



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

Roland Söderholm

Södersjukhuset, Lungsektionen,
118 83 Stockholm,
Tel: 08-6161000
roland.soderholm@sodersjukhuset.se

Redaktionskommitté

Stéphanie Mindus

stephanie.mindus@karolinska.se

Teet Pullerits

teet.pullerits@lungall.gu.se

Lennart Hansson

Lennart.Hansson@skane.se

Produktion

Mediahuset i Göteborg AB

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

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** Rapport från EAACI i London
- 7** Immunförsvarsceller aktiva vid KOL
- 9** Offentlig spirometri för att uppmärksamma lungsjukdomar
- 11** Allergidagen – Program
- 12** Allergologi, framväxten av en specialitet
- 15** Svensk allergisjukvård – minnen från ett halvt sekels verksamhet: Del 1 – 1950-talet
- 17** Hjärt-Lungfondens stora forskningsanslag
Nytt läkemedel mot KOL
- 19** Dammtorkningen brister i förskolan
- 20** Apotekets pollenkoll för Iphone
- 21** Fortfarande vanligt med antibiotika mot förkylning
- 22** Allergistämman 2010
- 23** Allt fler kvinnor dör av KOL
- 24** Swedox registerdata för 2009
- 27** Styrelseledamöter 2010
- 28** Kongresskalender

ANNONS

Bästa Kollega!

Du håller i tredje numret av *Lung & Allergiforum*, en ny gemensam tidskrift för lungmedicinare och Allergologer i Sverige. Tidningen distribueras gratis till alla medlemmar av SFFA samt till lungmedicinare (SLMF) och andra kolleger med ett stort intresse för allergi och lungmedicin.

För eventuellt nytillkomna läsare syftar denna tidskrift till att informera om intressanta nyheter av intresse för våra förenings medlemmar. Bidra gärna själv med redaktionellt material till någon av tidningens redaktörer.

Sommaren var varm och hoppas jag även avkopplande. De flesta har väl dock redan fått upp arbetstempot i kroppen igen. Det behövs säkert, det är mycket på gång:

SFFA har under sommaren ansökt om att bli medlemmar i WAO (world allergy

organization) – den enda globala allergiorganisationen och förhoppningsvis blir vi medlemmar redan under hösten. Så fort allt är klart med medlemskapet kommer jag att informera alla medlemmar om medlemsförmånerna. Bland annat kommer alla medlemmar att få fri tillgång av WAOs vetenskapliga webbaserade tidskrift och nyhetsbrev.

Jag vill även passa på att göra reklam för vår sektions program i samband med Svenska Läkaresällskapets riksstämma. I år hålls stämman i Göteborg 1–3 december, allergisektionen program är torsdagen den 2/12. Utöver poster och fria föredrag kommer vår sektion att tillsammans med barnläkarföreningens allergisektion ordna ett symposium där vi går igenom lärdomar av förra höstens massvaccination mot den nya influensan ur ett allergiperspektiv.

Vi kommer även att dela ut det ”stora SF-FA-stipendiet” för andra året i följd, i år är prissumman på 400 000 SEK. Pristagaren kommer även i år att hålla en översikt föreläsning om sin forskning.

Slutligen vill jag även informera om SF-FA:s storsatsning på en nordisk kurs för Läkare med intresse för allergi, både barn och vuxenläkare. Kursen kommer att hållas i Stockholm den 3–5 februari. Tema för kursen är svår allergi. Passa på att anmäla dig redan nu, platserna är begränsade till 150 st. Först till kvarn gäller. Mer information om kursen finns via hemsidan: www.sffa.nu/nk

PÄR GYLLEFORS
Ordförande SFFA

Bästa lungmedicinare!

Tack till er alla som bidragit med kloka synpunkter på kommande mötesverksamhet genom att fylla i enkäten i samband med vårmötet i Linköping. Sammanställningen visar att ett bra program och föreläsare är viktiga skäl att delta i vårmöten men även att träffa kollegor och delta i utbildningsdagar är angeläget. Även om föreningsaktiviteter och trevliga kvällsevenemang bedöms något mindre angeläget tycker dock en majoritet att även detta är ett viktigt eller ganska viktigt skäl att delta. Många är positiva till att införa forskningspresentationer. Däremot är stödet för att förlänga vårmötet med flera dagar mindre intressant. Yngre kollegor är mera intresserade än äldre av att införa forskningspresentationer och utöka mötesdagarna och framför allt till att utöka antalet utbildningsdagar. Däremot är lungmedicin en genderneutral specialitet när det gäller åsikter runt vårmötet. När det gällde önskemål om tema toppades önskelistan av inter-

stitiella lungsjukdomar följt av tuberkulos. Dessa åsikter kommer att beaktas vid planering av kommande vårmöten närmast vid planeringen inför vårmötet i Stockholm 6–8 april.

För er som ännu inte bokat biljetter till Göteborg 1 december är det hög tid att göra det nu. Då infaller nämligen lungdagen på Riksstämman och i år bjuds det på ett späckat lungmedicinskt program. Som nämndes i förra numret av *Lung & Allergiforum* så anordnar vi tillsammans med sektionen för Bild- och funktionsmedicin symposiet ”En fläck i lungan” som förutom informativa föredrag kommer att innehålla en interaktiv del med patientfall. På ett sektionssymposium under titeln ”Preoperativ bedömning ur ett lungmedicinskt perspektiv” diskuteras bedömningsgrunder inför lungcancerkirurgi, pre-operativ bedömning av KOL-patienter och av extremt feta. Dessutom har det inkommit inte mindre än 33 abstrakt som presenteras i form av poster och fria föredrag.

Det höga antalet abstrakt är glädjande och vittnar om att den lungmedicinska forskningsaktiviteten i landet är hög. Styrelsen har beslutat att även i år kommer priser att delas ut för bästa muntliga presentation liksom till de bästa postrarna.

Sist men inte minst vill jag uppmana alla som disputerar inom lungmedicin att låta oss andra få ta del av era resultat. Det gör du genom att skicka spikblad med abstrakt på avhandlingen till mej eller till webbmaster för hemsidan (www.slmf.se). Vi ser gärna också att man skriver en sammanfattning av sin avhandling till *Lung & Allergiforum*, kontakta mej om du är intresserad av detta!

Bästa hälsningar
EVA LINDBERG
Vetenskaplig sekreterare
Svensk Lungmedicinsk Förening
eva.lindberg@akademiska.se



Rapport från EAACI i London

Med Samuel Johnson berömda uttryck "Den som är trött på London är trött på livet", hälsade presidenten för British Society for Allergy and Clinical Immunology, Glen Scadding, välkommen till EAACI:s (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) årskongress i London.

Allergologer från Europa och övriga världen verkar inte vara trötta på vare sig det ena eller det andra. När EAACI:s kongress gick av stapeln i början av juni samlades mer än 8000 kongressdeltagare från 109 länder som tillsammans presenterade 2058 abstrakt och hade möjlighet att delta i 224 olika sessioner. Med dessa siffror kan EAACI:s kongress i London räknas som den största allergologikongressen i världen genom tiderna.

Pampig invigning

Kongressen hölls i Excel-centrum i östra London, i hjärtat av det moderna Royal Docks-området alldeles bredvid London City flygplats. Där hölls även den pampiga invigningsceremonin i riktig James Bond- och Beatles-anda, vars höjdpunkt var Elgar's "Pomp and Circumstance, March No 1" framförd av Bardi's symfonikerna, Londons Filharmoniska Kör – och inte minst av flera tusen kongressdelegater som sjöng "Land of Hope and Glory".

Omfattande program

Med sin stora sal och välplanerade utställningsområde klarade Excel-centrum väl att hantera den stora deltagarvolymen vid plenary-sessionerna, däremot kunde det av och till kännas trångt vid välbesökta sessioner i mindre rum vilket också gjorde det svårare att hoppa mellan olika föreläsningar.

Och att välja rätt mellan alla sessioner och hitta de verkliga favoriterna i ett sådant omfattande program var ju inte lätt. Likadant blir varje försök att sammanfatta höjdpunkterna av kongressen – i bästa fall enbart personliga reflektioner starkt påverkade av egna intressen. I ett välbalanserat program kan man inte heller skilja ut något riktigt *hot topic*, som ofta har förekommit under de tidigare kongresserna, t.ex. vid lanseringen av sublinguala immunterapi eller anti-IgE-behandling.

PAF – platelet activating factor

Intressanta föredrag om bakomliggande mekanismer fick man höra under plenary-sessionen om anafylaxi. PAF, platelet activating factor, har tidigare diskuterats mycket i astmasammanhang, men försök att blockera PAF visade sig inte ha någon kliniskt meningsfull effekt i astmabehand-

lingen. Aktuella studier om PAF och anafylaxi har dock väckt ett nytt intresse för denna mediator. PAF-nivåer har visat sig korrelera med anafylaxins svårighetsgrad vid alla anafylaxiformer. PAF-acetylhydrolas (PAF-AH) är ett enzym som bryter ned PAF till inaktiv form. Studier som diskuterades under kongressen har visat att patienter med låg nivå av PAF-AH drabbas av svårare anafylaxier och att brist på PAF-AH är associerad med jordnötsanafylaxier med dödlig utgång. Det återstår att se om blockering av PAF i stället för astmabehandling kan få en plats i anafylaxiprevention.

Paradigmskifte?

Vid lunchtid, då det var relativt lugnt i föreläsningssalarna, trängdes mycket folk vid postrarna. Intresset för postersessionerna var verkligen stort och när man jämför med de muntliga föredragen, som till skillnad från postersessionerna oftast avhölls i halvtomma salar, kan man fundera över om det har skett ett paradigmskifte: att få sina forskningsresultat presenterade i posterform i stället för muntliga föredrag verkar vara betydligt mer givande ur feedback-synpunkt.

Positiva resultat från mindre studier

Kliniker som sysslar med specifik immunterapi kunde inte annat än förvånas över två postrar från Tyskland, där man hade försökt påbörja hyposens med uppdosering mot pollen under pågående pollensäsong. Detta strider ju mot konventionella guidelines som rekommenderar halvering av allergendosen under säsong. För subkutan immunterapi gjordes uppdoseringsförsök med gräs och för den sublinguala formen (SLIT) med björkpollentabletter, som inte är tillgängliga i Sverige ännu. Gräsextrakt gavs subkutan med ett intervall av 1–3 dagar och behandlingseffekten kunde ses efter 3 veckor. Medan det verk samma extrakt gav betydligt högre andel av lokala reaktioner jämfört med placebo, var det inga skillnader i systemreaktioner.

