

Svensk

KARDIOLOGI

nr. 4 | 2018



AHA-upplevelser i Chicago

20 år med Svenska Hjärtförbundet och
Svenska Kardiovaskulära Vårmetet

Hippokratesrevision av vården
- idealism eller realism?


Repatha®
(evolocumab)

TA NÄSTA STEG

*Maximal tolererbar dos statin + ezetimib

UTÖKAD SUBVENTION FR O M 1 JANUARI 2019!

Repatha® subventioneras som tillägsbehandling för

- **Patienter med aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 2,5$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med FH, heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 3,0$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.**

Repatha® (evolocumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Subvention som gäller tom 31/12 2018: Repatha® subventioneras som tillägsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som har ett kvarstående LDL-kolesterol ≥ 4 mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib. Repatha® subventioneras också som tillägsbehandling för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha® är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigering av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

Repatha® är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tillägsbehandling till kostomläggning:

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

Repatha® är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen maj 2018, se www.fass.se



Box 706, 169 27 SOLNA,
08 695 11 00, www.amgen.se

SVENSK KARDIOLOGI

Artiklar som belyser forskning, utbildning och kliniska frågor inom kardiologi. www.cardio.se

ANSVARIG UTGIVARE

Professor Stefan James
Uppsala Akademiska Sjukhus
751 85 Uppsala

EDITOR-IN-CHIEF

Professort Claes Held
Uppsala Akademiska Sjukhus
751 85 Uppsala
claes.held@ucr.uu.se

SKRIBENT

Med Dr Martin Stagmo
martin.stagmo@gmail.com

PRODUKTION

CA Andersson
Telefon: 0411-736 10, E-post: prod_ystad@caandersson.com
Produktionsansvarig: Annette Ohlsson
(annette.ohlsson@caandersson.com)
Layout: CA Andersson

UTGIVNING 2019

Nr 1: vecka 17
Nr 2: vecka 25
Nr 3: vecka 43
Nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

Claes Held
claes.held@ucr.uu.se

ANNONSMATERIAL

CA Andersson
E-post: prod_ystad@caandersson.com

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

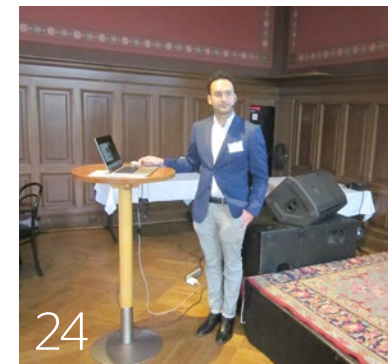
ÅRSPRENUMERATION

Prenumeration ingår i medlemskap i Svenska kardiologföreningen.
Upplaga: 2 300

ADRESSÄNDRING

E-post: info@mkon.se

10



24



30

- 5 Ledare
- 10 AHA-upplevelser i Chicago
- 14 Reduce Swedeheart
- 16 Vår mötet 20 år
- 18 Etiskt forum
- 23 Intressanta fall
- 24 Nytt från HjärtRytmsgruppen
- 28 Arytmiprofilen
- 30 Krönikan
- 32 Avhandling
- 36 Ledare
- 38 Rapport från ERC
- 40 Utbildningsdagar i Stockholm
- 42 Avhandling

FORTBILDNINGSDAGAR i KARDIOLOGI 2019

6-8 februari 2019 • Stockholm
www.mkon.nu/update



Mötet kommer beröra följande delmål i Socialstyrelsens målbeskrivning för läkarnas specialisttjänstgöring:

Kardiologi

c 1,2,3,6,7,8,9,10,11,12 (enligt nya SoS målbeskrivningen 2015)
1,2,4,5,6,7,9,10,11 (enligt gamla SoS målbeskrivning 2008)

Internmedicin

c 1,2,3,6,7,8,9 (enligt nya SoS målbeskrivning 2015)
1,2,4,5,6,7 (enligt gamla SoS målbeskrivning 2008)

Program och anmälan finns på hemsidan: www.mkon.nu/update



21:a Svenska Kardiovaskulära Vårmetet 10-12 april 2019, Göteborg

Vårmetet är en unik mötesplats!

Mötet samlar årligen ca 1500 läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, BMA och annan vårdpersonal inom hjärt-kärlsjukvården, samt representanter från industrin. Vi har ett brett program med ca 180 st. föreläsningar, som involverar ca 280 inbjudna föreläsare och moderatorer. I samband med mötet anordnar vi en utställning där ett 70-tal företag visar upp sin verksamhet.

Tänk på att Kardiovaskulära Vårmetet är en LIPUS-granskad kurs som är intygsgivande för ST-utbildningen inom berörda specialiteter. Vårmetet är dessutom ett bra tillfälle att skicka in och presentera vetenskapliga projekt och kvalitetsarbeten som ingår i ST-utbildningen.

Hjärtligt välkomna till det 21:a Kardiovaskulära Vårmetet!

Organisationskommittén

WWW.VÅRMÖTET.SE

Hjärtsjukvård i Sverige och i Världen

Ett av mina uppdrag, både i Kardiologföreningen, på Uppsala Universitet och UCR, är att bevaka och utveckla internationella samarbeten och verksamheter. Jag får möjlighet att prata med kollegor från många länder. Till det yttre har vi olika förutsättningar för vårt arbete. Några goda vänner och kollegor från Saudi hade uppdrag av prinsen att skapa bättre register men nu får de plötsligt inga direktiv längre (!). En av kollegorna från Storbritannien jag nyligen pratade med, var mycket orolig för alla begränsningar och den förmodade nedgången i ekonomin som följer med Brexit. En kollega från Ukraina var ängslig för släkt och vänner i östra delen av landet. Två kollegor från Brasilien hade olika uppfattningar om nya presidenten och om han kommer att skövla regnskogen och straffa människor utifrån ursprung och sexuell läggning som han sagt. En vän från Polen var hoppfull att den auktoritära konservativa regimen i hans hemland skulle kunna stoppas så att demokratin kan komma tillbaka. Vi har alla olika bekymmer om våra nära och kära och utvecklingen av våra länder och vår värld. Men när vi träffas och diskuterar forskning, sjukvård och patienter har vi starka gemensamma intressen och samma drivkraft. Jag har imponerats av kompetens och förmåga vid nyliga besök i bl.a. Kampala, Tokyo, Falun, Skopje och Solna. När vi lär känna varandra och diskuterar hur vi skapar bästa möjliga sjukvård försvinner gränser mellan människor, landsting, länder och världsdelar.

Kardiologföreningen försöker skapa förutsättningar för att vi som valt denna läkarspecialitet oavsett arbetsplats eller arbetsuppgift, ska kunna dela erfarenheter och kunskap med varandra inom landet och med andra i världen. Därigenom blir vårt arbete mer innehållsrikt och intressant och vården för våra patienter bättre. Vi har stärkt Svensk representation i ESC, nominerat många till ansvarsposter och rekommenderat åtskilliga för fellowship.

Under oktober/november genomfördes lyckade nationella utbildningssymposier på sex orter med tema hjärtsvikt. Nästa år blir temat diabetes och hjärtsjukdom. I november representerade en mindre skara svenska kardiologer American Heart Association och lyssnade till bl.a. Per Nordberg från Södersjukhuset som på ett föredömligt sätt presenterade resultaten av Princess-studien på en "late braking session". Grattis Per, SöS-kollegor och Princess-prövare. I november genomfördes det årliga och mycket givande forskningsmötet för doktorander med handledare och 6-8 februari kommer Nationella fortbildningsdagarna. Se till att komma dit. Snart kommer vår nya hemsida. Den kommer att vara tillgänglig på samma adress samt via läkarsällskapet. Styrelsen har upptäckt att föreningens stadgar inte riktigt korrekt avspeglar dess nutida funktion så i samband med kommande två årsmöten kommer en ny modern omskrivning att föreslås för medlemmarna. På samma sätt representerar vi läkarsällskapet i ett arbete att stärka demokratin och modernisera stadgarna. Föreningen organiserar majoriteten av Svenska kardiologer men vill gärna att alla ska vara medlemmar och vara delaktiga. Tipsa gärna era kollegor, speciellt de yngre.

