



**Ansvarig utgivare**

**Marie Ekberg**

Skånes Universitetssjukhus i Lund,  
Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund  
Tel: 046-17 10 00 vx  
marie.ekberg@skane.se

**Redaktörer**

**Alf Tunsäter**

Skånes Universitetssjukhus i Lund,  
Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund  
Tel: 046-17 10 00 vx  
alf.tunsater@med.lu.se

**Lennart Hansson**

Skånes Universitetssjukhus i Lund,  
Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund  
Tel: 046-17 10 00 vx  
Lennart.Hansson@skane.se

**Redaktionskommitté**

**Stéphanie Mindus**

stephanie.mindus@karolinska.se

**Teet Pullerits**

teet.pullerits@lungall.gu.se

**Produktion**

**Mediahuset i Göteborg AB**

Marieholmsgatan 10C  
415 02 Göteborg  
www.mediahuset.se  
Tel 031-707 19 30  
Fax 031-84 86 82

**Annonsförsäljning**

**Dan Johansson**

dan@mediahuset.se

**Layout**

**Peo Göthesson**

peo@mediahuset.se

**Tryck**

**Åkessons Tryckeri AB**

Box 148  
361 22 Emmaboda  
www.akessonstryck.se

Omslagsbild: Flavio Takemoto

Distribueras som posttidning  
ISSN 2000-5237

**Utgivningsplan 2010**

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 1:	20/1	15/3
Nr 2:	20/4	10/6
Nr 3:	20/8	1/10
Nr 4:	20/10	1/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

# INNEHÅLL

- 3** Ledarspalten
- 4** SLMFs årsmöte i Linköping 2010
- 7** Årlig specialistexamen i lungsjukdomar
- 9** SLMFs Verksamhetsberättelse
- 12** Stora SFFA-stipendiet 2010
- 13** Presentation av SFFAs styrelsemedlemmar 2010
- 15** Sensorisk hyperreaktivitet – en förklaringsmodell till icke allergisk överkänslighet i luftvägarna
- 18** Nytt behandlingsalternativ för lungcancer godkänt
- 19** CPAP-register klart i höst!
- 21** Onödig rädsla för allergiläkemedel – ny broschyr hjälper gravida att medicinera rätt  
Luftvägsregistret
- 22** IT-tipset – Wikipedia
- 26** Styrelseledamöter i SLMF och SFFA
- 27** Ansiktslyftning för SLMFs hemsida
- 28** Kongresskalender

# ANNONS

## Bästa medlem i SFFA!

Våren och pollensäsongen kom sent i år och med den bråda dagar på våra allergimottagningar. Maj månad är som vanligt hektisk med allt möjligt som skall ordnas och fixas. Förhoppningsvis uppskattar du denna tidnings andra nummer och dess apptitliga pappersformat, för övrigt läsbar även i hängmattan. Ett syfte med *Lung & Allergiforum* är att förena nytta med nöje. I denna ordföranderuta passar jag på att lyfta fram tre kommande aktiviteter.

Den 2 december är det åter dags för allergisektionens program under läkarstämman i Göteborg. Det känns kanske avlägset nu, men redan den 27 augusti är

det deadline för abstracts för fria föredrag eller postrar till stämman.

I år kommer Stora SFFA-stipendiet att delas ut för andra gången i ordningen. Stipendiet har redan blivit en stor succé. I år har det tillkommit ytterligare några sponsorer till stipendiet och vi kan stolta dela ut hela 400 000 SEK. Se separat annons med ansökningsinstruktioner i denna tidning.

Slutligen vill jag även i detta forum informera om att vi inom SFFA tillsammans med den nordiska föreningen för allergologi kommer att anordna en klinisk kurs för allergologer (för både barn- och vuxenläkare) och andra med stort kliniskt

intresse för allergisjukdomar. Kursen hålls i Stockholm 3–5 februari 2011 och har temat Svår Allergi. Separat e-postmeddelande kommer att skickas ut till alla medlemmar före sommaren och hemsidan för kursen kommer även att vara nåbar via vår egen hemsida: [www.sffa.nu](http://www.sffa.nu).

Till sist vill jag önska er alla en avkopplande och välförtjänt semester.

**PÄR GYLLFORS**

## Bästa lungmedicinare!

Efter denna långa, kalla vinter var det nog många som tvivlade på att vädret någonsin skulle slå om men i skrivande stund börjar våren äntligen göra sig påmind på allvar. Alla som deltog i vårmötet i Linköping kunde också stundvis njuta av vårvarmen även om det eminenta programmet gjorde att vi trots sol-abstinens prioriterade de givande föredragen. Under såväl utbildningsdagen som vårmöte gavs goda möjligheter att lära sig mera om lungcancer och mycket annat. Sverre Sörenson, som i samband med årsmötet utnämndes till hedersledamot i SLMF, informerade om att vi kan se fram emot Socialstyrelsens riktlinjer för lungcancer, som beräknas bli klart vid kommande årsskifte. Även om föreningens vetenskaplige sekreterare inte hade möjlighet att delta vid festmiddagen på Frimurarhotellet så har jag nåtts av ryktet att det var en mycket trevlig tillställning. Ett stort tack riktas härmed till Kerstin Metcalf och medarbeta-

re för ett intressant och väl genomfört vårmöte! De läsare som börjat planera för 2011 bör redan nu boka in 6–8 april då vårmötet går av stapeln nästa gång och då med lungkliniken vid Karolinska sjukhuset som värd.

Vid årsmötet i Linköping diskuterades föreningens mötesverksamhet. Många tog chansen att framföra sina synpunkter via en enkät och diskussionen om uppbyggnaden för vårmöten kommer att fortsätta inom styrelsen med dessa svar som underlag. Årsmötet beslutade att från och med 2011 kommer SLMF i samband med ERS endast att delta som arrangör av en kvällsaktivitet som begränsas till svenska deltagare. Därmed ökar möjligheterna att på kvällstid umgås med lungmedicinare från andra länder.

Påminner om Riksstämman i Göteborg 1–3 december med temat "En jämlik vård". Lungdagen blir på onsdagen den 1/12. Glädjande nog har vi fått godkänt

ett symposium som planerats i samarbete med sektionen för Bild- och funktionsmedicin. Rubriken för symposiet är "En fläck i lungan" och tar upp frågan när, var och hur man bör utreda små förändringar i lungorna. Vi hoppas att även i år få in många intressanta abstrakt till fria föredrag och poster-presentationer. Deadline för abstrakt är 27 augusti, men det går redan nu att skicka in sitt abstrakt via det elektroniska systemet. Gå in på [www.sls.se](http://www.sls.se) och klicka vidare via Medicinska Riksstämman – abstrakt. På denna sida kan man även gå in och läsa 2009 års abstrakt.

Eftersom nästa nummer av *Lung & Allergiforum* dröjer ända till hösten vill jag redan nu önska er alla en skön sommar!

Bästa hälsningar

**EVA LINDBERG**

Vetenskaplig sekreterare  
Svensk Lungmedicinsk Förening  
[eva.lindberg@akademiska.se](mailto:eva.lindberg@akademiska.se)

# SLMFs årsmöte i Linköping 2010

SLMFs årsmöte gick av stapeln den 14–16 april i ett strålande vackert Linköping. Lungmedicinare från hela Sverige njöt av vårsolen och fick tre dagar av inspirerande föreläsningar.

Mötet inleddes med Swedevox registermöte. Att föra register är en etablerad verksamhet inom svensk lungmedicin. Sverige var bland de första länderna i världen som skapade ett nationellt register.

– Den här årliga avrapporteringen för alla som jobbar med de här frågorna är en belöning för det slit de gjort under resten av året. Här får de sätta sin kunskap i relation till vad andra har gjort och se lite utanför den egna horisonten, sade registeransvarig docent Bengt Midgren vid Skånes Universitetssjukhus i Lund.

I år gästades registermötet av representanter för Swedevox norska motsvarighet, Hemrespiratorregistret, samt av överläkare K-G Prütz, vid Helsingborgs Lasarett. Prütz föreläste om erfarenheter från det svenska njurregistret.

– Njurregistret och Swedevox brottas med likartade problem; vi har avancerat sjuka patienter, det är åldrande population och det är oglamourös behandling, förklarade Midgren.

Nytt för i år är att PROM – Patient-Reported Outcomes Measurement – redovisas. PROM står för patientens egna upplevda tillvaro före och efter behandlingsstart. PROM och dess konsekvenser diskuterades på mötet. När det gäller lungsjukdomar börjar många patienter i ett svårt läge och blir egentligen inte mycket bättre. Därför blir den rapporterade patientkvaliteten ofta låg.

## Tyst patientgrupp

– De lungsjuka är en ganska tyst patientgrupp med människor som ofta är nära livets slutskede. Det gör att det är svårt att uppbåda den riktiga entusiasmen. Respiratorpatienterna blir så mycket bättre, det är lätt att hålla på med dem. Syrgaspatienterna blir inte det. Men så har vi en tidsdynamik, fortsatte Midgren.

Studier visar att syrgaspatienter blir bättre efter både två och fem månader. Därefter tenderar sjukdomsbilden att



Bengt Midgren



Lars Wallby

vända nedåt. Efter ett år är många tillbaka i ett eländigt läge.

– Därför har vi initierat ett stort nationellt forskningsprojekt, där vi söker efter 750 patienter med blandade diagnoser. Där skall vi titta på dem efter två, sex och tolv månader. Detta är en avknoppning och en vidareutveckling av vårt register, avslutade Midgren.

## Bilddiagnostik

Inte mindre tio föreläsningar avverkades under ST-dagen den 14 april. Temat för dagen var lungcancer. Flera föreläsningar handlade om bilddiagnostik.

Docent Gunnar Lindblom vid avdelningen för nuklearmedicin vid Linköpings Universitetssjukhus, föreläste om bilddiagnostik med PET/CT. Både PET och CT förbättras hela tiden. Stråldoserna blir lägre, bilderna skildrar finare anatomiska strukturer och diagnoserna blir allt träffsäkrare.

– Lungcancerpatienterna är den grupp vi kommit längst med. Vi gör PET/CT på flera former av cancer. Men ungefär hälften av de patienter vi använder PET/CT på är lungcancerpatienter, sade Gunnar Lindblom.

PET/CT ger en komplettering av den ordinarie diagnostiken, förklarade Lindblom.

– Jag är ju röntgenläkare och nuklearmedicinare. Ibland på CT:n ser man en körtel som man inte vet ifall den innehåller cancerceller. Då kan PET visa rätt väg till de körtlar man skall ta prov på. Man kommer härigenom ytterligare en bit på vägen.

En annan tillämpning gäller cancer som upptäcks av en slump, där det är osäkert ifall canceren är malign.

– PET är bra på att skilja malignt och benignt. Man kan också titta på spridning i kroppen i övrigt. Jag tittar från skallbasen ned till proximala lären. Och ganska ofta – i 15–20 procent av fallen – upptäcker man en metastas som satt längre bort än man kanske trodde. Så det är ett bra sätt att testa hela kroppen.

## Funktionsutredning genom VO<sub>2</sub>-cykling

Överläkare Lars Wallby vid Hjärtcentrum på kardiologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping fortsatte ST-dagens föreläsningar med temat funktionsutredning genom VO<sub>2</sub>-cykling för lungsjuka. Metoden VO<sub>2</sub>-cykling har många namn vilket ibland leder till missförstånd, förklarade Wallby. Metoden kallas syreupptagsarbetsprov, ergospiometri eller CPET. Under provet får patienten cykla på en motionscykel. Utandningsluften samlas in och gasanalyserna ger en uppfattning om patienten har en normal eller abnorm begränsning av sin arbetsförmåga. Testet ger också vid handen ifall individen är begränsad främst av kardiella eller av pulmonella faktorer, eller ifall patienten har lika delar kardiell/pulmonell begränsning.

– Man gör inte provet enbart för att få en siffra. Vi försöker att titta på om det finns något mer i alla värden. Vad är det som gör att patienten har ett lågt maximalt syreupptag? Idag kan vi göra mycket. Det finns flera ingrepp som gör att patienten klarar en kirurgisk behandling, avslutade Wallby.

## Diagnostik och tumörstadiindelning

Lars Wallby avlöstes av hemmasonen Anders Wikström, överläkare på lungkliniken vid Linköpings Universitetssjukhus. Wikström var både moderator och föreläsare under ST-dagen. Wikströms föreläsning om diagnostik och tumörstadiindelningen började med att konstatera lite goda nyheter.

Överlevnadsfrekvensen på s.k. icke småcellig lungcancer, NSCLC, har ökat både vad gäller två och fem år efter diagnos. NSCLC, är den klart vanligaste typen av lungcancer. Idag överlever över tre gånger så många lungcancerpatienter de första två åren av NSCLC jämfört med på 1970-talet, vilket till stor del kan tillskrivas bättre mediciner.

Det blev en uppskattad föreläsning med god respons från åhörarna och Wikström berömde publikens deltagande. En diskussion gällde ifall insättandet av dyra preparat var försvarbart med tanke på de höga kostnaderna.

– De flesta regioner har ett vårdprogram. Och de skiljer sig något åt i utformningen. Men oftast är det små skillnader. Det som vi efterlyser idag är nationella riktlinjer om cancer. Det skulle ge större tyngd åt den ekonomiska frågan, sade Wikström.

## ”Maintenance behandling”

När det gäller behandling av cancer trodde Wikström att tidig second line-behandling, så kallad ”maintenance behandling”, kommer att bli viktig framöver. Denna term beskriver insatser som gjorts efter att den första behandlingen inte lyckats eller för att förhindra att cancer kommer tillbaka.

– Det finns en hel del studier om maintenance som givit lovande resultat. På lungcancersidan är det ju inte fråga om en särskilt mycket högre frekvens botade. Men patienterna lever längre och de lever med högre livskvalitet, avslutade Wikström.

## Riktlinjearbete vid lungcancer

SLMF:s vårmöte fortsatte under torsdagen. Docent Sverre Sörenson, vid institutionen för medicin och hälsa vid Hälsouniversitetet i Linköping, inledde dagen med en föreläsning om Socialstyrelsens riktlinjearbete vid lungcancer. Sörenson påminde åhörarna om lungcancers bittra realiteter. Trots att Sverige är det europeiska land där den tycks förekomma minst, är den en av de fyra vanligaste cancertyperna och den i särklass mest dödliga. I Sverige upptäcks 3 300 fall per år och könsfördel-



Anders Wikström



Karin von Sivers

ningen är tämligen jämn. Fler kvinnor dör idag i lungcancer än i bröstcancer.