Studien med sublingual uppdosering av björkallergen under pollensäsong tittade enbart på hur man tolererade en sådan behandlingsregim jämfört med behandlingsstart före eller efter säsongen. I denna lilla observationsstudie med 117 patienter utan placebokontroll rapporterades ingen sämre biverkningsprofil av SLIT om man började uppdoseringen under pågående säsong. Även om resultaten var positiva är det naturligtvis för tidigt att dra några långtgående kliniska slutsatser från dessa mindre studier.



Allergi hos elitidrottare

Efter att ha klarat av att anordna den genom tiderna största allergikongressen står nu London snart inför nästa utmaning, de olympiska sommarspelen 2012. Detta förestående evenemang avspeglades också i programmet. Som ett varningstecken inför OS presenterade prof. Connie Kataris från Australien data om ökad risk för astma och allergi hos elitidrottare, speciellt inom vinter- och uthållighetssporter, som simning och rodd. I vissa fall handlar det om en dubblerad risk jämfört med den allmänna populationen.

Svensk representation

Det var även en del svensk forskning som fick uppmärksamhet. Mot bakgrund av den genomgående tveksamma effekten som tidigare försök att påverka allergisk astma genom minskad allergenexponering, har den unika TLA-tekniken (Temperature controlled Laminar Airflow), utarbetad av det svenska medtechföretaget Airsonett, givit lovande resultat, vilka presenterades i form av resultat från "4A" klinisk studie på en särskild företagssponsrad session. Denna metod och Airsonetts produkt Protexo® nämndes även under sammanfattningen "Kliniska höjdpunkter" under kongressens avslutande session.

Bland de väldigt få forskningsresultat som utmärktes i ett särskilt pressmeddelande från EAACI fanns det två stycken svenska bidrag. Emma Goksör från Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg presenterade data på barn tydande på att tidig introduktion av fisk i barnets kost – före 9 månaders ålder

– förhindrade utveckling av allergisk rinit i förskoleåldern. Catarina Almqvist Malmros från Karolinska presenterade under sessionen "Hot Topic – Maternal programming in the development of allergic disease" data från det svenska tvillingregistret som indikerande att hög födelsevikt över 3500 g, ökar risken för atopisk eksem, och att låg födelsevikt under 2000 g, i sin tur, ökar risken för astmautveckling.

Nedladdning av sammanfattningar

Med ett fullspäckat program är det naturligt att man inte hinner med alla intressanta föreläsningar. Det är likaledes svårt att memorera hela informationsflödet från flera olika sessioner. Som ett mycket uppskattat tillägg att lösa dessa problem har EAACI på sin hemsida lanserat möjligheten att komma åt åhörarkopior eller sammanfattningar av föreläsningarna med hjälp av lösenord som alla registrerade kongressdelegater fick. Detta är trots allt ett klart bättre alternativ än att ett flertal av åhörarna fotar varenda PowerPointbild i föreläsningssalarna.

EAACI:s nästa årskongress går av stapeln juni 2011 i Istanbul med huvudtemat "Bridging Science and Culture". Men EAACI är en mycket aktiv förening och tills dess finns det gott om möjligheter att delta i olika allergiskolor och minikongresser som anordnas i deras regi.

TEET PULLERITS

ANNONS

Immunförsvarsceller aktiva vid KOL

Rökning aktiverar immunförsvaret och kroppens försvarsmekanismer deltar i skyddet mot tobaksrökens skadliga effekter. Endast en del av rökarna utvecklar KOL och mekanismerna bakom luftvägsinflammationen vid sjukdomen är till stor del okända.

Inflammationen vid KOL karaktäriseras av ökat antal av makrofager, neutrofiler och lymfocyter [1]. Framför allt är det T-lymfocyterna, CD3+, som är centrala i inflammationsbilden [2]. I en ny avhandling från Umeå Universitet undersöks deras roll mer noggrant i luftvägsinflammationen vid KOL.

Syftet med avhandlingen är att studera inflammation i luftvägarna hos personer med KOL jämfört med rökare med normal lungfunktion och dem som aldrig rökt. Syftet är också att se hur pågående rökning påverkar inflammationsbilden. Personerna med KOL hade stabil sjukdom, det vill säga de hade inte haft någon infektion eller försämringstillstånd tre månader före undersökningen. De hade inte heller behandlats med kortison eller antibiotika tre månader före studiestart. Med bronkoskopi togs endobronkiella slemhinnebiopsier från de centrala luftvägarna tillsammans med bronksköljningar (bronchial wash, BW och bronchoalveolar lavage, BAL).

Studierna visar att mönstret av T-lymfocyter är förändrat hos rökare och personer med KOL. Oavsett rökvanor är T-lymfocyterna aktiverade i luftvägarna hos KOL-patienter, vilket tyder på att dessa immunceller kan vara viktiga för utvecklingen av sjukdomen.

Fördelningen av T-lymfocyter skiljer sig hos personer med KOL jämfört med både rökare med normal lungfunktion och personer som aldrig rökt. CD8+, den variant av T-lymfocyter som har till uppgift att försvara kroppen genom att döda infekterade eller skadade celler, ökar i antal vid KOL. CD8+celler ökar i såväl luftvägsslemhinna som bronksköljvätska hos personer med KOL jämfört med friska icke-rökare. Tidigare studier har visat ett samband mellan CD8+celler och försäm-

rad lungfunktion [3], vilket indikerar att dessa celler kan vara delaktiga i emfysem-utveckling. Dessa CD8+celler är även mer aktiverade hos personer med KOL jämfört med friska icke-rökare.

En central roll i immunförsvaret har CD4+, den T-lymfocyt som bland annat deltar i produktionen av antikroppar. Dessa celler är färre i lungorna hos aktiva rökare, både med och utan KOL, men trots det är de fortfarande aktiverade minst fem år efter rökstopp.

Regulatoriska T-celler är en subpopulation av T-celler, som hindrar T-lymfocyten från att aktiveras. Regulatoriska T-celler är betydelsefulla vid bland annat autoimmuna sjukdomar. En del forskare menar att KOL är en autoimmun sjukdom [4], [5]. I avhandlingen studeras dessa celler mer i detalj med specifika markörer.

Studierna visar på ett högre uttryck av CD4+CD25+celler hos KOL, vilket är en indikation på ökning av regulatoriska T-celler. För att säkerställa detta fynd användes mer specifika markörer för regulatoriska T-celler som FoxP3 och CD127. Data indikerar dock att CD4+CD25+celler är mer aktiverande vid KOL, till skillnad från en mer regulatorisk roll hos rökare. Möjligen kan de regulatoriska T-cellerna fungera som ett skydd mot KOL-utveckling hos rökare.

Sammanfattningsvis har dessa studier fördjupat kunskapen om T-lymfocyter vid KOL, men det behövs ytterligare undersökningar för att kartlägga regulatoriska T-cellers roll vid KOL-utveckling.

ESTER ROOS ENGSTRAND

Med Dr, 1:e forskningsingenjör
Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin,
enheten för medicin
Umeå Universitet
e-mail: ester.roos-engstrand@lung.umu.se



Ester Roos Engstrand

Läs hela eller delar av avhandlingen på <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu.diva-33677>

Referenser:

1. Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA: **Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms.** *Eur Respir J* 2003, 22(4):672-688.
2. Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzi H, Cosio MG: **Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers.** *American journal of respiratory and critical care medicine* 1995, 152(5 Pt 1):1666-1672.
3. O'Shaughnessy TC, Ansari TW, Barnes NC, Jeffery PK: **Inflammation in bronchial biopsies of subjects with chronic bronchitis: inverse relationship of CD8+ T lymphocytes with FEV1.** *American journal of respiratory and critical care medicine* 1997, 155(3):852-857.
4. Lee SH, Goswami S, Grudo A, Song LZ, Bandi V, Goodnight-White S, Green L, Hacken-Bitar J, Huh J, Bakaeen F *et al.*: **Antielastin autoimmunity in tobacco smoking-induced emphysema.** *Nature medicine* 2007, 13(5):567-569.
5. Agusti A, MacNee W, Donaldson K, Cosio M: **Hypothesis: does COPD have an autoimmune component?** *Thorax* 2003, 58(10):832-834.

ANNONS

Offentlig spirometri för att uppmärksamma lungsjukdomar

I samband med den årliga europeiska lungkongressen arrangerad av the European Respiratory Society (ERS) erbjuds allmänheten gratis lungfunktionsundersökningar i värdstaden. Målsättningen är främst att öka allmänhetens kännedom om lungsjukdomar.

Detta årligen återkommande offentliga spirometrievenemang startades 2002 av professor Kjell Larsson, Karolinska Institutet då omkring 900 personer testades i Kungsträdgården. År 2007 var kongressen, som roterar mellan Europas ledande kongressstäder, åter i Stockholm. Under kongressens två första dagar, den 14–15 september 2007, gjordes omkring 2 800 lungfunktionstester på Stockholms Centralstation. Resultaten och erfarenheterna från detta evenemang presenterades nyligen i en artikel i Läkartidningen (nr 23, 2010) och beskrivs i korthet nedan (1).

Spirometrieventet i Stockholm 2007 och lärdomar från detta

Spirometrieventet 2007 genomfördes genom insatser av frivillig personal från Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet och några eldsjälar från andra delar av landet. Spirometriområdet bestod av 18 bås och 4 läkarstationer i Stockholms Centralstation (se bild). På plats inom spirometriområdet fanns även representanter från Hjärt-Lungsjukas Riksförbund samt Sluta-röka-linjen, Non-smoking generation och Yrkesföreningar mot Tobak. Arrangemanget leddes av en projektgrupp bestående av Anne Renström, Inger Kull, Gunilla Hedlin och Sven-Erik Dahlén. Under tecknad anslöt senare till gruppen och har varit ansvarig för analys av data.

Totalt undersöktes 2 836 personer i evenemanget. Drygt 16% hade obstruktion. På enkätfrågan "Har du gjort ett spirometritest förut?" svarade 24% av deltagarna Ja. Bland dem med obstruktion eller astma hade endast omkring hälften tidigare undersökts med spirometri (Figur 1).