Tillönskar alla en fin adventstid och så småningom en God Jul och ett gott nytt år

Stefan James
Ordförande



"När vi lär känna varandra och diskuterar hur vi skapar bästa möjliga sjukvård försvinner gränser mellan människor, landsting, länder och världsdelar."

IMPROVED OUTCOMES START HERE^{1,2}



Brilique* (ticagrelor) 90 mg and 60 mg – acute¹ and long term² protection in studies with more than 39 000 patients.^{1,2}

- Brilique* 90 mg significantly reduces CV events in ACS patients compared to clopidogrel* in 12 months treatment (acute**).¹ Brilique* 90 mg provides superior efficacy, without an increase in overall total major bleeding or major fatal life-threatening bleeding events vs. clopidogrel*. Non-CABG major and non-procedural major and minor bleeding were significantly higher with Brilique* 90 mg vs. clopidogrel*.^{*1}
- Extended treatment for 36 months with Brilique* 60 mg reduces CV events in high risk patients with a history of MI compared to ASA (long term**).² Rates of TIMI major bleeding were higher with Brilique* 60 mg than with ASA alone. Event rates for fatal bleeding were 0,3% in both treatment groups (p=1.0000) and for intracranial haemorrhages 0,6% for Brilique 60 mg and 0,5% for ASA alone (p=0.3130).²

Indication

Brilique, co-administered with acetylsalicylic acid (ASA), is indicated for the prevention of atherothrombotic events in adult patients with

- acute coronary syndromes (ACS) or
- a history of myocardial infarction (MI) and a high risk of developing an atherothrombotic event



BRILIQUE
tikagrelor

redefining antiplatelet performance

*In combination with ASA.

**PLATO trial = 12 months treatment (acute). PEGASUS trial = 36 months treatment (long term). There are limited data on the efficacy and safety of Brilique beyond 3 years of extended treatment.

Brilique® (tikagrelor) 60 mg och 90 mg filmdragerade tabletter, Rx, F, trombocythämmande läkemedel, cyklopentyltriazolopyrimidin (CPTP).

Indikationer: Brilique, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för prevention av atherotrombotiska händelser hos vuxna patienter med akut koronart syndrom (AKS) eller tidigare hjärtinfarkt och hög risk för att utveckla en atherotrombotisk händelse.

Dosering: Patienter som tar Brilique skall även ta en daglig låg underhållsdos av ASA 75–150 mg, såvida detta ej är specifikt kontraindicerat. *Akut koronart syndrom:* För patienter med AKS rekommenderas behandling med en laddningsdos om 180 mg Brilique (två tabletter à 90 mg) och därefter Brilique 90 mg två gånger dagligen i 12 månader om inte utsättning är kliniskt indicerad. *Tidigare hjärtinfarkt:* Brilique 60 mg två gånger dagligen är den rekommenderade dosen vid behov av förlängd behandling för patienter som haft hjärtinfarkt för minst ett år sedan och löper hög risk för ny atherotrombotisk händelse.

Subvention: Brilique 60 och 90 mg ingår i läkemedelsförmånen. Senaste översyn av produktresumén: 2018-09-21. För ytterligare information och priser se www.fass.se.

CV, Cardiovascular, ACS, Acute Coronary Syndromes, CABG, Coronary Artery Bypass Grafting, MI, Myocardial Infarction.

Ref. 1. Wallentin L, et al. N Engl J Med 2009;361:1045–57. 2. Bonaca MP et al. N Engl J Med 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1500857.



AstraZeneca AB AstraZeneca Nordic-Baltic 151 85 Södertälje Sweden T: 08-55326000 astrazenecacv.se



27th NORDIC-BALTIC CONGRESS OF CARDIOLOGY

June 10-12, 2019
Finlandia Hall
Helsinki/Finland

Kära läsare

Text: Claes Held

Året lider mot sitt slut – det känns som det var alldeles nyss som snön låg vit på taken och man avgav sina nyårsloften – men nu är det dags för en återblick och reflektion över kardiologiåret 2018. Det var året när Svenskt Kardiovaskulärt vårmöte firade sitt 20-årsjubileum. Aldrig förr hade vi så många anmälda deltagare, aldrig förr så digert och högkvalitativt program och den avslutande middagen och festen i Blå Hallen och Gyllene Salen påminde om den av världens mest kända, den allra finaste Nobelmiddagen. Den blev verkligen ett minne för livet! Det känns som om svensk kardiologi just nu har en otrolig energi och kraft och det går bra för svensk forskning ur ett internationellt perspektiv. Det är lätt att vara stolt över vad Sverige åstadkommer inom forskning och utveckling.

Som nyttillträdd redaktör känns det väldigt skönt att det finns så många positiva energiska medlemmar som gärna delar med sig av sina erfarenheter och lärdomar. I detta nummer kommer vi få några sammanfattande avhandlingsreferat från två nyligen disputerade, Gabriel Arefalk och Fredrika Norlund, båda från Uppsala. Lars Wallentin som höll jubileumsföreläsningen av 20-årsjubileet under mötet ger sin bild av hur allt startade och hur det sedan utvecklades. Jag och Martin Stagmo försöker ge en sammanfattning av de viktigaste nyheterna från det nyligen avslutade American Heart Association konferensen i Chicago. I detta nummer finns flera annonser för kommande kurser och utbildningar under 2019 – föreningen har ett stort utbud så ta för er!

När du läser det här numret så är det troligen alldeles innan jul och möjlighet till lite ledighet och avkoppling tillsammans med familj och vänner. Passa på att njuta av helgen så ses vi snart igen!

Jag önskar er alla en riktigt GOD JUL och ett Gott nytt 2019!

Claes Held
Editor-in-Chief

SEE MORE AT

www.nbcc2019.org
@nbcc2019



Claes Held



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både**:

- Bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin¹
- Bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin¹

Ref: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992

432SE18PR00873-01 PP-EL-SWE-0711 mars 2018




Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAf) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärtklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 19 okt 2017. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se

Vetenskaplig sekreterares ledare

Denna ledare skriver jag fredag eftermiddag på väg från Stockholm hem till Lund. Första adventet står inför dörren och sen är det snart Jul! Just nu börjar det bli mörkt ute, soliga dagar verkar ha tagit slut, dimma och regn avlöser varandra.

Jag reser hem efter två intensiva dagar på Rosersbergs slott, där jag tillsammans med fyrtio andra forskare från universitet i Umeå, Göteborg, Linköping, Stockholm och Lund, pratat om svensk forskning inom kardiologi. De spännande diskussionerna sträckte sig från fundamental forskning och djurmodeller till storskaliga register-baserade randomiserade kliniska prövningar. Stort tack till John Pernow, Bertil Olsson, Isabel Goncalves och Lars Wallentin för uppskattade inspirationsföredrag som belyste forskningskarriärvägar både på det privata planet och i ett större internationellt perspektiv.

Det nationella forskarmöte*, som nu har anordnats av Svenska kardiologföreningen för 9:e gången i rad, syftar framför allt på att skapa en plattform för yngre forskare att diskutera sina projekt, knyta kontakter och engagera sig i prestigelösa diskussioner med andra doktorander och mer seniora forskare i en avslappnad atmosfär. Mötet är avsiktligt relativt litet med begränsat antal deltagande doktorander – först till kvarn gäller! Aktivt deltagande av erfarna kollegor med olika expertis och bakgrund har bidragit till att diskussionerna var intensiva och gav bredare perspektiv till de diskuterade forskningsfrågorna. Det som är speciellt med mötesformat är att man behöver inte presentera färdiga forskningsresultat utan kan även berätta om sina planerade studier och dra nytta av de tankeväckande diskussionerna.

Snabb genomgång av utvärderingsformulär har visat att mötet uppfattades som lyckat, vilket är glädjande och vi påbörjar förberedelserna för nästa höst och det lär bli Rosersbergs slott igen. Planera redan nu! Detaljerna kommer.

