentation of selected projects.	<i>Chair Lennart Jacobsson, Discussant Peter Croft.</i>
12.00-13.00	Lunch	
13.00	Discussion in 4-5 groups on specific problems (Included coffee)	<i>(Lennart Jacobsson, Stefan Bergman, Lars Klareskog, Ingemar Petersson, Peter Croft, Johan Askling)</i>
15.00-15.30	General discussion and concluding remarks	<i>(Lennart Jacobsson, Lars Klareskog)</i>

”I enlighet med avtalet mellan Läkemedelsindustriföreningen och Landstingsförbundet så uppmanar vi Dig, inför ett eventuellt deltagande i denna sammankomst, att informera Din huvudman för ett godkännande av denne”

#### *Föreläsare/Lectures:*

Prof. Peter Croft, Prof. of epidemiology, Keele University, England / Prof. Lars Klareskog, Reumatologiska Kliniken, Karolinska Sjukhuset / Med. Dr. Johan Askling, Karolinska Sjukhuset  
Ingemar Petersson, Med dr, verksamhetschef, Spenshults Reumatikersjukhus / Lennart Jacobsson, Doc. Reumatologisektionen, Malmö/FoU-centrum Spenshult / Stefan Bergman, Allmänläkare, Med. Dr., FoU-centrum Spenshult / Jan Åke Nilsson, Statistiker, Institutionen för medicin, kirurgi & ortopedi UMAS.



## REU-KALENDERN NR 56, OKTOBER 2003

---

2-5 oktober 2003	10th European Pediatric Rheumatology Congress <a href="http://www.pres.org.uk">www.pres.org.uk</a>	Stresa Italien
9-10 oktober 2003	Arbetsdag för study-goups KS-dagen	Stockholm
9-12 oktober 2003	7th EULAR Sonography Course <a href="mailto:annamaria.iagrocco@uniroma1.it">annamaria.iagrocco@uniroma1.it</a>	Rom, Italien
12-15 oktober 2003	OARSI World congress on osteoarthritis <a href="http://www.oarsi.org">www.oarsi.org</a>	Berlin, Tyskland
24-28 oktober 2003	ACR <a href="http://www.rheumatology.org">www.rheumatology.org</a>	Orlando Florida
14-17 nov 2003	4 <sup>th</sup> international symp on clinical and economic aspects of osteoporosis and osteoarthritis <a href="http://ofnice.piettecommunication.com">http://ofnice.piettecommunication.com</a>	Nice, France
26-28 nov 2003	Medicinska Riksstämman	Stockholm
27-29 november 2003	2nd International Forum on Geronto-Rheumatology <a href="http://www.marktwo.nl">www.marktwo.nl</a>	Amsterdam, Holland
Jan -04	Reumatologisk epidemiologi	Halmstad
22-23 april 2004	SRFs Vårmöte	Linköping
9-13 maj 2004	International Congress on SLE and related Conditions <a href="http://www.lupus2004.org">www.lupus2004.org</a>	Nashville, Tennessee, USA
14-18 maj 2004	IOF World Congress on Osteoporosis <a href="http://www.osteofound.org">www.osteofound.org</a>	Rio de Janeiro, Brazil
3-5 juni	13th Congress of the European Rheumatoid Arthritis Surgical Society Lund <a href="http://www.erass.org/congress">www.erass.org/congress</a>	
9-12 juni 2004	EULAR 2004	Berlin, Tyskland
27-31 oktober 2004	Xith International Conference on Behcet Disease <a href="http://www.behcet2004.org">www.behcet2004.org</a>	Istanbul, Turkiet