Endast 22% av rökare över 45 år hade tidigare genomfört spirometri, jämfört med 28% bland dem som aldrig rökt (Figur 2), vilket är anmärkningsvärt då det för en

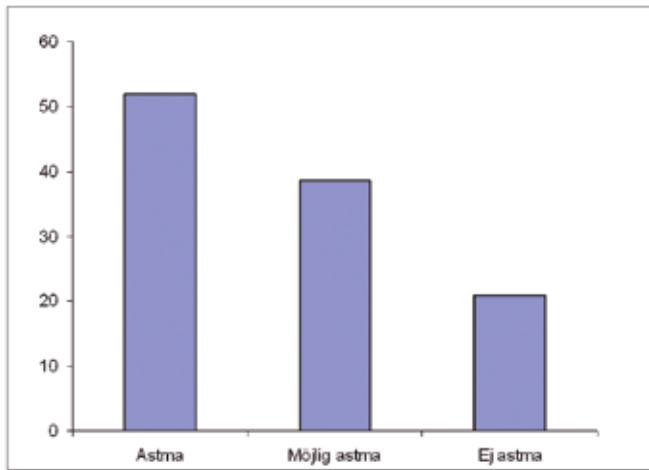


Spirometriområdet på Stockholms Centralstation 2007. Foto: Jan Turnbull, ERS.

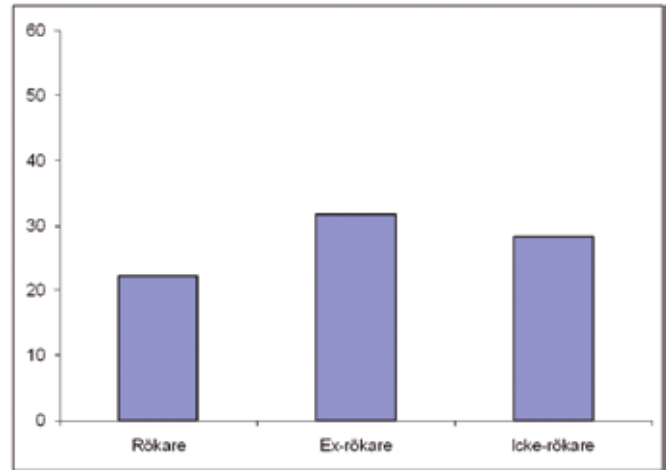
KOL-diagnos krävs spirometri (2). Rökstopp är den enda behandling hittills som visat sig kunna påverka långtidsförloppet och förbättra överlevnad vid KOL (3). Det är därför avgörande att upptäcka KOL på ett så tidigt stadium som möjligt, innan en stor del av lungfunktionen gått förlorad. Därmed har man större möjlighet att ge dessa personer fler år av bättre livskvalitet och hälsa. I det nationella vårdprogrammet för KOL rekommenderas att rökare över 45 år med slemhosta eller andfäddhet erbjuds spirometri (4). Det har också visats att spirometri kan motivera rökare att sluta röka, särskilt vid nedsatt lungfunktion (5-6).

Under den offentliga lungfunktionstestningen 2007 lyckades vi nå personer som tidigare inte gjort någon spirometriundersökning trots att de tillhörde riskgrupper. Resultaten kan tyda på brister i tillämpningen av rådande riktlinjer. För att uppnå riktlinjernas mål krävs utbildad spirometrikunnig personal, som både kan genomföra och bedöma resultaten av undersökningarna vilket ställer krav på både utbildningssystemet och vårdcentralerna.

Målsättningen att genom eventet 2007 uppmärksamma allmänheten om lungsjukdomar, rökningens betydelse och vikten av att undersöka lungorna uppfylldes i form att ett stort mediainteresse. ☺



Figur 1. Andel (%) personer som hade genomfört en spirometriundersökning tidigare, i relation till självrapporterad astmasjukdom.



Figur 2. Andel (%) personer >45 år som hade genomfört en spirometriundersökning tidigare, i relation till självrapporterade rökvanor.

Foto: Per Asplund, Astma- och allergiförbundet



Sammanfattningsvis visade resultaten från 2007 att man genom ett evenemang för allmänheten kan nå ett stort antal individer i befolkningen som inte tidigare undersökts, varav de med misstänkt sjukliga värden kan motiveras att söka uppföljande läkarvård.

Spirometrievent i Stockholm 14–15 oktober 2010

I syfte att ytterligare höja medvetenheten om lungsjukdomar som KOL och astma samt vikten av att undersöka lungfunktionen, har Forum of International Respiratory Societies (FIRS) deklarerat 2010 som *Year of the Lung* och initierat en världsspirometridag den 14 oktober. Denna dag kommer olika spirometrievent äga rum på många platser i världen, då allmänheten kan testa sin lungfunktion. Stockholm deltar med ett event på Centralstationen där vi kommer att utföra spirometrier under två dagar, torsdagen den 14 och fredagen den 15 oktober.

Eventet kommer i allt väsentligt att genomföras på liknande sätt som 2007 och arrangeras av Centrum för allergi-

forskning, Karolinska Institutet. Oberoende sponsorer som Hjärt-Lungfonden och Astma- och allergiförbundet stöder eventet liksom ett antal andra sponsorer och samarbetspartners. Sluta-röka-linjen är också på plats för att informera om rökstopp och för att bistå med hjälp och stöd.

Vi förväntar oss att omkring 2 000–3 000 personer kommer att genomgå spirometri under dessa två dagar. Deltagare fyller i en enkät och får efter genomförd spirometri sitt resultat direkt.

De som får ett avvikande resultat, men även andra som önskar, erbjuds att diskutera sina resultat med läkare på plats. Dessa personer uppmanas även att uppsöka sin husläkare för ytterligare undersökning och får för detta ändamål ett informationsbrev med svarskuvert att ta med till husläkaren. Vi avser därefter sammanställa resultaten för att få en bild av hur många som faktiskt söker vård, om uppföljande spirometri utförs och om en preliminär bedömning kan göras.

Resultaten kommer att spridas till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och olika nätverk inom Stockholms läns

landsting samt presenteras via olika webbsidor, tidskrifter och e-nyhetsbrev. Genom ett samarbete med nätverket CeFAM kan vi förmedla resultaten till primärvården.

Då deltagandet och mediaintresset var stort 2007 tror vi att denna kampanj kan bidra till att ge "The Year of the Lung" ett ansikte i Sverige och återigen uppmärksamma behovet av tidig diagnos av lungsjukdomar.

Referenser:

1. Renström A, Merritt AS, Kull I, Hedlin G, Dahlén SE. Screening med spirometri kan identifiera nya fall av astma och KOL. *Läkartidningen* 2010 Jun 9;107(23):1541-4.
2. Lindberg A, Lundbäck B. Underdiagnostiserad sjukdom med hög mortalitet. Prevalensen av KOL är starkt korrelerad med rökvanor och stigande ålder. *Läkartidningen*. 2007;104(13):1032-4.
3. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, Burns DM, Prescott E, Vestbo J. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J*. 2008;32:844-53.
4. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-102-6>
5. Stratelis G, Mölstad S, Jakobsson P, Zetterström O. The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24:133-9.
6. Lund K. Granskning av KOLvård i relation till nationellt vårdprogram [examensarbete]. Göteborg: Medicinska fakulteten, Sahlgrenska akademien; 2004.

ANNE-SOPHIE MERRITT

Miljöhygieniker, med dr Institutet för miljömedicin, enheten för miljöhälsa Karolinska Institutet

ALLERGIDAGEN

En nationell terapiinriktad utbildning med temat
Inhalationsbehandling

En spännande resa med United Airways
1 oktober 2010, 08:30-16:00

Hotel Hilton Stockholm Slussen Guldgränd 8IPULS

Program:

Moderatorer

fm: Mats Holmström och Alf Tunsäter

em: Peter Odebäck och Mihaly Matura

- 08:30-09:00 **Samling Hotel Hilton Stockholm Slussen, Guldgränd 8, Stockholm. Registrering samt kaffe och smörgås.**
- 09:00-09:10 **Inledning, ordförande i SFFA**
Pär Gyllfors
- 09:10-09:55 **Diagnostik utav små luftvägar vid astma**
Per Gustafsson
- 10:00-10:40 **Deponering av partiklar av olika storlek i luftvägarna, betydelse av dessa i behandlingen**
Magnus Svartengren
- 10:40-11:10 **Bensträckare**
- 11:10-12:00 **Hur levereras läkemedel i näsan beroende på typ av spray – pulver?**
Per Djupesland
- 12:00-13:00 **Lunch**
- 13:00-13:40 **Patienternas preferenser när det gäller inhalatorer**
Alf Tunsäter
- 13:40-14:10 **Hur påverkar man förskrivningsmönstret på förskrivarnivå?**
Maria Ingemansson
- 14:10-14:30 **Vägen mellan recept och luftvägar. Följsamhet samt utbytbarhet, viktiga aspekter sett ifrån apotekarens synvinkel**
Kristin Krigsman
- 14:30-15:00 **Kaffe**
- 15:00-15:20 **Patientsynpunkter på val av inhalationsbehandling**
Astma och Allergiförbundet
- 15:20-15:40 Modererar diskussion med *Michael Runold (Läksak*)* och *Monica Arvidsson (ordf. terapigruppen för läkemedel inom allergi, andning och ÖNH inom Västra Götalandsregionen)*
– **Hur resonerar läkemedelskommittéer?**
Peter Odebäck

**Läkemedelssakkunniga i Stockholms läns landsting*

Information om "Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården" finns på www.lif.se.



IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se. IPULS-nr: 20100141

Allergologi, framväxten av en specialitet

Allergisjukdomar ökade kraftigt i prevalens under senare delen av 1900-talet. Detta medförde ökade krav på utbildning för diagnostik och behandling. 1974 infördes allergologi som ett s.k. behörighetsämne för läkare. En utbildningsplan, som byggde på specialistkompetens i allmän internmedicin eller lungmedicin, utarbetades. Planen foreskrev två års tjänstgöring vid klinik där allergologiska sjukdomar utreddes och behandlades i "betydande omfattning".

Dessa kliniker var i slutet av 70-talet Allergikliniken Huddinge sjukhus, Allergologiska sektionen Sahlgrenska sjukhuset, Allergiska avdelningen Lunds lasarett, Allergikliniken Karolinska sjukhuset, Thoraxmedicinska kliniken Karolinska sjukhuset, Lungkliniken Akademiska sjukhuset, samt medicinklinikerna vid lasaretten i Nacka, Skövde, Kalmar och Halmstad. Ett av de två åren skulle ha fullgjorts "vid enhet avsedd för internmedicinsk allergologi". Med detta avsågs klinikerna i Huddinge, Göteborg och Lund.

