



REUMABULLETINEN
Nr 64 – juni 2006



www.srfonline.org

Innehåll

Redaktörens rad	3
Vårmöte i Umeå 2007	3
Brev från ordföranden	4
Kurs i reumatologisk epidemiologi	5
Brev från vetenskapliga sekreteraren	6
Teckning: Tomas Weitoft	7
Brev från studierektorssamordnaren och representant för läkare under utbildning	8
Svenska Reumatologi-register – en ny möjlighet i svensk reumatologi	9
SRFs policy för nationella patientregister inom reumatologin	10
Överenskommelse om samordning	12
Teckning: Tomas Weitoft	13
SRFs vårmöte i Jönköping i bildbelysning	14
Vad gör föreningens språkkontakt?	16
Allmänna språkråd	17
Reumaseniörerna	18
Swefot, Swefot-sättning och Swefot 2	19
Jacques Forestier – grundaren av fransk reumatologi	20
Den nya omgången SPUR-inspektioner har startat – Linköping och Uppsala har besökts under våren	22
Problem att komma in på SRF online?	23
Läkarbilden för reumatologi 2006	24
Läkarfördelning 2006	26
Utbildning ”Reuma-hjärtan, reuma-lungor – var står vi nu?”	26
Höstkonferens 2006	27
Wyethpriset för reumatologisk forskning 2006	28
Avhandling: C-reactive protein (CRP) and anti-CRP autoantibodies in systemic lupus erythematosus	29
Avhandling: Arthritogenecity of RNA and its degradation products	30
Avhandling: Studies of the synovial membrane in chronic rheumatic joint disease	31
Svenskt Reumaforum, utbildningsdag	32
Karolinska dagen 13 oktober 2006	33
Reumatikerförbundets och Pfizers pris till Nanna Svartz minne	34
Möte i bilddiagnostik	35
Reu-kalendern	36

Wyeth AB

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

Wyeth AB

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

www.wyeth.se • hedlunj@wyeth.com

Redaktörens rad

Bästa vänner!

Här kommer juninumret av Reumabulletinen, fullspäckt med någon form av information för alla!

Ledaren, brevet från vetenskaplige sekreteraren och det gemensamma brevet från studierektorssamordnaren och yngreläkarrepresentanten innehåller alla massor av väsentlig information som i flera fall även leder till dokument och artiklar längre fram i tidningen.

Läs om registerfrågan, läkarbilden inom reumatologin i Sverige, Swefotstudierna och nybildade intressegruppen Reumaseniörer. Bernhard Grewin berättar om nysatsningen på SPURinspektioner och våra språkkontakter – förutom Henrik Schiller nu även Göran Lindahl – informerar om vad de gör. Ido Leden återkommer med en historieteckning av Jaques Forestier.

Tryckfelsnisse bidrog till att rubriken i Christoffer Sjöwalls avhandling blev helt oläslig i förra numret. Den presenteras därför igen, tillsammans med två purfärska avhandlingar från Stockholm och Göteborg.

Information om ett stort antal möten, kurser och priser samt inbjudningar till flera av dem kan hittas i



tidningen. Beträffande SRFs egna stipendier för deltagande i kurser och auskultation utomlands har två stycken delats ut i vår. En ny chans att söka kommer i höstnumret, se även SRFs hemsida.

Tillhör du förresten dem som haft svårigheter att komma in på SRFs hemsida? Läs då Bengt Lindells sammanställning och tips i detta nummer!

Lars Cöster har sänt bilder från Värmötet i Jönköping i april. Tack Sören Transö och medarbetare för att detta blev ett lyckat möte ur alla aspekter. Nu har vi i Umeå tagit över stafettpinnen till 2007!

Lars, vår kassör, vill efter förfrågningar även informera om att man inte automatiskt får Scandinavian Journal gratis som pensionär. Vill man också fortsättningsvis ha den måste man kontakta honom: lars.coster@lio.se.

Förhoppningsvis har sommaren nått oss på allvar när "Bullen" når er. Stoppdatum för höstnumret är 15 september. Trevlig sommar till er alla – kanske med en resa till Amsterdam eller Reykjavik?

Solveig Wållberg Jonsson

Solveig.wallberg.jonsson@medicin.umu.se

Svensk Reumatologisk Förenings

**Värmöte
26–27 april 2007
i Umeå**

Boka dagarna redan nu!

Ledare



Tomas Bremell

Vårmötet har precis gått av stapeln i Jönköping. Deltagarantalet var större än föregående år med bl a cirka 75-80 läkare, 25 sjuksköterskor/sjukgymnaster/arbetsterapeuter, drygt 60 representanter för läkemedelsindustrin samt inbjudna representanter från Reumatikerförbundet, inalles 170 personer. Programmet var föredömligt utformat av vår vetenskaplige sekreterare Ronald van Vollenhoven i samarbete med reumatologkliniken i Jönköping.

Intressanta seminarier och diskussioner rörande prognos och prediktiva faktorer vid RA, behandling av psoriasisartrit, remission – mål eller realistisk möjlighet, värdet av nya visualiseringstekniker, ny behandling med B-cellshämning m m. En mycket uppskattad programpunkt var att sju nydisputerade reumatologer redogjorde för sina avhandlingar. Detta blir nog en återkommande programpunkt på våra möten.

Stort tack till Sören Transö, Lennart Hemselius, Britt-Marie Wigert, Jan Hulthin, Brua Hamad m fl i Jönköping för ett helhjärtat arbete som gav ett rikt och välkomnande vårmöte.

Registerfrågan

Vi har nu nått ända fram beträffande ett avtal mellan SRF och SRR (Svenska Reumatologi-Register). Avtalet kommer också att utgöra förebild för kommande avtalsskrivningar med ARTIS och Svenska RA-registret. Styrelsen tror att ökat samarbete rörande registerdata är till gagn för utvecklingen av reumatologin och samarbetet mellan enheter i Sverige.

Viktigt för styrelsen har varit:

- att avtalet skall ha bred förankring i svensk reumatologi
- att data ägs/förvaltas av de ingående klinikerna
- att SRF inte skall ha något ekonomiskt ansvar för registret
- att SRF och samordningsgruppen har full insyn i ingångna avtal med företag och organisationer och erhåller regelbunden noggrann ekonomisk redovisning.

- att SRF utser SRRs samordningsgrupp
- att avtal med registerhållaren och dennes universitet/landsting är tidsbegränsat

Styrelsen räknar nu med att, i maj 2006, skriva på ett avtal med Karolinska Institutet med Staffan Lindblad som registerhållare att gälla fram till 31 december 2008.

Läkarebemanningen 2006 inom reumatologi

I detta nummer av Reumabulletinen finns resultatet av läkarenkäten 2006. Vi ser en fortsatt uppgång vad gäller antalet ST-läkare (62 – 65 – 72 under de senaste tre åren). Antalet specialister har ökat med sju till 229. All ökning, såväl avseende ST-läkare som specialister, sker på region- och länssjukhus. Däremot ligger bemanningen still på länsdelssjukhusen. Detta ligger nog i linje med utvecklingen medicinskt och organisatoriskt, d v s vår specialitet kräver ökad ”kritisk massa” för att bäst klara att hantera all ny medicinsk kunskap vad gäller läkemedel, diagnostik, immunologisk kunskap etc.

Utöver nuvarande ST-kader skulle behövas ytterligare 150 ST-läkare i landet för att nå upp till reumatologins bemanningsmål – en reumatolog per 40 000 invånare för länssjukvård och en per 150 000 invånare för regionsjukvård.

Ett annat mått som kan vara användbart är antalet nya specialister/år. Under 2000-talet har Socialstyrelsen certifierat 85 nya specialister, d v s ca 14/år. För att nå upp till vårt bemanningsmål skulle vi behöva få 22 nya specialister per år.

Reuma-seniorer

Arbetet med att skapa en intressegrupp för Reuma-seniorer fortgår. Ylva Lindroth, Ido Leden, Monica Ahlmén och jag hade ett möte i Göteborg 23 mars. Ylva, Ido och Monica har styrelsens uppdrag att organisera en aktiv verksamhet för våra seniora medlemmar. Man vänder sig i nuvarande skede till dem som är födda 1945 eller tidigare. Meningen är att pensionering inte skall vara slutdatum för ett aktivt reumatologliv utan SRF vill göra det möjligt att vara resurs i specialistutbildning, delta i utredningar, delta i utbildningar och även att vara en temporär klinisk resurs. Mer om detta på ett annat ställe i denna Reuma-Bulletin. Ett konstituerande möte kommer att hållas på riksstämman i Göteborg i år.

Höstkonferensen 2006

Liksom de föregående åren kommer SRF att arrangera en höstkonferens torsdag-fredag i vecka 43 (26–27 oktober). Temat i år är rationell läkemedelshandling. Konferensen vänder sig till nuvarande och kommande ledare inom svensk reumatologi men alla intresserade är hjärtligt välkomna. Höstkonferensernas syfte är ju att förbättra ”management” – att förbättra vår verksamhetsstyrning. Preliminärt program finns i detta nummer av Reumabulletinen med anmälningsblankett för fax-anmälan. Det går lika bra att e-posta till mig. Antalet platser är 50–60. Först till kvarn...

Vårdgaranti och resurser

SRFs vårdgaranti- och prioriteringsgrupp överlämnade en utredning, inom ramen för arbete runt vårdgarantin, om medicinska indikationer för reumatologi till Sveriges Kommuner och Landsting i november 2005. Utredningen finns att hämta på www.skf.se under rubriken vårdgaranti. Den innehöll även en bedömning av erforderliga resurser för att klara vårdgarantin men detta ströks delvis (kvar i brödtexten, men inte i för-

slag till åtgärd). Vi är nu utlovade en kompletterande utredning avseende bl a resursfrågan.

Jag tror att det är viktigt att använda vårt dokument som ett argument för mer resurser för att uppfylla kraven på likvärdig vård och som ett instrument för att arbeta effektivare och mer enhetligt. Dock innebär olikheten i resurstillgång mellan olika landsting att vårdens innehåll blir olika. Värmland med en reumatolog kan inte ge likvärdig vård som t ex Dalarna med sex specialister. Jag tror därvidlag att vår bemanningsnyckel kan vara av värde. Vårdgarantin innebär en förpliktelse från huvudmannen och jag ser vår motprestation att organisera vården optimalt.

Om ändå inte garantin uppfylls visar detta att mer resurser behövs. Viktigt att notera är att vårdgarantin inte kan kringgås med ökat antal brevbesvarade remisser eftersom vårdgarantin försäkrar patienten om ett besök hos läkaren.

Thomas Bremell

Ordförande



Spenshult

Wyeth

IPULS



Wyeth AB
Box 1822, 171 24 Solna
Telefon 08-470 32 00
Fax 08-730 06 66

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (IPULS nr. 2005-03-31)

KURS i Reumatologisk EPIDEMIOLOGI den 17-18 januari 2007

Den epidemiologiska verktyglådan ger viktig kunskap om våra största folksjukdomar, så också inom reumatologi och rörelseorganens sjukdomar.

Boka reda nu in 17-18/1 2007 då vi håller vår Epidemiologikurs på Hotell Tylösand, Halmstad i ett samarbete mellan FoU centrum Spenshult, Wyeth AB och Svensk Reumatologisk Förening.

Fredag 19/1 2007 har vi på samma ställe möte i SRF:s Study group inom Epidemiologi.

För information, kontakta kurssekr Karina Turesson, karina.turesson@spenshult.se, Tfn: 035- 263 5047.

Ingemar Petersson

Stefan Bergman

Lennart Jacobsson

Johan Askling

Brev från vetenskapliga sekreteraren



Ronald van Vollenhoven

Stockholm den 5 maj 2006

Det har varit högvarv när det gäller de vetenskapliga aktiviteterna inom Svensk Reumatologisk Förening under de senaste månaderna och många fler sådana finns att se fram emot. Vårmötet 2006 i Jönköping blev verkligen ett mycket lyckat och trevligt möte, ett bra tillfälle att umgås med varandra och ett vetenskapligt program i hög klass med internationellt meriterade kliniska forskare från Tyskland och Holland, dock även en verkligen imponerande lista av framgångsrika forskare och tongivande kliniker från vårt eget land. Dessutom en – vad jag själv tyckte – jättetrevlig möjlighet att ha rampljuset på några av de nyligen tillblivna medicine doktorerna i Sverige. Organisationskommittén med Sören Transö i spetsen har lyckats otroligt bra med planeringen av det vetenskapliga programmet och den praktiska organisationen och förtjänar ett mycket stort TACK!!