Som så många andra föredragshållare pekade Sörenson på stora regionala skillnader i statistiken. I Östergötland överlever dubbelt så många lungcancerpatienter två år efter diagnos jämfört med sina motsvarigheter i Västernorrlands län. Sörenson medgav att riktlinjer för lungcancer är ett komplicerat ämne, där dokument måste skrivas i tre eller flera versioner beroende på om de skall läsas av allmänhet, vårdpersonal eller politiker. Behovet av pålitligt forskningsmaterial underströks.

## Endoskopiskt ultraljud

Karin von Sivers, överläkare vid avdelningen för diagnostisk radiologi vid Karolinska Institutet, föreläste om endoskopiskt ultraljud, (EUS), ur ett lungperspektiv. EUS står för endoskopiskt ultraljud och är en teknik med vilket ett instrument förs ned i lungorna och frambringar bilder med hjälp av ultraljud. Von Sivers hade ett rikligt bildmaterial att visa upp under sin föreläsning, vilket gjorde det lätt för åhörarna att följa hennes resonemang.

– I flera studier, både i Holland och i Danmark, har man visat att tumörstadiindelning och behandlingsstrategi ofta ändras efter EUS. Tumörstadiindelningen ändras i 70 procent av fallen och behandlingsvalet ändras i 48 procent av fallen. Med EUS förhindras onödiga operationer.

– Vi vet ju att icke småcellig lungcancer är operabel om den inte har någon spridning till N2 och N3-körtlarna. Men ofta finns det metastatisk spridning som vi inte ser och då opereras patienter i onödan. Kan vi hitta dessa metastaser med endestinoskopi, endoskopiskt ultraljud eller endobronkiellt ultraljud så kan vi förhindra de operationerna.

## EBUS

Från EUS till EBUS – endobronkiellt ultraljud – är steget inte så långt. EBUS är också ett ultraljudsbaserat instrument som förs ned i lungorna. Det är utrustat med en nål som ger möjlighet att ta ett vävnadsprov nere i lungorna.

Anders Wikströms föreläsning bar titeln ”EBUS vid lungcancer. Var står vi i Sverige idag?”. I den försökte han bland annat förklara varför EBUS, som verkligen är det senaste inom medicinsk teknik, än så länge används relativt sparsamt.

Något förenklat beror det på att tekniken är svår att lära sig och har en hög anskaffningskostnad. En annan realitet är att teknik som EBUS kan ägas av andra kostnadsställen än lungmedicin på ett sjukhus och att man av kostnadsskäl väljer annan teknologi.

– EBUS tillsammans med PET-CT är en revolution inom lungmedicin när det gäller diagnostik och tumörstadiindelning av lungcancer. Det är ett paradigmskifte. EBUS är inte särskilt dyrt när man ser vad man sparar. Till skillnad från mediastinoskopi, som är ett invasivt ingrepp och som dessutom medför betydande värdkostnader, möjliggör EBUS-tekniken ett minimalt ingrepp för en i sammanhanget liten kostnad, sade Wikström.

## Nytt snabbinterventionscenter

År 2009 reviderades klassificeringssystemet för tumörstadiindelning inom lungcancer. Docent Lars Ek, från Skånes Universitetssjukhus i Lund, berättade om hur det nya systemet är finjusterat för att bättre lokalisera de patienter vars cancer ligger i tidig fas. Ek berättade också om det nya snabbinterventionscenter som just byggs i Lund. Detta är något som lungläkarna i Lund arbetat för länge. ☺



Claes-Göran Löfdahl delade ut priset för Hjärtlungfondens och Lars Werkös högre forskartjänst till Jan Hedner.



Sverre Sörensen blev vald till Årets hedersmedlem och hedrades för sina insatser för att stärka lungmedicinarnas yrkes stolthet.



Marie Ekberg valdes efter en odramatisk omröstning till ny ordförande i SLMF.

– Vi håller på att skaffa lokaler och att knyta kontakter. Vi fick fokus på detta då vi tidigare hade fruktansvärt långa väntetider. Men det är inte bara snabbheten i diagnos och tumörstadiindelning som är viktigt. Det är också viktigt med kvaliteten, så att man sorterar patienterna rätt.

#### Tumörmarkörer och klinisk relevans

Docent Leif Johansson, verksam vid patologisk/cytologiska kliniken vid Skånes Universitetssjukhus, fick äran att avsluta torsdagens föreläsningar vid SLMF:s Vårsmöte. Det blev en faktpäckad föreläsning om tumörmarkörer och klinisk relevans. Johansson uppehöll sig vid den epidermala tillväxtfaktorreceptorn EGFR. Det finns mycket att göra med arbetet med EGFR-hämmare och Johansson förespråkade EGFR-mutationsanalys på alla patienter med NSCLC, helt enkelt för att vinna kunskap.

– Metoden är ju ny för oss. Både för lungläkarkollektivet och för patologkollektivet. Det vore bra i fall vi kunde göra så många sådana analyser som möjligt. Vi måste lära oss tekniken och vad det finns för fallgröpar. Ju större serier man har, desto mer lär man sig för framtida patients skull.

#### SLMF:s årsmöte

På torsdagskvällen var det slutligen dags för SLMF:s årsmöte. Mötet inleddes med en ceremoni för utdelningen av Hjärtlungfondens och Lars Werkös högre forskartjänst. Priset gick till professor Jan Hedner, vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Lars Werkös högre forskartjänst är treårig och instiftad av Hjärtlungfonden. Omsatt i pengar är tjänsten värd över tre miljoner kronor. Den tilldelas en klinisk forskare inom området hjärt-kärlsjukdom eller lungsjukdom. Hedner

tilldelades utmärkelsen för sin forskning kring sömnapné. Det blev en kort föreläsning om bland annat enzymet karbanhydras som tycks spela en central roll för sömnapné och med sömnapné förknippade hjärtsjukdomar.

#### Årets hedersmedlem

Mötet avlöpte enligt protokoll, och det konstaterades att ekonomin var god. Den nya styrelsen blev i mångt och mycket en omvald styrelse. Innan ny ordförande kunde väljas var det dags att presentera årets hedersmedlem. Och den fina utmärkelsen gick till Sverre Sörensen, som hedrades för sina insatser för att stärka lungmedicinarnas yrkes stolthet. Sörensen hyllades också för sin mångsidighet: En matematiker, en musiker och en levande legend inom svensk lungmedicin.

#### En medlemmarnas förening

Ny ordförande blev efter en odramatisk omröstning Marie Ekberg, vid Lung- och Allergikliniken, vid Lunds Universitetssjukhus, som därmed ersatte professor Claes-Göran Löfdahl, även han vid Lung- och Allergikliniken i Lund. I ett kort staffettpinne-anförande förklarade Ekberg sin ambition att arbeta för fortbildning, kompetensutveckling för specialister samt för att stärka och profilera lungmedicinarnas yrkesroll i förhållande till andra medicinska discipliner. Hon uttryckte också en önskan om att Svensk Lungmedicinsk Förening skall fortsätta att vara en medlemmarnas förening och inte någon enmansförening eller styrelseförening.

Därefter var frågan fri och många viktiga frågor dryftades, innan kvällen avslutades i Frimurarhotellets festsal.

**ESBJÖRN BÖRJESSON**



# Årlig specialistexamen i lungsjukdomar

**Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) genomförde i mars den årliga specialistexamen i lungsjukdomar. Examinationen var förlagd till Örebro och Linköping och totalt åtta ST-läkare eller nyblivna specialister diplomerades som lungmedicinare.**

**S**LMF har sedan många år arrangerat årlig specialistexamination i lungsjukdomar. Antalet deltagare har varierat, men vi har senaste åren sett en tydlig trend att det är fler som är intresserade av att delta.

Årets examination gick av stapeln i Örebro den 22 mars och i Linköping den 23 mars. Anledningen till att vi engagerat lungmedicinska enheter vid två orter är att det då blir en något mindre grupp och examinationen blir förhoppningsvis av bättre kvalitet än om alla examineras vid samma tillfälle. Dessutom är det för lungmedicin i Sverige angeläget att vi upprätthåller kontakten mellan de lungmedicinska enheterna och SLMF.

**Vi som i år ansvarade** för den muntliga examinationen var Lennart Nilholm från Örebro, Per Jakobsson från Linköping och undertecknad, Rolf Rosin som representant för SLMF och verksam vid lungmottagningen i Helsingborg. Ytterligare en viktig kollega var Dr Wattson. Sistnämnde är ett datorbaserat simuleringsprogram där man kan lägga in autentiska patientfall inklusive utredningsmaterial. Allt presenteras på ett mycket pedagogiskt sätt och är utgångspunkten för de kliniska frågeställningar som diskuteras vid examinationen.

Innan examinanderna samlas för muntlig tentamen har alla svarat på sju frågeställningar som skickas ut cirka tre månader tidigare. Dessa ska man svara på genom att presentera en översikt omfattande 2–3 A-4 sidor exklusive referenser. Kravet är att man ska svara på frågorna självständigt och att man använder aktuellt källmaterial som huvudsakligen ska baseras på vetenskapliga artiklar och inte bara på läroböcker. Ungefär hälften av frågorna formuleras av de läkare som ansvarar för examinationen och resterande frågor kommer från övriga lungmedicin-Sverige.

**Vi har i samband med** examinationen lämnat en utvärdering och SLMFs uppfattning är att vår frivilliga examination håller adekvat standard. De som vi i år gratulerar till godkänd specialistexamination är; Pierre Sobrino (Falun), Ghadeer Thabet (Sunderbyn), Olga Ivanova (Huddinge), Nikolaos Lazarinis (Huddinge), Valentyna Yasinska (Huddinge), Wolfgang Greger (Falun), Jan Hull (Huddinge) och Hanan Tanash (Ystad).

SLMFs förhoppning är att någon av examinanderna vill genomföra den europeiska examinationen vid ERS i Barcelona september 2010 och styrelsen i SLMF har

beslutat att sponsra med examinationsavgiften. Om du själv vill göra examinationen nästa år är det bara att ta kontakt med utbildningsansvarig i SLMFs styrelse. Inbjudan till examination 2011 kommer ut i september 2010. Vill du själv uppdatera dina kunskaper i lungmedicin så ta med dig årets frågor in på din kammare och ge dig ut på webben. Jag vill avsluta med att tacka Lennart Nilholm i Örebro och Per Jakobsson i Linköping för en mycket väl genomförd examination och för gott samarbete.

**ROLF ROSIN**

## Examensfrågor 2010

### 1 Astma

Vid utredning av astma använder vi ibland bronkiella provokationstester. Två vanliga tester är mannitoltest och metakolintest. Beskriv den farmakologiska mekanismen bakom dessa tester och viktiga skillnader samt hur vi ska använda dessa tester i den kliniska vardagen.

### 2 Lungnoduli

En mycket vanlig remissorsak till lungmottagning är lungnoduli av olika storlek. Dessa upptäcks ofta som ett bifynd vid CT-undersökningar som utförs av annan anledning, exempelvis med frågeställning "lungemboli". Din uppgift blir att skriva ett evidensbaserat vårdprogram som kan användas för handläggning av ovanstående patientgrupp.

### 3 Tobaksberoende

Vid rökavvänjning och behandling av tobaksberoende kan flera olika farmaka komma i fråga. Vilka läkemedel är aktuella och vilken evidens har vi för att erbjuda patienten en sådan läkemedelsbehandling?

### 4 Tuberkulos

Andelen yngre med tuberkulos eller misstänkt tuberkulos har under senaste decenniet ökat i Sverige. En del av dessa är yngre gravida kvinnor. Graviditet medför särskild uppmärksamhet när det gäller tänkbara biverkningar av läkemedel. Beskriv ett handlingsprogram för behandling och uppföljning av latent respektive aktiv lungtuberkulos hos gravida.

### 5 Cystisk fibros (CF)

Barn med cystisk fibros lever idag i stor utsträckning till vuxen ålder och blir därmed ofta patienter vid lungmedicinska kliniker (enheter). Även om regelbundna kontroller sker på etablerade CF-centra i landet måste en stor del av den återkommande behandlingen särskilt infektionsbehandlingen ske på hemmaklinik. Redogör för hur man uppnår målet med gott nutritionstillstånd och bevarad lungfunktion vid cystisk fibros hos vuxna, det senare särskilt med avseende på infektionsbehandling.

### 6 Lungtransplantation

Lungtransplantation kan vara det enda återstående behandlingsalternativet vid en rad sjukdomstillstånd. Ange de vanligaste underliggande sjukdomstillstånden som kan leda till lungtransplantation. Redovisa indikationer för transplantation (lungfunktion, ålder m.fl.). Ange även kontraindikationer och redovisa slutligen resultaten för lungtransplantation i Sverige i förhållande till internationella resultat.

### 7 Hosta

Hosta är sannolikt det vanligaste symtomet på luftvägssjukdom. Vid akut hosta så rör det sig vanligen om infektioner i övre och nedre luftvägar, där diagnosen är uppenbar och symtomen ofta går spontant i regress. En inte helt ovanlig patient är en 50-årig aldrig rökande kvinna som söker med fleråriga besvär med torrhosta, ofta vid upprepade tillfällen och som fått mer eller mindre framgångsrik behandling. Redovisa de vanligaste orsakerna till kronisk hosta samt föreslå utredning och behandlingar. Redovisa slutligen den vetenskapliga evidensen för farmakologisk behandling av slem- respektive torrhosta.

# ANNONS

# Svensk Lungmedicinsk Förenings Verksamhetsberättelse

1 januari – 31 december 2009



Styrelsen		
Ordförande	Claes-Göran Löfdahl	till april 2010
Tillträdande ordförande	vakant vid årsmötet	till april 2010
	Marie Ekberg accepterar uppdraget oktober 2009	
Vice ordförande	Kristina Lamberg	till april 2011
Kassaförvaltare	Anders Planck	till april 2011
Vetenskaplig sekreterare	Eva Lindberg	till april 2011
Facklig sekreterare	Anne Lindberg	till april 2010
Yngre ledamot	Elke Peters	till april 2010
Ledamot	Rolf Rosin	till april 2010
Ledamot	Magnus Löfdahl	till april 2010
Adjungerad ledamot	Bengt Bergman (sekreterare i vetenskapliga kommittén och representant för kvalitetsgruppen) har på egen begäran lämnat uppdraget under året	
Adjungerad ledamot	Lennart Hansson (internationella kontakter, svensk delegat i FERS)	

**S**tyrelsen har under året haft elva sammanträden varav nio telefonmöten, ett heldagsmöte i Stockholm 5 oktober, samt ett styrelseinternat 15–16 januari i Stockholm

## Möten

Under verksamhetsåret har följande föreringsmöten avhållits:

## Vår- och årsmöte

Vår- och årsmöte ägde rum den 22–24 april och arrangerades i samverkan med lungmedicinska sektionen på Södersjukhuset, Stockholm.