Det stod tidigt klart för de flesta allergologer att det nya ämnet skulle knytas till internmedicin vilket möjliggjorde en bred utbildning som skulle täcka alla aspekter av de allergologiska sjukdomarna. Bakom införandet av behörighetsämnet stod framförallt allergologerna Helge Colldahl (Huddinge sjukhus), Hans Arnoldsson, (Sahlgrenska sjukhuset) och Bengt Arner (Lunds lasarett). En intresseförening för allergologer bildades. Den fick namnet Svensk Förening för Invärtes Medicin (SFIMA). Dess förste ordförande var Hans Arnoldsson -75. Förste läkare med behörighet var Nalle Lindholm. Han var också under många år sekreterare och sedermera ordförande i SFIMA.

1985 beslutade regeringen utreda de svenska läkarspecialiteterna. Utredningen, som kallades LSU85, föreslog efter en relativt lång process att alla behörighetsämnen, bl.a. allergologi, skulle upphöjas till full specialitet. Formellt fastställdes sålunda allergologi som specialitet av regeringen 3 oktober 1991. Namnet ändrades till "Allergisjukdomar" och intresseföreningen SFIMA döptes om till Svensk Speci-



SSA:s specialitetsråd

alitetensförening för Allergisjukdomar (SSA) med nya stadgar enligt Läkarförbundets regler.

Socialdepartementet foreskrev senare att nya målbeskrivningar för specialistutbildningen skulle utfärdas för alla specialiteter (SOU 1987:54).

Som avgränsning och allmän målsättning för allergisjukdomar skrevs:

"Specialiteten omfattar sjukdomar i framför allt andningsvägar, magtarmkanal och hud vilka präglas av olika former av överkänslighet. Specialiteten har särskilt starkt samband med internmedicin, medicinsk lungsjukvård och barn- och ungdomsmedicin samt stora kontaktytor med allmänmedicin, öron-näs-halssjukvård, hudsjukvård, yrkesmedicin, miljömedicin, företagshälsovård, klinisk immunologi och klinisk fysiologi.

Specialistutbildningen ska genom teoretiska studier, kurser och praktik leda fram till goda kunskaper om epidemiologi, mekanismer, diagnostik, behandling och prevention av allergisjukdomar."

Antalet läkare som uppfyllde kraven på specialistutbildning, inklusive några dispenser, var i slutet av 80-talet drygt 100. Antalet kliniker "där allergologiska sjuk-

domar behandlas i betydande omfattning" hade ökat sedan slutet av 70-talet från 10 till 16. Antalet kliniker "avsedda för internmedicinsk allergologi" hade ökat från 3 till 7. Nyttkomna var Thoraxmedicinska kliniken Karolinska sjukhuset, Lungkliniken Akademiska sjukhuset, Astma- och allergisektionen Lungkliniken Umeå och Lungkliniken Södersjukhuset. Vid vart och ett av utbildningssjukhusen utsågs redan från början utbildningsansvariga allergologer.

Specialiteten har sedan flera år varit representerad i UEMS, den europeiska föreningen för medicinska specialiteter. Specialiteten heter inom EU "Allergy and Clinical Immunology". Svensk representant sedan början av 90-talet var Nalle Lindholm, avlöst 2001 av Olle Löwhagen. År 2001 beslöt regeringen om ny utredning av de svenska läkarspecialiteterna. Som Socialstyrelsens enmansutredare tillsattes Gudmar Lundqvist, Uppsala. I uppdraget foreskrevs: "översyn av de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnå för läkare inklusive en internationell jämförelse i syfte att uppnå en större samstämmighet". Ett outtalat önskemål var att försöka minska antalet specialiteter, som från och med LSU85 var 60 till antalet. Första förslaget från utredningen lades fram i juni 2002. I det fanns

allergisjukdomar inte upptaget, varken för vuxna eller barn. I en senare version under hösten 2002 föreslogs att allergisjukdomar skulle föras till den lungmedicinska specialiteten.

I specialitetsföreningen SSA:s strävan att allergisjukdomar skulle förbli en specialitet fick föreningen ett engagerat stöd från Svensk Förening För Allergologi (SFFA, ordförande Mona Palmqvist), Astma- och Allergiförbundet (Janne Wallgren m.fl.), Göteborgs stads allergikommitté (Nalle Lindholm m.fl.), UEMS (europeiska sammanslutningen för medicinska specialiteter i Europa), samt från så gott som alla "grannspecialiteter", framförallt lungmedicin.

SSA framförde de argument som sedan länge varit motiv för att allergologi ska vara en separat specialitet: bättre patientvård, sammanhållen vård av de svårast sjuka, bättre utbildning av allmänläkare och andra inom vården, möjliggöra EU-anpassning mm. Andra argument var att en folksjukdom som allergisjukdomar kräver ett visst antal läkare med spetskunskap samt att bedömning av nya och dyra behandlingsformer kräver specialistkunskap. I slutförslaget förblev vuxenallergologi, liksom barnallergologi, specialiteter.

Beslutet att Allergisjukdomar (nu åter ändrat till Allergologi) skulle förbli en specialitet i den internmedicinska familjen innebar arbetsro, åtminstone fram till nästa utredning. Det fortsatta arbetet har bl.a. innefattat utarbetandet av ett strategidokument för allergivården (2004) och ny målsättning för specialiteten enligt direktiv av Socialstyrelsen. Yngre läkare kan



UEMS/Allergology and Clin Immunol, Section & Board i Lissabon.

nu säkrare planera för specialistutbildning i ämnet. Detta är viktigt, i synnerhet som det råder brist på allergiläkare med ojämn fördelning över landet.

Allergier omhändertas inom flera specialiteter. Inom Läkaresällskapet finns också sedan länge en sektion inom Läkaresällskapet benämnd Svensk Förening För Allergiforskning (SFFA). Vissa frågor har varit gemensamma för SFFA och SSA. För att förenkla samarbetet beslutades 2005 om ett samgående mellan de två föreningarna. I de nya stadgar som utarbetades skrevs in att ärenden som hörde till specialiteten Allergologi även fortsättningsvis skulle handläggas av SSA, kallat

specialitetsråd. Ordförande i rådet är för närvarande Monica Arvidsson.



OLLE LÖWHAGEN



Spirometrievenemang på Stockholms Centralstation

Med anledning av Year of the Lung 2010 anordnas ett stort, offentligt spirometrievenemang på Stockholms Centralstation den 14–15 oktober. Den 14 oktober har utsetts till World Spirometry Day och olika spirometrievenor kommer att genomföras över hela världen denna dag. Allmänheten kan då testa sin lungfunktion på ett enkelt sätt och syftet är att skapa uppmärksamhet om lungsjukdomar som astma och KOL. Ett liknande event genomfördes i september 2007, då drygt 2800 personer deltog. Erfarenheterna från detta event presenterades i en artikel i Läkartidningen i juni 2010 (nr 23) samt i detta nummer av Lung- och Allergiforum.

Läs mer om Year of the Lung 2010 på www.yearofthelung.org
För mer information om eventet i Stockholm, kontakta anne-sophie.merritt@ki.se

ANNONS

SVENSK ALLERGISJUKVÅRD

Minnen från ett halvt sekels verksamhet

DEL 1 – 1950-TALET

Bakgrund

Det berömda närminnet har jag tappat sedan många år men i gengäld bubblar med stigande ålder allt fler distinkta fragment upp ur det förflutna. Dessa minnesfragment kan andra bekräfta sanningshalten av och medför också att minnena kan struktureras och bilda ett mönster, som måhända kan vara av visst läsvärde även för yngre allergologer. Minnena kommer från Göteborg men i stora drag tror jag att – med vissa lokala variationer – verksamheten var likartad över landet, vilket gör beskrivningen allmängiltig.

För egen del ger detta perspektiv anledning till både glädje och tacksamhet över att ha fått medverka i den utveckling som skett till en mer vetenskapligt baserad diagnostik och terapi inom allergologin – det är således alltid viktigt att titta bakåt och kritiskt granska sin egen verksamhet när man är aktiv i dagens och morgondagens sjukvård och forskning.

Sommaren 1957 var jag nygift med mycket skraltig ekonomi och letade desperat efter ett vikariat i Göteborg, där jag började läsa medicin hösten 1950. Av en ren slump fick jag höra talas om Allergikliniken, som låg inom Vasa sjukhusområde och som letade efter en vikarie. Jag fick chansen, infann mej för inspektion och fick då uppleva mitt livs första allergolog. Redan efter några veckors samvaro var jag totalt bergtagen och föll som en sten för Hans Arnoldssons (HA) personlighet och klokskap.

Det var verkligen inte enligt mina tidigare strukturerade planer, eftersom jag alltsedan jag började läsa medicin hade varit helt inriktad på och intresserad av att bli kirurg med en meritlista prydd med mångårig tjänstgöring som amanuens/assistent på Anatomen för viss forskarutbildning samt vikariat på kirurg- respektive thoraxkliniken – allt samtidigt med studierna. Allergikliniken i Göteborg tillkom visserligen redan år 1948 med HA som förste klinikchef, men var inte upplåten för undervisning och hade ingen som helst anknytning till den unga akademien.

Det innebar alltså att inga studenter visste något som helst om denna verksamhet. HA var dessutom inte disputerad och föreläste aldrig för oss.

Resurser – 48 vårdplatser, öppenvård och ett laboratorium

Kliniken hade byggts upp successivt och bestod den aktuella sommaren av två vårdavdelningar, en för kvinnor och en för män med 24 vårdplatser vardera, och med en underläkare per avdelning som bemanning. På Vasa sjukhus låg i övrigt främst tre jättelika långvårdskliniker och en medicinklinik – alla långt borta från Sahlgrenskas nybyggda centralkomplex. Underläkarna på Allergikliniken deltog i medicinklinikens jourverksamhet.

HA gick rond varannan dag på respektive avdelning under ca 3–4 timmar. Efter lunchen hade han en omfattande privatmottagning tre gånger i veckan. Denna öppenvård kompletterades med en kommunal poliklinik på 20 timmar (Jan André). Underläkarna hade två mottagningar i veckan för patienter som nyligen skrivits ut (10–15 återbesök per mottagning). All öppenvård var prestationsersatt – dock ej för poliklinikläkaren. Självfallet arbetades det också på lördagar.

Kliniken hade sedan starten ett eget laboratorium, där vi själva producerade de flesta av våra allogenextrakt för både diagnostik och hyposensibilisering. Vi standardiserade våra extrakt på kända – och villiga – allergiker. En viss försäljning förekom också till kunder, främst i barnklinikens allergologiska verksamhet.

Patientklientelet – främst astmatiker och slemhinneallergier, inkl födoämnen

Målgruppen var ett vuxenklientel. Jag återkommer till barnen senare i serien. Astmatiker av olika svårighetsgrader – de flesta långtidsbehandlade med perorala glukosteroider – dominerade helt vardagen. De flesta kom in akut via polikliniken eller medicinklinikernas akutmottagningar. Man måste minnas att steroider i sprayform kom först på 70-talet.