Vid skrivning av detta brev ser vi fram emot Frank Wollheimsymposiet, Cutting Edge, nästa vecka, åter med ett mycket starkt nationellt/internationellt program.

Eularmöte i Amsterdam

De kommande månaderna finns det förutom välbehövliga semesterresor gott om möjligheter till fortbildning och vetenskaplig interaktion. **Eularmötet i Amsterdam den 21-24 juni** kan säkert bjuda på flera nya och viktiga rön, allt ifrån laboriebaserad forskning till kliniska prövningar. Naturligtvis vill jag som holländare hemska gärna hälsa er alla välkomna till detta möte i mitt hemland. Lite olyckligt dock att detta möte vartannat år ligger precis i midsommarhelgen, men det vore inte helt fel att åka på mötet med returresa den 23 juni, så får man både och!

Sedan blir det snart dags för **Scandinavian Rheumatology Congress, 16-19 augusti på Island**. Den lo-

kala organisationen har sedan länge arbetat hårt med mötet och lyckats få fram ett spännande program med en rad mycket bra och respekterade forskare och kliniker från många länder men med starkt nordisk prägel.

Karolinska dagen kommer i år att äga rum **fredagen den 13 oktober** i Stockholm. Dagen före, **d v s torsdagen den 12 oktober**, anordnas traditionsenligt ett antal **arbetsgrupps- och intressegruppsmöten**.

Riksstämman med förändringar

Riksstämman 2006 hålls på Svenska Mässan i Göteborg den 29 november–1 december. Paradoxalt nog har det, samtidigt som reumatologiprogrammet varit mycket starkt och välbesökt sedan många år, varit ganska hårda tider för riksstämman i sin helhet, med minskande antal deltagare och minskande intresse från sponsorer. För att bryta trenden och kunna fortsätta med riksstämman har SLS bestämt sig för rätt stora ändringar i den övergripande organisationen.

Viktigast är att industrisponsrade symposier inom nio områden, bland dem reumatologi, kommer att integreras i sektionernas egna vetenskapliga program. Detta kräver en del nytänkande samt en planering ”from scratch” och detta arbete pågår för fullt. Dessutom har SLS valt två huvudteman för riksstämman i år: ”Rörelseorganens sjukdomar” och ”Klinisk forskning”! Så klart ett mycket bra tillfälle att lyfta fram reumatologin mot alla kollegorna från andra områden, vilket även speglas i att det inledande symposiet för hela riksstämman på onsdag morgon på direkt inbjudan från SLS kommer att ledas av Lars Klareskog.

Sektionssymposier

Dessutom kommer vår förening att kunna anordna två sektionssymposier (d v s symposier riktade mot alla mötesdeltagarna). Onsdagen den 29 november kl 16.30–18.00 är Ralph Nisell moderator vid ett symposium om ”kronisk muskuloskeletal smärta ur reumatologisk synvinkel” (visst låter det bekant – behovet hos bl a allmänläkare av sådan information är dock mycket stort!). Torsdagen den 30 november kl 8.30–10.00 är Lars Rönnblom moderator för ett symposium om SLE. Dessutom kommer det alltså att ligga ett omfattande reumatologiprogram på onsdag och torsdag den 29–30 november, med enhetschefsmöte fredagen den 1 december. Fest blir det på torsdag kväll.

Naturligtvis kommer vi åter att anordna en större

postersession, minisymposier, Nanna Svartz-föreläsning, prisutdelningar, föreningsmöte m m. Det är många olika programpunkter som skall vara med, och det är tänkbart att vissa punkter kommer att behöva ligga "dubbelt" för att allt skall hinnas med.

Abstrakt till riksstämman skall lämnas in elektroniskt på Svenska Läkaresällskapets hemsida www.svls.se. Deadline är fredagen den 25 augusti.

Grattis, Marie!

Tidigare i år utdelades i samarbete med Svensk gastroenterologisk förening och Svensk förening för dermatologi och venerologi ett stipendium för "IMID"-forskning, d v s forskning över gränserna mellan dessa tre specialiteter, sponsrad av Schering-Plough. Mottagaren av detta stipendium var Marie Wahren från CMM, Centrum för molekylärmedicin, vid Karolinska i Stockholm. I samband med vårmötet tillkännagavs dessutom att Scandinavian Journal of Rheumatology-

priset för framgångsrik reumatologisk forskning 2005 också tilldelas Marie Wahren. Således...

...ett dubbelt och stort grattis, Marie!

Fler kurser

Angående fortbildningsverksamhet inom Svensk Reumatologisk Förening kan jag informera om att det är på gång ett antal tvådagarskurser i internatform kring hjärt- och lungkomplikationer vid reumatologisk sjukdom i samarbete med Pfizer, kurser i immunmodulerande behandling i samarbete med Abbott, kurser om etablerad RA i samarbete med Wyeth samt ytterligare ett antal kurser i förberedelsefasen med olika sponsorer.

Uppdaterad information angående Swefot-studien finns separat i denna Reumabulletinen.

Ronald van Vollenhoven

Vetenskaplig sekreterare

... GÖLFSPELANDE HUDLÄKARE



Tecknare: Tomas Weitoft

Brev från Studierektorssamordnaren och Representant för Läkare under utbildning

Hej på er alla!

När detta går i tryck har det diagnostiska provet skrivits av förhoppningsvis lika många ST-läkare



Ola Börjesson Maria Lidén

som förra gången och vi hoppas att det har sporrat till självstudier! Detta prov har gjorts av Stockholm som det första där examinationsgruppen inte varit med. Tack så mycket för ert arbete! Vi hoppas också att de s k sit ins används som komplement för att förbättra den praktiska delen.

Den stora uppgiften nu blir att utarbeta den nya förändrade målbeskrivningen. Som ni vet har regeringen i december 2005 fattat ett beslut om nya regler för läkares specialisttjänstgöring. Den träder i kraft 31 juli 2006 och ger en ny indelning i bas-, gren- och tilläggspecialiteter. Och det innebär att alla skall ha nya målbeskrivningar i enlighet med en ny mall (se ruta nedan) som tagits fram i samarbete med fem olika specialistföreningar.

Socialstyrelsen ser det som helt avgörande att samarbeta med specialistföreningarna för detta.

SRFs styrelse har utsett en grupp som presenterades på vårmötet för att ta fram den nya målbeskrivningen. Gruppen består av:

Alla regionala studierektorer: Stefan Engstrand, Umeå, Gunnel Nordmark, Uppsala, Jan Cedergren, Linköping, Sofia Ernestam, Stockholm, Roger Hesselstrand, Lund, Katarina Almed, Göteborg.

ST-representant: Ola Börjesson, Stockholm.

Representanter från professorskollegiet: Ingrid Lundberg, Stockholm, Andrej Tarkowski, Göteborg.

Representant från "icke universitetssjukhus": Tomas Husmark, Falun.

Arbetet kommer att starta direkt efter sommaren. Gruppens förslag presenteras senare för styrelsen som kommer att skicka det till verksamhetschefer och professorskollegiet för kommentarer för ett så stort koncensus som möjligt innan det presenteras för Socialstyrelsen och det nya Nationella Rådet som skall bistå med hjälp i dessa frågor. Vad jag uppfattar som positivt med detta är att här lyfts fram hur man skall tillägna sig kunskaperna och hur uppföljningen skall se ut. Här kan man säga att vi ligger väl framme med diagnostiskt test och "sit ins"!

Maria kommer att fortlöpande beskriva detta arbete. Ni som vill läsa mera kan gå in på socialstyrelsen.se/amen/utbildningar och kompetens/nya specialiserings-tjänstgöringen. Hör av er till Maria med synpunkter!

Ola bevakar höstens SK-kurser och SK-liknande kurser. Kursen "Extraartikulära manifestationer vid RA" kommer att ges den 23–24 november 2006 på Såstaholms kursgård i Stockholm. Med stor sannolikhet kommer även kurserna "Grundläggande immunologi" och "Undersökningsmetoder vid reumatiska sjukdomar samt Reumatologisk och reumakirurgisk rehabilitering" att ges under hösten 2006 (båda kurserna blev tyvärr inställda våren 2006). Ola återkommer via ST-läkarnas maillista angående datum.

Ola Börjesson
Maria Lidén

DELMÅL

<i>Kompetens</i>	<i>Mål</i>	<i>Metoder för lärande</i>	<i>Uppföljning</i>
Medicinska	12		
Kommunikation	max 3		
Ledarskap	max 3		
Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete	max 3		

Dessutom en definition av kompetensområdet och utbildningsstruktur.

Svenska Reumatologi-register

– en ny möjlighet i svensk reumatologi

Reumatologin är en framgångsrik specialitet som har försvarat sin plats som oberoende specialitet, som har nya behandlingsprinciper och läkemedel och som kan erbjuda patienterna en allt bättre hälsa.

Vi har dock många utmaningar att klara framöver. Allt fler patienter blir behandlingsbara och våra mottagningar blir tyngre. Allt fler nya terapier kommer fram och arbetet med kliniska prövningar ökar. Våra patienter blir allt mer välinformerade och har berättigade krav på bättre behandlingsresultat i enlighet med den vetenskap som publiceras.

Läkemedelskostnaderna ökar

Kraven från Socialstyrelsen och landstingen på öppen redovisning av vad vi gör och åstadkommer blir verklighet redan i år. Kostnaderna för läkemedel ökar kontinuerligt och den ökande andel av samhällets resurser som därmed satsas inom reumatologin behöver följas upp och motiveras fortsättningsvis. Riskerna med de nya läkemedlen måste följas systematiskt i stor skala för att bibehålla en hög säkerhet för våra patienter.

Reumatologin är inte ensam om dessa utmaningar, de finns även i andra specialiteter. Men mycket som redan görs inom reumatologin är dock ledande i Sverige och i vissa fall internationellt – nya sätt att organisera mottagningar, kliniska prövningar som leds inom professionen, nationell biverkningsuppföljning och riskanalyser av komorbiditet, hälsoekonomiska studier som genomförs regionalt, RA-registret som följer läkemedelsanvändning och behandlingsresultat för den individuella patienten och med möjlighet att jämföra klinikers resultat.

Insamlade uppgifter

Allt detta bygger på insamling av uppgifter om individuella patienter i den kliniska vardagen och i studier. De blanketter och datorprogram som används för detta arbete har för många av dessa syften utvecklats nationellt inom reumatologin. RA-registrets internet-tjänst har utvecklats allt eftersom för att klara många av dessa behov, som går långt utöver vad ett nationellt kvalitetsregister förväntas göra och vad som kan klaras inom dess budget.

Svenska Reumatologi-register har bildats för att erbjuda alla reumatologer och patienter en nationell gemensam möjlighet att samla in uppgifter och att analysera dessa för att klara de utmaningar vi står inför.

Vi får nya möjligheter att arbeta på ett annat sätt i

den kliniska vardagen så att registreringen och användningen av data kan ge omedelbart stöd för patient och läkare att välja den evidensbaserade behandling som är bäst för patienten vid varje tillfälle. Samtidigt kan dessa data användas för att följa våra resultat för grupper av patienter; den egna patientstocken, mottagningens alla patienter, för länet – regionen – nationellt, så att vi inom reumatologin själva kan se och förbättra våra resultat innan de presenteras för allmänheten.

Samma data som används vid besöket kan bilda underlag för den nationella biverknings- och säkerhetsuppföljningen med automatisk direktrapportering till Läkemedelsverket. De kan användas för kliniska prövningar som SWEFOT, för kliniska studier som exempelvis BARFOT, TIRA, PARA och EIRA, liksom för nationella hälsoekonomiska analyser.