Årsmötet utsåg Sven Larsson till hedersledamot i SLMF för mångårigt förtjänstfullt arbete som gagnat lungmedicin inkluderande initiativtagande och ledande

av arbetet med vårdprogrammet för KOL samt inledande arbete med KOL-registret.

En motion från Uppsala Lung- och Allergisektion rörde ändrad mötesordning. Styrelsens förslag: ny mötesordning från och med 2010 med ett vårmöte och en dag på Riksstämman med lungmedicinskt program. Årsmötet *beslutade* efter votering att ändra mötesordning från och med år 2010 samt att ändrad mötesordning utvärderas efter två år, dvs. efter år 2011.

## Årsmötets fackliga teman 2009

### I. Lungmedicin inför framtiden

- Strategidokument för lungmedicin
- Lungmedicinsk verksamhetsberättelse
- Vad motiverar medlemskap i föreningen
- Annonsfinansierat medlemsblad

II. Rapport från utbildningsgruppen  
Rolf Rosin inledde med ett kort anförande kring behovet av att synliggöra lungmedicin, framtida mervärde/nyttovärde med föreningen, och behovet av att styrelsen får inflöde av nya idéer och nya medlemmar samt kontakt med medlemmarna för att kunna bedriva ett framgångsrikt arbete.

### I. Lungmedicin inför framtiden

#### *Strategidokument för lungmedicin*

Mötesordföranden redogjorde för diskussion angående behov av strategidokument för lungmedicin som har förts inom styrelsen. Styrelsens fick i uppdrag att arbeta vidare med målsättning för att färdigställa ett strategidokument för lungmedicin. Detta arbete har ej slutförts under det gångna året. ☞

*Lungmedicinsk verksamhetsberättelse*  
Lennart Hansson sammankallande för arbetsgruppen, målsättning att sammanställa lungmedicinsk verksamhetsberättelse.

*Vad motiverar medlemskap i föreningen?*  
Lennart Hansson arbetar med en sammanställning av information från ett antal andra specialitetsföreningar som underlag för fortsatt arbete med frågan.

*Annonfinansierat medlemsblad*  
Mötesordförande, Claes-Göran Löfdahl, informerade om företaget Mediahuset som ger ut ett antal tidskrifter för olika specialitetsföreningar. Styrelsen hade fått ett avtalsförslag som omfattar ett års försöksverksamhet (4 nummer, upplaga på 1000 ex). Styrelsen har varit i kontakt med Per Gyllfors, ordförande i SFFA. Det finns ett intresse av samverkan och en gemensam tidskrift. Styrelsen fick i uppdrag av årsmötet att arbeta vidare med frågan.

II. Rapport från utbildningsgruppen  
Rolf Rosin, sammankallande i utbildningsgruppen, informerade angående utbildningsgruppens arbete. Målbeskrivningen för nya specialistutbildningen är färdigställd med allmänna delen gällande fr.o.m. 080901. Arbete med föreningens utbildningsbok inkluderande rekommendationer och checklistor är i slutfas. Samtliga utbildande enheter skall kvalitetsgranskas. Vårdgivaren bestämmer hur utbildningsenheterna skall granskas, de flesta landsting förväntas välja SPUR-inspektioner. Vidare skall externa bedömare granska underlaget för beslut angående specialistbevis. Den nya ST-utbildningen är målstyrd och det krävs minst 5 års tjänstgöring efter legitimation. Rolf Rosin demonstrerade principerna för utbildningsboken och checklistor. Checklistor för varje delmål med olika kunskapsnivåer; självständigt handlägga/utföra – under handledning handlägga/utföra – ha kännedom/att remittera. Dokumenten kommer att vara tillgängliga på SLMF:s och Läkarsällskapets hemsida i det internetbaserade dokumentationsinstrumentet som kallas kompetensportföljen.

Externa bedömare av specialistkompetens utses av Socialstyrelsen på förslag från specialistföreningen och det är ett arvoderat uppdrag. SLMF:s två externa bedömare är Lennart Hansson och Magnus Sköld.

#### Höstmöte

Ägde rum den 21–23 oktober och arrangerades i samverkan med lungmedicin

på Universitetssjukhuset i Lund. Utbildningsdagens tema var pleurasjukdomar. Parallellt med utbildningsdagen hölls registermöte för Swedevox samt Chefsgruppens möte. SLMF:s styrelse hade också ett gemensamt möte med Chefsgruppen. På agendan fanns bland annat utbildningsboken, specialistexamen och annonsfinansierat medlemsblad.

Det vetenskapliga temat för höstmötet fokuserade på Nyare aspekter på KOL inkluderande fenotypning med nyare imagingmetoder, och nya behandlingsmöjligheter vid emfysem. SLMF:s styrelse hade en egen programpunkt under fredagen, 17 oktober, med information om styrelsens arbete. Höstmötet var enligt traditionen ett samarrangemang med Sveriges lungsjuksköterskors intresseförening SLIF.

#### Svenska Läkarsällskapets Riksstämma

Ägde rum 25–27 november på i Stockholm. Vid ett seminarium med tema nationella kvalitetsregister presenterades också KOL-registret. Onsdag 25 november presenterades det lungmedicinska programmet vilket inkluderade 25 abstracts till posters och muntliga presentationer.

#### Utbildningsfrågor

##### Nya Specialistutbildningen

Utbildningsgruppen med ledning av Rolf Rosin har under året fortsatt genomfört ett omfattande arbete med utarbetande av SLMF:s rekommendationer, utbildningsbok, samt en kravspecifikation för ST-utbildande enheter.

Under 2009 har ytterligare SPUR-inspektörer för lungmedicin utbildats. Nuvarande SPUR-inspektörer är Ann Ekberg Jansson, Synnöve Bergentz, Claes-Göran Löfdahl, Anne Geboreck, Margareta Smith, Lennart Nilholm, Rolf Rosin, Anders Blomberg och Nikolai Stenfors. De första SPUR-inspektionerna har genomförts under 2009. Planering för SPUR-inspektioner 2010 pågår och kommer att ske i form av regional granskning.

Från Socialstyrelsen finns krav på externa granskare inom samtliga specialiteter för granskning av dokument och intyg angående tjänstgöring, kurser och vetenskapligt arbete för att nå specialistkompetens. För lungmedicin finns för närvarande två externa granskare; Lennart Hansson och Magnus Sköld.

#### SK kurser 2009

Hemrespirator, oxygen och sömnapné, Akademiska sjukhuset, Uppsala, november.

#### Övriga kurser

Fördjupningskurs/postgraduatekurs om KOL arrangerades i samverkan mellan SLMF och Boeringer Ingelheim 28–29 januari. Tema: icke pulmonella manifestationer vid KOL.

Hemrespiratorkurs hölls i Smygehuk 15–17 april.

#### Specialistexamen

Uppsala och Umeå arrangerade i samverkan specialistexamen i lungmedicin under mars/april månad, Umeå stod för värdskapet, åtta specialister examinerades.

#### Stipendier

SLMF delade ut stipendier för de två bästa postrarna och de två bästa muntliga föredragen vid det lungmedicinska programmet på Läkarsällskapets Riksstämma 2009. Stipendier för posters tilldelades Anders Andersson, Göteborg (*Tobaksrökare har sänkt koncentration av Intracellulärt IL-16 protein i CD8-lymfocyter från de nedre luftvägarna*) och Helena Glantz, Skövde (*Följsamhet vid CPAP behandling hos kranskärslsjuka med sömnapné utan dagtidssömnighet: En preliminär rapport från RICCADSA-studien*) och stipendier för muntliga föredrag tilldelade Karl-Axel Karlsson, Uppsala (*Tuberkulos i Enköping*) och Anne-Sophie Merritt, Stockholm (*Lärdomar från ett stort spirometrievenemang: Vårdprogrammen för astma och KOL följs inte – för få genomgår spirometri*). Samtliga pristagare fick 2 000 kronor.

#### Vetenskapliga kommittén

Vetenskapliga kommittén har under året bestått av: Thomas Sandström, Umeå (ordförande), Bengt Bergman, Göteborg (avgående sekreterare) Claes-Göran Löfdahl, Lund, Sven Larsson, Göteborg (avgående), Anders Linden, Göteborg, Christer Jansson, Uppsala, Umeå, Barbro Dahlén, KI, Stockholm, Per Jakobsson, Linköping, Lars-Gunnar Larsson, Sunderbyn Luleå, Kjell Larsson, IMM, Stockholm, Anders Andersson, Göteborg (forskarstuderande), Caroline Olgart, KS, Stockholm (yngre disputerad forskare), Marie Ekberg Aronsson, Lund (yngre disputerad forskare), Eva Lindberg, Umeå (vetenskaplig sekreterare i SLMF).

Under året har följande arbetsgrupper rapporterat till VK: Andningssviktregistret (Marie Ekberg Aronsson), Alfa-1 antitrypsinregistret (Eeva Piitulainen), Nationellt program för tuberkulos (Lars-Olov Larsson), Svenska planeringsgruppen för lungcancer (Bengt Bergman) och

Kvalitetsregister vid KOL (Ann Ekberg Jansson).

### Remisser

Ett stort antal remisser har inkommit till SLMF från bland annat Socialstyrelsen, Svenska Läkarsällskapet och Läkarförbundet. Majoriteten av dessa remisser har varit av allmän karaktär utan lungmedicinskt fokus. Styrelsen har beslutat att prioritera och besvara endast remisser som bedöms ha lungmedicinskt intresse.

#### Besvarade remisser 2009:

”Nationell cancerstrategi för framtiden – besvarats.

”Olovlig tobaksförsäljning” – besvarats.

”Kvalitetssäkrad fortbildning för alla specialistföreningar” – besvarats i samverkan med utbildningsgruppen, Rolf Rosin

”Klinisk forskning – ett lyft för vården...” – besvarats.

”Förslag till anvisningar för läkemedels-assisterad behandling...” – besvarats med kommentar avseende tuberkulosbehandling.

Remissansvarig i styrelsen: Kristina Lamberg. Remisser har besvarats i samverkan med styrelsen och dess arbetsgrupper.

### Medlemsfrågor

Medlemsantalet var vid årets slut, 31 december 2009, totalt 450 varav associerade medlemmar 39. Under året har tretton nya medlemmar tillkommit, varav fyra associerade medlemmar.

#### Nya medlemmar:

Kerstin Metcalf, Aldona Wajda, Hillevi Larsson, Jonas Uhlin, Mats Sandelin, Alexis Pulga, Niels Hornstra, Christer Nilsson, Pernilla Darlington.

#### Nya associerade medlemmar:

Ann-Louise Wickholm, Anders Toft, Charlott Urell, Lena Sjöström.

#### Arkivarier:

Förenings arkivarier är Gunnar Boman och Berit Blom Bulow.

### Arbetsgrupper

*Arbetsgrupp för utbildningsfrågor:* Rolf Rosin (sammankallande), Synnöve Bergentz, Lennart Hansson och Ann Ekberg Jansson.

*Arbetsgrupp för Kvalitets- och Fakta-grupp:* Lennart Hansson (sammankallande), Bengt Bergman.

*Arbetsgruppen för PR,* för närvarande vilande.

*Internationella frågor:* Lennart Hansson.

*Chefsläkargruppen:* Lennart Nilholm (ordförande).

### KOL-registret

Registret leds av en styrgrupp, ordförande i styrgruppen har under året varit Ann Ekberg Jansson. SLMF representeras i styrgruppen av sin ordförande, Claes-Göran Löfdahl. Ann Ekberg Jansson är också registerhållare och det ekonomiska stöd som erhållits från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, läggs i registerhållarens hemlandsting, Västra Götaland. Registret ska innehålla både sluten- och öppenvårdsdata. KOL-registrets koordinatör, Leif Strömberg, är anställd på halvtid. Registrets öppenvårdsdel startade april 2009 och under året har fortsatt implementering av KOL-registret samt rekrytering av nya öppenvårdenheter för deltagande varit viktiga arbetsuppgifter. I nuläget registrerar 178 enheter i RiksKOL och ca 1 600 patienter har lagts in i registret. Arbete med registrets slutenvårdsdel pågår alltjämt och bedöms komma i drift under 2010. Under året har kontakter mellan Nationella astmaregistrets (NAR) ordförande Alf Tunsäter och SLMF/Ann Ekberg Jansson inletts angående möjlig samverkan med RiksKOL, vilken beräknas ske under 2010.

Medel för fortsatt utvecklingsarbete och drift av KOL-registret har sökts och beviljats från SKL.

### Övrigt

Fortsatt arbete för annonsfinansierat medlemsblad har i samarbete med Svensk Förening för Allergologi resulterat i tidskriften *Lung- och Allergiforum* där enligt planen det första numret har getts ut under första kvartalet 2010. Planen är att presentera fyra utgåvor/år. Redaktionsgruppen för lungmedicin består av Lennart Hansson och Stephanie Mindus, redaktionsgruppen för allergologi består av Alf Tunsäter och Teet Pullerits.

Kristina Lamberg representerar SLMF i arbetet med nationellt vårdprogram för Palliativ vård.

Arbete med uppdatering av SLMF:s hemsida pågår.

Lennart Hansson representerar SLMF i internationella sammanhang, bland annat som svensk representant i FERS.

Sven Larsson har under det gångna året på egen begäran lämnat uppdraget som huvudansvarig och sammankallande för vårdprogrammet för KOL. Förfrågan har

gått till Christer Jansson som övertar uppdraget med entusiasm.

I enlighet med styrelsens förslag har Thomas Sandström utsetts till medlem i Hjärt- Lungfondens forskningsråd.

Styrelsen har på förfrågan från specialistföreningen för Klinisk Fysiologi uttalat sitt stöd för att klinisk fysiologi skall förbli en egen basspecialitet.