Till bilden hörde också att HA var i slutfasen av sitt avhandlingsarbete, där han var sin egen handledare men med mycket god hjälp av en ung, entusiastisk och dessbättre även forskarutbildad underläkare (Einar Helander). HA hade samlat på sig ca 200 svåra astmatiker som följdes regelbundet under flera år under daglig peroral kortisontillförsel. I en senare del av denna minnesserie tänker jag återkomma till detta arbete som distinkt kartlade effekterna och – icke minst – även de biverkningar som uppträdde under den pågående perorala behandlingen. Steroidernas introduktion innebar samtidigt ett paradigmskifte inom astmavården och HA var den förste i landet att verifiera detta. Redan 1950 beskrev han god effekt hos tre astmatiker under ACTH-behandling i en helt öppen studie. Detta skedde på Läkarsällskapet i Stockholm, men resultatet togs emot med stor skepsis och man krävde större och bättre upplagda studier. HA fortsatte envetet i Göteborg och försvarade en avhandling under 1958, fick högt betyg och en docentur – ett faktum som vi unga underläkare värdesatte mycket, eftersom det underlättade vår integration med medicinklinikerna på det stora universitetssjukhuset Sahlgrenska, dit vi (frivilligt) flyttade samma år. Under denna tid hade Lars Belin, min kurskamrat, nära vän och under studietiden bl.a. mångårig amanuens vid mikrobiologen, blivit den andre ordinarie underläkaren vid kliniken, även han av en ren tillfällighet.

Kortkort om dåtida diagnostik

Diagnostiken byggde i stora drag på samma principer som idag, dvs. en noggrann anamnes samt hudtester ofta kryddade med betydligt fler provokationsförsök än idag. Specifika IgE fanns naturligtvis även under 50-talet ("reaginer") men var självfallet ofta uppblandade med andra substanser i våra oftast självproducerade extrakt. Tolkningen av testresultaten måste därför till stor del bygga på stor och beprövad klinisk erfarenhet – samt omdöme. ☺

Vad gäller hudtestningar var Intrakutana kvaddlar på ryggen (ca 35 "allergen" inkl. histamin-kontroll) standardmetoden, men alltid kopplad till en noggrann anamnes samt utspädning av testextrakt till 1:10000 (och ibland 1:100000) vid minsta misstanke på eventuellt större reaktioner. Pricktest användes sällan på vuxna.

Denna utpräglade försiktighet vid testningen lärde oss att ta en omständlig och noggrann anamnes – något som skulle skilja den erfarne allergologen från nybörjare och diletanter inom området. Samma grundprincip gällde i högsta grad även vid provokationer med inhalationsallergen, vilka präglades av stor respekt för vad potentiella allergener kunde utlösa i form av anafylaxi etc.

Några ord om "damm". Kvalsterextrakt fanns inte på 60-talet även om kvalster troligen fanns, åtminstone i våra fuktiga trakter. Vi använde istället tre självproducerade "damm-extrakt": A, B och C. Typ A extraherades ur damm som hopsamlades via dammsugare från ett 40-tal typiska och djurfria göteborgska lägenheter. Typ B samlades från ett flertal kontorsmiljöer medan typ C kom från sportstugor, lantgårdar etc. I vissa fall samlades även damm från patientens egen hemmiljö och ett extrakt producerades, kallat Autodamm. Samtliga dessa extrakt användes – med varierande framgång – även vid hyposensibilisering.

Spirometer fanns inte på kliniken under 50-talet, men infördes (en Bernsteinspirometer) i början av 60-talet i samband med en klinisk läkemedelsprövning. PEF-mätare fanns inte för praktiskt bruk, men i den kliniska undersökningen ingick ofta att låta patienten expirera så snabbt som möjligt under samtidig noggrann observation...

Lika kort om terapiformer under 1958

Astmatiker i anfall hade i stort enbart adrenalin i lösning till sin hjälp. Hektalin inhalerades med hjälp av en liten glasapparat med en gummiballong, som gav en spray-effekt. Isoprenalin i en freonbehållare – en form av en "bomb" – var just på väg att introduceras som alternativ. Tabletter med en kombination atropin, barbiturika och theofyllinderivat (t.ex. Paranyl eller Prifylastman) gavs alltid som underhållsbehandling. Enstaka patienter rökte fortfarande stramonium-cigarett eller besökte ett speciellt inhalatorium, inhyst i en lokal på Carlanderska sjukhemmet, där de tillsammans kunde inhalera saltlösningar i lämplig koncentration och fuktighets-

grad. Sistnämnda stängdes dock i slutet av 50-talet därför att infektionsastmatiker löpte en uppenbar risk att smittas i denna "intima" miljö. Ett stort antal slemlösande med varierande innehåll, icke minst jod, fanns kommersiellt tillgängliga och användes flitigt i såväl slutenvård som öppenvård, något som patienterna uppskattade.

Sökte astmatikerna akut i anfall fick de oftast "den lilla sprutan", dvs. 0,5 mg adrenalin subkutan eller intramuskulärt samtidigt med "den stora sprutan", som var 10 ml theofyllamin och som gavs långsamt intravenöst och av patienter ansågs ha en ofta dramatiskt god effekt vid svårare akuta anfall.

Om ingen förbättring noterades togs patienten in akut med ett dropp som gav fri venväg, 4–8 mg Betapred, mer theofyllamin och diverse andra "kryddor" av typ slemlösande (Resyl) etc. Glyfyllin – ett theofyllinderivat – gavs ofta intamuskulärt (3 ml). Ibland – oklart varför – ersattes glukosteroiderna av ACTH (Acton prolongatum) i droppet. Jag återkommer till långtidsbehandlingen med kortison/ACTH i olika varianter i ett senare "minne" i serien.

Medelvårdtiden var 13–14 dagar och beläggningen på vår avdelning på Sahlgrenska konstant över 100%, alltsedan vi hade reducerat från 48 till 30 vårdplatser i samband med flytten till universitetssjukhuset. I regel fick en inlagd astmatiker 4–6 dropp per försämring, men slapp efter några dagar att vara sängbunden utan kunde tillsammans med sina astmavänner gå ut på balkongen och – röka. Något värre var bilden av den skog av droppstativ med vidhängande rökande astmatiker, som främst vintertid befann sig alldeles utanför ingången till astmamottagningen på sjukhuset. Patienter med hyperreaktiva slemhinna måste ha haft svårt att forcera denna rökbarriär och blev knappast bättre då doktorn – på den tiden – mycket väl själv kunde tända en cigarett i undersökningsrummet.

Hyposensibilisering var en omfattande verksamhet. Minst 200 nya patienter med olika slemhinneallergier påbörjade varje år denna behandling, som sträckte sej över i snitt tre säsonger, ibland en längre tid. Underhållsdosen, som var individuell, gavs som regel var 4:e vecka. Enstaka upp-doseringar hos svårare allergiker kunde utföras i slutenvård, men i övrigt gick denna stora grupp hos den halvtidsanställda poliklinikläkaren och hos klinikchefen. När vi unga vikarierade på dessa befattningar, fick vi ganska brutala men synnerligen lärorika lektioner i den praktiska hand-

läggningen av denna behandlingsmetod. Med superb hjälp av kompetenta sjuksköterskor lärde vi unga oss – om inte annat – att hålla isär alla olika sprutor som respektive patient skulle få. Det var inte ovanligt att en sådan "hyposens"-mottagning kunde innehålla ett 60-tal sprutor som skulle ges under högst två timmar...

Svårare vasomotoriska rinit och andra slemhinne-symtomatiker, som remitterats till oss från ÖNH-kollegor, fick ofta månatliga behandlingar med Allergol-sprutor eller Autoblod. Förstnämnda bestod av en sorts svaveloljebaserad injektion på 2 ml, som gavs djupt intramuskulärt, och som förorsakade patienten en oftast kraftig feberreaktion under ett dygn. Behandling med Autoblod hade liknande effekt men var ännu mer pikant. Via en ven togs 10 ml blod från patienten. Framför denne kylades sedan blodet – fortfarande i sprutan – med hjälp av kallt rinnande kranvatten under ca 15 minuter. Därefter fick patienten tillbaka blodet men nu i form av en intramuskulär och kylslagen injektion i glutealregionen. Många patienter blev hjälpta enligt egen uppfattning, men någon utvärdering hade inte gjorts i slutet av 50-talet.

Patienter med försämringar i samband med infektioner fick kommersiellt tillgängligt s.k. Anti-katarr-AK-vaccin varje månad under något års tid. Tre fjärdedelar av patienterna uppvisade klart färre infektioner, men när Helander och författaren genomförde en dubbel-blindstudie så visade denna att samma antal blev bättre även av en NaCl-lösning, varför vi lugnt och stilla kunde lägga ner denna verksamhet. För vissa patienter fabricerade kliniken s.k. Auto-vaccin utifrån patientens egen bakterieflora (från svalget) och gavs på motsvarande sätt.

Första generationen perorala antihistaminika av typ Lergigan var en vanlig symptomatisk – och sövande – terapi. Tavegil var på väg in i den kliniska vardagen.



NALLE LINDHOLM

Ny banbrytande forskning om astma och KOL får 15 miljoner av Hjärt-Lungfonden

Professor Leif Bjermer, Lund, får i år Hjärt-Lungfondens stora forskningsanslag på 15 miljoner kronor. Han forskar kring inflammation i lungorna hos patienter med astma och KOL. Hans arbete kan leda till helt ny behandling.

Professor och överläkare Leif Bjermer vid Skånes universitetssjukhus i Lund får Hjärt-Lungfondens stora forskningsanslag på 15 miljoner kronor. Hans forskargrupp tittar särskilt på inflammation i lungornas små luftvägar, som tidigare inte har kunnat undersökas. Leif Bjermer har redan gjort upptäckter som han hoppas ska leda till bättre och modernare behandlingar för astma- och KOL-patienter.

– Många människor är inte tillräckligt hjälpta av de behandlingar som finns i

dag. Mer än 50 procent av dem som har medelsvår astma har till exempel inte sin sjukdom under kontroll, säger Leif Bjermer. Vi tror att en del av förklaringarna till KOL och astma finns just i de små luftvägarna. Förhoppningen är att vår forskning ska leda till framtida behandlingar som är bättre än dagens och som kan hjälpa fler människor.