Ger synergieffekter

Data som samlas in vid besöket kan användas för alla dessa syften med patientens informerade samtycke och med forskningsetiska tillstånd när så erfordras. Synergieffekter uppstår när reumatologer som äger data går samman med andra enheter och delar med sig av data genom att delta i register, prövningar och studier vars styrgrupper disponerar data enligt särskilda överenskommelser.

Svensk Reumatologisk Förening har tagit en aktiv del i bildandet av SRR och styrelsen har utarbetat en policy för nationella patientregister för att klargöra principerna för hur de nationella samarbetena ska genomföras för att få föreningens stöd (se denna policy på annan plats i Bullen).

Dessa nationella nätverk är i dag Svenska Reumatoid Artrit-registret för kvalitetsutveckling (RA-registret), Antireumatisk Terapi i Sverige för läkemedelsuppföljning (ARTIS) och nu även Svenska Reumatologi-register för försörjning med nationella databastjänster via internet (SRR). SRFs styrelse har vid sitt sammanträde 17 maj slutit överenskommelser om samordning med dessa nationella nätverk. Den överenskommelse som SRF avtalat med SRR har stått modell för dessa avtal och finns på annan plats i Reumabulletinen.

Samordningsgrupp tillsatt

SRF:s styrelse har förordnat en samordningsgrupp för SRR som leder arbetet 2006. Gruppen består av Solbritt Rantapää-Dahlqvist, Jörgen Lysholm, Lars Klarreskog, Thomas Skogh, Lennart Bertilsson, Lennart

Jacobsson, Ingemar Petersson, Nils Feltelius och Staffan Lindblad. Adjungerade medlemmar som representerar deltagande register är Pierre Geborek, Johan Bratt, Ulla Lindqvist, Christina Helging-Stenström, Ronald van Vollenhoven och Ingiäld Hafström.

Samordningsgruppen arbetar nu med finansieringen och utvecklingen av internettjänsten och planerar användarutbildning ute på reumatologenheter.

Alla som har önskemål och behov kring detta är välkomna att höra av sig till någon i samordningsgruppen eller direkt till mig.

Välkomna till samarbetet kring Svenska Reumatologi-register!

Staffan Lindblad

staffan.lindblad@ki.se, 070-508 66 36

Svensk Reumatologisk Förenings policy för nationella patientregister inom reumatologin

Fastställd vid styrelsemöte för SRF 17 maj 2006

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) är en facklig och vetenskaplig sammanslutning av svenska reumatologer. SRF skall i sin verksamhet som intresseorganisation inom reumatologin agera i enlighet med denna policy som antagits av SRFs styrelse.

1 BAKGRUND

SRF skall tillvarata sina medlemmars intressen samt verka för ett starkt nationellt samarbete inom svensk reumatologi.

De nationella nätverk inom svensk reumatologi, som i sin verksamhet arbetar med databaser för hantering av patientuppgifter, är av intresse för SRF och dess medlemmar. Dessa nationella nätverk är i dag Svenska Reumatoid Artrit-registret för kvalitetsutveckling (RA-registret), Antireumatisk Terapi i Sverige för läkemedelsuppföljning (ARTIS) och Svenska Reumatologi-register för försörjning med nationella databastjänster via internet (SRR), gemensamt härefter benämnda de nationella nätverken.

En grafisk, förenklad beskrivning av relationerna mellan SRF, anslutna reumatologenheter, deltagande register och de nationella nätverken framgår av bilden under punkt 5 (se nästa sida).

Då omfattningen av de nationella nätverken ständigt ökar och då de fått en allt mer central roll inom svensk reumatologi har SRF, dess medlemmar och de

nationella nätverken funnit ett behov av klargöranden gällande SRFs roll i förhållande till dessa, därav denna policy.

Policyn skall gälla för SRF, styrelsen och de nationella nätverken samt personer som är uppdragstagare, anställda eller på annat sätt involverade i verksamheten vid ovan nämnda parter.

2 ORGANISATIONEN VID DE NATIONELLA NÄTVERKEN

2.1 De nationella nätverken har samtliga en samordnings-/styrgrupp som aktivt samordnar och leder verksamheten i nätverket. Samordnings-/styrgruppen består av ordinarie samt adjungerade ledamöter.

2.2 Huvudman för respektive nätverk är en juridisk person (universitet eller landsting) som utser sin representant i samordnings-/styrgruppen, denne tecknar firma. Huvudmannen ansvarar såväl juridiskt som ekonomiskt för verksamheten i respektive nationellt nätverk.

3 RIKTLINJER

• Stöd

SRF skall utgöra stödet inom professionen för de nationella nätverken. Detta stöd utövas genom att styrelsen förordnar huvudman för respektive nationellt nätverk genom ett avtal med huvudmannen på bestämd

tid, samt förordnar ordinarie ledamöter i respektive samordnings-/styrgrupp på bestämd tid.

• **Samordning**

SRF skall i sin verksamhet främja nationell uppslutning vad gäller målen i de nationella nätverken samt ett väl fungerande samarbete mellan reumatologer i Sverige.

• **Tillgänglighet och likabehandling**

SRF skall verka för sina medlemmars likabehandling oavsett geografisk lokalisering och organisationstillhörighet.

• **Kvalitet, säkerhet och långsiktighet**

SRF skall verka för att de nationella nätverkens verksamhet skall präglas av kvalitet, säkerhet och långsiktighet för att deras nytta skall kunna garanteras för reumatologin och patienterna på ett tillförlitligt sätt över tiden.

• **Sekretess**

Patientuppgifter som de nationella nätverken förvaltar eller disponerar skall behandlas i enlighet med gällande lagstiftning och enligt avtal ingångna med deltagande reumatologenheter som med patientens tillstånd äger originaldata.

• **Insyn**

Styrelsen skall beredas tillgång till de företagsavtal som de nationella nätverken har undertecknat med företag angående ekonomiskt stöd.

• **Rapportering**

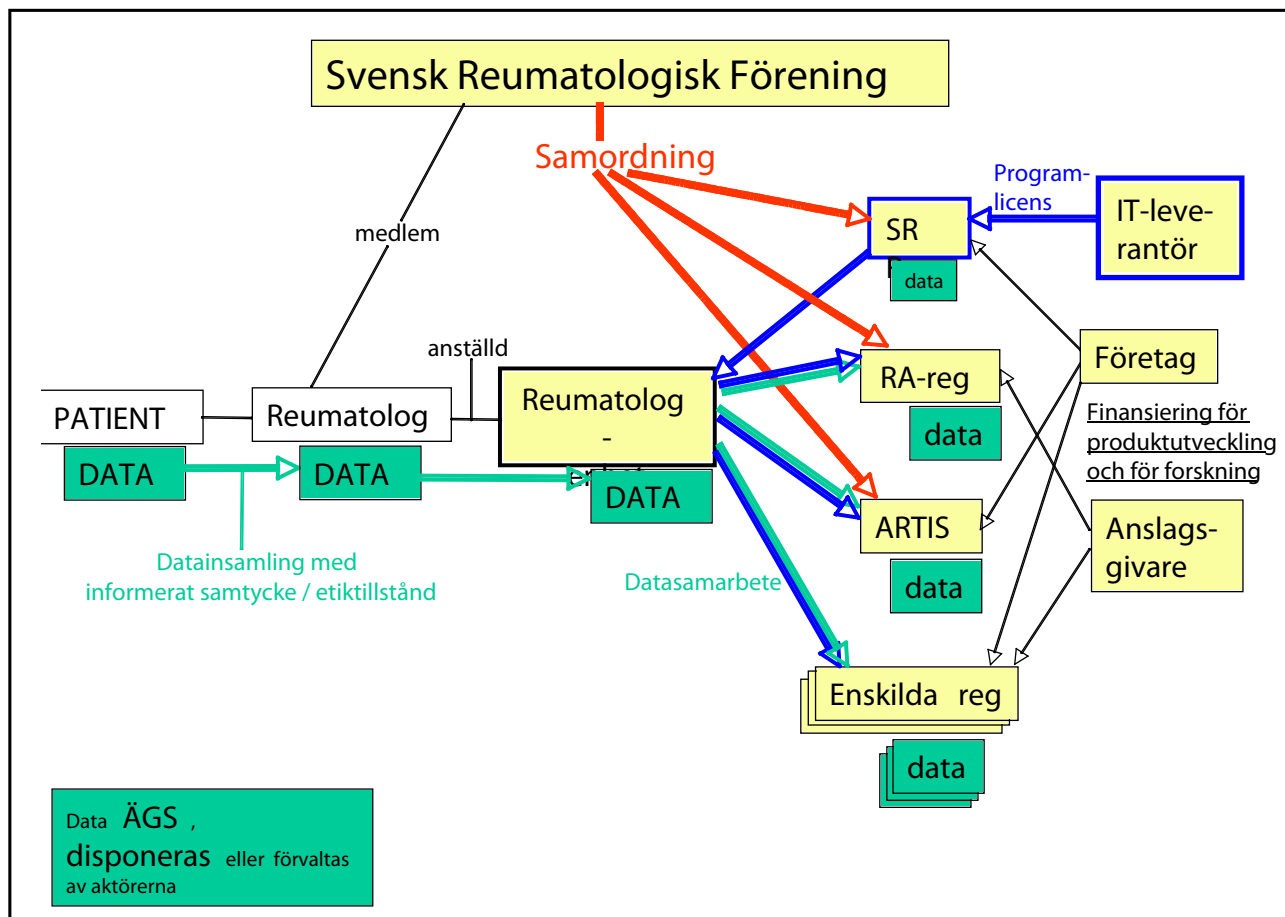
Styrelsen skall utan uppmaning tillställas samtliga av de rapporter som de nationella nätverken kontinuerligt upprättar angående dess verksamhet, såsom rapporter till anslagsgivare m m. De nationella nätverken skall årligen rapportera sin ekonomi så att bokslutet föregående kalenderår, liksom pågående års utfall är tillgängligt för styrelsen i god tid inför föreningens årsmöte.

• **Behandling av fråga**

De nationella nätverken medges rätt att få fråga med koppling till av SRF utformad policy upptagen vid styrelsemöte i SRF och de nationella nätverken medges också en rätt att närvara vid behandling av sådan fråga (exempel på frågeställningar är föreningens syn på visst avtal mellan register och företag, utformningen av medgivandehandlingar för behandling av personuppgifter eller principiell frågeställning rörande samverkan i nationella nätverk, med deltagande register eller reumatologenheter).

4 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG

Policyn ovan är inte heltäckande och skall kontinuerligt uppdateras och revideras i den mån styrelsen finner nödvändigt. Samtliga förändringar av policyn skall beslutas av styrelsen.



5 GRAFISK BESKRIVNING AV SRF OCH DE NATIONELLA NÄTVERKEN

De nationella nätverken inom svensk reumatologi arbetar i sin verksamhet med databaser för hantering av patientuppgifter. Data ägs först av patienten som lämnar dessa enligt informerat samtycke till sin vårdgivare eller forskaren vid en reumatologienhet, där verksamhetschefen äger ansvaret för behandling av data i enlighet med lagar och förordningar samt erforderliga forskningsetiska tillstånd.

För att kunna uppnå mål, som en reumatologienhet inte klarar ensam, kan enheten dela med sig av sina data till patientregister att disponera för olika ändamål

i enlighet med överenskommelser mellan reumatologienheten och dessa register; nationella nätverk eller enskilda register (t ex BARFOT). SRR är ett nationellt nätverk som inte äger data utan enbart tillhandahåller databastjänster via internet och förvaltar data enligt uppdrag från anslutna reumatologienheter och register som deltar i SRR-nätverket. Internettjänsten som tillhandahålls av SRR, licensierar SRR i sin tur från IT-leverantören. De nationella nätverken, liksom de enskilda registren, finansieras genom anslag eller företagsmedel.

SRF samordnar denna verksamhet inom svensk reumatologi med ledning av denna policy.