### Ordföranden har ordet

Återigen har vi ett verksamhetsår bakom oss, och lungmedicinen fortsätter att fylla sin uppgift för att förbättra den svenska lunghälsan. Under åren som ligger bakom har det ibland funnits rädsla bland lungmedicinerna för specialitetens framtid. Vi har sett oss som en liten specialitet, som ibland kommit i kläm mellan andra större och ibland mer högljudda specialiteter. Under de sista åren har det funnits en tendens till att vi tillsammans tar oss i kragen och ser vilken betydelse vi och våra specialkunskaper har. Jag vill särskilt inför det att jag själv överlämnar ordförandeklubban notera de områden där vi har blivit mer lyckosamma.

Vad gäller rekryteringen till specialiteten är det glädjande att se att tillströmningen av ST-läkare har ökat. Som ordförande har det varit glädjestunder att möta ST-läkare inom lungmedicin och allergologi vid årliga möten som riktats till dessa unga kollegor.

En bidragande faktor har varit att vi som specialitet har legat långt fram när det gäller omdaning av ST-utbildningen. Vår utbildningsgrupp under Rolf Rosins ledarskap har där varit oerhört viktig.

Starten av en specialisttidning tillsammans med allergologerna, Lung- och Allergiforum, är också en positiv faktor för framtiden för vår specialitet, och även för syskonspecialiteten allergologi.

Lungmedicinen står inför en framtid med många förändringar, såväl inom sjukvårdsadministration som i tillämpningen av medicinsk kunskap grundad på fortsatt forskning. Som avgående ordförande vill jag önska oss alla en god framtid i en ständigt föränderlig värld.

**CLAES-GÖRAN LÖFDAHL**  
Ordförande i SLMF

**ANNE LINDBERG**  
vid datorn

# Stora SFFA-stipendiet 2010

Svenska föreningen för allergologi (SFFA) har den stora glädjen att meddela att vi nu utannonserar Stora SFFA-stipendiet, för andra året i följd. Stora SFFA-stipendiet är ett forskningsstipendium med syfte att stimulera forskningsprojekt inom astma- och allergiområdet i Sverige.

Förutom SFFA har följande företag/organisationer bidragit med 50 000 SEK vardera: Astma och Allergiförbundet, AstraZeneca AB, UCB AB, MSD AB, ALK Nordic, och Novartis.

Prissumman för 2010 års stipendium är 400.000 SEK

Sökande av stipendiet skall vara en person som bedriver forskning inom astma- och allergiområdet, kliniker eller icke-kliniker. Sökande skall vara en disputerad, självständig och etablerad forskare. Stipendiet är ett basanslag och får fritt disponeras av den sökande. Vid publikationer av forskningsresultat förväntas pristagaren skriftligen omnämna detta stipendium och dess arrangörer. Pristagaren förväntas även inkomma med en skriftlig redogörelse om vad medlen från stipendiet har använts till.

Ansökan, på svenska språket, om maximalt 3 A4-sidor skall innehålla följande rubriker:

Titel:

Projektplan/Bakgrund:

Målsättning/Frågeställningar:

Material och metoder:

Betydelse för patienter:

Genomförbarhet:

Andra anslag för projektet:

**Sista ansökningsdatum 2010-09-15.**

Ansökan skickas i 9 exemplar per post till:

Eva Hallner

Institutet för miljömedicin (IMM)

Enheten för miljöhälsa

Norrbacka 3tr

S-171 76 Stockholm

Juryen består av de tre ledamöterna i SAS' styrelse samt två ledamöter som utses av SFFA:s styrelse.

I anslutning till prisutdelningen, som kommer att ske vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämma i Göteborg den 2 dec 2010, skall stipendiaten hålla en översiktsföreläsning på ca 30 minuter om sin forskning.

Vid frågor angående stipendiet, vänlig kontakta SFFA:s ordförande Pär Gyllfors via E-post: [par.gyllfors@astmaallergi.stgoran.se](mailto:par.gyllfors@astmaallergi.stgoran.se)



AstraZeneca 



 MSD

 ALK  
ABELLÓ

 NOVARTIS

# Presentation av SFFAs styrelsemedlemmar 2010



**Pär Gyllfors**, ordförande

Pär Gyllfors, med dr och överläkare på S:t Görans Allergimottagning i Stockholm. Han var tidigare verksam på lung- och allergikliniken, Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Pär är kliniskt verksam och har också ett stort intresse för klinisk astmaforskning med fokus på leukotrienernas betydelse vid olika astmafenotyper.



**Alf Tunsäter**, vetenskaplig sekreterare

Alf Tunsäter, docent i lungmedicin och allergisjukdomar är överläkare vid Skånes Universitetssjukhus, Lund, Område Lung- och allergisjukdomar. Alf är även legitimerad psykolog och har ett stort intresse för livskvalitetsmätningar för aktuella sjukdomsgrupper. Han är djupt engagerad i Södra sjukvårdsregionens Allergicentrum och är även en av redaktörerna för *Lung och Allergiforum*.



**Mihaly Matura**, ledamot

Mihaly Matura, med dr och verksam som biträdande överläkare vid Hudkliniken Karolinska Universitetssjukhuset. Han har tidigare arbetat vid Hudkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt varit forskare vid gruppen för Dermatokemi och kontakiallergi, Inst. för kemi, Göteborgs Universitet.



**Per Thunqvist**, ledamot

Per Thunqvist arbetar på Sachsska Barnsjukhuset i Stockholm som barnallergolog med inriktning på astma. Han ansvarar också för lungsektionen som handlägger andra pediatrika lungsjukdomar och genomför lungfunktionsundersökningar från nyföddhetsperioden och uppåt i åldrarna. Lungsjukdom efter för tidig födsel, BPD, är ett särskilt intresseområde.



**Catarina Lensmar**, kassör

Catarina Lensmar, med dr är ST-läkare vid LungAllergikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm med målsättning att bli specialist inom allergologi och lungmedicin. Utöver arbetet som ST-läkare är hon engagerad i forskning och undervisning vid Karolinska Institutet samt i Läkemedelskommittén, Allergicentrum och en rådgivargrupp inom ramen för tema inflammation vid landstingets NKS-förvaltning.



**Teet Pullerits**, ledamot

Teet Pullerits, med dr är specialist i Allergisjukdomar och arbetar på Allergimottagningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Han har ett stort intresse för allergen-inducerad lokal inflammation i näsan och i mag-tarmkanalen samt effekt av antileukotrienbehandling på inflammationen. Teet är även med i redaktionskommittén för *Lung och Allergiforum*.



**Peter Odebäck**, vice ordförande

Peter Odebäck är specialist i allmänmedicin och arbetar delvis som medicinsk rådgivare för Capio vårdcentraler i Stockholm och Göteborg. Han arbetar även kliniskt som distriktsläkare på Skagerns Vård och Hälsoenhet i Gullspång. Han har under många år varit engagerad i samverkan inom vården såväl lokalt som nationellt i form av arbete med det nationella nätverket för astma- allergi- och KOL-intresserade allmänläkare, med föreläsningar, moderatorskap med mera.



**Lucia Mincheva-Nilsson**, ledamot

Lucia Mincheva-Nilsson, docent i immunologi är universitetslektor/överläkare – en kombinerad universitets och landstings-tjänst. Som kliniker är hon överläkare vid avdelningen för klinisk immunologi och transfusionsmedicin som är underavdelning i den större organisationen Laboratoriemedicin, Västerbottens läns landsting. Specifika kliniska intresseområden är diagnostik av allergi, glutenintolerans och immunbristsjukdomar. Universitetstillhörighet är "Enheten för klinisk immunologi", Institutionen för klinisk mikrobiologi. Lucias forskningsintresse är reproduktionsimmunologi och exosomer.

# ANNONS

# Sensorisk hyperreaktivitet

## – en förklaringsmodell till icke allergisk överkänslighet i luftvägarna

**Alla läkare som i sin arbetsvardag sköter patienter med luftvägsbesvär har stött på patienten som uppger att hon (för det är vanligast en hon) reagerar på dofter och kemikalier i sin omgivning som de flesta andra inte upplever som störande. Sensorisk hyperreaktivitet (SHR) har gradvist växt fram som ett begrepp under det senaste 10 åren för att karaktärisera en tidigare föga uppmärksam grupps av patienter med luftvägssymptom och doftöverkänslighet.**

### Bakgrund

Överkänslighet för dofter och kemikalier i vår omgivning är ett problem som kännetecknas av bristen på enhetliga definitioner. Det vida begreppet "överkänslighet" kan innefatta såväl allmänna besvär, t.ex. i form av illamående, huvudvärk, som luftvägssymptom med hosta, andnöd, snuva samt ögonirritation. Ämnen som kan utlösa sådana besvär är t.ex. parfym, doftande växter, rök, tvätt- och lösningsmedel. Den rapporterade prevalensen av sådan överkänslighet varierar i en befolkning mellan 15 och 33 % (1-3).

Det finns olika beteckningar för tillstånd som hänförs till kemisk känslighet i den engelskspråkiga litteraturen, t.ex.: *chemical sensitivity syndrome; multiple chemical sensitivity; sick-building syndrome; environmental illness; toxicant-induced loss of tolerance; 20<sup>th</sup>-century disease; Gulf War Syndrome*.

Man kan dock inte sätta likhetstecken mellan dessa tillstånd; definitionerna varierar avseende utlösande ämnen och syn på orsakssammanhang. Även symptomen varierar stort, hos vissa är illamående, huvudvärk, koncentrationssvårigheter och trötthet dominerande, medan andra rapporterar olika typer av luftvägssymptom, eller poängterar muskel- och ledbesvär (4).

Den beteckning som oftast används som ett samlingsnamn för dessa tillstånd

är *Multiple Chemical Sensitivity (MCS)*, som ursprungligen definierades med symptom i mer än ett organ efter exponering för mycket låga koncentrationer av olika kemiska ämnen (5). Det finns inte några objektiva bevis eller test för MCS, och MCS diagnostiseras därför med frågeformulär.

Renommerade organisationer, som *American Academy of Allergy and Immunology, American Medical Association, California Medical Association, American College of Physicians, International Society of Regulatory Toxicology and Pharmacology* och *College of Occupational and Environmental Medicine*, har slagit fast att MCS inte kan betraktas som en etablerad organisk sjukdom (6).

### Sensorisk hyperreaktivitet

Inom flera specialiteter i sjukvården (allergisjukdomar, yrkes- och miljömedicin, primär- och företagshälsovård) återfinns patienter som uppfattar sig vara överkänsliga i luftvägarna för dofter och kemikalier, exempelvis parfym, blomdoft, avgaser och rök (1). Inom allergologin kallas detta för "icke allergisk överkänslighet" vilket är ett samlingsbegrepp för en rad sjukdomar och tillstånd, som inte är medierade av IgE-antikroppar.

I många fall får dessa patienter pröva astma- och allergimedier för sina besvär, men de har som regel ingen större effekt (7). Symtomen yttrar sig som nästäppa, snuva och ögonirritation, svårighet att få luft, tungandning, tryck/smärta över bröstet, hosta, slem, heshet; hos vissa patienter även vegetativa symptom som trötthet, yrsel, huvudvärk och svettningar. Övre luftvägsbesvär är vanligast men hos en grupp patienter är kronisk, lättutlöst hosta det mest framträdande symptomet. I de flesta fall är besvären lindriga, men ibland medför de ett socialt handikapp när man störs av dofter och kemikalier i offentliga lokaler och på sin arbetsplats (8).

Enstaka patienter har besvär som leder till stora sociala problem, isolering och sjukskrivning. I våra symptomformulär anger patienterna besvär utlösta av olika parfymade produkter samt även av hyacinter, liljekonvalj och julgran till skillnad från atopikerna som "kryssar" för björk och olika sorters gräs.

Denna grupp patienter med luftvägsbesvär har fått benämningen, *sensorisk hyperreaktivitet (SHR)* eftersom orsaken troligen är en överkänslighet i det sensoriska nervsystemet. De sensoriska nerverna som innerverar luftvägarna är *nervus trigeminus* (de övre luftvägarna och ögonen) och *nervus vagus*. De så kallade C-fibrerna i dessa nerver har receptorer för kemisk stimulering, men de förmedlar också sensorisk information om smärta, temperatur och beröring. När man utsätts för ett doftande ämne är det således inte luktsinnet som ger upphov till symptomen, utan den påverkan som ämnet har på kemiska receptorer. Kontrollerade försök har också visat att stimulering av ögonen kan ge symptom i luftvägarna (9). Vid stimulering av kemiska receptorer upplever man, förutom eventuell lukt av ämnet, en allmän känsla av obehag (10). Detta är troligen orsaken till att patienter med SHR kan ha svårt att tydligt beskriva sina symptom.

Det finns inga belägg för att grundorsaken till SHR beror på exposition för kemiska ämnen. Det finns släktskap med MCS, men vi har ansett det viktigt att försöka avgränsa denna patientgrupp eftersom det har varit möjligt att etablera SHR som en definierad organisk sjukdom, vilken kan påvisas med ett objektiva test, capsaicin-inhalationstestet.

Eventuell bakomliggande ångest och depressivitet har framförts som möjlig bidragande orsak till symptombilden vid SHR. Det är inte ovanligt att SHR-patienter tycker att deras besvär oriktigt blivit tillskrivna "psykiska orsaker". Dock har vi

hittills inte fått fram dokumentation som stödjer detta (1, 11). Ändå är det självklart så att kroniska besvär hos vissa patienter ger upphov till ökad oro och nedstämdhet.

### Diagnostik av SHR med capsaicin-inhalationstest

I kliniken är det av många anledningar värdefullt att med ett objektiva test kunna identifiera ett sjukdomstillstånd. De flesta patienter upplever det positivt att med ett test få en bekräftelse på sina besvär. Det är också viktigt att man med hjälp av anamnes och capsaicin-inhalationstest hos vissa patienter på ett säkrare sätt än tidigare kan utesluta astma, vilket har konsekvenser för den behandling och de råd man ger till patienten. Det är betydelsefullt att kunna ge ett besked till sjukvården, arbetsplatsen, försäkringskassa och arbetsförmedling. SHR har dock ingen ICD10-kod utan klassificeras med symptomdiagnosen Ro68, vilket är en nackdel bland annat när det gäller att i intyg styrka en patients besvär.