Jag är övertygad att möten som det vi har haft bidrar till att främja samarbete mellan forskargrupperna, vilket starkt efterfrågas (inte minst i de utvärderingsformulär som jag har hunnit läsa). Och det handlar inte bara om att rekrytera patienter,

vilket naturligtvis är oerhört viktigt i sig. Forskningsprocessen har varit traditionellt uppdelat i relativt avgränsade områden motsvarande den kliniska expertisen, som t.ex. kranskärl, hjärtsvikt, elektrofysiologi och liknande. Men när man arbetar inom sitt område fokuserat på sitt projekt är det lätt att bli ”blind” och inte se vad som händer runt omkring. Vi behöver bryta genom gränserna för att skapa nya frågeställningar och svara på de olästa frågorna inom kardiologi som på sikt kan bidra till nya behandlingsmetoder, bättre riskstratifiering och val av behandlingsstrategi. Det är därför vi forskar! Det finns flera goda exempel på det framgångsrika samarbetet mellan olika universitet och forskargrupper men mycket mer behöver göras!

God Jul och Gott Nytt År!

Pyotr Platanov

Vetenskaplig sekreterare

* med stöd från Hjärt-Lungfonden, AstraZeneca och Pfizer



Kardiologföreningens forskarkurs 2018. Bild Magnus Runnå, Pfizer AB.

AHA-upplevelser i Chicago

Text och foto: Claes Held och Martin Stagmo



Chicago skyline.

Chicago gjorde verkligen skäl för sitt epitet ”the windy city” när årets upplaga av American Heart Associations scientific sessions gick av stapeln där den 10–12 november. Sällan har AHA utspelat sig på ett kallare och blåsigare ställe. Det vetenskapliga programmet värmdde dock alla delegaterna med sitt högklassiga innehåll. Även AHA har från och med i år anpassat sig till det format som dess systemmöte ACC redan haft i flera år. Mötet är numera bara tre dagar långt. Detta har på många sätt gjort mötet bättre och intressantare. Det har blivit en bättre spänst i mötet och de spännande sessionerna är många och tätt inpå varandra. I år presenterades dessutom flera välgjorda och kliniskt relevanta studier varav några refereras nedan. De svenska bidragen var i år relativt många vilket självklart är glädjande.

PIONEER-HF

887 patienter med nedsatt vänsterkammarmfunktion (EF < 40 % och förhöjda NT-proBNP eller BNP-nivåer) som lades in med akut dekompensterad hjärtsvikt randomiserades efter klinisk stabilisering till neprilysinhämmaren sakubitril/valsartan eller ACE-hämmaren enalapril. Den primära effektvariabeln var förändring i NT-proBNP och BNP-nivåer efter 4 och 8 veckor och denna utföll positivt till sakubitril/valsartans fördel. Även sekundära effektparametrar såsom rehospitalisering påverkades positivt. Avseende säkerhet sågs det ingen skillnad på frekvensen av försämrad njursvikt, hyperkalemi eller hypotension mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen. En intressant observation var att minskningen av natriuretiska peptider sågs tidigt efter behandlingsstart, redan efter en vecka.

TRED-HF

Den kliniskt viktiga och ibland förkommande frågan om och när man vågar sätta ut hjärtsviktsbehandling hos patienter med dilaterad kardiomyopati som återhämtat sig och normaliserat hjärtfunktionen fick ett ganska tydligt svar i denna studie. Studien inkluderade 51 patienter med icke-ischemisk dilaterad kardiomyopati med EF < 40 % och som behandlades

med minst ett hjärtsviktsläkemedel och som återhämtat sin EF till > 50 %. Vidare skulle NT-proBNP vara > 250 ng/L. Patienterna randomiserades till långsam utsättning av hjärtsviktsbehandlingen eller fortsatt sådan över en 16 veckors period. Sedan skedde en single-arm crossover varvid gruppen som fortsatte sin hjärtsviktsmedicinering vid randomisering genomgick utsättning. Patienterna monitorerades noggrant under utsättningen med telefonsamtal varannan vecka, blodprover var 4 vecka och MR-undersökning av hjärtat vid baseline, 16 veckor och 6 månader. Den primära effektvariabeln var något av: återfall i dilaterad kardiomyopati definierat som en minskning av EF med 10 % eller mer, en ökning av vänsterkammarens slutdiastoliska volym med mer än 10 %, en ökning av NT-proBNP till 2 x baselinevärdet eller > 400 ng/L eller kliniska tecken till hjärtsvikt. Om något av dessa kriterier nåddes återstartades patienten på hjärtsviktsmedicinering. Detta skedde hos hela 40 % av patienterna och i ytterligare 13 fall återstartades medicineringen även om de fördefinierade kriterierna ej uppfylldes fullt ut. I endast 16 av 51 fall bedömdes utsättningsförsöket som lyckat. Resultaten talar alltså för att man i de allra flesta fall inte bör sätta ut hjärtsviktsmedicinering hos patienter med DCM som återhämtat och normaliserat sin hjärtfunktion eftersom återfallsfrekvensen redan efter 6 månader är mycket hög.

VITAL

VITAL-studien är en av de största placebokontrollerade studierna som adresserat frågan om vitamin D och omega-3-fetter som primärprevention mot kardiovaskulär sjukdom och cancer. Studien var en 2x2 faktoriell studie som randomiserade över 26 000 friska personer till vitamin D3 i dosen 2000 IU/dag eller placebo och omega-3 fick olja i dosen 1 g/dag eller placebo. Uppföljningstiden var i genomsnitt 5,3 år och de 2 primära effektvariablerna var förekomst av invasiv cancer och en kardiovaskulär kompositendpoint bestående av stroke, hjärtinfarkt och kardiovaskulär död. Det sågs ingen skillnad i någon av dessa mellan behandlings- och placebogrupperna, vare sig för D-vitamin eller fiskolja. Eftersom den primära effektvariabeln var negativ bör man se skillnader i de sekundära dito med en viss skepsis. Dock såg man en 28 % reduktion av hjärtinfarkt i gruppen som fick fiskolja jämfört med placebo. Intressant nog var effekten störst hos de deltagare som hade ett lågt intag av fisk i kosten medan om man åt mycket fisk sågs ingen skillnad. Man tyckte sig även ana en signal om reduktion av cancer i gruppen som fick D-vitamin särskilt om man exkluderade de 2 första åren i analysen. Det rädde dock konsensus om att studien som helhet var negativ och att subgruppsanalyserna inte är starka nog att rekommendera någon förändring i riktlinjer avseende D-vitamin och omega-3-fetter som primärprevention av vare sig cancer eller kardiovaskulär sjukdom.



Millennium Park.

REDUCE-IT

Precis när en studie med omega-3-fetter presenterats och som så många andra utfallit negativt så skakas vårt kunnande om fullständigt. REDUCE-IT studie randomiserade 8 179 patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom (70 %) eller diabetes med andra riskfaktorer till placebo eller en syntetisk fiskolja (icosapent etyl) i hög dos (2 gx2). Alla patienter stod på statinbehandling och för att inkluderas i studien skulle man också ha förhöjda triglycerider samt LDL-nivåer. Den genomsnittliga uppföljningstiden var 4,9 år. Den primära effektvariabeln var kardiovaskulär död, hjärtinfarkt, stroke, koronar revaskularisering eller instabil angina. Denna reducerades signifikant i behandlingsgruppen med hela 4,4 % i absoluta tal jämfört med placebogruppen. Detta ger ett number-needed-to treat på endast 21! P-värdet var imponerande 0,0000001 (6 nollor!). Alla individuella och sammansatta effektvariabler minskade i behandlingsgruppen. Det sågs dock en liten ökning av frekvensen av förmaksflimmer och blödningar i densamma. Då man i placebogruppen såg en viss ökning av CRP och LDL-kolesterol startade efter presentationen genast en debatt på nätet om huruvida den mineralolja man använt i placebo-kapslarna skulle kunna vara skadlig och på så sätt bidra till den stora skillnaden mellan behandlings- och kontrollgruppen. Studieledningen ansåg dock att de små ökningarna av LDL och CRP inte skulle kunna förklara de imponerande resultaten. Skillna-



Chicago by night.