Överenskommelse om samordning

Svensk Reumatologisk Förening, som har org.nr 812000-5445 (SRF) och Svenska Reumatoid Artritregistret vid Karolinska Universitetssjukhuset, som har org.nr 232100-0016, med adress Reumatologiska kliniken, 171 76 Stockholm (RA-registret), gemensamt kallade Parterna, har denna dag träffat följande överenskommelse om samordning med tillhörande bilaga 1 (Överenskommelsen).

1 BAKGRUND

1.1 Svensk Reumatologisk Förening är en facklig och vetenskaplig sammanslutning av svenska reumatologer. SRF skall tillvarata sina medlemmars intressen samt verka för ett starkt nationellt samarbete inom svensk reumatologi.

1.2 RA-registret är det nationella kvalitetsregistret inom svensk reumatologi med syfte att ständigt förbättra omhändertagande och behandlingsresultat för patienter med i första hand kronisk artrit. RA-registret har erhållit årsvisa anslag från Socialstyrelsen sedan 1997 genom årlig ansökan, med årsrapport och verksamhetsberättelse som bilagor. RA-registret disponerar data i enlighet med ett användaravtal med anslutna reumatologienheter för att genom nationella sammanställningar ge underlag för förbättringsarbete och forskning.

1.3 Då omfattningen av RA-registret ständigt ökar och då det fått en allt mer central roll inom svensk reumatologi har SRF och RA-registret funnit ett behov av klargöranden samt riktlinjer gällande deras samarbete.

2 ORGANISATIONEN VID RA-REGISTRET

2.1 RA-registret skall ha en styrgrupp som skall leda dess verksamhet, och som består av ordinarie ledamöter med rösträtt, och av adjungerade ledamöter.

2.2 Den juridiska person som är huvudman för RA-registret ansvarar såväl juridiskt som ekonomiskt för verksamheten i RA-registret, och utser sin representant i styrgruppen, denne tecknar firma.

2.3 Huvudmannens representant är registerhållare (Registerhållaren), och är ansvarig och kontaktperson gentemot SRFs styrelse.

3 SAMARBETET MELLAN SRF OCH RA-REGISTRET

3.1 SRFs styrelse förordnar huvudman för RA-registret på bestämd tid.

3.2 RA-registrets styrgrupp skall, utöver huvudmannens representant, bestå av 6-10 ordinarie ledamöter som förordnas ett år i taget av SRFs styrelse. Varje regionalt register som samverkar med RA-registret kan utse en adjungerad ledamot.

3.3 Registerhållaren åtar sig att bereda SRFs styrelse tillgång till de eventuella av RA-registret undertecknade företagsavtalen angående samarbete mellan RA-registret och vissa företag. Avtalen ger företagen tillgång till uppgifter endast avseende täckningsgraden i populationen, totala antalet patienter och besök, antal och typ av patienter som behandlas med den klass av läkemedel och med den produkt som företaget marknadsför. RA-registret tillhandahåller även årsrapporten från det nationella kvalitetsregistret när den blivit offentlig hos Socialstyrelsen. Företagssamarbete kring ytterligare data skall vara godkänt av samtliga anslutna reumatologienheter som har användaravtal med RA-registret.

3.4 Registerhållaren åtar sig vidare att tillstålla SRFs styrelse samtliga av de rapporter som kontinuerligt upprättas inom RA-registret angående dess ekonomi och verksamhet, bl a till respektive anslagsgivare. Registerhållaren ska till SRFs styrelse årligen redovisa

RA-registrets ekonomi så att dess bokslut föregående kalenderår, liksom pågående års utfall, är tillgängligt för styrelsen i god tid inför föreningens årsmöte.

3.5 SRF utfärdar löpande en policy som återger föreningens syn och krav på nationella patientregister inom reumatologin. RA-registret medges en möjlighet att få fråga med koppling till av SRF utformad policy upptagen vid styrelsemöte i SRF och RA-registret medges också en rätt att närvara vid behandling av sådan fråga (exempel på frågeställningar är föreningens syn på visst avtal mellan register och företag, utformningen av medgivandehandlingar för behandling av personuppgifter eller principiell frågeställning mellan RA-registret och anslutna reumatologenheter). SRFs policy per undertecknandet av denna överenskommelse biläggs såsom bilaga 1.

4 FÖRORDNANDE AV HUVUDMAN I DETTA AVTAL

4.1 SRF förordnar Karolinska Universitetssjukhuset,

Reumatologiska kliniken, som huvudman för RA-registret. Avtalet ersätter i alla relevanta delar tidigare överenskommelser mellan parterna, skriftliga och muntliga, rörande avtalets föremål.

4.2 Förordnandet gäller fram till 31 december 2007 och avslutas utan uppsägning. Parterna förutsätts i god tid, minst nio månader innan avtalet går ut, ta upp förhandlingar om den fortsatta verksamheten inom RA-registret och dess finansiering.

5 ÖVERLÅTELSE AV ÖVERENSKOMMELSEN

5.1 Part har ej rätt att utan motpartens skriftliga medgivande överlåta sina skyldigheter eller rättigheter enligt denna överenskommelse.

6 UPSÄGNING AV ÖVERENSKOMMELSEN

6.1 Part har rätt att skriftligen säga upp denna överenskommelse om motparten inte fullgör sina skyldigheter eller om endera parten avslutar sin verksamhet. Uppsägningstiden är tre månader.

Fastställd gemensamt av parterna 17 maj 2006

KAROLINSKA SJUKHUSET
Staffan Lindblad
Johan Bratt, verksamhetschef

SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING
Lars Cöster
Tomas Bremell, ordförande



Tecknare: Tomas Weitoft

SRFs vårmöte i Jönköping i bildbelysning

Text och foto: Lars Cöster



Vår mötet var mycket välorganiserat och innehållsrikt. Johan Bratt dirigerar SWEFOT i en av arbetsgrupperna.



Diagnostiska och prognostiska metoder vid RA. I panelen från vänster Solbritt Rantapää-Dahlkvist (moderator), Peter Söderkvist, Tomas Skogh och Kristina Forslind.



Hans Carlsten föreläste om östrogen.



Publikbild från symposiet om östrogen – ett ämne som engagerar.



Dr J K de Vries-Bouvestra presenterar BeSt-studien vid ett av symposierna.



Presentationen av årets doktorsavhandlingar var mycket uppskattad. Från vänster Christopher Sjövall, Eva Baecklund och Tomas Weitoft.

Vad gör föreningens språkkontakt?

Du kanske inte vet om att specialistföreningarna har språkkontakter som väljs på årsmötet. Undertecknad har varit SRFs språkkontakt under några år, och innan dess var det Henrik Schiller, numera i Västerås, som var vår representant mot Svenska Läkaresällskapets kommitté för medicinsk språkvård. Vi var båda på språkkommitténs årliga möte med språkkontakterna den 14 mars i år.

Tänkvärda råd

På mötet presenterade språkkommittén sin del av Läkaresällskapets webbplats (www.svls.se). Där finns tänkvärda allmänna språkråd, som vi alla bör ta till oss, antingen vi talar med patienter, talar inför publik eller producerar skriven text i journaler eller publikationer. Punkterna 5–7 i språkråden kan ha intresse för sekreterarna på din enhet. Hela språkrådsdokumentet finner du här nedanför.

På webbplatsen finns även en sökmotor för att hitta tidigare språkfrågor som besvarats av språkkommittén. Finner du inte svaret på din fråga, så länkas du till ett webbaserat frågeformulär, där du kan sända frågan till språkkommittén.

Viktigt att stava rätt

Efter webbpresentationen diskuterades de ökade krav på rättstavning som är en konsekvens av att journalerna datoriseras. Felstavade termer kan ju inte återfinnas om en textsökning görs för forskning eller kvalitetssäkring.

Jag tog upp svårigheterna att förstå journaltext från andra specialiteter när förkortningar används. Den medicinska utvecklingen går snabbt, nya teknologier introduceras på löpande band och många av dem benämns med sina förkortningar. Det gör att få utom de närmast sörjande kan förstå alla detaljer i texten.

Undvik missförstånd

Här bör vi stå ut utanför egen dörr – hur många skriver LARM i dokument som lämnar kliniken? Och hur många utanför vår krets förstår då vad vi menar? För att inte tala om TA – nationellt och internationellt en vanlig förkortning för temporalisarterit, men som

inom specialiteten på sina håll även kan uttydas Tidig Artrit.

Arketyper nytt begrepp

Datajournalerna påverkar vårt dagliga yrkesliv inte bara genom ökade krav på rättstavning, utan även genom krav på en strukturerad dokumentation för kommunikation mellan olika IT-system. Magnus Fogelberg, neurolog i Uddevalla och representant för medicinsk informatik på Europeanivå, presenterade det internationella arbete som görs för vårdinformationens struktur och sökbarhet. Han introducerade begreppet arketyper, som är ett schema som definierar regler för hur en informationsmängd skall sättas samman, och tex bestämmer strukturen vid utdrag ur journalen.

Språkarbetet inom vår förening har gått på sparlåga i några år efter det att Henrik Schiller slutade med sin språkspalt i Reumabulletinen. Glädjande nog har spalten återuppstått i förra numret. Det vore roligt om fler kunde fatta pennan och diskutera språkliga frågor med anknytning till reumatologin.

Några tips

Läs gärna Läkartidningens språkspalt! Slutligen kan jag ge några litteraturtips till den som vill läsa mer:

- **Bengt I Lindskog** Medicinsk terminologi (Norstedts 2004) med dess lillasyster
- **Bengt I Lindskog** Medicinsk miniordbok (Norstedts 2005)
- **Hans Nyman och Språkkommittén** Medicinens språk (Liber 1996), kommer i en omarbetad upplaga i höst före Läkarstämman
- **Bengt Lundh och Jörgen Malmquist** Medicinska Ord. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer. (Studentlitteratur 2005)
- **Henrik R Wulff** Lægevidenskabens sprog – fra Hippokrates til vor tid. (Munksgaard 2003)

Göran Lindahl, SRFs språkkontakt

Reumatologisektionen
Danderyds sjukhus AB

ALLMÄNNA SPRÅKRÅD

Kommitténs råd till dig som använder medicinskt språk i tal och skrift

A. Råd för både muntlig och skriftlig kommunikation

1. Språket är ett viktigt arbetsredskap och behandlingsinstrument. Försök komma underfund med patientens kunskapsnivå och anpassa ditt språk därefter. Att helt undvika latinska termer eller försvenskat latin är till exempel ofta onödigt och onaturligt.
2. Var säker på att det språk du riktar till medicinare är begripligt även för dem utanför din egen specialitet. Undvik till exempel alltför utpräglad lokal jargong.

B. Råd för skriftlig kommunikation

1. Skapa dig en så klar bild som möjligt av din mottagare. Ansvar för att läsaren kan tillgodogöra sig texten ligger främst hos skribenten.
2. Börja med det viktigaste för mottagaren, som snabbt bör kunna få en uppfattning om textens budskap.
3. Skriv inte för långa meningar. Använd sambandsmarkörer som därför, nämligen, emellertid, däremot, som synes o s v. Dessa hjälper läsaren att följa textens röda tråd.
4. Förkortningar hejdar läsningen. Ransonera dem hårt. Varje förkortning som inte är självklar och entydig i sammanhanget måste förklaras.
5. Stava latinska termer i svensk text konsekvent enligt språkkommitténs försvenskningsregler, som i korthet innebär: ae > e, oe > e, c (med k-uttal) > k, ch > k, ph > f, th > t, rh > r.
6. Motivera användning av engelska termer. Ett skäl kan vara att svensk term saknas. Alltså skall inte en engelsk term som t ex stroke användas för det svenska slaganfall.
7. Undvik anglicismer, t ex sårskrivning (sjuk sköterska, rök fritt!), plural-s, apostrofgentiv.
8. För medicinska termer, tveka inte att konsultera ett medicinskt lexikon som Medicinsk terminologi (Lindskog). Även språkråden i Medicinens språk är användbara.
9. I språkfrågor kan du även konsultera Svenska Läkaresällskapets språkkommitté, vars mål är att skapa ett tydligt och enhetligt medicinskt språk.
10. Svar på språkfrågor med medicinsk anknytning kan du söka i kommitténs databas. I allmänspråkliga frågor, konsultera Svenska skrivregler, utgivna av Svenska språknämnden, eller Skrivregler för svenska och engelska från Terminologacentrum TNC.
11. Låt gärna någon icke insatt i ditt ämne granska ditt manus. Man blir ibland hemmablind.