Capsaicin, den "heta" ingrediensen i chili, ger i inhalerad form upphov till hosta. Capsaicin har sedan länge använts för att stimulera hosta bland annat vid utprovning av hostdämpande medel (12, 13). Det anses som en säker metod med påvisbar hög reproducerbarhet i många studier (14). I Sverige etablerade Lennart Hansson och medarbetare metoden att använda capsaicin för inhalation (13). Han beskrev också en grupp patienter med uppreglerad hostreflex av okänd orsak. Capsaicin stimulerar sensoriska nerver via C-fibrerna, vilket ägnats mycket intresse inom smärtforskning (15). Den så kallade capsaicin-receptorn, TRPV1 (transient receptor potential channel vanilloid subunit 1), identifierades genetiskt 1997 och tillhör en grupp av så kallade jonkanaler som aktiverar nervbanor genom att med hjälp av jonflöde in och ut i cellerna utlösa en elektrisk signal (16). Receptorn stimuleras förutom av capsaicin, också av värme; >42° och surt pH. Också en rad andra stimuli anses kunna aktivera TRPV1 (17).

De senaste åren har en mängd nya studier undersökt hur receptorn kan stimuleras och blockeras. Även ett antal nya receptorer tillhörande TRP-kanalerna har beskrivits, bland annat TRPM8 som aktiveras av mentol och kyla och TRPA1 som stimuleras av olika retande ämnen och tillsammans med TRPV1 anses ha stor betydelse för hostreflexen (18). Vid

provokation med capsaicin-inhalation blir graden av hosta ett mått på graden av sensorisk känslighet i luftvägarna (19). En första kontrollerad studie på patienter med luftvägsöverkänslighet för dofter och kemikalier visade en dosberoende effekt av capsaicin, en effekt som effektivt gick att blockera med hjälp av en lidocain-inhalation (20, 21). Detta bekräftade att effekten av capsaicin förmedlas via sensoriska nerver.

Värdet av capsaicin-inhalationstestet vid diagnostik av SHR har studerats i olika undersökningar (8, 20-23). Primärt visades att patienter med känslighet för doftande, irriterande ämnen reagerade dosberoende med signifikant mer hosta än välkontrollerade astmatiker och friska försökspersoner (20). Det måste dock påpekas att astma eller allergi i sig inte utesluter känslighet för doftande, irriterande ämnen; en patient kan lida av *mer än en* sjukdom.

Dessutom förefaller patienter med obehandlad eller okontrollerad astma ha en ökad capsaicinkänslighet (24, 25). Björkpollenallergiska patienter med välkontrollerad astma uppvisade ett normalt test utanför säsong, men en ökad capsaicinkänslighet under björkpollenssäsongen, vilket tyder på att en aktiv allergisk inflammation kan medföra förhöjd sensorisk känslighet (26).

I en studie fann man att capsaicinkänsligheten ökade vid förkylning (27), och i andra visade det sig att rökare hade lägre sådan känslighet (28, 29). Kvinnor är mer känsliga för capsaicin än män (30). Vid lungfibros och kroniskt obstruktiv lungsjukdom är capsaicinkänsligheten ökad (31, 32). Testet är således inte specifikt utan kan vara positivt, alternativt påverkas, vid flera olika tillstånd. Andra sjukdomstillstånd i luftvägarna måste utredas/uteslutas på sedvanligt sätt innan utredningen kan bedömas som avslutad.

### Behandling

Det finns idag ingen effektiv behandling av SHR. Samtidig astma eller allergi ska naturligtvis behandlas optimalt men vår erfarenhet är att astma- och allergiläkemedel inte är verksamma eller har ytterst begränsad effekt. Det är dock betydelsefullt att kunna ge patienten en korrekt diagnos och vederhäftig information.

I kliniken är det av många anledningar värdefullt att med ett test kunna verifiera ett sjukdomstillstånd även om det som vid många andra sjukdomstillstånd är den

sammanlagda bilden som är avgörande för diagnosen. De flesta patienter upplever det positivt att få en bekräftelse på sina besvär och verkar härigenom ha lättare att acceptera och leva med sin sjukdom. Med hjälp av anamnes och capsaicin-inhalationstest kan man hos vissa patienter på ett säkrare sätt än tidigare utesluta astma, vilket har konsekvenser för den behandling och de råd man ger till patienten. Det är också väsentligt att kunna ge ett besked till sjukvården, arbetsplatsen, försäkringskassa och arbetsförmedling.

### Prognos

I en långtidsstudie av 17 SHR-patienter under fem år förblev besvären oförändrade på gruppnivå även om det förekom en del individuella variationer (8). Även den förhöjda capsaicinkänsligheten kvarstod. På sikt kan så kallade TRP-blockerare komma att prövas vid SHR. Dessa preparat som är i en sen fas av prövning (på människa) är främst tänkta för att användas vid kroniska, neuralgiska smärttillstånd men även för kronisk idiopatisk hosta.

EVA MILLQVIST

Avd för lungmedicin och allergologi,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,  
Göteborg

### Referenser:

1. Johansson A, Bramerson A, Millqvist E, Nordin S, Bende M. Prevalence and risk factors for self-reported odour intolerance: the Skovde population-based study. *Int Arch Occup Environ Health* 2005;78:559-64.
2. Kreutzer R, Neutra RR, Lashuay N. Prevalence of people reporting sensitivities to chemicals in a population-based survey. *Am J Epidemiol* 1999;150(1):1-12.
3. Meggs WJ, Dunn KA, Bloch RM, Goodman PE, Davidoff AL. Prevalence and nature of allergy and chemical sensitivity in a general population. *Arch Environ Health* 1996;51(4):275-82.
4. Sparks JP, Daniell W, Black DW, Kipen HM, Altman LC, Simon GE, et al. Multiple chemical sensitivity syndrome: a clinical perspective. *J Occup Med* 1994;36(7):718-37.
5. Cullen MR. The worker with multiple chemical sensitivities: an overview. *Occup Med* 1987;2(4):655-61.
6. Gots RE. Multiple chemical sensitivities--public policy. *J Toxicol Clin Toxicol* 1995;33(2):111-3.
7. Lowhagen O. Asthma and asthma-like disorders. *Respir Med* 1999;93(12):851-5.
8. Ternesten-Hasseus E, Lowhagen O, Millqvist E. Quality of life and capsaicin sensitivity in patients with airway symptoms induced by chemicals and scents: a longitudinal study. *Environ Health Perspect* 2007;115(3):425-9.

9. Millqvist E, Bengtsson U, Löwhagen O. Provocations with perfume in the eyes induce airway symptoms in patients with sensory hyperreactivity. *Allergy* 1999;54(5):495-9.
10. Hummel T, Mohammadian P, Marchl R, Kobal G, Lotsch J. Pain in the trigeminal system: irritation of the nasal mucosa using short- and long-lasting stimuli. *Int J Psychophysiol* 2003;47(2):147-58.
11. Johansson Å, Millqvist E, Bende M. Airway sensory hyperreactivity – relationship to asthma and psychiatric morbidity. Submitted 2010.
12. Fuller RW. Pharmacology of inhaled capsaicin in humans. *Respir Med* 1991;85 Suppl A:31-4.
13. Hansson L. The Human Cough Reflex in Health and Disease. Thesis. 1995.
14. Dicipinigaitis PV, Alva RV. Safety of capsaicin cough challenge testing. *Chest* 2005;128(1):196-202.
15. Robbins W. Clinical applications of capsaicinoids. *Clin J Pain* 2000;16(2 Suppl):S86-9.
16. Caterina MJ, Schumacher MA, Tominaga M, Rosen TA, Levine JD, Julius D. The capsaicin receptor: a heat-activated ion channel in the pain pathway. *Nature* 1997;389(6653):816-24.
17. Pingle SC, Matta JA, Ahern GP. Capsaicin receptor: TRPV1 a promiscuous TRP channel. *Handb Exp Pharmacol* 2007(179):155-71.
18. Bessac BF, Jordt SE. Breathtaking TRP Channels: TRPA1 and TRPV1 in Airway Chemosensation and Reflex Control. *Physiology (Bethesda)* 2008;23:360-70.
19. Dicipinigaitis PV. Short- and long-term reproducibility of capsaicin cough challenge testing. *Pulm Pharmacol Ther* 2003;16(1):61-5.
20. Millqvist E, Bende M, Löwhagen O. Sensory hyperreactivity - a possible mechanism underlying cough and asthma-like symptoms. *Allergy* 1998;53(12):1208-12.
21. Millqvist E. Cough provocation with capsaicin is an objective way to test sensory hyperreactivity in patients with asthma-like symptoms. *Allergy* 2000;55(6):546-50.
22. Johansson A, Löwhagen O, Millqvist E, Bende M. Capsaicin inhalation test for identification of sensory hyperreactivity. *Respir Med* 2002;96(9):731-5.
23. Johansson A, Millqvist E, Nordin S, Bende M. Relationship between self-reported odor intolerance and sensitivity to inhaled capsaicin: proposed definition of airway sensory hyperreactivity and estimation of its prevalence. *Chest* 2006;129(6):1623-8.
24. Ekstrand Y, Ternesten-Hasséus E, Löfdahl K, Palmqvist M, Arvidsson M, Millqvist E. Capsaicin cough sensitivity and relation to exhaled nitric oxide in asthma before and after treatment with inhaled corticosteroids. Submitted 2010.
25. Dicipinigaitis PV. Capsaicin responsiveness in asthma and COPD. *Thorax* 2001;56(2):162.
26. Weinfeld D, Ternesten-Hasséus E, Löwhagen O, Millqvist E. Capsaicin cough sensitivity in allergic asthmatic patients increases during the birch pollen season. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89(4):419-24.
27. O'Connell F, Thomas VE, Studham JM, Pride NB, Fuller RW. Capsaicin cough sensitivity increases during upper respiratory infection. *Respir Med* 1996;90(5):279-86.
28. Dicipinigaitis PV. Cough reflex sensitivity in cigarette smokers. *Chest* 2003;123(3):685-8.
29. Millqvist E, Bende M. Capsaicin cough sensitivity is decreased in smokers. *Respir Med* 2001;95(1):19-21.
30. Fujimura M, Kasahara K, Kamio Y, Naruse M, Hashimoto T, Matsuda T. Female gender as a determinant of cough threshold to inhaled capsaicin. *Eur Respir J* 1996;9(8):1624-6.
31. Doherty MJ, Mister R, Pearson MG, Calverley PM. Capsaicin induced cough in cryptogenic fibrosing alveolitis. *Thorax* 2000;55(12):1028-32.
32. Doherty MJ, Mister R, Pearson MG, Calverley PM. Capsaicin responsiveness and cough in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2000;55(8):643-9.

# ANNONS

# Nytt behandlingsalternativ för lungcancer godkänt

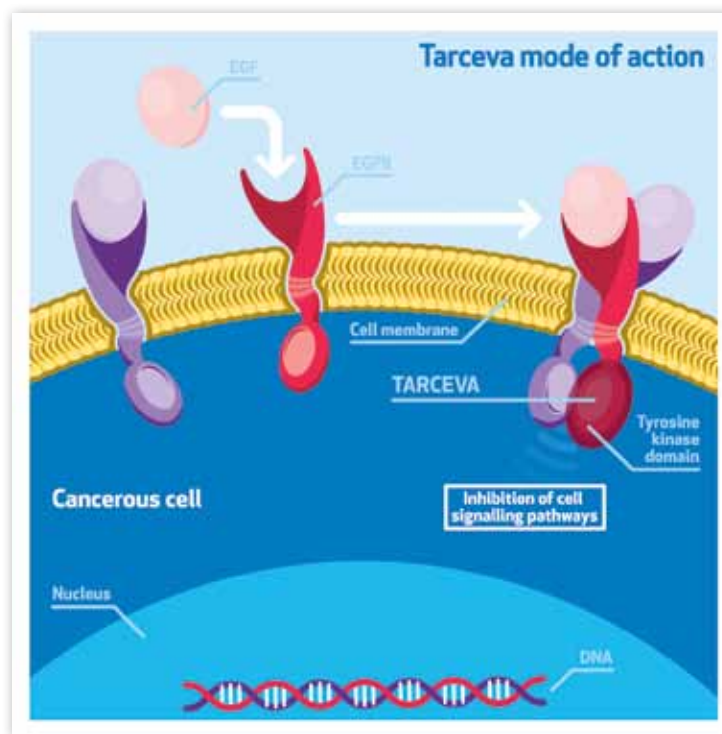
Patienter med avancerad lungcancer har fått ett nytt behandlingsalternativ godkänt i EU (1). Det är läkemedlet erlotinib som har fått godkänt för underhållsbehandling. Godkännandet gäller patienter med avancerad icke småcellig lungcancer, vars sjukdom är oförändrad (så kallad stabil sjukdom) efter initial cytostatikabehandling. I Sverige rör det sig om cirka 700 patienter varje år som kan vara aktuella för behandling. Godkännandet bygger på resultat från en fas III-studie, SATURN. Studien visade att när erlotinib ges som underhållsbehandling efter första linjens kemoterapi fördröjdes sjukdomens spridning och den totala överlevnaden ökade med 39%, motsvarande 2,3 månader i medianöverlevnad, jämfört med placebo (2).

SATURN-studien inkluderades 889 tidigare obehandlade patienter med avancerad icke småcellig lungcancer, vars sjukdom inte progredierat efter 4 cykler platinumbaserad cytostatikabehandling. De randomiserades mellan underhåll med erlotinib ( $n=438$ ) och placebo ( $n=451$ ). Studien visade att totalöverlevnaden förlängdes från 11 månader i placebogruppen till 12 månader för dem som fått erlotinib ( $HR=0,81$  ( $0,70-0,95$ )  $p=0,0088$ ) (3). Fortsatta analyser visade att de patienter som verkligen drog nytta av underhåll med erlotinib var de med stabil sjukdom efter cytostatikabehandlingen. Medianöverlevnaden för dessa patienter förlängdes från 9,6 till 11,6 månader ( $HR=0,72$  ( $0,59-0,89$ )  $p=0,0019$ ) (2). Den förlängda överlevnaden var kvarstod oberoende av undergrupp av sjukdomen: patienter med adenocarcinom, hade en totalöverlevnad i behandlingsgruppen på 13,7 månader jämfört med 10,6 månader för placebogruppen ( $p=0,0457$ ) och motsvarande siffror för dem med skivepitelcancer var 11,3 jämfört med 8,3 månader ( $p=0,0116$ ).

De patienter vars tumör hade krympt av cytostatikabehandlingen (komplett eller partiell respons) hade inte någon nytta av underhållsbehandlingen; medianöverlevnaden var 12,5 månader jämfört med 12 för placebo ( $p=0,62$ ) (2).