Trump Tower.

den i triglyceridnivåer mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen var 20 % (18 % minskning i den förstnämnda och en 2 % ökning i den sistnämnda). Inte heller denna skillnad bedömdes stor nog att ensamt förklara den 25 % relativa riskreduktionen i behandlingsgruppen.

Endotelfunktion och energidryck

En studie på 44 friska frivilliga visade att intag av endast en burk energidryck av typen Monster signifikant och omedelbart försämrade endotelfunktionen i form av flödesmedierad dilatation mätt med ultraljud. Likaså ökade puls och blodtryck med 12 slag/min och 12–14 mmHg efter energidrycksintag. Även 90 min efter intagen sågs en reducerad endotelfunktion trots att puls och blodtryck då normaliserats. Vad detta kan ha för effekter på hälsan är ännu oklart men sannolikt kan detta vara skadligt för känsliga grupper såsom barn, gamla och sjuka. Presentatören förordade stor försiktighet med dessa drycker och ett förbud mot försäljning till barn. Han varnade också för att risken skulle kunna vara ännu större om dryckerna intas innan kraftig ansträngning såsom idrott eller i kombination med alkohol.

DECLARE-TIMI 58.

SGLT-2 hämmaren dapagliflozin reducerade signifikant risken för den ena av de två primära effektvariablerna, nämligen kombinationen av kardiovaskulär död och hospitalisering för hjärtsvikt hos patienter med typ 2-diabetes men lyckades inte nå signifikans avseende major adverse coronary events i den placebokontrollerade DECLARE-TIMI 58 studien. 17 160 patienter med typ 2-diabetes och aterosklerotisk sjukdom eller multipla riskfaktorer för den samma randomiserades till 10 mg dapagliflozin eller placebo utöver standardbehandling. MACE, som var kardiovaskulär död, hjärtinfarkt och ischemisk stroke tenderade att vara lägre i behandlingsgruppen men skillnaden nådde inte statistisk signifikans. Uppföljningstiden var i genomsnitt 4,2 år. Det spekulerades i om detta berodde på att man inkluderat patienter med relativt låg risk i studien. I en subgruppsanalys av de patienter som hade etablerad kardiovaskulär sjukdom sågs en tendens till bättre effekt på den primära effektvariablen än hos patienter med enbart riskfaktorer vilket skulle kunna stödja denna teori. Det sågs glädjande nog inga tecken till att behandlingen skulle öka frekvensen av cancer i urinblåsan, stroke eller behov av amputationer vilket tidigare diskuterats omkring SGLT-2 hämmarna.

Några svenska bidrag på AHA

PRINCESS

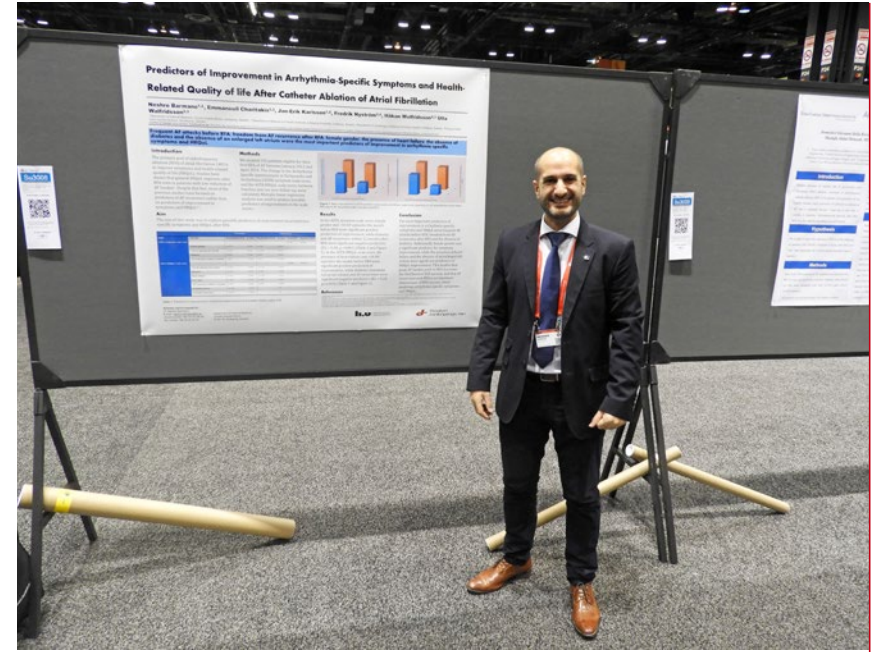
Per Nordberg från KI presenterade resultaten av PRINCESS-studien på en session av late-breaking trials. Detta var en fas 2 studie som randomiserade 677 patienter med hjärtstopp utanför sjukhus till standardbehandling efter återupplivning eller pre-

hospital nedkylning via transnasal evaporativ kylning där man via en kateter i näshålan kyller patienten med hjälp av en mix av luft och ett kylmedium vilket ger en snabb nedkylning av hjärnan. Den primära effektvariabeln var överlevnad med gott neurologisk resultat definierat som Cerebral Performance Category 1 eller 2 efter 90 dagar och denna skilde sig inte signifikant åt mellan grupperna varför resultatet av studien var negativt. Dock visade studien på att konceptet med prehospital nedkylning via näskateter fungerar och man såg inga negativa effekter av behandlingen.

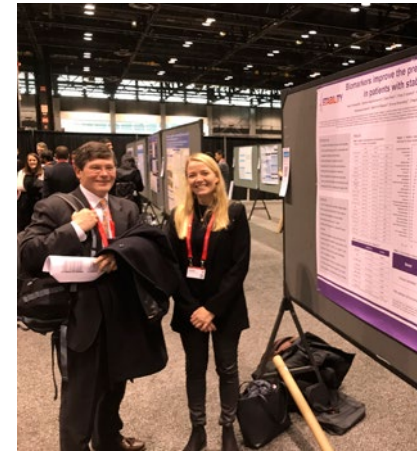
En Uppsala-grupp representerad av Ziad Hijazi, Tymon Pol och Maria Tomasdottir hade presentationer kring kopplingen mellan biomarkörer och förmaksflimmer eller som redskap för att predicera dess komplikationer som blödning eller död. I ABC-risk score kunde man predicera risken för blödning hos patienter med apixaban med eller utan aspirin om man kombinerar ålder, biomarkörer och kliniska riskfaktorer och detta kan även användas som beslutsunderlag för intensitet och behandlingsduration. I ett annat arbete visade man att incidensen av nytt förmaksflimmer är ca 1 %/år hos patienter med stabil kranskärlssjukdom och information om NT-proBNP, hemoglobin och Troponin T kan bättre predicera risken att utveckla förmaksflimmer än användandet av kliniska variabler. Slutligen, GDF-15, som visat sig vara en stark prediktor för både död och för blödning visade sig vara en lika bra prediktor oavsett geografisk region, något som tidigare ifrågasatts.

Helena Dellborg, Göteborg visade en poster som tydligt visade problemet att kvinnor är fortsatt underrepresenterade i de flesta studier av sekundärpreventiva kolesterolsänkande studier även om en viss förbättring skett det senaste decenniet.

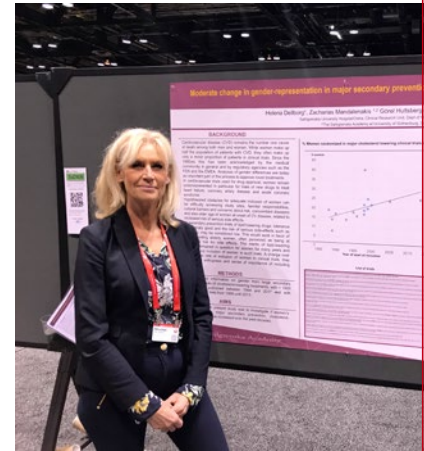
Också inom smalare fält som GUCH presenterades intressanta data. I en liten studie från Danmark kunde man påvisa lägre score i vissa kognitiva test hos patienter med tidigare opererade förmaks- och kammarseptumdefekter, ingrepp som anses ha mycket låg komplikationsfrekvens och få sena effekter. Andra fynd som presenterades var nedsatt cerebral perfusion och strukturella förändringar i hjärnan hos de med mera komplicerade hjärtfel. Det fanns också svenska bidrag. Bengt Johansson, Camilla Sandberg och Karna Johansson, alla från Umeå, hade flera presentationer kring forskning på GUCH-patienter. Ett viktigt fynd var oväntat hög förekomst av sarkopeni hos vuxna med komplex medfödd hjärtsjukdom. Ett annat fynd var en association mellan lokal oxygeneringskinetik i skelettmuskel och nedsatt uthållighet i muskulatur.