Reumaseniorerna



Monica Ahlmén, Tomas Bremell, Ido Leden och Ylva Lindroth.

Många seniorer har säkert både lust och förmåga att på olika vis arbeta aktivt inom reumatologin även om man helt eller delvis lämnat sin anställning eller verksamhet. För att diskutera hur denna resurs och kompetens på bästa vis skulle kunna tillvaratas kallade Tomas Bremell, på uppdrag av styrelsen för Svensk Reumatologisk Förening, till informellt möte i Göteborg den 23 mars i år. En interimsgrupp bildades för att arbeta vidare med dessa frågor. Gruppen består just nu enbart av tre personer, Ylva Lindroth (sammankallande), Monica Ahlmén och Ido Leden.

Vår tanke är att skicka ut en enkät till alla medlemmar, födda 1945 eller tidigare, med förfrågan om de har intresse av att medverka i olika senioruppgifter (se bifogad ruta för exempel). Framkommer intresse räk-

nar vi med att på riksstämman i år kunna sätta en intressegrupp som leds av exempelvis fem personer som är arbetsledare och motor för denna verksamhet.

Skicka gärna synpunkter, idéer, kommentarer eller önskemål om att vara med i interimsgruppen till någon av nedanstående kollegor.

Tomas Bremell

tomas.bremell@vgregion.se

Ylva Lindroth

ylva.lindroth@ptj.se

Monica Ahlmén

em.ahlmen@telia.com

Ido Leden

ido leden@skane.se

DÅ-ET
är en
del av
NU-ET

Tänkbara seniora arbetsuppgifter

Resurs i specialistutbildningen

- Medsittare vid mottagning
- Temporär mentor/stödperson
- Ge förslag om examensfrågor, examensuppgifter

Medverka i

- remissarbete
- utredningsarbete av olika slag
- utvecklingsarbete
- olika typer av utbildningsaktiviteter

Temporär resurs för olika former av klinisk verksamhet

Swefot, Swefot-sättning och Swefot 2

Swefot

Det har gått väldigt bra för vår nationella randomiserade kontrollerade kliniska studie Swefot! Vid årsskiftet avslutades rekryteringen när 496 patienter var inkluderade, och nu har alla som inte blivit tillräckligt bra med MTX-monoterapi randomiserats till LARM-kombinationen MTX + SSZ + Plaquenil alternativt till biologisk behandling i form av MTX + Remicade. Den randomiserade fasen är på två år. Under gången kan patienter som inte tål SSZ eller Plaquenil byta mot Sandimmun, och patienter som inte tål Remicade kan byta mot Enbrel. Således blir studien inte bara en rak jämförelse av två olika läkemedelskombinationer, utan även en utvärdering av två olika behandlingsstrategier.

Swefot-sättning

Mycket uppmärksammade rön från utlandet talar för att patienter som i tidigt skede av sin RA behandlats med MTX + Remicade, och som uppnått låg sjukdomsaktivitet, kan behålla denna goda sjukdomskontroll med enbart MTX. Dessa uppgifter är baserade på en grupp på enbart nio patienter i Leeds, samt på 87 patienter ur BeSt-studien i Nederländerna, där själva utsättningen inte var kontrollerad. Således tycks det vara i högsta grad motiverat med en ordentlig kontrollerad randomiserad utvärdering av denna möjlighet.

Efter noggranna diskussioner med många av er har ett amendment till Swefot-protokollet utarbetats ("Swefot-sättning") som sedermera fått godkännande från såväl Läkemedelsverket som Etikkommittén.

Amendmentet innebär för det första att patienter följs inom studien under ytterligare två år (besök var sjätte månad, d v s fyra studiebesök), samt att de patienter som mår tillräckligt bra efter två års behandling, d v s DAS28 ligger stabilt under 3,2, randomiseras ånyo – under förutsättning naturligtvis att man som patient samtycker, och även att behandlande läkare anser att det är rimligt att göra så. Randomiseringen är således till antingen fortsatt behandling med den tidigare bestämda läkemedelskombinationen, eller att avsluta allt förutom MTX.

En del patienter har redan gått hela två år i Swefot-protokollet och lämnat detta program. Även dessa patienter kan tas med i Swefot-sättning, under förutsättning att behandlingen inte ändrats sedan de avslutat Swefotstudien. (Naturligtvis är mindre läkemedelsjusteringar tillåtna, så länge inte basbehandlingen med LARM/biopreparat har ändrats.)



Vi får tacka Lotta Ljung från Umeå för en väldigt fin Swefot-logotyp som även representerar Swefot-sättning (se ovan). Här representeras alltså hur patienter (från vänster till höger) först får samma behandling allihopa, därefter randomiseras de till en av två armar, därefter en ny randomisering i 2 x 2 armar.

Swefot 2

Förutom Swefot och Swefot-sättning vore det väldigt trevligt att kunna ha en ny studie i samma anda som Swefot. Denna skulle än så länge kunna kallas för "Swefot 2", även om jag personligen hoppas på ett bättre namn så småningom. Viktigt alltså att Swefot-sättning och Swefot 2 är två helt separata initiativ.

Den 21 februari ägde det därför rum ett mycket trevligt och bra möte angående denna framtida studie, och många enheter har angivit sitt intresse av att delta i denna. Utifrån diskussionerna vid detta möte och fortsatta diskussioner är ett preliminärt protokoll nu på väg att utarbetas, där ett antal aspekter börjat bli klara. Huvudsakligen kommer det att röra sig om en studie på tidig RA (högst ett år). Randomiseringen kommer att ske efter diagnosen (d v s utan MTX-monoterapifas), och det blir sannolikt tre armar: icke-biologisk behandling, anti-TNF-behandling och annan biologisk behandling. Systematisk utsättning av behandling efter uppnådd god effekt à la Swefot-sättning kommer helt säkert att ingå i detta protokoll också. Förhoppningsvis kommer ett protokollutkast att kunna distribueras före sommaren. "Stay tuned!"

Ronald van Vollenhoven

Stockholm, den 8 maj 2006

Jacques Forestier

Grundaren av fransk reumatologi

Historietecknare: *Ido Leden*, Kristianstad

Jacques Forestier tillhör pionjärerna inom fransk och europeisk reumatologi. Hans namn fortlever i eponymen Forestiers sjukdom, det tillstånd som i dag i moderna läroböcker kallas DISH (diffus idiopatisk skelettal hyperostosis). Mest känd torde han vara som den som oomtvistligt visade att parenteral guldbehandling (kryoterapi, av grekiskans chryso = guld) är effektiv vid behandling av reumatoid artrit. Nedan följer lite mer detaljerade data.

Jacques Forestier (1890–1978) var son till Henri och Joséphine Forestier. Fadern var chef för behandlingscentret Aix-les-Bains i Frankrike, som har fysioterapeutiska och hydroterapeutiska traditioner sedan flera hundra år. Jacques efterträdde så småningom fadern och har i sin tur efterträts av sin son François, som är representant för den femte generationen Forestier i ledningen för Aix-les-Bains.

Jacques studerade medicin i Paris och blev därefter anställd vid Cochin-sjukhuset, där hans intresse för reumatologi väcktes. År 1928 var han mogen att efterträda fadern i Aix-les-Bains. Då var han redan en erkänd medicinsk auktoritet främst tack vare sina studier över Lipiodol (referens 1). Detta jodhaltiga medel hade sedan 1900-talets början använts närmast som ett universalmedel mot vitt skilda åkommor som t ex syfilis och olika ledsjukdomar. Det tillfördes intramuskulärt och tidigt noterades att man på platsen för dessa injektioner ofta fick röntgentäta mjukdelsförändringar. Tanken föddes att detta skulle kunna utnyttjas diagnostiskt. Under ledning av sin lärare J A Sicard visade Jacques att medlet gav utmärkt kontrast vid tillförsel i spinalkanalerna. Därmed lades grunden för myelografitekniken.

Jacques var under hela sitt liv intresserad av olika ryggåkommor. Han var en av de första på 1930-talet som insåg att sacroiliacaledesförändringar vid pelvospondylit är nyckeln till denna diagnos. Senare noterade han fall med ryggstelhet där det vid röntgen av ryggraden förelåg överbyggande förändringar av ovanlig form och utbredning. Detta gjorde att han tillsammans med sin elev och vän Jaime Rotes-Querol från Spanien 1950 kunde publicera en sammanställning av nio fall med sådana förändringar i ryggraden. Enstaka fall hade beskrivits tidigare men Forestier och Rotes-Querol sammanställde nu tillståndets karaktéristika och benämnde det ”hyperostose verté-



Jacques Forestier – porträtt av John Moll. (Från ”A portrait survey” 1987.)

brale ankylosante sénile”, i publikationer på engelska ”senile ankylosing hyperostosis of the spine”. Senare tog de bort ”sénile” eftersom förändringarna hos vissa individer debuterar i medelåldern (6).

Jacques Forestier var också en av de första som under begreppet pseudo-polyarthrite rizomelique beskrev det vi i dag kallar polymyalgia rheumatica. Han torde dock vara mest känd som den som dokumenterade kryoterapins effekt vid behandling av reumatoid artrit (3, 4, 5).

År 1949 reste han med stora förväntningar till New York för att delta i den 7:e internationella reumatologkongressen. Jacques Forestier skulle där presentera sina under tjugo år samlade erfarenheter av guldbehandling vid reumatoid artrit (8). Jacques var inställd på att denna presentation skulle bli en av kongressens höjdpunkter. Till hans stora besvikelse blev så inte fallet. Den helt överskuggande kongresshändelsen var Philp Henchs, Nobelpristagare 1950, presentation av kortisonets effekt vid behandling av reumatoid artrit (2).

Jacques Forestier är en av dem som byggde upp reumatologin i Frankrike. Han deltog också i grundandet av den nationella franska reumatologföreningen 1928.

Jacques var en framgångsrik och mångsidig idrottsman i sin ungdom. Den främsta idrottsliga utmärkelsen var den silvermedalj han och övriga medlemmar i det franska rugbylaget erövrade i de olympiska spelen 1920 (1). Under första världskriget tilldelades han hedersmedalj för att han som fältläkare bl a tillfångatagit 150 fiendesoldater (9). År 1922 gifte han sig med Adrienne Japuis. I äktenskapet föddes sju barn. Den ende sonen François har, som ovan nämnts, fortsatt i faderns spår.



Originalförpackning av Allochryesine, det guldsaltpreparat som J Forestier använde vid behandling av patienter med RA.



Aix les Baines, klassisk fransk kurort med varma svavelkällor. Aix ligger i södra Frankrike, nära Bourgetsjön och i departementet Savoie.



Den femte generationen Forestier i spetsen för Aix-les-Bains representeras av Jacques Forestiers son François.

Referenser

1. **Arlet J** Jacques Forestier des stades aux thermes, vie d'un grand rhumatologue Aix-les-Bains: National Publi Productions, 1988.
2. **De Marchin P** In memoriam Jacques Forestier. Acta Rheum (Belg) 1978; 2:97-8.
3. **Forestier J** L'aurotherapie dans les rheumatismes chroniques. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hopitaux de Paris, 1929; 8:23.
4. **Forestier J** Rheumatoid Arthritis and Its Treatment by Gold Salts. The Results of Six Years' Experience. J Lab Clin Med, 1935; 20:827.
5. **Forestier J** Åtta års erfarenheter av guldterapi vid kronisk reumatism. Nordisk Medicinsk Tidskrift 1936; 12:1414.
6. **Forestier J** Rotés-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. Ann Rheum Dis 1950; 9:321-30.
7. **Leden I** Guld – en kultur- och medicinhistorisk betraktelse. Halmstad: Civilen, 1988:23-47.
8. **Leden I** Jacques Forestier. En av reumatologins förkämpar i Frankrike. Läkartidningen 1989; 86:2689-90.
9. **Rakic M** Dr Jacques Forestier, July 27, 1890 – March 15, 1978. Arthritis Rheum 1978; 21:989-90.