Andra studier har också pekat på att patienter med sämre svar på cytostatika är de som verkar ha mest att vinna på underhållsbehandling. Patienter vars sjukdom inte krymper på behandling med cellgifter har en sämre prognos med kortare överlevnad än de som har ett bra behandlings-svar (4). Det är också visat att chansen för patienter att få andra linjens behandling minskar ju sämre sjukdomen svarar på cellgiftsbehandling och att underhållsbehandling därför sannolikt kan göra störst nytta hos patienter med stabil sjukdom eller liten regress av tumören efter cellgiftsbehandling (5).

Erlotinib är en liten molekyl som blockerar aktiviteten hos ett Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR), också kallat  $HER_1$ , som stimulerar tillväxt och finns på ytan hos flera typer av tumörceller (6). Genom att blockera proteinet hämmas den okontrollerade celltillväxt som är utmärkande för cancerceller. Erlotinib har förhållandevis lindriga biverkningar och därmed bibehåller patienterna sin livskvalitet under underhållsbehandlingen, vilket visades i den livskvalitetsstudie som ingick som en del i SATURN (3).



## Referenser:

1. EMA/CHMP/86080/2010 Committee for medicinal products for human use (CHMP)
2. Coudert B et al. Survival benefit with erlotinib (Tarceva) maintenance therapy relative to prior chemotherapeutic response: a subanalysis of the phase III SATURN study in NSCLC. Date presented at the second European lung cancer conference (ELCC), Geneva, April 28 – May 1 2010 Abstract 2040
3. Cappuzzo F et al, on behalf of the SATURN Investigators. Overall survival analyses from the SATURN phase III placebo-controlled study of erlotinib as first-line maintenance therapy in advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC). Data presented at: European Cancer Organisation (ECCO) 15–34th European Society for Medical Oncology (ESMO), Multidisciplinary Congress; September 20–24, 2009; Berlin, Germany. Abstract 22LBA
4. Primo N et al. Disease control rate at 8 weeks predicts clinical benefit in advanced non-small-cell lung cancer: results from southwest oncology group randomized trials. *J Clin Oncol* (2008) 26:463–487.
5. Sun JM et al. Who Are Less Likely to Receive Subsequent Chemotherapy Beyond First-Line Therapy for Advanced Non-small Cell Lung Cancer? Implications for Selection of Patients for Maintenance Therapy. *J Thorac Oncol* (2010) 5 (4):540–545.
6. Bianco R et al. Rational bases for the development of EGFR inhibitors for cancer treatment *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology* 39 (2007) 1416–1431

# CPAP-register klart i höst!

**Andningssviktregistret Swedevox, som drivs av SLMF med ekonomiskt stöd från SKL, kommer i höst att utvidgas med en länge efterfrågad CPAP-arm.**

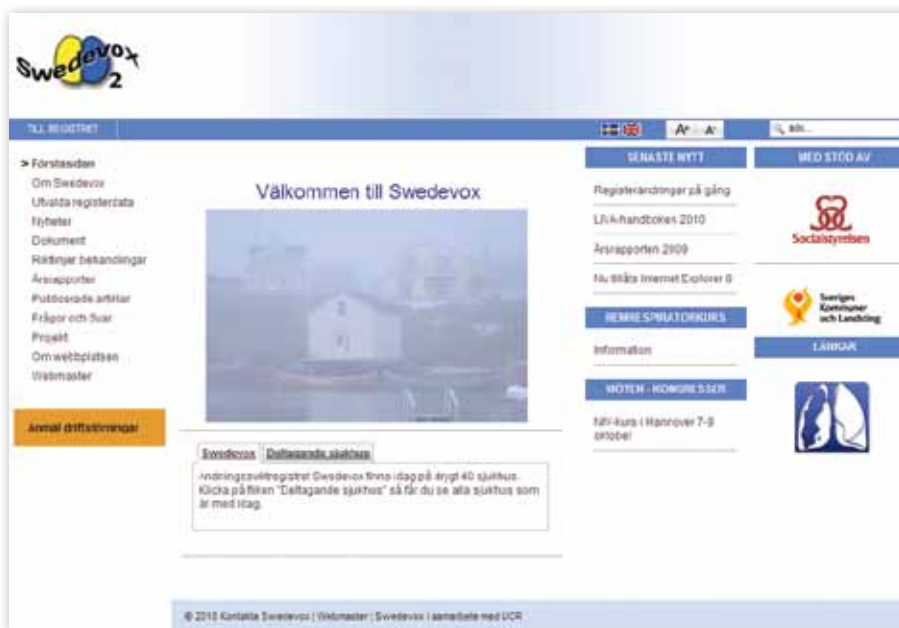
**Här presenteras litet bakgrundsfakta och förhandsinformation om nyheterna i Swedevox.**

Andningssviktregistret Swedevox ([www.ucr.uu.se/swedevox](http://www.ucr.uu.se/swedevox)) har samlat en internationellt sett unikt lång nationell serie av oxygen- och hemrespiratorbehandlade patienter. Sedan några år är jag huvudansvarig för registret. Jag har i många år fått frågan från kolleger runtom i landet om vi inte skall börja registrera även CPAP-behandling av sömnapnépatienter. Jag har tvekat, eftersom det finns många aktörer inblandade utöver lungläkare. SKLs övertagande av kvalitetsregistren har dock inneburit ett lyft för registerverksamheten som sådan. Jag har sett att verksamhet som registreras mer eller mindre automatiskt får en högre "status". När SLMFs styrelse gav mig uppdraget att utvidga Swedevox med en CPAP-arm var det därför ganska enkelt att acceptera.

Arbetet tillsammans med vårt registercentrum UCR i Uppsala har redan börjat, och en körbar version kan eventuellt vara klar redan i juli. Samtidigt med detta görs vissa ändringar även i nuvarande delar av Swedevox. Alla kommer att logga in som vanligt, men sedan väljer man mellan att titta på enbart oxygen, enbart hemrespirator eller enbart CPAP vid inmatning i registret.

I den första fasen av CPAP-armen kommer hela Skåne att vara med, det vill säga även öronklinikerna i Ystad, Ängelholm, Helsingborg och Kristianstad. Vidare kommer Uppsala, Umeå, Linköping och Skövde att vara med redan från början. När vi sedan anser att systemet är stabilt kommer övriga kliniker i landet efterhand att tillfrågas om sin önskan att medverka.

De variabler som skall registreras är förstås AHI o/e ODI, ESS samt BMI och ev. förekomst av hypertoni (som enkel markör för komorbiditet). Vidare efterfrågas information om vilken typ av diagnostik som utförts (PSG, nattlig andningsregist-



[www.ucr.uu.se/swedevox](http://www.ucr.uu.se/swedevox)

»Det skall inte behöva ta mer än 2–3 minuter att göra en inmatning, förutsatt att man har alla uppgifter till hands.«

rering eller enbart oximetri). Datum för remiss till diagnostik, datum för själva undersökningen samt datum för CPAP-utprovningen ger möjlighet för jämförelse av ledtider i utredning och behandling. Typ av utrustning (CPAP, APAP, BilevelPAP, samt befuktare) kan användas för senare analys av compliance. Vid ettårsuppföljningen efterfrågas ESS, BMI samt användarcompliance i timmar per natt.

Jag har förankrat variabelvalet bland de kliniker som skall vara med i startfasen, samt i Swedevox styrgrupp. Jag har vinnlagt mig om att göra inmatningen snabb och enkel. Det skall inte behöva ta mer än 2–3 minuter att göra en inmatning, förutsatt att man har alla uppgifter till hands. Det gäller alltså att ta bort så många "bra-att-ha"-data som möjligt om man vill prioritera en hög registreringsprocent.

Det finns naturligtvis andra möjliga sätt att göra kvalitetsregistrering av sömnapnéutredning och -behandling. Ett diagnosbaserat register har föreslagits av Jan Hedner och Ludger Grote i Göteborg. Detta behöver inte stå i motsatsställning

till CPAP-armen i Swedevox, lika litet som riks-KOL står i konflikt med oxygendelen i Swedevox. Erfarenheten från andra kvalitetsregister är dock att det är lättare att få god anslutning till ett händelsedrivet register än till ett diagnosbaserat.

Resultaten från CPAP-armen kommer förstås att offentliggöras på samma sätt som övriga data i Swedevox, det vill säga i form av årsrapporter tillgängliga på registrets webbplats, samt vid registermötet, och vid möten anordnade av Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin.



**BENGT MIDGREN**

Docent, överläkare  
Lung- och allergikliniken  
Skånes Universitetssjukhus i Lund

# ANNONS

# Onödig rädsla för allergiläkemedel

## Ny broschyr hjälper gravida att medicinera rätt

**Trots att astma och allergi är de allra vanligaste sjukdomarna hos kvinnor i fertil ålder har vården länge saknat en vetenskaplig sammanställning om hur sjukdomarna ska behandlas under graviditet och amning. Motsägelsefulla råd har lett till att kvinnor ofta helt har avstått från behandling – och därmed riskerat både sin egen och barnets hälsa.**

I samband med den Internationella Astmadagen den 4 maj 2010 presenterar Astma- och Allergiförbundets forskningsfond en ny broschyr riktad till gravida och ammande kvinnor med astma och allergi. Den ger vetenskapligt grundade råd om hur man bäst behandlar sin sjukdom under den tid man väntar barn och ammar. Broschyren är mycket efterlängtd eftersom läkare, barnmorskor och apotekspersonal ibland har lämnat motsägelsefulla råd om läkemedlens påverkan på kroppen och fostret. De olika råden beror bland annat på att det kan finnas olika rekommendationer i FASS för synonyma preparat. Texten i FASS kan också vara för dåligt uppdaterad och/eller skilja sig från den text som finns på läkemedlets bipacksedel.

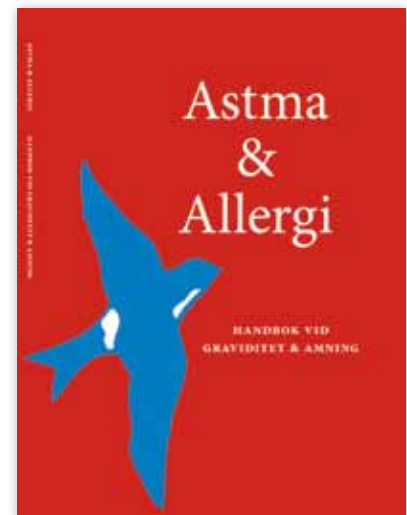
Den nya broschyren heter *Så sköter du om din astma och allergi under graviditeten*

och distribueras nu till landets alla vård- och mödravårdscentraler. Den bygger på en handbok riktad till vårdpersonal, som vetenskapligt klargör hur gravida och ammande kvinnor med astma och allergi ska behandlas: *Astma & Allergi – handbok vid graviditet och amning*. En grupp ledande svenska specialistläkare och forskare har sammanställt den senaste forskningen på området och presenterar den tillsammans med sina egna gedigna erfarenheter.

– Det är viktigt att allergiska kvinnor känner sig trygga med sin behandling under graviditet och amning, så att onödiga komplikationer undviks. Obehandlad astma kan bland annat leda till svåra astmaattacker som kan påverka fostrets tillväxt och leda till för tidig födsel, säger Leif Bjermer, professor på Lung- och Allergikliniken vid Universitetssjukhuset i Lund och ordförande i redaktionskommittén.

Både broschyren och handboken kan beställas eller laddas ned från Astma- och Allergiförbundets hemsida: [www.astmaoallergiforbundet.se](http://www.astmaoallergiforbundet.se).

Vid medicinska frågor, var god kontakta: Leif Bjermer, professor på Lung- och Allergikliniken vid Universitetssjukhuset i Lund, telefon 070-212 68 45, [leif.bjermer@med.lu.se](mailto:leif.bjermer@med.lu.se)



### Luftvägsregistret

RiksKOL och NAR (Nationella Astmaregistret) har 7 maj 2010 hållit sitt första gemensamma styrgruppsmöte. De två registren, som stöds med medel från Sveriges Kommuner och Landsting, ska nu samlas under en gemensam portal kallad Luftvägsregistret. Härigenom kommer samordningsvinster att göras och sammanslagningen är helt i linje med SKLs intentioner att effektivisera registren och göra det lättare för användarna.

Luftvägsregistrets årsmöte äger rum i Göteborg 30 september (lunchtid) till 1 oktober (lunchtid). I samband med detta kommer ett utbildningsprogram att erbjudas. Håll ögonen öppna framöver för den inbjudan som inom kort kommer.



# Wikipedia – uppslagsverk som redigeras av användarna själva

The screenshot shows the Wikipedia page for 'Influensa'. At the top, there are tabs for 'artikel', 'diskussion', 'redigera', and 'historik'. The main text defines influenza as an infectious disease caused by influenza viruses, a group of viruses in the family Orthomyxoviridae. It notes that influenza is a zoonosis, spreading between animals and humans. The article lists three types of influenza viruses: A, B, and C, with brief descriptions of their characteristics. On the right side, there is a section titled 'Influensa' with a microscopic image of the virus and a list of subtypes: hästinfluensa, svininfluensa, fågelinfluensa, influensavirus typ A, influensavirus typ B, and influensavirus typ C. Below this, it lists examples of subtypes of influenza A: H1N1, H1N2, H3N2, and H5N1. The left sidebar contains navigation and search options.

## Kan vi lita på det vi läser på Internet?

Svaret är naturligtvis att det kan vi inte – lika lite som vi obehjälpligt kan lita på annan information som når oss via andra medier.

Uppslagsverket Wikipedia har haft en närmast explosionsartad utveckling. Det är en bra resurs på många sätt, men man ska vara medveten om att det inte finns någon central kvalitetsgranskning och kontroll av det som publiceras där. Den står användarna för istället.

## Helt andra förutsättningar

När man söker efter något på Google eller någon annan sökmotor, får man ofta en träff som leder till det Internetbaserade uppslagsverket Wikipedia. Här har vi sökt på ordet *influensa* i Google och vi ser här en av de träffar vi får. Den är rankad nummer fyra när vi gör sökningen:

[Influensa - Wikipedia](#)  
 Influensa, infektionssjukdom orsakad av influensavirus, en grupp virus i familjen orthomyxovirus. Influensa är en sjukdom som skall betecknas som en zoonos, ...  
 sv.wikipedia.org/wiki/Influensa - 38k - Cachad - Länkande sidor

När vi klickar på denna länk, kommer vi till följande sida (se den stora bilden överst).