Neshro Barmano, Jönköping.



Maria Tomasdottir.



Helena Dellborg.



Per Nordberg.



Har betablockad nått bäst före-datum vid hjärtinfarkt med normal ejektionsfraktion?

Text: Troels Yndigegn

Betablockad:

En framgångssaga vid hjärtinfarkt

Betablockad blev introducerat som behandling till patienter med hjärtinfarkt i början på 80-talet baserat på en rad stora randomiserade kliniska prövningar. Betablockad versus placebo minskade den relativa risken för ny hjärtinfarkt och död med 20–30 % hos patienter med akut hjärtinfarkt. I Sverige har behandling med metoprolol varit en hörnsten som postinfarktprofylax bl.a. sedan genomförandet av Göteborgsstudien. Behandling med betablockad ligger idag på en hög nivå där mer än 90 % av samtliga hjärtinfarktpatienter i SWEDEHEART skrivs ut med betablockad.

Nyttan av betablockad i post-PCI eran ifrågasätts

Sedan introduktionen av betablockad till hjärtinfarktpatienter har dödligheten efter hjärtinfarkt minskat dramatiskt. Utöver betablockad har en rad nya behandlingar introducerats som har inverkat gynnsamt på denna mortalitetsreduktion. Ett genombrott inom akut kranskärlsvård har varit introduktionen av modern revaskulariseringsstrategi där angiografi och PCI idag erbjuds till majoriteten av alla patienter. Det finns alltmer data som ifrågasätter nyttan av betablockad vid hjärtinfarkt i den så kallade ”post-PCI-eran” där också behandling med ACE-hämmare, statiner och potenta trombocythämmare har introducerats. Observationsdata tyder på att det är gruppen med normal vänsterkammerfunktion – oftast definierat som LVEF > 40% – inte har nytta av behandling med betablockad efter en hjärtinfarkt.

Behandling med betablockad – inte oproblematisk

Betablockad tolereras som regel väl avseende biverkningar. Listan är dock lång avseende möjliga biverkningar. I ljuset av nya rön om tveksam effekt, kan risken för trötthet, depression, mardrömmar, sexuell dysfunktion och viktökning vara anledningar till att patienter (och läkare) väljer att sätta ut betablockad efter hjärtinfarkt. För äldre patienter tyder studier på

risk för försämrad ADL och minskad livskvalitet vid betablockad behandling efter hjärtinfarkt, trots en sannolikt god effekt avseende död och nya hjärthändelser.

Guidelines uppmärksammar svagt evidensläge: Oklart stöd för betablockad vid hjärtinfarkt och normal EF

Europeiska riktlinjer (ESC) för hjärtinfarkt patienter anger att evidensen är stark (A) för behandling med betablockad och sänkt EF (< 40 %) och ger rekommendationen I (bör insättas) om inga kontraindikationer föreligger. För patienter med EF > 40 % anges att det föreligger ett oklart evidensläge. För STEMI-patienter bör rutinmässig behandling övervägas (IIa) med ett svagare evidensstöd (B). För NSTEMI-patienter går man så långt som att avstå från rekommendation för patienter med NSTEMI och EF > 40 %. I ett särskilt avsnitt om ”kunskapsluckor” framhävs behovet av moderna randomiserade studier som kan visa vilken roll betablockad har för patienter med hjärtinfarkt och normal (eller lätt sänkt) vänsterkammerfunktion.

Kan frågan ens besvaras? Vem har möjligheten?

I ett kunskapsläge där osäkerhet råder kring nyttan av en behandlingsmetod, krävs studier för att redovisa effekten av behandlingen. Den gyllene standarden för läkemedelsstudier idag är randomiserade kontrollerade kliniska prövningar (RCT). Idag undersöks generiska läkemedelsbehandlingen inte i modern kontext och det är högst osannolikt att läkemedelsindustrin skulle vara villiga att ta på sig uppgiften. Trots stor klinisk betydelse saknas ekonomiska incitament för läkemedelsindustrin att göra dessa studier. SWEDEHEART har inom de senaste 5 åren varit drivande av en rad framgångsrika studier (TASTE, VALIDATE, iFR och DETOX) där effekten av behandlingar med potentiellt stor klinisk betydelse har undersökts i stora randomiserade kliniska prövningar med utgångspunkt i registerdata (s.k. RRCT). Dessa har haft stort genomslag och konceptet har väckt stor uppmärksamhet och kallats för ett paradigmskifte inom klinisk prövning.

Randomized Evaluation of Decreased Use of beta-blockers after myocardial infarction in the SWEDEHEART registry (REDUCe-SWEDEHEART)

REDUCe-studien ämnar undersöka effekten av betablockadbehandling vid hjärtinfarkt med normal hjärtfunktion definierat som EF ≥ 50 %. Studien är en register-baserad öppen randomiserad parallell multicenter studie (RRCT). Studien planerar inkludera 7000 patienter med hjärtinfarkt som registreras i SWEDEHEART och primärt kombinerat utfallsmått är ny hjärtinfarkt eller död. Studien är event-driven och powerberäkning som gjorts visar att 944 events skall uppnås innan man avbryter studien. Studien finansieras med medel från Vetenskapsrådet och är godkänd av Etikprövningsnämnd och Läke-medelsverket. REDUCe-SWEDEHEART stöds av Patientföreningen Hjärt-Lung och Svenska Kardiologföreningen. Idag deltar 38 SWEDEHEART-center aktivt i studien och under november månad inkluderades patient nummer 1000 i studien på Östra Sjukhuset i Göteborg.

Sverige inte ensam – frågan är het!

Hittills har stödet till studien varit överväldigande nationellt och intresset internationellt är också stort. Liknande studier har nyligen påbörjats i Frankrike och Norge och ligger i startfas i Danmark. Skall REDUCe-studien få så stor generaliserbarhet som möjligt och vetenskapligt kunna besvara denna viktiga fråga är det viktigt att alla lämpliga patienter erbjuds deltagande. Utelämnar vi patientgrupper förlorar vi möjligheten att uttala oss om effekten av behandlingen – vare sig vi tror på nyttan av betablockad eller inte. Just nu finns ett gyllene läge där SWEDEHEART-nätverket åter kan bidra med mycket viktig vetenskaplig information för framtida hjärtinfarktvård – nu är 1000 patienter randomiserade – är ditt sjukhus med?