För den som vill ha nätreferenser föreslås nedanstående:
www.whonamedit.com/doctor.cfm/1463.html
www.leplaisirdesdieux.com/LePlaisirDesDieux/AAI-HP/InternatDeParis/idp22forestier.htm
www.aaihp.fr/IllustreAncien/FORESTIER.html

Den nya omgången SPUR-inspektioner har startat – Linköping och Uppsala har besökts under våren

Vid föreningens årsmöte i december 2005 diskuterades vikten av fortlöpande SPUR-inspektioner för att värna och utveckla kvaliteten i utbildningen av blivande specialister i reumatologi. Vidare framhölls vikten av att alla enheter med ST-läkare på sikt inspekteras, minst vart femte år.

Specialiteten har varit engagerad i inspektioner under många år men tanken är nu att göra en förnyad satsning med ambitionen att alla utbildande enheter ska inspekteras. Årsmötet gav starkt stöd för detta, vilket innebär att alla utbildande enheter förväntas tacka ja till inspektion när den erbjuds av inspektörerna.

I samband med årsmötet avtackades två tidigare inspektörer – Monica Ahlmén och Ido Leden – för gedigna insatser under många år. Eva Nitelius och under-tecknad fortsätter som inspektörer. Vi sätter stort värde på att två nya inspektörer, Eva Bagge och Per-Johan Hedin, utbildats under hösten och att de under våren genomfört sin respektive första inspektion.

För att representera erfarenhet från både större och mindre enhet kommer inspektörs-teamen tills vidare att bestå av Eva Nitelius och Eva Bagge respektive Per-Johan Hedin och Bernhard Grewin.

Som en förberedelse till arbetet samlades vi inspektörer till en gemensam planeringsdag i Stockholm i januari. Vid mötet enades vi om att först ska region- och universitetskliniker som tidigare inte besökts bli inspekterade, därefter övriga region- och universitetskliniker följt av Spenshult, som också har en relativt omfattande ST-utbildning. Sedan kommer turen till de mindre enheterna med enstaka ST-läkare. För att få mer erfarenhet av utbildningen vid de mindre enheterna kommer vi redan till hösten att inspektera Sundsvall.

Således har inspektionerna inletts under våren med Uppsala och Linköping, som bägge snabbt var med på noterna när de tillfrågades. Inspektionerna genomfördes, på sedvanligt sätt, i en välkomnande miljö. För hösten är datum redan bestämda för Malmö, Lund och Sundsvall samt för Stockholm, Karolinska, till januari 2007. Därefter kommer vi att besluta vilka enheter som i övrigt ska inspekteras 2007.

SPUR-inspektioner genomförs enligt samma principer för alla specialiteter och syftar till att utvärdera de utbildande enheternas kvalitet när det gäller utbildningens struktur och process. I god tid före besöket får alla berörda på enheten fylla i ett standardformulär med frågor som berör utbildningens struktur och process. Med ledning av frågorna, och redan före själva inspektionen,

brukar enheten genomföra förbättringar. Detta brukar beskrivas som den tidiga ”SPUR-effekten”.

Själva inspektionen tar två dagar, som oftast inkluderar inspektörernas för- och efterarbete. Inspektionen omfattar främst intervjuer och samtal med verksamhetschefen, ST-läkarna, handledarna och studierektorer. Även samtal med representanter för andra vårdprofessioner ingår, liksom besiktning av enhetens lokaler.

Inspektionens andra dag avslutas med att inspektörerna presenterar sin muntliga rapport för representanter för de berörda på enheten, varefter diskussion vidtar om olika möjliga förbättringar.

Den skriftliga rapporten sammanställs därefter av inspektörerna. Den skickas till verksamhetschefen, den fackliga sekreteraren i Svensk Reumatologisk Förening, övriga SPUR-inspektörer och SPUR-kansliet för kännedom.

I en kortare sammanfattning av rapporten, som skickas till SPUR-kansliet, anges också poäng för de olika delarna från 1 till 3, där 3 är bäst och utmärkt. Det som poängsätts är när det gäller strukturen: verksamheten, läkarstaben, lokaler och utrustning. När det gäller processen: tjänstgöringens uppläggning, utbildningsklimatet och teoretisk utbildning. Slutligen anges om enheten bedriver forskning. Poängen tillsammans med en kortfattad slutsats av inspektionsresultatet publiceras årligen i Läkartidningen och på läkarorganisationernas hemsidor.

Inspektionen är en kollegial dialog för att förbättra utbildningens kvalitet med hjälp av inspektörernas bedömning och förändringsförslag, till stöd för alla nuvarande och kommande ST-läkare. Någon särskild godkännandenivå arbetar inte SPUR med. Den årligen återkommande publiceringen av resultaten syftar till att inspirera andra till att förbättra sin egen utbildningsmiljö genom att låta sig SPUR-inspekteras.

Vid inspektionerna kommer vi särskilt att följa hur enheterna arbetat med det diagnostiska provet och ST-läkarnas tillgång till internettidskrifter.

Vi inspektörer kommer fortlöpande att informera om verksamheten i Reumabulletinen och på årsmöten. Vi är naturligtvis däremellan alltid öppna för frågor, idéer och diskussion från intresserade medlemmar om SPUR-verksamheten.

För SPUR-inspektörerna

Bernhard Grewin

bernhard.grewin@swipnet.se

Problem att komma in på SRF online?

Svensk Reumatologisk Förenings webbplats på www.srfonline.org har den senaste tiden haft ett tusental besök per månad. Tillsammans hade de samarbetande reumatologiska och ortopediska föreningarnas portaler i april över 9 000 unika besökare. Av föreningens medlemmar är 260 nu registrerade som användare. Några av er hade tekniska problem med att komma in i början, men jag tror att de flesta svårigheter har klarats ut nu.

Här följer några tips. Om ni ändå undrar över något, så skriv och fråga till support@srfonline.org. Vi gör då allt vi kan för att klara ut det.

Vad behöver man?

En internetuppkopplad dator med en webbläsare. Microsoft Internet Explorer eller Mozilla Firefox fungerar lika bra. För Macintoshanvändare går det också med webbläsaren Safari. Bredband (eller anslutning via sjukhusets eller universitetets nätverk) är bäst och smidigast. Men det fungerar till nöds också med modem, fast det går långsamt.

Vad ska det där med inloggning vara bra för?

De flesta sidorna är öppna för allmänheten. En del material kräver att man är registrerad som användare och loggar in med sin epostadress som användarnamn och ett eget lösenord. Detta för att vi önskar ha överblick över vilka våra användare är, och var de finns.

Mycket återhållsamt och på ett seriöst sätt vill vi också ha möjlighet att med epost kunna avisera våra användare om viktiga nyheter. Under inga omständigheter lämnas användarnas epostadresser ut till någon utomstående instans.

En del sidor med föreningsinterna angelägenheter, slutligen, är bara åtkomliga för den som är medlem av föreningen.

Varför misslyckas inloggningen?

Den vanligaste orsaken till det är att man har sin webbläsare inställd för att inte ta emot cookies. Det går lätt att ordna. Läs allt om cookies och behövliga inställningar genom att klicka på länken "Information om cookies" på förstasidan på www.srfonline.org.

Varför kan jag inte ens komma fram till www.srfonline.org?

Först: har du stavat rätt i adressen? Inga mellanslag som smugit sig in?

Vid några tillfällen kan det vara störningar i de name servers som ditt webbläsarprogram kontaktar för att hitta fram till en viss sida på nätet. Sådant är oftast kortvarigt och övergående. Om du skulle få meddelandet att sidan inte finns kan du försöka så här i stället:

Gå till <http://www.bjdonline.org> eller <http://www.musconline.org>. Du kommer då till förstasidan för Bone and Joint Decade. Klicka där på "Society Portals" i den grå menyraden upptill och i den meny som öppnar sig på "SRF Online". Då hamnar du på SRFs förstasida.

Kan jag bidra?

Javisst! Har du meddelanden om reumatologiska aktiviteter eller nyheter som platsar på nyhetssidan, eller om du vill ta upp en diskussion, kan du skriva några rader till info@srfonline.org. Synpunkter och kritik som kan bidra till att vi utvecklar och förbättrar vår webbplats är alltid välkomna.

Tips om nytt till Reuma-kalendern likaså – skicka dem till jorgen.lysholm@ltdalarna.se.

Med bästa hälsningar

Bengt Lindell

bengt@lindell.cc

Läkarbilden för reumatologi mars 2006

(Inom parentes = förändring jämfört med 2005)

Specialistläkare

Offentlig tjänst	208 (+ 5)
Privat tjänst	21 (+ 2)
Totalt	229 (+ 7)
Tjänstgöringsgrad	75 % (+ 4 %)

ST-läkare

72 (+ 7)

Behov (enl utredningar)

Länssjukvård	1/40 000 inv – 225 spl
Regionsjukvård	1/150 000 inv – 60 spl
Tjänstgöringsgrad	75 %

Sveriges behov är således 285 heltidsspecialister, d v s med 75 % tjänstgöring 380 specialistläkare.

Nu finns 229 spl varav 71 pensioneras inom 10 år = 158 kvar

ST-utbildning i dag = 72

Utbildningskrav = 150 ST-läkare ytterligare på 10 år (utöver nuvarande 72).

Nya specialister 2000–2005 = 85 (13-18-12-18-13-11 = 14/år).

Ett annat mått på utbildningskrav skulle vara socialstyrelsecertifiering av 22 nya specialister/år.

1. Regionsjukhus

	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>
Totalt	121 (+ 4)	48 (+ 3)
Karolinska	35	15
Sahlgrenska	22 (+ 2)	14
Lund	21 (- 2)	5 (+ 2)
Malmö	5	2 (- 1)
Örebro	8 (+ 2)	4 (+ 1)
Linköping	8 (+ 1)	3
Uppsala	11 (+ 1)	3 (+ 1)
Umeå	11	2

2. Specialsjukhus

	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>
Totalt	10 (- 1)	5 (+ 1)
Spenshult	10	5 (+ 1)

3. Länssjukhus

	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>
Totalt	64 (+ 2)	16 (+ 3)
Kristianstad	3 (- 1)	0
Helsingborg	3 (- 1)	1 (+ 1)
Karlskrona	1	0
Växjö	2	0 (- 1)
Borås	4	2
Skövde	3 (+ 1)	1
Uddevalla	4	1
Jönköping	5	0
Kalmar	3	0
Danderyd	5 (+ 1)	1
Eskilstuna	5	1 (+ 1)
Västerås	6 (+ 1)	1 (+ 1)
Karlstad	1 (- 1)	1
Falun	6	2
Gävle	2	1
Östersund	4 (+ 1)	0
Sundsvall	3	2
Luleå	4 (+ 1)	2 (+ 1)

4. Länsdelssjukhus

	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>
Totalt	13	4
Ängelholm	2	0
Trelleborg	2	0
Simrishamn	2 (+ 1)	0
Karlshamn	0	1
Ljungby	0	1 (+ 1)
Alingsås	1	0 (- 1)
Oskarshamn	1	1
Västervik	2	0
Visby	1 (- 1)	0
Bollnäs	1	1
Hudiksvall	1	0

5. Privatpraktiker

	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>
Totalt	21 (+ 2)	0

Läkarfördelning 2006 uppdelat i regioner*

<i>Region</i>	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>	<i>Befolkning (milj)</i>
Stockholm	52	16	1,8
Södra	46	10	1,6
Mellansverige	43	14	2,0
Västra Götaland	33	18	1,6
Norr (Umeåregionen)	23	6	0,9
Östra Götaland	20	3	1,0
* Spenshult	10	5	?

Läkarfördelning reumatologi 2006 i storstadsregionerna

<i>Region</i>	<i>Specialistläkare</i>	<i>ST-läkare</i>	<i>Befolkning (milj)</i>
Stockholm	51	16	1,8
Skåne	43	8	1,5
Västra Götaland	33	18	1,6

INFORMATION OM TERAPIINRIKTAD UTBILDNING

Svensk Reumatologisk Förening och Pfizer AB arrangerar åter en fortbildning i reumatologi, denna gång med temat

Reuma-hjärtan, reuma-lungor, var står vi nu?