Leif Bjermer forskar bland annat tillsammans med Jonas Erjefält, Gunilla Westergren-Thorsson och Ellen Tufvesson. Det stora forskningsanslaget ger nu möjlighet att utöka forskningsgruppen.

Hjärt-Lungfonden delar varje år ut ett riktigt stort forskningsanslag på 15 miljoner kronor, fördelat på tre år. Det ges till banbrytande svensk hjärt- och lungforskning som bedöms få stor betydelse för patienter. Tidigare år har anslaget gått till



professor Lars Wallentin, Uppsala Clinical Research Center, Akademiska sjukhuset i Uppsala, och till Göran K Hansson och Anders Hamsten vid Karolinska Institutet i Solna.

Källa:
HJÄRT-LUNGFONDEN

Nytt läkemedel mot KOL

Ett nytt läkemedel som utvecklats specifikt mot den underliggande kroniska inflammationen vid KOL för behandling av KOL blev godkänt i den 5 juli

EMA godkände roflumilast den 5 juli 2010, vilket gör produkten till den första fosfodiesteras 4 (PDE4)-hämmaren som når marknaden (1).

Indikation (1) är för underhållsbehandling av svår kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (FEV₁ < 50% av förväntat värde efter bronkdilatation) associerad med kronisk bronkit hos vuxna patienter med upprepade exacerbationer i sjukdomshistorien, som tillägg till bronkdilaterande behandling. Roflumilast intas i form av en tablett, en gång om dagen.

Verkningsmekanism

Roflumilast är en fosfodiesteras 4 (PDE4)-hämmare, ett icke-steroid antiinflammatoriskt medel som utvecklats för att angripa både systemisk inflammation och inflammation i lungorna som förekommer vid KOL. Det verkar genom att hämma PDE4, ett av de huvudsakliga cAMP-metaboliserande enzymerna i strukturella och inflammatoriska celler av betydelse

för KOL-patogenesen (cAMP; cykliskt adenosinmonofosfat). Roflumilast hämmar PDE4-splitsningsvarianterna 4A, 4B och 4D med liknande kapacitet i nanomolarområdet. Affiniteten för PDE4C-splitsningsvarianterna är 5 till 10 gånger lägre. Även roflumilast-N-oxid, roflumilasts huvudsakliga aktiva metabolit, verkar genom denna verkningsmekanism och uppvisar samma selektivitet (2).

Vid KOL orsakar inflammation ökad slemproduktion och kronisk bronkit i de stora luftvägarna, obstruktiv bronkiolit genom fibrotisering av bronkiolerna i samband med remodeling av de små luftvägarna och centrilobulärt emfysem till följd av skadade bronkioler, alveoler och lunginterstitium(3).

En mängd inflammatoriska celler är involverade i KOL-inflammationen inkluderande neutrofiler, T-lymfocyter och makrofager. Dessa inflammatoriska celler ökar ytterligare vid exacerbationer liksom ett flertal cytokiner, chemokiner och proteaser (3). Eftersom systemiska manifestationer av inflammationen kan försämra komorbida tillstånd – exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och osteoporos – kan det komma att visa sig att en viktig

komponent vid KOL-behandling kommer att bli att angripa den systemiska inflammationen som föreligger vid KOL.

Biverkningarna i de kliniska studierna rapporterade att omkring 16 procent av patienterna fick biverkningar med Roflumilast (jämfört med 5% i placebogruppen). De vanligast rapporterade biverkningarna var diarré (5,9%), viktminskning (3,4%), illamående (2,9%), buksmärta (1,9%) och huvudvärk (1,7%). Majoriteten av dessa biverkningar var lindriga eller måttliga. Biverkningarna inträffade främst under de första behandlingsveckorna och var övergående vid fortsatt behandling. Roflumilast är ännu inte godkänd för subvention av TLV (Tand och läkemedelsverket).

JEAN LYCKE
Medical Researcher
Mediahuset i Göteborg AB

Referenser:

1. Daxas SPC.
2. Hansel TT, Barnes JJ. New drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 29 Aug 29; 374 (9691): 744-55.
3. Grootendorst DC, et al. *Thorax*. 2007;62:1081-1087.

ANNONS

Dammtorkningen brister i förskolan

Fukt och damm kan förvärra astma. Nu visar Kristina Bröms på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet att de svenska förskolorna alltför ofta har fuktskador. Dessutom dammtorkas de alldeles för sällan.

Astma, allergisk snuva och eksem har ökat kraftigt under de senaste decennierna i västvärlden. Över en tredjedel av svenska barn har besvär av astma eller allergi. Orsaken till ökningen är okänd men den kan vara kopplad till inomhusmiljön där barnen vistas. Därför är det intressant att undersöka miljön i förskolorna.

Läkaren Kristina Bröms, doktorand vid Uppsala universitet, visar i sin avhandling att förskolorna kan bidra till att allergiproblem och astmasymtom ökar hos barnen. Hennes undersökning visar till exempel att omkring 4 av 10 förskolor har fuktskador eller visar tecken på att det tidigare har funnits fuktskador. Även de så kallade allergiförskolorna har liknade problem. Var fjärde allergiförskola visar tecken på fuktskador eller på att de tidigare har haft fuktskador. På de vanliga förskolorna är det dessutom vanligt att städningen brister.

– Det är relativt vanligt med tecken på fuktskador och städningen är dålig. På 25 procent av de vanliga förskolorna dammtorkas man inte ens en gång i månaden. På mer än hälften av förskolorna dammtorkas man mer sällan än en gång i veckan. Siffrorna är hemska, anser uppsalaforskaren Kristina Bröms, när hon försvarade sin avhandling i början av maj på Gävle sjukhus.

Kristina Bröms konstaterar också att astma hos förskolebarn är vanligare i befolkningstäta kommuner än i glesbygden.

– Nu är frågan vad i städerna som leder till att astman är vanligare. Är det luftföroreningar eller något i inomhusmiljön? Det pågår undersökningar i Stockholm för att ta reda på det, säger hon.

Hennes enkätundersökningar visar också att antalet allergi- och astmasymtom hos ett barn vanligtvis ökar fram till dess att barnet är tre år. I fyraårsåldern avtar de flesta symtomen. Det är bara allergisnuvan som inte avtar.

– Det innebär att man kan räkna med att ett barn som har ett symptom på astma eller allergi ofta kommer att få fler symptom fram till tre års ålder. Men det är också positivt att veta att många barn blir av med besvären sedan. Detta betyder mycket för hur vården kan kommunicera med föräldrarna. Vårdpersonalen kan förbereda föräldrarna på att barnet kan få fler besvär, men de kan också ge hopp om att besvären kan gå över med tiden, säger Kristina Bröms.



Kristina Bröms har också undersökt vilka riskfaktorer som har störst betydelse för om ett förskolebarn senare kommer att få astma. Det visar sig att allergi mot olika slags mat är den enskilt viktigaste riskfaktorn.

– Därför bör man som förälder till ett barn med födoämnesallergi vara uppmärksam på om barnet har långvarig hosta. Då kan det vara bra att boka en tid hos doktorn och få hostan undersökt, tipsar Kristina Bröms.

För mer info, kontakta Kristina Bröms på 070-776 03 44.
Avhandlingen, *A Nationwide Study of Asthma and Allergy in Swedish Preschool Children*, finns att läsa på www.uu.se

JEAN LYCKE
Medical Researcher
Mediahuset

Apoteket inleder mobilsatsning – först ut är Apotekets Pollenkoll för iPhone

Prognos och råd direkt i mobilen till Sveriges 1,9 miljoner pollenallergiker

I våras inledde Apoteket sin satsning på mobila plattformar. Första tjänsten – Apotekets Pollenkoll – är en applikation för iPhone. Tjänsten erbjuder pollenallergiker en personlig pollenprognos, rådgivning kring allergier, vägledning kring mediciner samt hjälp att hitta till närmaste apotek.

Apotekets Pollenkoll är ett personligt mobilt pollenverktyg. Efter att ha angett de pollentyper man är känslig mot och var i Sverige man befinner sig, levererar iPhone-appen, varje gång den startar, en prognos för dagen eller veckan. Genom "appen" får användaren även råd och tips kring olika allergier, tips på lämpliga mediciner och hur de bäst används samt en kartfunktion för att hitta till närmaste apotek. Pollenkoll är ett bra exempel på



hur patienten på enkel väg kan erbjudas digitala tjänster som är värdefulla för alla som har problem med pollenallergi. Det gäller såväl så väl anhöriga som patienter.

Funktionen är mycket användarvänlig och all information skall på ett enkelt

sätt leverera information som kan leda till bättre behandling. Genom mobilapplikationer kan patienten lättillgängligt erbjudas service och rådgivning när som helst på dygnet och är den första tjänsten som kommit ut från Apoteket av detta slag. Pollenprognosen levereras av Naturhistoriska riksmuseet som via 16 olika mätstationer runt om i Sverige uppdaterar prognosen en gång varje dag.

Pollenkoll finns att ladda ner gratis från Apotekets hemsida apoteket.se/pollenkollen eller från Apple App Store www.apple.com/iphone/appstore.

Mer information finns på: www.apoteket.se/pollenkollen.

JEAN LYCKE
Medical Researcher
Mediahuset

ANNONS



Fortfarande vanligt med antibiotika mot förkylning

Riktlinjer för att minska resistensutveckling följs dåligt, visar stor studie. Läkare skriver ut antibiotika till nästan hälften av alla som besöker en vårdcentral för luftvägsinfektion, fastän de flesta sådana infektioner orsakas av virus och är självläkande. Trots risken för att allt fler bakteriestammar blir resistenta har förskrivningen minskat obetydligt med åren, visar en avhandling vid Linköpings universitet.

Drygt 240 000 patientbesök hos primärvården i Kalmar län har analyserats i en studie som är den största hittills i sitt slag i Sverige. De tre vanligaste diagnoserna var förkylning, halsfluss och öroninflammation. Under de sex år som studien omfattar har patientbesöken minskat rejält, framförallt för öroninflammationer och halsinfektioner, men andelen förskrivningar av antibiotika ligger kvar på nästan samma höga nivå.

Vid 45 procent av alla besök för luftvägsinfektion skrev läkaren ut antibiotika, oftast Kåvepenin® som är det rekommenderade penicillinet vid misstänkta bakteriella infektioner. Vid öroninflammationer hos barn var andelen nära 80 procent och den hade inte minskat trots att man enligt svenska riktlinjer från år 2000 kan av-

vakta med behandling i tre dagar för att ge möjlighet till självläkning. En klinisk studie visade att skillnaden mellan barn behandlade med och utan antibiotika var knappt en halv dags förkortad smärta, medan utläkningen var lika god i bägge grupperna.