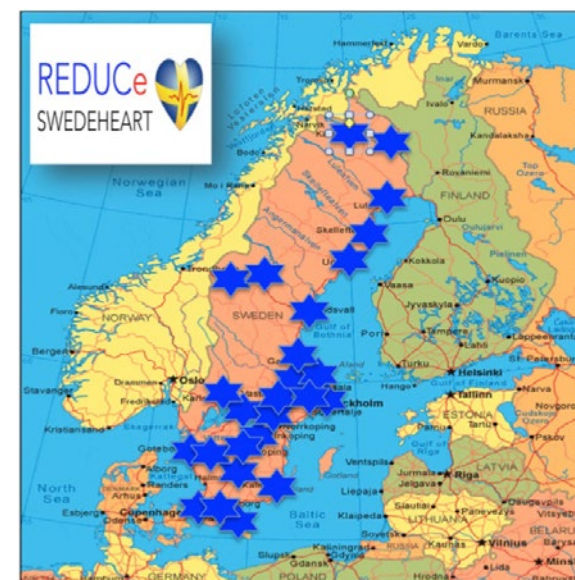
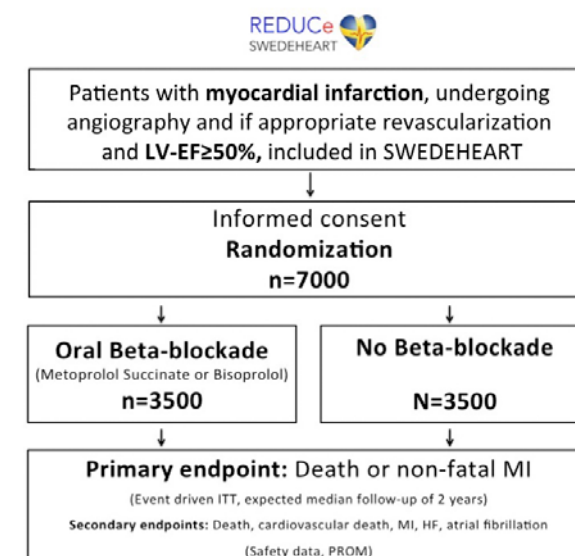
Betablockad vid hjärtinfarkt utan sänkt vänsterkammerfunktion är idag en behandling som saknar säker evidens. Via den unika kombinationen av randomiserad klinisk prövning och registeruppföljning har Sverige ett gyllene läge att driva fram ny kunskap av stor klinisk betydelse. 38 center inom SWEDEHEART har nu randomiserat över 1000 patienter i den första studien med styrka att svara på frågan om betablockad vid hjärtinfarkt med normal vänsterkammerfunktion är en effektiv och bra behandling. Är ditt sjukhus med?

Troels Yndigegn

ST-läkare och doktorand på vägnar av REDUCe-SWEDEHEART styrgrupp*
troels.yndigegn@gmail.com
www.reduce-swedeheart.se

*Styrgruppen:

Tomas Jernberg, Stockholm, Chair
Pelle Johansson, Riksförbundet HjärtLung
Annica Ravn-Fischer, Göteborg
Patrik Karlström, Jönköping
Joakim Alfredsson, Linköping
David Erlinge, Lund
Erik Rydberg, Lund
Troels Yndigegn, Lund, koordinator
Robin Hofmann, Stockholm
Bertil Lindahl, Uppsala, co-Chair
Johan Sundström, Uppsala
Claes Held, Uppsala
Thomas Kellerth, Örebro





20 år med Svenska Hjärtförbundet och Svenska Kardiovaskulära Värmötet

Text och foto: Lars Wallentin

I april 2018 avhölls det 20:e kardiovaskulära värmötet i Waterfront i Stockholm. Som vanligt blev mötet större och bättre än alla de tidigare. Programmet var fyllt av tvärvetenskapliga probleminriktade sessioner med god balans mellan kvinnor och män, olika specialiteter och från olika delar av Sverige. Utställningen och korridorerna blev som alltid ett stort torg med ständigt hejande och många oväntade möten som ofta gjorde att inplanerade sessioner raskt nedprioriterades. Banketten var, som vid 10-årsjubileet, på Stadshuset med fantastiskt stilig middag i Blå hallen och dans i Gyllene Salen – som på Nobelfesten. Det delades som vanligt ut flera och större priser och stipendier än nånsin tidigare. Och vi hade som vanligt roligare, hjärtligare och mer värmande för kropp och själ än vid kunde komma ihåg från förr. Men hur var det då? ”Jo, därom kan jag ge besked, om ni så vill, ty jag var med.” (J-L. Runeberg)

Det första kardiovaskulära värmötet hölls 15–17 april 1999 i Malmö. Det var ett första försök till att öka intresset genom att bredda underlaget för vårt nationella vetenskapliga möte där deltagandet varit vikande under några år. Efter mötet skrev jag som ordförande följande ledare i Svensk Cardiologi. ”Vårt första Cardiovasculära Värmöte blev precis den stora succé som vi hoppades på. Mötet hade mer än 600 delegater varav c:a 1/3 cardiologer, 1/3 vårdpersonal inom cardiologi och 1/3 från hypertenisällskapet, thoraxradiologi och industrin. Programmet höll hög standard med en rad symposier med internationellt deltagande. Det spände från det senaste inom molekylärbiologi, de nyaste inom bevisbaserad klinisk forskning till nya arbetsformer inom kvalitetsutveckling och omvårdnadsfrågor. Inom alla deltagande föreningars styrelser är vi överens om att fortsätta på den inslagna vägen. Svenskt Cardiovasculärt Värmöte kommer nästa år igen att arrangeras i samarbete mellan Svenska Cardiologföreningen, Svenska Hypertenisällskapet, Svensk Tho-

raxradiologisk Förening, Svensk Barnkardiologisk förening och VIC-föreningen. Till detta värmöte hoppas vi att få med även Svensk Thoraxkirurgisk Förening, Svensk Förening för Klinisk Fysiologi och Svenska Angiologisällskapet. Dessutom vill vi skapa ett utrymme för teknisk personal i hjärtsjukvård såsom perfusionister och assistenter-sköterskor inom klinisk fysiologi och thoraxradiologi. Det Cardiovasculära Värmötet skulle därigenom bli den årliga nationella mötesplatsen för utbildning, utveckling och forskning inom hjärt-kärlsjukdom.”

När jag skrev den ledaren utlovade jag egentligen något som just då mest vare en dröm. Vi hade då framför oss ett inplanerat möte 31 maj–1 juni 1999 på Krägga kursgård i Bålsta vid Mälaren med ledarna för de specialiteter – cardiologi, klinisk fysiologi, thoraxradiologi, thoraxkirurgi, thoraxanestesi – som under senaste decenniet ständigt hade haft konflikter om vem som skulle – kunde – fick göra vad i hjärtsjukvården. Ekokardiografi var på många ställen inget att tänka på för cardiologer!? Kranskärlsröntgen och kateterburna ingrepp var på de flesta ställen endast tillåtet för thoraxradiologer!? Vi började mötet med en eftermiddag med SWOT-analys där alla som partipolitiker uttryckte sin specialitets bestämda åsikt om läget och svårigheterna att tänka sig några förändringar. Därefter gick vi på gemensam promenad, svettades tillsammans i bastun och bjöd oss på en lækker middag med goda viner. Det blev en mycket trevlig kväll där många fick en helt annan känsla av gemenskap. Förmiddagen därpå inträffade undret i Krägga då dessa specialiteter för första gången i historien kom fram till att skapa en samlingsorganisation.

Organisationen skulle ha följande målsättningar:

- Arrangera Svenskt Cardiovasculärt Värmöte
- Skapa utbildning och kompetenskrav för behandlingslingar som kan utföras av flera specialiteter

- Verka för samarbete i forsknings- och sjukvårdsutveckling.
 - Verka för förbättrad kvalitet inom hjärtsjukvården
- Vi kallade oss då för Svenska Hjärtsjukvårdens Organisation för Cooperation och Kommunikation (d.v.s. SHOCK-gruppen) eftersom detta samarbete på den tiden var en shock i den svenska hjärtsjukvården.

Med tiden kändes detta samarbete och möjligheterna för alla att utföra de vårdinsatser man är kompetent för oavsett formell specialitet fullständigt naturliga. Efter några år ändrades därför organisationen till Svenska Hjärtförbundet som nu under 20 år vidareutvecklat samarbetet till dagens höga nivå där den inre sammanhållningen är mycket god och där alla i stället gemensamt kämpar med de externa problemen – brist på tid, resurser och personal.