Datum: 21-22 september 2006 (moderator Ronald von Vollenhoven)
7-8 december 2006 (moderator Solveig Wällberg Jonsson)
8-9 februari 2007 (moderator Göran Lindahl)

Plats: Aske kursgård, Bro

Programmet är framtaget av en referensgrupp reumatologer och Pfizer AB. Medlemmar i Svensk Reumatologisk Förening och läkare med sitt huvudsakliga verksamhetsområde inom reumatologi nås av inbjudan.

Föreläsare: Professor Lennart Bergfeldt, Sahlgrenska Universitetssjukhuset • MDr Roger Hesselstrand, Universitetssjukhuset i Lund • MDr Göran Lindahl, Danderyds sjukhus • MDr Anders Planck, Kärnsjukhuset Skövde • MDr Egidija Sakiniene, Sahlgrenska Universitetssjukhuset • MDr Martin Stagmo, Universitetssjukhuset MAS • MDr Elisabeth Svennungson, Karolinska Universitetssjukhuset • Docent Solveig Wällberg Jonsson, Norrlands Universitetssjukhus • Docent Ronald von Vollenhoven, Karolinska Universitetssjukhuset.

Arrangör är Pfizer AB.
För ytterligare information,
kontakta din verksamhetschef.



IPULS har granskat och godkänt denna utbildning.
Fullständig utbildningsbeskrivning finns på
www.ipuls.se IPULS-nr: 20060142.

Svensk Reumatologisk Förening inbjuder till

HÖSTKONFERENS 2006 – Rationell läkemedelsanvändning

*Hur kan vi förbättra våra arbetsmetoder och strategier
för att få till stånd en ännu mer rationell läkemedelsanvändning?*

Målgrupp: Nuvarande och framtida chefer, verksamhetsförbättrare och ledare inom reumatologin.
Konferensen annonseras i Reumabulletinen och Läkartidningen. Kallelsen mailas också till reumatologins verksamhetschefer/enhetsföreträdare, professorer och regionala ST-studierektorer men alla intresserade medlemmar i SRF är givetvis välkomna.
Alla reumatologer som arbetat i, eller kommer att arbeta i, läkemedelsprojekt välkomnas.
Platsantalet är begränsat till 60 personer.

Lokal: IVAs konferenslokaler på Grev Turegatan 16, Östermalm, Stockholm.
Tidpunkt: Start torsdag 26 oktober kl 10.00. Avslut fredag 27 oktober kl 14.00.

PROGRAM (programmet är under utarbetande)

- Vad gör Läkemedelsförmånsnämnden och hur kan vi få kostnadseffektiva läkemedel?
 - Läkemedelsprövning
 - *Strategier • Kan man göra oberoende läkemedelsstudier?*
 - Olika landstingsstrategier avseende dyra läkemedel
 - ARTIS – framtida utveckling och användning
 - Så arbetar vi med läkemedel på vår klinik
 - *Praktiska exempel från olika kliniker • Arbete i läkemedelskommitté*
 - Organisation av behandlingsenhet
 - Läkemedelsmonitorering
 - *Hur är den organiserad? • Exempel från olika kliniker*
 - Hur utvecklar vi reumatologihetererna till centra för immunomodulation som kan stödja andra kliniker (t ex ögon, hud, neuro, öron)
 - Riktlinjer
 - *Nationellt, regionalt och lokalt • Framtagande, förankring, implementering*
 - Diskussion kring våra aktuella riktlinjer avseende RA och spondartriter

Socialt: Resa och hotell bekostas av deltagaren/deltagarens arbetsgivare.
Konferensen är osponsrad och bekostas av SRF. Torsdag 26 oktober planeras gemensam middag på restaurang (deltagaren betalar).

Definitiv anmälan till konferensen göres till tomas.bremell@vgregion.se eller per fax 031-82 87 45. Anmälan senast 15 oktober 2006 men ni får gärna anmäla er tidigare (först till kvarn...). För övernattningsrekommenderas Läkarförbundets övernattningsrum alldeles nära konferenslokalen. Bekräftelse sker av anmälan.

**Jag anmäler mig härmed till Höstkonferens 2006
– Rationell läkemedelsanvändning**

.....
Namn

Klinik

Ort

SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING HAR NÖJET ATT ANNONSERA

WYETHPRISET FÖR REUMATOLOGISK FORSKNING ÅR 2006

Detta pris, ett av Sveriges största inom medicin och det största inom reumatologi, delas ut årligen till en eller två forskare, aktiv(a) inom Sverige, för framstående klinisk forskning inom området reumatologi.

**Priset är på
SEK 400 000:-**

varav 3/4 är forskningsstipendium och 1/4 personligt pris.

I samband med detta pris inbjuds nomineringar enligt följande:

En komplett nominering/ansökan på engelska

- nomineringsbrev från en kollega, väl förtrogen med forskarens/forskarnas vetenskapliga arbete och övriga meriter
- sammanfattning av tidigare forskning (max 4 sidor)
 - kortfattat forskningsprogram (max 2 sidor)
 - fullständig meritförteckning och bibliografi

skickas före den 31 juli 2006

enbart elektroniskt till:

ronald.vanvollenhoven@karolinska.se

Ronald van Vollenhoven
Vetenskaplig sekreterare
Svensk Reumatologisk Förening

Korrespondens:
Reumatologkliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
171 76 Stockholm

C-reactive protein (CRP) and anti-CRP autoantibodies in systemic lupus erythematosus

– a study on the occurrence and clinical implications of antiCRP antibodies and CRP-mediated complement activation

Christopher Sjöwall

Division of Rheumatology/AIR, Department of Molecular and Clinical Medicine,
Faculty of Health Sciences, Linköping University, SE-581 85 Linköping, Sweden

Fakultetsopponent: Professor Johan Frostegård, Karolinska Institutet

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease characterized by production of a wide range of autoantibodies, multiple organ involvement and by local formation or tissue deposition of immune complexes (ICs) in the inflamed organs. In contrast to most systemic inflammatory conditions, and despite raised levels of pro-inflammatory cytokines, SLE flares are rarely reflected by elevated C-reactive protein (CRP), an important acute-phase reactant in man with homologs in vertebrates and several invertebrates. As a part of the innate immune system, CRP binds certain molecules exposed on the surface of dying cells/apoptotic bodies and on the surface of pathogens and mediates their elimination by uptake in the reticuloendothelial system. CRP also interacts with IgG-containing immune complexes, binds Fc receptors and activates the complement system via C1q.

The aims of this thesis were to investigate the complement activation properties of CRP; to elucidate if anti-CRP antibodies occur in SLE and, if so, whether anti-CRP antibody levels correlate with disease activity in SLE; to test the hypothesis that autoantibodies to pro-inflammatory cytokines prevent rise of CRP; and to survey if autoantibodies to certain nuclear antigens or to CRP correlate with cytokine-inducing properties of ICs from SLE sera.

We have demonstrated that CRP bound to phosphorylcholine is a powerful activator of the classical complement pathway already in the CRP concentration range 4 to 10 mg/L, but with a marked inhibition at CRP levels above 150 mg/L. Autoantibodies to the monomeric form of CRP were found in approximately 40 percent of SLE patients and in a few sera from patients with primary Sjögren's syndrome, but not in rheumatoid arthritis or in inflammatory bowel disease. The anti-CRP antibody levels showed significant correlations to several laboratory and clinical measurements, and anti-CRP positivity was associated with renal involvement in SLE. Native CRP levels were not correlated with anti-CRP or anti-cytokine antibody levels. Hence, the presence of antibodies to monomeric CRP or to CRP-inducing cytokines is an unlikely explanation to the relative failure of CRP response in patients with active lupus. However, antibodies to TNF α were found in subnormal levels at disease flares whereas antibodies to TGF β were found in supranormal levels as compared to healthy subjects. In contrast to antibodies to CRP and DNA, anti-SSA and anti-SSB antibodies may regulate the inflammatory process in SLE by enhancing IC formation and subsequent production of cytokines such as IL-6, IL-10 and IL-12p40.

Hypothetically, anti-CRP autoantibodies may be of pathogenic importance, for instance by binding to monomeric CRP on cell and tissue surfaces and thereby increasing the risk of extrahepatic deposition of apoptotic material and *in situ* formation of ICs.

Keywords: autoantibodies, complement activation, C-reactive protein, cytokines, immune complex, immunoregulation, opsonization, systemic lupus erythematosus.

© Christopher Sjöwall, 2006

ISSN 0345-0082 ISBN 91-85497-66-5

Arthritogenicity of RNA and its degradation products

Fariba Zare

Department of Rheumatology and Inflammation Research,
University of Göteborg, Guldhedsgatan 10 A, S-413 46 Göteborg, Sweden

Fakultetsopponent:

Professor Lars Rönnblom,
Institutionen för medicinska vetenskaper,
Uppsala Universitet

Viral infections often lead to arthralgias and overt arthritic states. Expression of double stranded RNA (dsRNA) is a common feature of all viruses during their replication and it has been suggested that it is able to induce production of pro-inflammatory cytokines, e.g., interferon- α (IFN- α).

The aims of this thesis were to investigate i) whether dsRNA induces arthritis, ii) the role of IFN- α regarding the onset of joint inflammation induced by viral dsRNA iii) the impact of dsRNA and single stranded RNA (ssRNA) on the production of proteins belonging to fibrinolytic and coagulation cascades and iiiii) the impact of soluble uric acid on the in vivo inflammatory responses including development of dsRNA-triggered arthritis.

Histological signs of arthritis were evident already on day three following intra-articular administration of dsRNA and IFN- α whereas ssRNA was not able to induce arthritis. Arthritis was characterized by infiltration of macrophages into synovial tissue. It was not dependent on acquired immune responses since SCID mice being deficient for T- and B-lymphocytes also developed arthritis. Although dsRNA is a ligand for TLR3 and intracellular PKR, TLR3KO and PKRKO mice developed arthritis indicating that some other receptors are instrumental in the induction of inflammation. Importantly, we found that dsRNA arthritis was triggered through IL-1R- and IFN α / β -receptor-signalling since mice being deficient for these molecules were unable to raise joint inflammation. Furthermore, pro-inflammatory cytokines and chemokines including TNF- α , IFN- α , IL-6, MCP-1, MIP-1 α and the transcription factor, NF- κ B were readily triggered in response to stimulation of mouse splenocytes with dsRNA. In addition, we assessed the impact of RNA on coagulation and fibrinolytic cascades. DsRNA efficiently and dose-dependently induced the expression of plasminogen whereas tissue factor was induced only by certain ssRNA.

It is well-known that uric acid crystals, the naturally occurring degradation product of purine metabolism, a danger signal driving maturation of dendritic cells, display potent pro-inflammatory properties, being the cause of gout. In contrast, the biological properties of soluble uric acid are less well documented. Frequency and severity of dsRNA-induced arthritis, granulocyte-mediated inflammatory response and vasodilatation capacity were significantly decreased in mice treated systemically with soluble uric acid as compared to the control group. The data suggest that uric acid displays potent distant anti-inflammatory effects in vivo. This property seems to be mediated by down-regulation of neutrophil influx to the site of inflammatory insult by localized chemotactic effect of uric acid.

Collectively, these findings demonstrate that there is a link between joint inflammation and viral infection since viral dsRNA, by its capacity to induce production of IFN- α , is clearly arthritogenic. The end product of RNA, uric acid is able to maintain a balance in the body by modulation of the inflammatory responses.