Thomas Neumark, distriktsläkare i Kalmar och doktorand i allmänmedicin vid LiU, är oroad över resultaten av sin forskning och anser att andelen antibiotikabehandlingar bör kunna halveras.

– Vi har dålig samsyn och värderar de kliniska symtomen olika. Riktlinjerna är svagt förankrade och definitionerna vaga. Arbetsgivaren – landstingen – men även den enskilde yrkesutövaren bör ta större ansvar för medicinsk uppdatering och verksamhetsuppföljning, säger han.

De nu publicerade studierna går inte in på orsakerna till att så många läkare väljer att inte följa de riktlinjer som finns. Den frågan vill Thomas Neumark undersöka i sin fortsatta forskning. Problemet är mångfasetterat: det kan handla om pressade arbetsförhållanden i primärvården, dålig bemanningssituation med vikarier som ofta saknar allmänmedicinsk kompetens och kanske andra förskrivningsvanor.

– **Ofta verkar det vara doktorn** som tror att patienten förväntar sig att få ett recept på antibiotika, medan patienten egentligen vill ha längre tid för konsultation och en förklaring till symtomen.

Vad vi ser idag är en global och snabbt växande resistensutveckling hos bakterierna. Det är deras sätt att skydda sig mot antibiotika i sin omgivning. Om utvecklingen får fortsätta riskerar vi att sjukdomar som tidigare enkelt kunnat botas plötsligt blir dödliga.

– Därför ska man vara återhållsam och bara sätta in behandling på strikta diagnoser där det inte finns något bättre alternativ. Det är också viktigt att välja rätt typ av antibiotika, rätt dos och rätt behandlingstid, säger Thomas Neumark.

Avhandlingen *Treatment of respiratory tract infections in primary care with special emphasis on acute otitis media* är publicerad på LiU Electronic Press, se <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-54832>.

Kontakt: Thomas Neumark
070-234 64 00,
thomas.neumark@ltkalmar.se

JEAN LYCKE
Medical Researcher
Mediahuset



Allergistämman 2010

Linköping 27-28 oktober

»Nyorientering i allergiterrängen«

Det är fyra år sedan den förra Allergistämman hölls och mycket har hänt sedan dess. Nya forskningsrön har etablerats, men det pågår också en nyorientering i sättet att möta allergisjukdomarna.

På Allergistämman 2010 tar du del av den senaste kunskapen och möter allergiintresserade från hela landet!



www.allergistamma.org

Allt fler kvinnor dör av KOL

På tio år har antalet kvinnor som dör av KOL ökat med 50 procent. Minst en halv miljon svenskar beräknas vara drabbade och dödligheten i sjukdomen ökar, men bara var femte har fått diagnos. För att minska dödligheten i KOL måste hälso- och sjukvården bli bättre på att hitta och behandla de drabbade, anser Hjärt-Lungfonden.

I många andra sjukdomar sjunker dödligheten. Men när det gäller KOL har dödligheten tvärtom ökat, och särskilt bland kvinnor. För att bromsa sjukdomsförloppet måste sjukvården bli bättre på att upptäcka de drabbade tidigt, bland annat genom att faktiskt använda den spirometriutrustning som finns på många vårdcentraler, säger Kjell Larsson, professor i lungmedicin vid Karolinska Institutet

och medlem i Hjärt-Lungfondens Forskningsråd.

Dödligheten i KOL ökar hos både kvinnor och män, men ökningen är markant högre hos kvinnor. 1998 dog 885 kvinnor av KOL. Tio år senare dog hela 1 325 kvinnor, vilket är en ökning med 50 procent. Bland män var ökningen 2 procent under samma period. 1998 dog 1 225 män, jämfört med 2008 då 1 251 män dog av KOL. Det visar statistik från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Rökning är den största riskfaktorn för KOL. Att antalet drabbade ökar är en konsekvens av den utbredda rökningen under 60- och 70-talen. Men alla som röker drabbas inte, och även personer som inte röker kan drabbas. Varför vissa tycks ha ett skydd mot KOL och andra inte vet forskarna för lite om i dag. Ofta drabbas

den som har KOL också av hjärt-kärlsjukdom.

Nästan all dödlighet i KOL kan förebyggas om patienterna hittas i tid och lyckas sluta röka. Det bästa är naturligtvis att inte börja röka alls, och därför är det oroväckande att rökningen återigen ökar bland unga kvinnor. KOL innebär både ett personligt lidande och kostnader för samhället, säger Ulrica Klettner, informationschef på Hjärt-Lungfonden. Under augusti driver fonden en kampanj för att informera om KOL och samla in pengar för att finansiera två nya forskningsprojekt kring varför vissa drabbas av KOL och andra inte. Hjärt-Lungfonden vill på sikt halvera antalet dödsfall i sjukdomen.

Källa:

HJÄRT-LUNGFONDEN

ANNONS

Swedevox registerdata för 2009

Andningssviktregistret Swedevox årsrapport för år 2009 har delats ut vid registermötet i Linköping 14 april 2010, och även skickats ut till rapporterande kliniker. Den kan också hämtas som pdf-fil från registrets webbplats www.ucr.uu.se/swedevox. I detta nummer av Lung- och Allergiforum presenterar vi några utdrag ur den fullständiga rapporten.

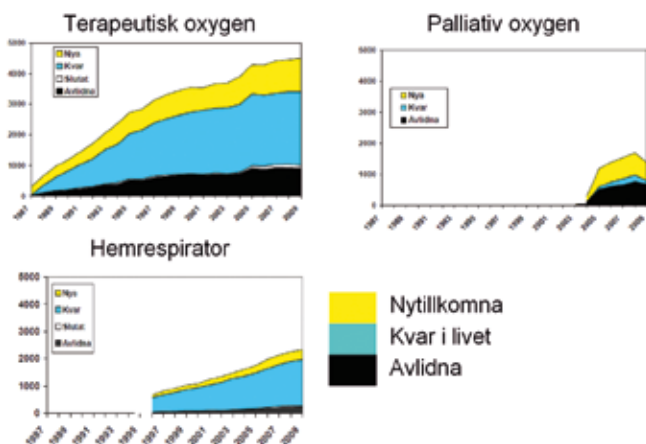
Årets rapport separerar vi på ett tydligare sätt än innan terapeutisk och palliativ oxygenbehandling.

Antalet startade hemoxygenbehandlingar på terapeutisk indikation uppgick år 2009 till 1094. Antalet behandlingsstarter har ökat kontinuerligt under de över 20 år som täcks av registret. Vid utgången av år 2009 fanns i registret 2335 patienter med terapeutisk oxygenbehandling i hemmet (26 per 100 000 invånare).

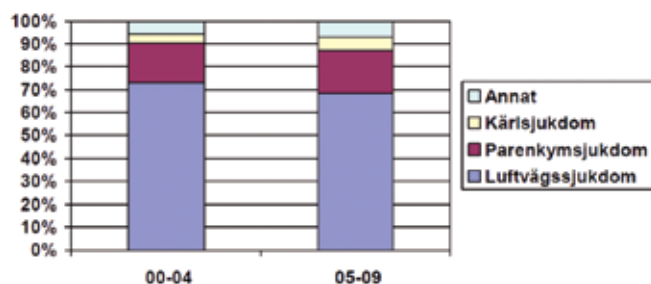
Det årliga antalet nystartade palliativa behandlingar (8 per år och 100 000) är bara obetydligt lägre än för oxygenpatienter med terapeutisk indikation (11,5 per år och 100 000), vilket måste beaktas när man diskuterar resurskrav på oxygenverksamheten. Det är lika mycket arbete för en oxygensköterska att starta en palliativ behandling som att starta en terapeutisk.

Vid årsskiftet 2009–2010 fanns ca 1800 patienter med respirator i hemmet (19/100 000 invånare). Det årliga antalet behandlingsstarter är för närvarande ca 350.

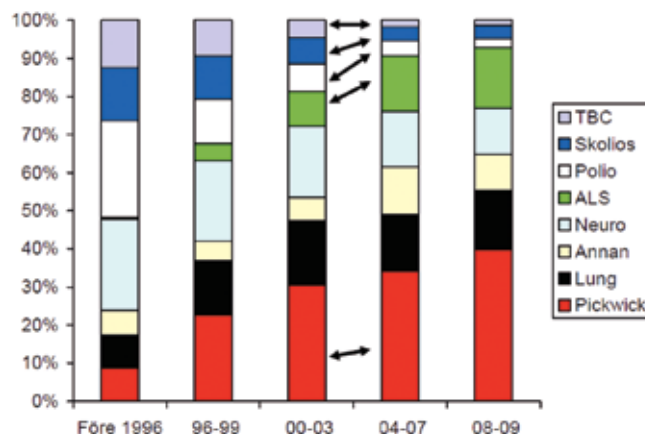
Nedanstående grafer visar utvecklingen över tiden för de tre olika behandlingarna, med samma skala på alla axlar.



Diagnospanoramamat för patienter med terapeutisk oxygen ser ut så här.



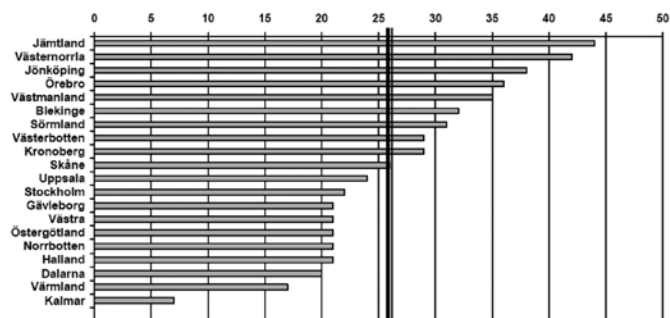
Diagnospanoramamat för hemrespiratorpatienter (nystarter) ser ut så här.



Det har skett signifikanta förändringar (pilmarkerade) mellan 96–03 och 04–09 för Pickwick, ALS, samt för de tre "gammelsjukdomarna" skolios, TBC-sequelae och post-polio.

Det finns geografiska skillnader mellan olika landsting som vi tycker är anmärkningsvärda, både för rapporterad oxygenbehandling och hemrespiratorbehandling, och dessa skillnader minskar inte med tiden.

För oxygenpatienter (terapeutisk indikation) ser det ut så här (antal levande patienter per 100 000 invånare).