Utöver det förbättrade samarbetet på verkstads-golven och utbildnings- och forskningsaktiviteterna i föreningarna och hjärtförbundet har också det Svenska Kardiovaskulära värmötet varit både ett sammanhållande kitt och ett katalytiskt enzym. I organisationskommittén för värmötet har ständigt nya briljanta ledare från de olika specialiteterna träffats och jobbat ihop för att skapa nästa ännu bättre, modernare, roligare och mer givande mötesplats varje vår. Under de 20 åren har mötet varit i 6 olika universitetsstäder, letts av 17 olika ordförande, firats på 14 festlokaler, ökat från 50–170 abstract, tagit emot från 600 till 1500 deltagare varav c:a 80 % från vården och 20 % från industriföretag. Antalet utställare som kraftigt bidrar till mötets ekonomi och kvalitet har ökat från c:a 30 till 70. Den ekonomiska omsättningen har ökat dramatiskt från c:a 2 till 9 MKr. De flesta år har mötet genererat en vinst på c:a 0,5–1,0 MKr vilken används dels som garant för nästa möte och dels till allt fler och större forskningsstipendier.

Låt mig sluta denna 20-årskrönika först, med det citat från Tove Jansson som fick illustrera mina kän-

lor vid inledningen av det andra Kardiovaskulära värmötet i Uppsala, när vi kände att vi äntligen började komma förbi den svåra revirstriden mellan thoraxradiologi och kardiologi.

”Nu gungar glädjelampor över havet, var man ser, nu tröstar vi varandra, och är aldrig rädda mer”.

Tove Jansson

Och låt mig som ett andra slut lägga till det citat från Tage Danielsson som jag tycker kan få gälla för det fortsatta arbetet både i Svenska Hjärtförbundet och hela hjärtsjukvården – eller varför inte hela sjukvården:

”En droppe doppad i livets älv, har ingen kraft att flyta själv. Det ställs krav på varenda droppe – hjälp till att hålla de andra oppe!”

Tage Danielsson

Lars Wallentin, Senior professor Kardiologi
Uppsala Clinical Research Center (UCR)
och Institutionen för Medicinska Vetenskaper
Uppsala Universitet, Uppsala
lars.wallentin@ucr.uu.se

Uppsala 27 november 2018



Hippokratesrevision av vården – idealism eller realism?

Text: Niklas Ekerstad

Patienterna efterfrågar läkarkontinuitet. Kontinuitet som medel för att förbättra vården av enskilda patienter kan ses som ett yrkesetiskt kärnvärde. När den brister, ökar antalet besök på akutmottagningar.¹ Kollegorna Kenneth Pehrsson och Mårten Rosenqvist konstaterar i Läkartidningen under rubriken Vi befärar att läkekonsten är allvarligt hotad att läkarkontinuiteten numera är gravt eftersatt inom såväl sjukhusvård som primärvård.² Artikeln har väckt stark och berättigad anklang bland läsarna. Kollegorna identifierar flera orsaker till utvecklingen: okloka politiska beslut i syfte att detaljstyra vården, kraftigt ökad byråkratisering och övertro på konsulter som aldrig sysslat med sjukvård jämte en brist på tillit till erfaren professionell vårdkompetens.

Svensk kardiologi har mycket stolta traditioner beträffande utvärdering och professionell granskning, inte minst tack vare forskare i världsklass samt framsynta kliniska ledare. Dessa har tagit kraftfulla initiativ, exempelvis genom implementering av kvalitetsregister av god kvalitet och mönsterbildande nationella riktlinjer för prioriteringar. De oroande fenomen som Pehrsson och Rosenqvist berör påverkar dock även kardiologisk verksamhet.

Vad har orsakat den negativa utveckling, som artikelförfattarna beskriver, och som många kliniker känner igen sig i? Den gängse vårdprofessionella målbilden baseras på kärnvärdena vetenskap, beprövad erfarenhet och yrkesetik med vårdbehov och patientnytta i fokus. Sedan decennier blåser andra vindar. De industriellt inspirerade styrmodeller som tillämpats på offentlig verksamhet såsom sjukvård brukar vanligen sammanfattas via paraply-begreppet new public management (NPM). NPM implicerar en annan målbild och logik än den vårdprofessionella; fokus riktas mot lätt kvantifierbara mått med bristfälligt relevans för utfallet för patienterna ("pinnräkning"). Utvärderingen av vårdens processer och utfall har i hög grad övertagits av externa granskningar på externa aktörers villkor.

Stig Strömholm, professor emeritus i civilrätt och före detta rektor för Uppsala universitet, konstaterar med referens till justitierådet Thomas Bull: "... att knappast något annat land infört de förändringar som bygger på NPM så snabbt och långtgående som Sverige." samt "... att den inre kontrollen, de berörda professionernas egna interna verksamhetsideal, som bygger på omdöme och kunnande, har trängts undan eller helt ersatts av extern kontroll. Denna är oftast starkt kvantitativt inriktad och riskerar därmed att skapa blindhet för kvalitet och omdöme."³ Företrädare för andra akademiska discipliner har gjort liknande iakttagelser,^{4,5} liksom, intressant nog, vissa ledande politiker.⁶ Utvecklingen har sannolikt accelererats av att politik, förvaltning och större kommersiella konglomerat ibland tenderat att flätas samman på ett närmast korporativt vis.

Vilka strategier kan tillämpas för att vända utvecklingen? Det finns förstås inget enkelt svar, men sine qua non är att återta tolkningsföreträdet om vårdens mål och kvalitet. Utvärdering av kvalitet och målfyllelse bör främst utgå ifrån vårdens huvudmål: att identifiera och tillgodose professionellt definierade vårdbehov på basen av vetenskap, etik och kontinuitet. Detta kan endast ske professionsbaserat.

Hippokratesrevision - en tentativ modell

I Svenska Läkaresällskapets (SLS) rapport En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum (EVV)⁷ betonades att professionella värden måste få större genomslag i svensk sjukvård än idag. Till dessa värden hör vetenskap och beprövad erfarenhet och en etisk grundsyn med betoning av vårdbehov och patientnytta.

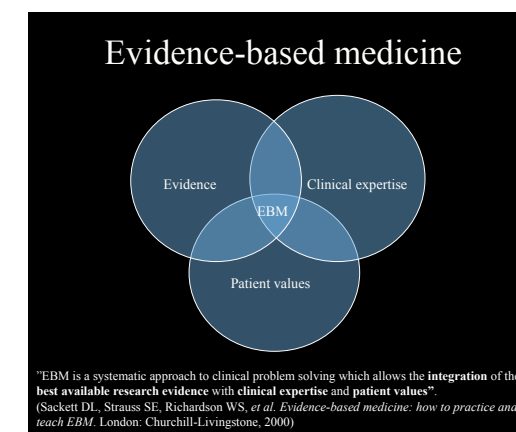
På basen av EVV beslutades i SLS' nämnd december 2016 om direktiv till Arbetsgruppen för professionell granskning och klinisk revision.⁸ SLS' nyttillträdde ordförande Britt Skogseid har givit projektet arbetsnamnet Hippokratesrevision. Direktivet kan även ses som en fortsättning på det samarbete mellan SLS och Sveriges läkarförbund (SLF) som påbör-

jades för ett par decennier sedan och som utmynnade i rapporten Medicinsk kvalitetsrevision (MKR) – Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten.⁹

Arbetsgruppens (AG) huvuduppgifter är att utveckla en modell för medicinsk granskning och revision samt att i nära samarbete med relevanta sektioner i SLS testa modellen via två pilotfall. AG började formuleras hösten 2017 och har sedan dess mötts vid sex tillfällen på SLS.

Evidensbaserad medicin

Begreppen vetenskap och beprövad erfarenhet respektive evidensbaserad medicin (EBM) har liknande innebörd. EBM innebär inte endast evidens, framtagna på gruppnivå, utan går ut på att bästa tillgängliga evidens sys ihop med den individuella klinikers erfarenhet och patientens preferenser. Individen kan inte reduceras till en kategoritillhörig-



het, individen är rent av mer än summan av sina kategoritillhörigheter. På klinisk nivå implicerar detta att evidens kombineras med ett rimligt mått av individualisering samt kontinuitet och noggrann uppföljning av insatta behandlingar, i synnerhet vid komplexa fall.