Wikipedia har fått ett fenomenalt genomslag på Internet, och därför blir det allt vanligare att vi hamnar i detta uppslagsverk när vi söker efter information på nätet. Antalet artiklar i Wikipedia ökar dessutom hela tiden.

Men vad är Wikipedia, och vad är det som skiljer detta uppslagsverk från andra som också finns på Internet?

Det är ganska viktigt att man har klart för sig de förutsättningar som råder på Wikipedia, och det är dessa vi ska titta närmare på i denna artikel. Det skiljer nämligen sig en hel del mellan Wikipedia och t.ex. Nationalencyklopedin och Encyclopedia Britannica.

## Uppdateras ständigt

Till att börja med så är det helt gratis att använda sig av Wikipedia. Den svenska Nationalencyklopedin har en Internetupplaga (med över 460 000 artiklar) som det kostar 549 kronor per år att prenumera på. Britannica kostar c:a 70 dollar om året.

Naturligtvis är det betydligt billigare att skaffa sig ett Internetkonto till dessa, jämfört med att köpa dem inbundna i bokform. Det finns en annan fördel också: På nätet är det ju enkelt att snabbt uppdatera informationen i en viss artikel.

Wikipedia kallar sig för "Den fria encyklopedin", men det är inte först och främst kostnadsfriheten man syftar på då. Istället är det – och det är detta man ska vara medveten om – det faktum att *vem som helst*, när som helst, kan uppdatera och ändra i den information man hittar här!

Hela idén med Wikipedia är att alla kan komma åt och redigera den information som finns. Uppslagsverket uppdateras därför ständigt.

Detta system har både för- och nackdelar. Det har också inne-

burit att Wikipedia har blivit omdebatterat och bl.a. kallats "världens största klotterplank".

Ändå är det så att det finns många fördelar med uppslagsverket – en källkritisk granskning är som alltid självklar, men det gäller inte bara på Wikipedia. Just detta uppslagsverk tillhandahåller dock ovanligt bra möjligheter att utföra just en sådan.

### 300 000 artiklar

Wikipedia grundades under början av 2001 av två personer – internetoperatören Jimmy Wales och filosofen Larry Sanger. Ordet *wiki* (som ursprungligen är hawaiianska och betyder snabb) står för en webbplats som är öppen för alla användare att redigera innehållet på.

Från början var språket engelska – och den engelskspråkiga versionen är fortfarande den mest omfattande. Den innehåller över två och en halv miljon artiklar (september 2008).

Innan utgången av 2001 fanns Wikipedia på 18 olika språk. Idag finns mer än 200 olika språkversioner av uppslagsverket. Det är viktigt att komma ihåg att varje språkversion utgör en *egen* version av Wikipedia.

Redan startåret 2001 kom den första svenskspråkiga versionen, men utvecklingen tog inte fart på allvar förrän under slutet av 2002. När denna text skrives innehåller svenska Wikipedia drygt 300 000 artiklar.

Principen är enkel: Någon skriver en faktatext om ett ämne, och publicerar sedan resultatet på webbplatsen. När någon annan sedan läser denna text, kan denne enkelt (det krävs bara några musklick) gå in och redigera den text som är publicerad. Detta gör naturligtvis även webbplatsen öppen för mindre nogräknade användare, som kan lägga till felaktiga fakta eller sådant som är att betrakta som rent klotter.

### Två olika typer av sökningar

Men det har visat sig att om någon gör just det, så kommer *andra* användare – som är serösa och har ordentlig kunskap i ämnet – att snabbt ingripa för att återställa ordningen. I Wikipedia finns hela tiden en historik – man kan enkelt läsa hur sidan såg ut i tidigare versioner och man kan med ett enkelt musklick även *återställa* den tidigare versionen.

Det fantastiska är att det på det stora hela har visat sig fungera.

Vi ska visa hur det går till, och vi tar texten om influensa i den svenskspråkiga versionen som utgångspunkt. Vi går till

adressen [www.wikipedia.se](http://www.wikipedia.se) (som kommer att ändras i adressfältet till [se.wikipedia.org/Portal:Huvudsida](http://se.wikipedia.org/Portal:Huvudsida)) och skriver sedan in ordet *influensa* i sökrutan.

Det finns två sätt vi kan hantera den sökning vi vill göra. Om vi klickar på knappen *Sök* direkt under sökrutan, kommer vår sökning att omfatta alla artiklar i Wikipedia som innehåller ordet influensa – alltså på samma sätt som om vi utför en sökning på ordet i en sökmotor. I det här fallet ger det 1595 träffar.

Om vi däremot vill använda Wikipedia på samma sätt som vi använder ett uppslagsverk – alltså slå upp ordet influensa som ett uppslagsord, för att läsa den artikel som finns om influensa – klickar vi istället på *Gå till* direkt under sökrutan.

För att förklara skillnaden mellan dessa två sökningar kan vi illustrera med en annan artikel i Wikipedia: Slår man upp artikeln om *Spanska sjukan*, så förekommer ordet influensa även i den texten – men ämnet är alltså Spanska sjukan. En sådan träff genereras om man klickar på *Sök*. Däremot kommer vi direkt till *artikeln* om just influensa om vi klickar på *Gå till*.

### Sidornas egna historik

Längst upp på den sida vi kommer till när vi kommer till artikeln, finns det fyra flikar – *artikel*, *diskussion*, *redigera* och *historik*. Detta gäller för alla artiklar vi hittar på Wikipedia.

När vi kommer till sidan är det fliken *artikel* som är aktiverad. Vi klickar på fliken *historik*. Här ser vi ett utsnitt av övre delen av sidan (se bild 4).

Var gång någon ändrar i uppslagstexten om influensa, skapas en logg på den här sidan. I normalinställningen ser vi de 50 senaste loggfilerna. Längst ned kan vi klicka oss bakåt – 50 i taget – och på så sätt komma fram till den första loggfilen. På detta sätt kan vi konstatera att den första texten skapades 18 november, 2003 kl. 15:42.

Sedan den gången har alltså ett stort antal redigeringar av texten ägt rum. Genom att räkna loggfilerna kommer vi fram till att ganska exakt 100 sådana redigeringar är gjorda. ☺



Bild 4

## Versionshistorik för "Influensa"

Visa loggar för denna sida

Bläddra i historiken

Från år (och tidigare):  Från månad (och tidigare):  Utför

(Senaste | Första) Visa (50 nyare) (50 äldre) (20 | 50 | 100 | 250 | 500)

Val av diff: markera i klickrutorna för att jämföra versioner och tryck enter eller knappen längst ner.

Förklaring: (nuvarande) = skillnad mot nuvarande version; (föregående) = skillnad mot föregående version; m = mindre ändring.

Jämför angivna versioner

- (nuvarande) (föregående)  6 januari 2009 kl. 14.49 JAnDbot (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot Ändrar: fa: (تغییرات)) (gör ogjord)
- (nuvarande) (föregående)  26 december 2008 kl. 23.15 VolkovBot (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot Lägger till: hi: (इन्फ्लुएंजा)) (gör ogjord)
- (nuvarande) (föregående)  9 december 2008 kl. 21.43 ArthurBot (Diskussion | Bidrag) m (7 692 byte) (robot Lägger till: sco:Haingles, tg:ᠮᠠᠨᠨ) (gör ogjord)

Vi tittar på de två senaste loggfilerna.

- (nuvarande) (föregående) 6 januari 2009 kl. 14.49 JAnDbot (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot *Ändrar: fa: انظر انترا* (gör ogjord))
- (nuvarande) (föregående) 26 december 2008 kl. 23.15 VolkovBot (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot *Lägger till: hi: इन्फ्लुएंजा* (gör ogjord))

Längst till vänster finns orden **(nuvarande)** och **(föregående)**. Från och med den andra loggfilen är bägge klickbara. På så sätt kan vi snabbt se vad det är som ändrats mellan de olika versionerna.

<span>(nuvarande)</span> <span>(föregående)</span> <span>27 oktober 2007 kl. 10.08</span>
<span>(nuvarande)</span> <span>(föregående)</span> <span>7 maj 2007 kl. 21.57</span>
Jämför angivna versioner

För att illustrera hur det kan se ut, klickar vi på två äldre loggfiler – 27 oktober, 2007 och den dessförinnan, 7 maj, 2007 och markerar dessa. Därefter klickar vi på knappen *Jämför angivna versioner*.

Den sida vi då kommer till har två spalter, där de textavsnitt som ändrats är markerade med olika färger – gult för den äldre versionen och grönt för den nyare. Själva ändringarna är markerade med röd text. Vi ser här ett utsnitt av sidan:

Rad 18:

==Influensa hos människan==

Influensan ger, efter [[inkubationstid]]en på ett par dagar, snabbt kraftiga symptom. Inom ett par timmar kan man gå från fullt frisk till [[feberfrossa]]. Hög feber är **vanligt**, liksom muskelsmärter och huvudvärk.  
- Hosta förekommer i de flesta fall som ett typiskt symptom. Influensa kan även ge nysningar och rinnande

Rad 18:

==Influensa hos människan==

Influensan ger, efter [[inkubationstid]]en på ett par dagar, snabbt kraftiga symptom. Inom ett par timmar kan man gå från fullt frisk till [[feberfrossa]]. Hög feber är **vanlig**, liksom muskelsmärter och huvudvärk.  
+ Hosta förekommer i de flesta fall som ett typiskt symptom. Influensa kan även ge nysningar och rinnande

Vi kan då konstatera att alla ändringar som skett den här gången är av grammatisk karaktär. I meningen ”Hög feber är *vanligt*” har ordet *vanligt* ändrats till *vanlig*. De andra ändringar som gjorts är att ordet *viktigt* på samma sätt ändrats till *viktig*, och i avsnittet om influensavaccin står meningen ”I mitten av februari varje år *tas* ett beslut inom WHO...” där man ändrat ordet *tas* till *fattas* – ”...varje år *fattas* ett beslut...”.

### Användarnamn eller IP-nummer

Vem är det då som utfört dessa ändringar? Om vi tittar på loggfilerna kan vi se ibland se en signatur. Om en sådan inte finns, står där ett IP-nummer istället.

Ett IP-nummer är den adress en dator som är uppkopplad mot Internet per automatik erhåller, och då vet vi naturligtvis inte något ytterligare om den person som står bakom ändringen. Vi kan dock se i en sammanställning (om vi klickar på IP-numret) om samma IP-nummer dyker upp i andra artikelsammanhang på Wikipedia, samt klicka för att se dessa – och därigenom söka bilda oss en uppfattning om relevansen i denne persons andra korrigeringar.

Om det finns ett användarnamn, klickar man på det istället och kommer då till en sida där personen i fråga presenterar sig själv. Även här finns en sammanställning av vad signaturen utfört för redigeringar på Wikipedia, och som vi kan ta del av. Ibland presenterar personerna sig med namn och adress, ibland skriver de endast allmänt om sig själva. Det viktiga är att vi kan granska vad de tidigare och senare utfört för andra redigeringar. Det hjälper oss att skapa en uppfattning om deras allmänna trovärdighet.

Så här (bild 8) presenterar sig en av användarna som redigerat artikeln om influensa. (*Vi har kryssat över vissa uppgifter.*)

**Namn:** xxxxxx xxxxxx

**Född:** den xx 1984

**Verkar:** i Linköping, Östergötland

**Bakgrund:** Studerar till läkare på Hälsouniversitetet i Linköping, går termin 7 från och med Januari 2009.

Har innan dess läst till civilingenjör i Teknisk fysik och elektroteknik (Y-linjen) på på LITH (Linköpings Tekniska Högskola) men har nu tagit uppehåll sedan jag kom in på läkarprogrammet. Tog studenten på Ekebyholmskolan 2003. Är adventist och kommer försöka se till att den sidan är saklig och så neutral som möjligt.

**Intressen:**

- Schack, spelar i Linköpings allmänna schackklubb (LASS)

**Bidrag på wikipedia:**

- Oxidativ fosforylering
- Elektrontransportkedjan
- Mall:Ringamas herre
- Ureacykeln
- WP:VMS Veckans Medicinska Samarbete

**Är medlem i:**

- Wikipedia:Projekt Medicin (som jag startade den 4 feb 2007)
- Wikipedia:Projekt kemi

Referenssidor:

- Wikipedia:Hur man lägger in bilder på en sida - bra bildhjälp
- Wikipedia:Tabeller - hur man redigerar tabeller
- Wikipedia:Lista över användare-mallar - piffa upp din wikisida
- Wikipedia:Begäran om åtgärder - anmälan av notoriska klottrare
- Wikipedia:Namngivning - hur artiklar bör namnges
- Uggleupplagan av Nordisk familjebok ☞
- Länkar utifrån T4's nyckelord (pyramiderna)

### Diskutera eller redigera

Vi kan också diskutera innehållet i en artikel. Då klickar man på fliken *diskussion* längst upp på sidan. Just den här texten ingår i *Projekt medicin* – ett försök att kvalitetsgranska, förbättra och standardisera viktiga medicinrelaterade artiklar på

Wikipedia. Här är det fritt fram att anmäla sitt intresse – för att vara med och förbättra den aktuella texten man klickat sig från, alternativt gå med i projektet som deltagare, eller att bara diskutera innehållet i dessa texter. Det är bara att klicka vidare på det man önskar.

Slutligen kan vi alltså direkt redigera den text vi läser – utan att först gå med i någon grupp. Det kan ske genom att vi klickar på fliken *redigera* längst upp på sidan. Då kommer hela texten att öppna sig i en särskild ruta där vi kan skriva in våra ändringar, förhandsgranska hur slutresultatet kommer att se ut, och sedan välja att spara dem.

Länken *redigera* finns också efter varje ny underrubrik.

**Ärligen återkommande influensa** <sup>[redigera]</sup> Klickar vi där är det bara den text som visas under den aktuella underrubriken som öppnas i redigeringsrutan.

I båda fallen skapas en loggfil, och den ändrade texten kommer snart att visas i Wikipedia.

### Källredovisning

När man redigerar en text på Wikipedia förbinder man sig till att den text man publicerar inte är kopierad ur ett copyright-skyddat verk. Det är knappast så att man kan bötfällas för det om man gör det ändå – i alla fall inte om man gör det anonymt – men den kommer ganska snabbt att bli raderad.

Den sista länken för varje loggfil är nämligen ”**gör ogjord**”. Ett klick på den, så tas obarmhärtigt den redigering man gjort bort. Kom ihåg att detta kan alltså *alla som klickar sig in* till loggfilerna göra!