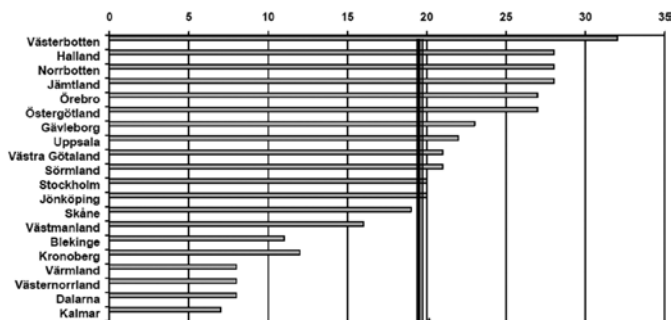


Vi har studerat PO₂ vid behandlingsstart för topplänen Jämtland och Västernorrland och jämfört med resten av landet. Det finns inga som helst tecken på indikationsglidning (högre PO₂) i dessa båda landsting.

Motsvarande data för hemrespiratorpatienter ser ut så här (se figur överst på nästa sida).

Det finns ingen som helst korrelation mellan de olika landstingens prevalenstal för oxygen- respektive hemrespiratorbehandling.

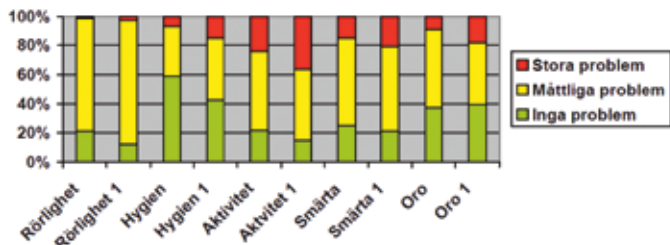
Vi har studerat PCO₂ före behandling för Pickwickpatienter i de sex landsting som hade högst prevalens. De hade ett PCO₂ på i genomsnitt 6,8 kPa att jämföras med 7,5 för de landsting som hade lägst prevalens (p=0.017), alltså signifikant lägre men fortfarande patologiskt högt. Andelen Pickwickpatienter var



också högre (45%) i landstingen med högst prevalens jämfört med dem med lägst total prevalens (25% Pickwick).

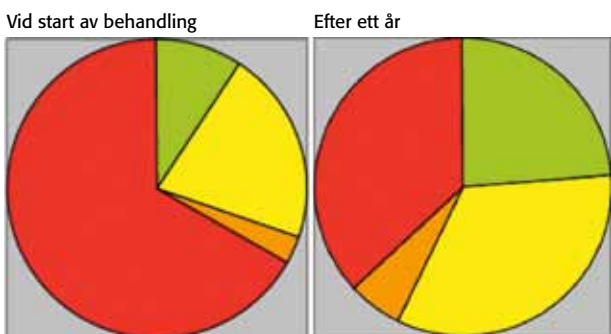
En nyhet i årets rapportering är att vi använt oss av PROM (Patient Related Outcome Measures). För oxygenpatienterna handlar det om EQ-5D och för respiratorpatienterna om fem "sömnfrågor" (från Catharina Dellborg) samt om ESS (Epworth Sleepiness Scale).

Resultaten av EQ-5D kan sammanfattas som att oxygenpatienterna mår sämre efter ett år.

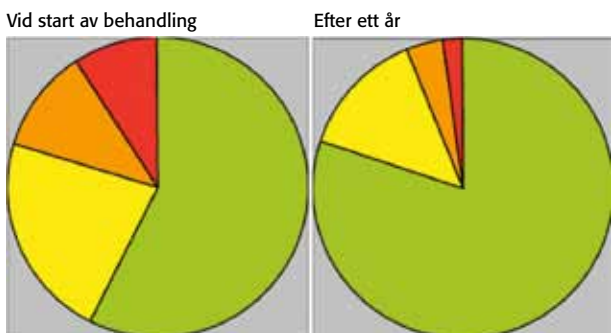


Resultaten av de fem sömnfrågorna till hemrespiratorpatienterna visade på en dramatisk förbättring efter ett år. Fyra av dessa frågor redovisas nedan.

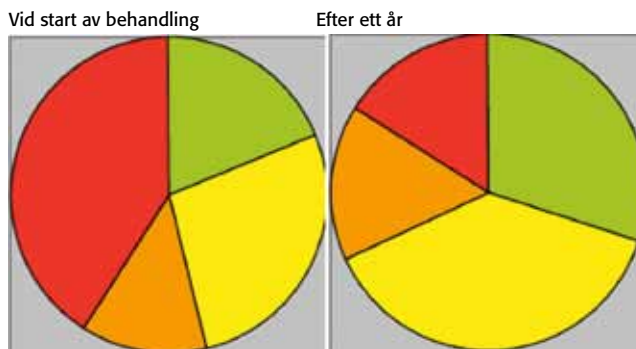
Vaknar du upprepade gånger på nätterna?



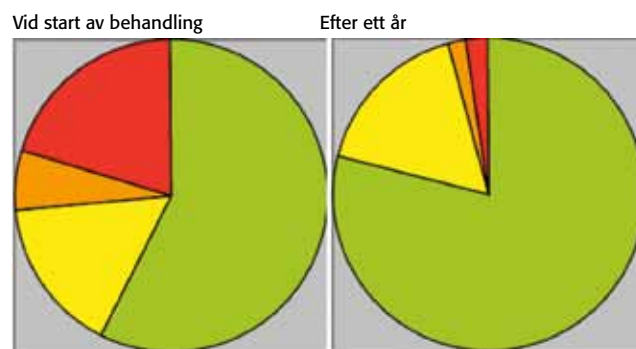
Vaknar du med huvudvärk?



Är du sömning på dagen under arbete eller fritid?



Upplever du andnöd nattetid?



Jämt/nästan jämt
Någon gång per vecka
Enstaka gånger
Aldrig/nästan aldrig



Min tolkning av detta är att de subjektiva gynnsamma effekterna av hemrespiratorbehandling är mycket större än motsvarande effekter för oxygenbehandling i hemmet.

Vi har dock inte ställt samma frågor till båda patientkategorierna, beroende på att EQ5D ofta är irrelevant för respiratorpatienterna och sömnfrågorna mindre relevanta för oxygenpatienterna.

Arbetet med att samla in data med livskvalitetsinstrumentet SRI (Severe Respiratory Insufficiency) pågår dock för fullt, och där har vi samma frågor till båda patientkategorierna. Dr Bas-sam Hazem i Lund är doktorand på detta projekt.

BENGT MIDGREN
Docent, överläkare
Lung- och allergikliniken
Skånes Universitetssjukhus i Lund



VI har bestämt oss, vi är med!

Vi vill vara med och bekämpa lungsjukdomarna!

Om lungsjukdomar pratas det väldigt lite.

Många tror att TBC:n är utrotad. Och vad är KOL? KOL kostar samhället ca 10 miljarder kronor per år! Yngre människor kommer att drabbas eftersom allt fler yngre människor börjar röka. Trots det satsar staten inte de pengar som krävs för att ge forskningen resurser att besegra KOL.

En av Hjärt-Lungfondens uppgifter är att få allmänheten att inse detta. Och politikerna!

Vårt mål är att skapa resurser så att ni forskare kan finna ett nytt vaccin mot TBC, och avslöja de mekanismer som leder till KOL.

Vi är på god väg! Forskningen har gett resultat – men för att nå målen måste forskningen få ännu mer resurser.

Det saknas pengar!

Det finns skickliga forskare i Sverige. Det finns forskningsuppslag. Men det saknas pengar. Lungforskningen tvingas gå på halvfart. Det är den dystra sanningen.

Det är Hjärt-Lungfonden – inte staten – som bekostar det mesta av den oberoende hjärt-lungforskningen. Läs mer på www.hjart-lungfonden.se

Nu behöver vi ditt stöd!

Informera om Hjärt-Lungfondens betydelse. Inspirera de du kommer i kontakt med att visa generositet. Dina ord väger tungt. Berätta för alla att det är enkelt att ge en gåva genom att ringa:

0200-89 19 00

Berätta att varje gåva till Hjärt-Lungfonden betyder att fler människor räddas från att gå en alltför tidig död till mötes.

Hjärt  Lungfonden

TILLSAMMANS BESEGRAR VI HJÄRT-LUNGSJUKDOM

pg 90 91 92-7 www.hjart-lungfonden.se

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, Kärnjukhuset
541 85 Skövde, 0500-431000 vx, anders.planck@vgregion.se

Roland Söderholm

Ledamot, redaktör

Södersjukhuset, Lungsektionen,
118 83 Stockholm,
Tel: 08-6161000
roland.soderholm@sodersjukhuset.se

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

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, redaktör

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

1 oktober 2010	Allergidagen	Stockholm
14–15 oktober 2010	Spirometrievenemang www.yearofthelung.org	Stockholm
14–15 oktober 2010	Allergenspecifik immunterapi – fortsättningskurs	
28–30 oktober 2010	Multidisciplinary teaching course on lung cancer	Nice, Frankrike
30 oktober–4 nov 2010	CHEST www.chestnet.org	Vancouver, Kanada
3–6 november 2010	World Congress of Asthma (WCA) 2010	Aten, Grekland
18–19 november 2010	Scandinavian COPD Research Symposium	Oslo, Norge
1–3 december 2010	Riksstämman www.svls.se	Göteborg
26–28 januari 2011	Postgraduate kurs – KOL www.slmf.se	Stockholm-Saltsjöbo
3–5 februari 2011	Second Nordic Educational Seminar Severe Allergy par.gyllfors@astmaallergi.stgoran.se, www.sffa.nu/nk	Stockholm
18–22 mars 2011	American Academy of Allergy, Asthma and Immunology	San Francisco, USA
6–8 april 2011	SLMF:s Årsmöte www.slmf.se	Stockholm
13–18 maj 2011	ATS www.thoracic.org	Denver, USA
11–15 juni 2011	EAACI Congress 2011 www.eaaci2011.com	Istanbul, Turkey
15–18 juni 2011	10th WASOG Meeting and the 12th International Conference on BAL	Maastricht, Holland
24–28 september 2011	ERS www.ersnet.org	Amsterdam, Holland
22–27 oktober 2011	CHEST www.chestnet.org	Honolulu, USA
30 november–2 dec 2011	Riksstämman www.svls.se	Stockholm
3–8 december 2011	World Allergy Congress	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:

Alf Tunsäter (SFFA)
Skånes Universitetssjukhus i Lund,
Lung- och allergikliniken, 221 85 Lund
alf.tunsater@med.lu.se

eller:

Roland Söderholm (SLMF)
Södersjukhuset, Lungsektionen, 118 83 Stockholm,
roland.soderholm@sodersjukhuset.se