Key words: dsRNA, ssRNA, virus, arthritis, TLR3, IL-1R, IFN α / β receptor, plasminogen, tissue factor, uric acid, inflammation, arthritis, neutrophils

ISBN 91-628-6847-0 ISBN 978-91-628-6847-5

Studies of the synovial membrane in chronic rheumatic joint disease

Erik af Klint

Enheten för reumatologi, Institutionen för medicin,
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Fakultetsopponent: Peter Taylor, MD, Kennedy Institute of Rheumatology,
Imperial College, London, England

Background: The synovial membrane (SM) outlines the inner cavity of synovial joints except for cartilage surfaces. The SM is the target organ of immune-mediated responses in chronic arthritis, including rheumatoid arthritis (RA). RA is a common joint disease (prevalence of 0.5-1.0 %) which is characterized by recurrent joint inflammation, with increasing joint damage and disability. The study of the SM *in vivo* provides important information about disease pathogenesis and response to treatment.

The aim of this thesis was to study a method for biopsy retrieval, arthroscopy, SM variation by gene and protein expression and SM response to anti-rheumatic therapy.

Results:

- In these studies we have added to existing evidence that arthroscopy is a safe and reliable method for synovial tissue retrieval.
- We have constructed and validated an easy to use macroscopic score for arthroscopy. This score needs validation against other methodologies.
- We have studied variability of synovial gene expression, where we could see that samples close to one another were more “related” than samples further apart, especially from other patients. Arthroscopic biopsies had less intrinsic variation than had orthopaedic material.
- We have shown that injection of intra articular glucocorticosteroids (GCs) reduces protein expression of synovial proinflammatory molecules (TNF, IL-1 β , extra-nuclear HMGB-1, ICAM-1 and VEGF) and T cells. mRNA expression was reduced for IL-1 α and IL-1 β , but not for TNF or HMGB-1. Unexpectedly, no changes were evident in macrophage infiltration and the vascular compartment. Vascular proinflammatory cytokine expression persisted.
- We have shown that mPGES-1 (an enzyme in the prostaglandin E2 synthesis pathway) is strongly expressed in RA lining cells, and also in sublining macrophages, synovial fibroblasts and endothelial cells. We also saw that mPGES-1 and COX-2 co-localised in cells from synovial fluid and tissue. Finally mPGES-1 and COX-2 were down-regulated by local GC treatment, but not by systemic TNF antagonists.
- We have shown that markers of destruction were positively affected by both GCs and TNF antagonists, although differently. RANKL was down-regulated by GCs and OPG was up-regulated by TNF-blockade, leading to a favourable reduction of RANKL/OPG ratio by both treatments.
- We have provided evidence that TNF-antagonists induce apoptosis in RA SM macrophages, but not lymphocytes.

Conclusion: Arthroscopy is a well tolerated, safe and reliable tool that will continue to be important for synovial tissue sampling. Synovial variation has to be considered when sampling the SM. By local GC treatment signs of inflammation persist, perhaps contributing to later disease relapse. We provided evidence for two inducible enzymes in the prostaglandin synthesis pathway, and showed that inhibition depended on therapy. mPGES-1 inhibitors would be an interesting future therapy possibly without the adverse effects of the cyclooxygenase inhibitors. Interestingly both GC and anti-TNF therapy reduced the RANKL/OPG ratio, an indirect sign of reduced osteoclast activity, although by different path ways. These findings provide support for a biological background for the slowing of joint destructions by these treatments. The increase in apoptosis of macrophages indicate that TNF antagonists make the local environment more normal, as reduced apoptosis is a classical feature in active RA SM.

Two important questions remain: Is it possible to predict treatment response, and thereby minimise patient suffering? Is it possible to understand disease pathogenesis, and develop a cure? These are questions that need answering, and using SM as a source for research will possibly provide with important leads. Studying old and especially the new targeted therapies represent important opportunities to these questions.

ISBN 91-7140-716-2



SVENSKT REUMAFORUM

i samarbete med
Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Välkommen till utbildningsdag med temat
**Patientperspektiv vid reumatologisk sjukdom
samt tvärprofessionell vård och rehabilitering vid psoriasisartrit**

Torsdagen den 12 oktober 2006

Lokal: Rolf Lufts auditorium, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

PRELIMINÄRT PROGRAM

- 8.30-9.30** Registrering/kaffe och smörgås
- 9.30-11.30** Inledning/välkommen – styrelsen *Sverefo*
Moderator: *Christina Stenström*
- Reumatikerförbundets syn på patientperspektiv – *Anne Carlsson*
 - Att leva med SLE – *Yvonne Enman*
 - RA och patientinstruktörsperspektiv – *Carina Andrén*
 - Invandraperspektiv – *Eva Fägerlind*
 - Paneldebatt
- Paus**
- 11.30-12.30** Patientperspektiv utifrån forskning och EULAR – *Tore Kvien*
- 12.30-14.00** **Lunch**
- 14.00-16.00** Moderator: *Carina Boström*
- Tvärprofessionell vård och utvecklingsmöjligheter vid psoriasisartrit.
Inledning: Läkare, *Per Larsson*
 - Sjuksköterska
 - Sjukgymnast
 - Arbetsterapeut
- Paus**
- Kurator
 - Att leva med psoriasisartrit
 - Paneldebatt
- 16.00-** **Paus/Mingel**
- 17.00-18.00** Årsmöte SveReFo
- 18.30-19.30** Extra föreläsning: *David S Pisetsky*
- 19.30-** **Middag**

FÖR ANMÄLAN, SE SVEREFOS HEMSIDA WWW.SVEREFO.NU

Karolinska dagen

13 oktober 2006

Preliminärt program

Temat för detta års Karolinska-dag kommer att bli dels en fortsatt uppdatering av resultat från klinisk forskning i Sverige och Norden kring prognos, behandlingsresultat, biverkninguppföljning och terapiriktlinjer, dels ett avsnitt om hur vi kan använda genetiska markörer och biomarkörer i klinisk praktik och i forskning.

Att kunna använda den nya biologin i kliniken kräver nya system för omhändertagande av material och analys, men också nya principer för patientinformation och hantering av stora mängder konfidentiella data. Utöver att forskare och kliniker från svensk reumatologi presenterar sina data har vi bjudit in David Pisetsky, tidigare editor för Arthritis and Rheumatism och en mycket kunnig kliniker och forskare, samt professor Mats Hansson, Uppsala, en av Sveriges mest kunniga inom bioetik.

Varmt välkommen !

8.30	Inledning
8.35-9.15	Evidensbaserad reumatologi – europeiskt-nordiskt perspektiv Tore Kvien, Norge, Mikkel Østergaard m fl, Danmark
9.15-9.45	Kaffe, the och smörgås
9.45-11.55	Systemsjukdomar: <ul style="list-style-type: none">• Nya läkemedel• Erosioner – hur mäter vi?• Swefot II
11.55-13.00	Praktiska demonstrationer: <ul style="list-style-type: none">• Nya IT-system för klinisk information kopplad till biobanker och biologisk information.• Proteomik• Genetik• RNA-analyser
13.00-14.00	Lunch
14.00-16.30	Individinriktad behandling (personalised medicine) i framtiden David Pietsky Bioetik Mats Hansson Diskussion



Reumatikerförbundets och Pfizers pris för framstående reumatologisk forskning till Nanna Svartz minne

Sedan 1999 delar ovanstående organisationer ut ett pris för framstående reumatologisk forskning som gjorts i Sverige. I första hand skall priset gå till forskning som har skett i nära samverkan med reumatikern/patienten. Priset är på 50 000 kr och kan delas mellan flera personer som samarbetat kring den prisbelönta insatsen. Priset kommer att utdelas i samband med Reumatikerförbundets årliga forskningsdag på Karolinska institutet, som 2006 är söndagen den 15 oktober.

Med formuleringen "i nära samverkan med reumatikern/patienten" menas att klinisk forskning prioriteras. Nära samverkan kan ske på flera sätt.

Priset har hittills gått till Kerstin Eberhardt, Lund, Björn Svensson, Helsingborg, Ola Nived/Gunnar Sturfelt, Lund, Ingrid Lundberg, Ingiäld Hafström, Christina Stenström, Stockholm, och Solbritt Rantapää Dahlqvist, Umeå.

Vi vill gärna tro att detta pris kan vara en bra uppmuntran för någon/några forskare varje år, men också en möjlighet att skapa intresse och publicitet runt den reumatologiska forskningen, både bland sjukvårdspersonal, beslutsfattare och allmänhet.

Vi ber er därför att nominera forskare till priset. Tidigare nomineringar är inget hinder. Vi vill ha era nomineringar senast torsdagen den 31 augusti.

Med vänliga hälsningar
Reumatikerförbundet

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

Reumatikerförbundet
Alströmergatan 39 • Box 12851, 112 98 Stockholm • Telefon 08-692 58 00 • Fax 08-650 64 15
E-post: info@reumatikerforbundet.org • Hemsida: www.reumatikerforbundet.org • Gåvor: Pg 90 03 19-5 • Bg 900-3195

Spenshult inbjuder till utbildning

Möte i bilddiagnostik

**i samarbete med Svensk Reumatologisk Förening (SRF)
och Schering-Plough**

Kursdatum: 18-19 oktober 2006 **Plats:** Spenshult

Kursledare: Annika Teleman **Moderator:** Ingemar Petersson, Spenshult

PROGRAM

Dag 1

- 12.00 –13.00** Samling och lunch
13.00 –13.10 Välkomna och introduktion
13.10–14.00 Ultraljud som verktyg vid diagnos av inflammatorisk reumatisk sjukdom – *Andrew K Brown, Leeds*
14.00–14.30 Evaluation of joint destruction on radiographs and with ultrasound, a growing clinical dilemma? – *som ovan*
14.30–14.45 Kaffe
15.00–17.00 Ultraljud i praktisk reumatologi – *Y Aurell*
17.00–18.30 Praktisk tillämpning med ultraljud på patienter/personer – *Michael Ziegelsch*
19.30 Middag

Dag 2

- 08.30–08.40** Introduktion dag 2 – *Ingemar Petersson*
08.45–09.30 Den långa vägen in till leden – *Urban Rydholm*
09.30–10.00 Kaffe
10.30–11.30 MRI som diagnostiskt verktyg/remission av inflammatorisk led och ryggsjukdom – *Mikkel Østergaard*
12.00 Lunch
13.00–13.30 Hur ska den reumatiska nacken utredas? – *Urban Rydholm*
13.00–14.00 Falldisk, praktiska problem, fallgropar med de nya teknikerna

*Kursavgift tas ut. För information, kontakta Karina Turesson, Spenshult.
Tel 035-263 50 47, e-post karina.turesson@spenshult.se.*



REU-KALENDERN NR 64, JUNI 2006

Adresser för att finna kurser och utbildningar:

EULAR www.eular.org **ACR** www.rheumatology.org

2-6 juni 2006	International Osteoporosis Foundation, World congress www.osteofound.org	Toronto, Canada
21-24 juni 2006	EULAR 2006 www.eular.org	Amsterdam, Holland
1-5 aug 2006	12th APLAR Congress 2006 www.aplar2006.com	Kuala Lumpur, Malaysia
16-19 aug 2006	31st Scandinavian Congress of Rheumatology www.it-conferences.is	Reykjavik, Island
19-23 aug 2006	XIV Congress of the Pan-American League of Associations for Rheumatology www.panlarperu.org	Lima, Peru
12 okt 2006	Svenskt Reumaforum, temadag www.sverefo.nu	Stockholm
12-14 okt 2006	Fifth International Congress on Spondyloarthropathies www.medicongress.com/spondylo	Gent, Belgien
13 okt 2006	KS-dagen gunnel.bemerfeldt@ki.se	Stockholm
26-27 okt 2006	SRFs höstkonferens 2006 tomas.bremell@vgregion.se	Stockholm
10-15 nov 2006	ACR/ARHP Annual Scientific Meeting www.rheumatology.org	Washington DC, USA
28 nov-3 dec 2006	8th EULAR Postgraduate Course in Rheumatology www.eular.org	Prag, Tjeckien
18-20 april 2007	12th International Congress on Anti-phospholipid Antibodies www.antiphospholipid.net	Florens, Italien
26-27 april 2007	SRFs Vårsmöte agneta.uddhamar@vll.se	Umeå
13-16 juni 2007	EULAR 2007 www.eular.org	Barcelona, Spanien
6-11 nov 2007	ACR/ARHP Annual Scientific Meeting www.rheumatology.org	Boston, USA