Man vill dessutom att den som gör en redigering av en text också lämnar en källa till de faktauppgifter man lämnar. Dessa referenser presenteras med små upphöjda siffror i anslutning till texten. Så här ser de ut:

Influensa orsakar årligen återkommande epidemier. Läkemedelsverket har i samarbete med Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) och inbjudna experter tagit fram behandlingsrekommendationer för den årliga återkommande influensan.<sup>[1]</sup>

Källorna är samlade längst ned under artikeln. Ett klick på själva siffran för oss direkt ned till denna förteckning. I det här fallet är det en länk till Läkemedelsverkets hemsida.

I exemplet ovan är orden *epidemier* och *Läkemedelsverket* länkade. Det ser vi eftersom de är markerade med blått. Det innebär att just dessa ord finns som egna uppslagsord på Wikipedia, och vi kan förflytta oss direkt till dessa artiklar genom att klicka på orden.



### Lika bra som Encyclopedia Britannica

Fungerar verkligen då det här?

Wikipedia är, som vi redan konstaterat, en omdiskuterad företeelse. Men strukturen som vi redogjort för, medger under alla omständigheter att vi har unika möjligheter till att *själva* källkritiskt granska det vi finner i uppslagsverket.

Den ansedda tidskriften *Nature* lät göra en studie i frågan. Man valde ut ett stort antal artiklar i varierande ämnen och skickade ut dem till sina granskare för undersökning. Undersökningen gick ut på att två artiklar över ett ämne – en från Wikipedia (den engelska versionen) och en från Encyclopedia

Britannica – jämfördes och kvalitetsgranskades av Natures experter. Tidningens granskare fick dock inte veta var de kom ifrån, utan de ombads att endast kvalitetsgranska informationen i texterna.

Sammanlagt 42 granskare levererade kommentarer som var användbara om ett stort antal artiklar. Totalt fann de åtta fel – och dessa fördelades jämt mellan de båda uppslagsverken: Fyra faktafel i Britannica och fyra i Wikipedia!

De påpekade också småfel, och totalt konstaterades 162 sådana i Wikipedia-materialet mot 123 i motsvarande material från Britannica.

Inga stora skillnader alltså. Och om inte annat så tjänar denna studie till att visa på att man inte blint ska förlita sig på *någon* källa!

Svenska Dagbladet utförde ett liknande test – de lade avsiktligt ut felaktig information – och det tog en, respektive tre, dagar innan tidningen kunde konstatera att den blivit raderad.

Referenser till dessa undersökningar återfinns i slutet av denna artikel.

### Källkritik – som alltid

Sammantaget så är Wikipedia varken ett klotterplank eller en källa till absolut och oantastlig kunskap. Men det är knappast något annat uppslagsverk heller...

Det som är bra är att Wikipedia är kostnadsfri och dessutom helt reklamfri. Man lever på donationer av användare – och när man strax före jul gick ut med ett upprop för mer medel, hörsammades detta över förväntan.

Wikipedia är absolut bättre än sina ”seriösa” konkurrenter när det gäller populärkultur och ofta även när det gäller samhällsfrågor. Det beror naturligtvis på att det är ämnesområden som intresserar många av dess användare.

Wikipedia – och den filosofi som ligger bakom – engagerar. Det finns all anledning att tro att uppslagsverket har framtiden för sig.

Men självklart är det så att man ska ha med sig sitt källkritiska sinne, överallt på Internet. Det gäller alltså i högsta grad även på Wikipedia.

PER LUNDBLAD

### Fotnoter

1. Läs mer om Wikipedia på [www.almhult.se/toppmeny/barnutbildning/grundskola/gemet/kunskapsguiden/tanker/kallkritik/wikipedia.4.6c603f99112b8bcbfe6800014018.html](http://www.almhult.se/toppmeny/barnutbildning/grundskola/gemet/kunskapsguiden/tanker/kallkritik/wikipedia.4.6c603f99112b8bcbfe6800014018.html) – enklare är att skriva *wikipedia älmhults kommun* i Google och sedan ta den länk som har domännamnet *almhult.se* (tredje uppfifrån när denna text skrives).

Sidan är väl värd att söka upp – här finns flera länkar om olika aspekter på Wikipedia, och framför allt en länk till en instruktiv film som närmare reder ut hur man använder uppslagsverket till att bedriva källkritik.

2. Läs mer om **Natures** studie på [news.cnet.com/2100-1038\\_3-5997332.html](http://news.cnet.com/2100-1038_3-5997332.html)

3. **Svenska Dagbladets** undersökning finns på adressen [www.svd.se/kulturnoje/nyheter/artikel\\_305804.svd](http://www.svd.se/kulturnoje/nyheter/artikel_305804.svd)

4. Regionbiblioteken i Sverige har gett ut en skrift **Wikipedias fel och brister – en angelägenhet för biblioteken?** som också är mycket läsvärd. Den består av 33 sidor i pdf-format som kan hämtas på [www.regionbiblioteket.stockholm.se/upload/\\_Dokument/wikipedia.pdf](http://www.regionbiblioteket.stockholm.se/upload/_Dokument/wikipedia.pdf)

## SLMF:s STYRELSE 2010

### Marie Ekberg

#### Ordförande

Skånes Universitetssjukhus, Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund, Tel: 046-17 10 00 vx, marie.ekberg@skane.se

### Kristina Lamberg-Lundström

#### Vice ordförande

Ansvarsområde: remissgranskare  
Lung- och Allergikliniken, Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala, Tel: 018/611 00 00, Fax: 018/ 6114108  
kristina.lamberg.lundstrom@akademiska.se

### Claes-Göran Löfdahl

#### Avgående ordförande

Skånes Universitetssjukhus, Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund, Tel: 046-17 10 00 vx  
claes-goran.lofdahl@med.lu.se

### Anne Lindberg

#### Facklig representant

Ansvarsområde: Protokoll och kallelser  
Lung- och allergimottagningen, Sunderby Sjukhus  
971 80 Luleå, Tel: 0920-28 20 00, anne.lindberg@nll.se

### Eva Lindberg

#### Vetenskaplig sekreterare

Lung- och Allergikliniken, Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala, Tel: 018-611 00 00 vx, Fax: 018-611 02 28  
eva.lindberg@akademiska.se

### Anders Planck

#### Kassaförvaltare

Ansvarsområde: medlemsansvarig  
Medicinkliniken/Lungmottagningen, Kärn sjukhuset  
541 85 Skövde, 0500-431000 vx, anders.planck@vgregion.se

### Roland Söderholm

#### Ledamot

### Magnus Löfdahl

#### Ledamot

Ansvarsområde: SLMFs hemsida  
Karolinska Universitetssjukhuset, Lung Allergi kliniken, Solna  
Box 60 500, 17176 Stockholm, magnus.lofdahl@karolinska.se

### Elke Peters

#### Yngre Ledamot

Ansvarsområde: utbildningsfrågor  
Skånes Universitetssjukhus, Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund, Tel: 046-17 10 00 vx, elke.peters@skane.se

### Lennart Hansson

#### Adjungerad ledamot

Ansvarsområde: internationella frågor, FERS-representant  
Skånes Universitetssjukhus, Lung- och allergikliniken  
221 85 Lund, Tel: 046-171000 vx, Lennart.Hansson@skane.se

### Studierektorer lungsjukdomar Sverige 2010:

NUS Umeå: Annika Wallin (annika.wallin@vll.se)  
SU Göteborg: Margaretha Smith (margaretha.smith@lungall.gu.se)  
KI Solna: Theo Gulen (theo.gulen@karolinska.se)  
Maria Diakopoulou (maria.diakopoulou@karolinska.se)  
Örebro: vakant  
Linköping: Per Jakobsson (per.jakobsson@lio.se)  
SUS Lund/Malmö: Meltem Nystedt (meltem.nystedt@skane.se)  
Akademiska Uppsala: Mary Kämpe (mary.kampe@akademiska.se)

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

## SFFA:s STYRELSE 2010

### Pär Gyllfors

#### Ordförande

Astma- och allergimottagningen, S:t Görans sjukhus  
112 81 Stockholm  
par.gyllfors@astmaallergi.stgoran.se

### Peter Odebäck

#### Vice ordförande

Capio Citykliniken Haga, Skäpplandsgatan 31-33  
703 46 Örebro  
peter.odeback@capio.se

### Alf Tunsäter

#### Vetenskaplig sekreterare

Allergimottagningen, Lunds Universitetssjukhus  
221 85 Lund  
alf.tunsater@med.lu.se

### Eva Hallner

#### Sekreterare

Institutet för miljömedicin, Norrbacka  
171 76 Stockholm  
eva.hallner@ki.se

### Catarina Lensmar

#### Kassör

Lung Allergikliniken,  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
171 76 Stockholm  
catarina@lensmar.com

### Mihály Matura

#### Ledamot

Institutet för miljömedicin, Norrbacka, 3tr  
171 76 Stockholm  
mihaly.matura@ki.se

### Lucia Mincheva-Nilsson

#### Ledamot

Klinisk mikrobiologi, Umeå universitet  
901 85 Umeå  
lucia.mincheva-nilssonclimi.umu.se

### Teet Pullerits

#### Ledamot

Allergimottagningen, SU Sahlgrenska  
413 45 Göteborg  
teet.pullerits@lungall.gu.se

### Per Thunqvist

#### Ledamot

Sachsska Barnsjukhuset (Södersjukhuset)  
118 83 Stockholm  
per.thunqvist@sachsska.sos.sll.se

[www.sffa.nu](http://www.sffa.nu)



## Ansiktslyft för SLMFs hemsida

**Som ni säkert redan lagt märke till, har SLMFs hemsida fått ett helt nytt utseende.**

### **Tydligare koppling till läsarnas önskemål om innehåll**

Hemsidans utseende och struktur har harmoniserats med föreningens tidigare hemsida, men med mer information och med en enklare sökfunktion. Arbetet genomfördes under våren 2010 av Peo Götheson, Mediahuset i Göteborg AB och Magnus Löfdahl, webbmaster för hemsidan.

### **Överskådlig och lättnavigerad**

Fördelen med en känd struktur är ganska given, men den stora "ansiktslyftningen" är framförallt innehållet. Därför har det lagts stor vikt på att inte ändra för mycket beträffande utseendet. Huvudmålet har

framförallt varit att utöka mängden av värdefull information för medlemmarna.

»Ni som ännu inte haft förmånen att besöka hemsidan, gör det! Ni kommer inte att bli besvikna.«

Tack vare att menyn följer med hela tiden, går det snabbt att navigera mellan de olika rubrikerna. SLMFs hemsida har inte bara fått en tydligare koppling till föreningens helhet och inriktning – den har dessutom blivit enklare och bättre att navigera runt i.

En av nyheterna är att man nu kan finna presentationerna från SLMFs vårmöte

2010 som PDF. Observera att vissa av filerna är stora och kan ta lite tid att ladda ner.

Vissa föreläsare har valt att avstå från att publicera sina presentationer. Orsaken till detta kan t.ex. vara att man inte vill ge ut opublicerade data, eller osäkerhet avseende rättigheter att publicera vissa bilder. Men överlag det finns ändå det mesta med.

Utöver detta finns länkar till kvalitetsregister, de senaste avhandlingarna, pågående forskning och projekt, kalendariet, tidningen *Lung & Allergiforum* och mycket mer.

Ni som ännu inte haft förmånen att besöka hemsidan, gör det! Ni kommer inte att bli besvikna.

Ref.: [www.slmf.se](http://www.slmf.se)

JEAN LYCKE

5–9 juni 2010	<b>EAACI</b> www.eaaci2010.com	London, England
3–7 juli 2010	<b>IASLC 14th World Conference on Lung Cancer</b>	Amsterdam, Holland
8–11 juli 2010	<b>11th International Lung Cancer Congress</b>	Rancho Palos Verdes, USA
28–30 juli 2010	<b>International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) 4th Latin American Conference on Lung Cancer</b>	Buenos Aires, Argentina
8–10 september 2010	<b>ST-kongress</b> www.framtidenslakare.se	Malmö
18–22 september 2010	<b>European Respiratory Society</b>	Barcelona, Spanien
1 oktober 2010	<b>Allergidagen</b>	Stockholm
28–30 oktober 2010	<b>Multidisciplinary teaching course on lung cancer</b>	Nice, Frankrike
30 oktober– 4 nov 2010	<b>CHEST</b> www.chestnet.org	Vancouver, Kanada
3–6 november 2010	<b>World Congress of Asthma (WCA) 2010</b>	Aten, Grekland
18–19 november 2010	<b>Scandinavian COPD Research Symposium</b>	Oslo, Norge
1–3 december 2010	<b>Riksstämman</b> www.svls.se	Göteborg
18–22 mars 2011	<b>American Academy of Allergy, Asthma and Immunology</b>	San Francisco, USA
6–8 april 2011	<b>SLMF:s Årsmöte</b> www.slmf.se	Stockholm
13–18 maj 2011	<b>ATS</b> www.thoracic.org	Denver, USA
15–18 juni 2011	<b>10th WASOG Meeting and the 12th International Conference on BAL</b>	Maastricht, Holland
24–28 september 2011	<b>ERS</b> www.ersnet.org	Amsterdam, Holland
22–27 oktober 2011	<b>CHEST</b> www.chestnet.org	Honolulu, USA
30 november–2 dec 2011	<b>Riksstämman</b> www.svls.se	Stockholm
3–8 december 2011	<b>World Allergy Congress</b>	Cancun, Mexico

## Författaranvisningar

Lung & Allergiforum publicerar information för medlemmar i Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) och Svenska Föreningen för Allergologi (SFFA) och åt andra som är intresserade av lungmedicin och allergologi.

Redovisning av vetenskapliga data, översiktsartiklar, kongressrapporter, fallbeskrivningar liksom debattinlägg, notiser och allmän information välkomnas.

Lung & Allergiforum sätts med hjälp av layoutprogrammet In-Design® för Windows®. För att kunna redigera effektivt önskas elektroniska filer via t.ex. e-mail.

Eventuella figurer och tabeller bör läggas i separata dokument och namnges.

Ange författarnamn, titel, adress, telefonnummer så att redaktionen kan kontakta författaren vid eventuella oklarheter.

Sänd manus till:

Claes-Göran Löfdahl

Skånes Universitetssjukhus, Lung- och allergikliniken

221 85 Lund

claes-goran.lofdahl@med.lu.se