En utgångspunkt för SLS tentativa modell är därför att kvantitativa, i sig mycket relevanta, data från exempelvis register bör kompletteras med klinisk professionell kvalitetsvärdering, där även mer svår-fångade värden dryftas interkollegialt på klinisk nivå. Professorn och organisationsforskaren Mats Alvesson konstaterar följande rörande utvärdering av offentlig verksamhet: "Pinnräkningsövningar är förödande. I regel fordras en blandning av kvantitativa resultat, kritisk genomgång av dessa för att reda ut felkällor och kvalitativa bedömningar."¹⁴

Etik

Etiken innebär både hippokratiskt färgad yrkesetik och i svensk lag kodifierad etik. Dessa harmonierar väl inbördes, kanske därför att läkare utövade ett betydande inflytande i förarbetena till viktiga delar av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Prioriteringsutredningen leddes av onkologen och professorn Jerzy

Einhorn, och det riksdagsbeslut som följde och i bred parlamentarisk enighet fattades 1997 slog fast att den s.k. etiska plattformen (prioriteringsplattformen) ska gälla i svensk sjukvård.^{10,11} Om inte etiska principer råder finns en uppenbar risk för att andra typer av influenser, som till exempel "megafon- eller egenintresseprincipen" (den som skriker högst eller hävdar sitt eget intresse bäst får den bästa vården), i praktiken blir gällande.

Den etiska plattformen består av tre hierarkiskt ordnade principer. Plattformen har inarbetats i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och ska gälla både på klinisk och politisk/administrativ nivå.^{10,12} Professionellt definierade vårdbehov är avgörande, d.v.s. patientens efterfrågan kan inte ensam utgöra grund för behovsvärderingen. En annan innebörd är att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar går före lindrigare sådana, även om vården av de svåra tillstånden kostar mer; om svårighetsgraden är stor så kan även en lägre kostnadseffektivitet ges en högre prioritet jämfört med om svårighetsgraden är liten. Kostnadseffektivitet är mycket viktigt, men det är ännu viktigare att tillgodose vårdbehoven hos svårt sjuka individer, det senare med reservation för att man inte har behov av en åtgärd som inte kan göra nytta.

I förarbetena till riksdagsbeslutet betonades även att patientnytta går före samhällsnytta. Man tog avstånd ifrån den renodlat utilitaristiska nyttoprincipen; så kallad aggregerad nytta får inte vägleda vården. Innebörden är att svåra vårdbehov hos relativt få patienter (t.ex. med svår hjärtsvikt) går före lindriga vårdbehov hos många patienter (t.ex. förkylningar) även om summan av de senare är större.

Den etiska plattformen har operationaliserats, exempelvis i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Dessa baseras på evidens men även följande komponenter som härletts ur den etiska plattformen: hälsotillståndets svårighetsgrad, patientnytta (effekt av åtgärd) och kostnadseffektivitet.

Frågan är hur välkänd prioriteringsplattformen är. En färsk enkätstudie undersökte ett urval av kardiologers attityder till och kunskap om den etiska plattformen.¹³ Ungefär en tredjedel av respondenterna tyckte sig veta "mycket" eller "väldigt mycket" om den etiska plattformen, knappt en tredjedel "inget"

Etiska plattformen

1. Människovärdesprincipen

Alla individer har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller någon annan faktor. Principen anger i första hand vad sjukvårdsansvariga inte bör ta hänsyn till.

2. Behovs- och solidaritetsprincipen

Vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst vårdbehov. Hur stort behovet är bedöms utifrån hälsoproblemets svårighetsgrad och vilken potentiell hälsoförbättring en vårdinsats kan medföra. Behoven hos svaga grupper och grupper som har svårt att göra sina röster hörda ska särskilt uppmärksammas.

3. Kostnadseffektivitetsprincipen

Det ska råda en rimlig balans mellan kostnader och effekter. Hälso- och sjukvården är skyldig att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Denna princip är dock underordnad de två andra principerna: svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska prioriteras framför lindrigare åkommor, även om vården av de svåra tillstånden är dyrare.

"En följd av att behovs-solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen är enligt utredningen att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar går före lindrigare, även om vården av de svåra tillstånden kostar väsentligt mycket mer".

(Socialdepartementet, prop. 1996/97)

eller ”väldigt lite”. Å andra sidan bedömde drygt hälften av de tillfrågade att plattformen är viktig för beslutsfattande inom vården, och närmare två tredjedelar ville lära sig mer om den. Liknande svars-mönster noterades bland icke-kardiologer.

Örebro-piloten

En tentativ modell för professionell granskning och klinisk revision baseras företträdesvis på följande källor: rapporten EVV, SLS’ direktiv till AG, rapporten MKR – Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten samt workshops som genomförts av AG.

Följande fyra domäner inom medicinsk kvalitetsrevision finns med: (1) vetenskap och medicinska resultat, (2) etik, (3) patientsäkerhet samt (4) utbildning. Till vardera domänen har knutits ett batteri av 3–5 frågor. Dessa frågor kompletterades med det startdokument som anges i MKR. Metodiken har inspirerats av metodreferenserna i MKR. Exempel på frågeställningar inom domänen etik:

- Hur implementerar enheten den etiska plattformen för prioriteringar i praktiken?
- Hur identifierar och hanterar man bortträngnings-effekter, d.v.s. att patienter med stora vårdbehov trängs undan av individer med mindre vårdbehov?
- Hur arbetar enheten för samverkan och kontinuitet kring individer med komplexa vårdbehov?
- Hur synliggör man vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi?

I mars gjordes en pilot-revision av Hjärtlungkliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro. Inför revisionen utsågs tre revisorer av SLS i samråd med Svenska Kardiologföreningen respektive Svensk lungmedicinsk förening, två av revisorerna utförde revisionen fysiskt under två dagar.

I revisorernas förberedelser ingick följande: studier av hur enheten hävdar sig avseende relevanta utfalls- och processmått i kvalitetsregister (SWEDE-HEART, Riksvikt, Ablationsregistret, Pacemakerregistret, Luftvägsregistret, Cancerregistret, Socialstyrelsens rapporter utifrån öppna jämförelser Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar 2015 respektive Säker vård 2016); intervjuer per telefon av nyckelpersoner på enheten; diskussioner mellan revisorerna inklusive utformande av protokoll för journalgranskning samt ramverk för intervjuer; studie av rapporten Verksamhetsrevision Örebro.¹⁴ I synnerhet det sistnämnda dokumentet gav värdefulla insikter i administration, organisation och styrning av enheten.

Revisionen på plats startade med en återkoppling av det som förberedelserna indikerat samt dialog med klinikledning och medicinskt ledningsansvariga. Intervjuer av seniora och yngre läkare samt andra personalkategorier skedde under bägge dagarna, delvis baserade på ovan nämnda startdokument och frågeställningar. Vidare gjordes en strukturerad journalgranskning av ett urval journaler med fokus på hjärtsvikt och KOL, i synnerhet patienter med bägge diagnoser. En sammanfattande återkoppling

skedde mot slutet av andra revisionsdagen, muntligt samt skriftligt i rapportform. Etik och kvalitativa bedömningar gavs stort utrymme, särskilt i den muntliga delen. Även om helhetsbedömningen av den granskade enheten var positiv, identifierades områden med förbättringspotential, vilket enhetens kollegor uppskattade. Rapporten finns tillgänglig: <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/ledning--styrning/professionsbaserad-klinisk-revision/rapport-klinisk-revision/>

Det måste betonas att modellen är tentativ och i sin linda. Den behöver testas på flera andra enheter, inom olika driftsformer och olika specialiteter. Samarbetet med specialitetsföreningarna bör utvecklas, liksom en robust finansieringsmodell.

Varför Hippokratesrevision?

Det är ett professionellt kärnvärde att verka utifrån hippokratiskt färgad pliktetik. Detta inbegriper ett fokus på att identifiera och tillgodose vårdbehov. Därför är det rimligt att en utvärdering även beaktar hur yrkesetiken följs.

Yrkesetiken är till betydande del kodifierad i lag, i synnerhet via den etiska plattformen, d.v.s. riksdagens prioriteringsplattform. Betoning av vårdbehov har därför även legitimitet utifrån gällande lagstiftning.

Det är högst troligt att vissa av de vårdssatser som initierats från politisk/administrativ nivå har hamnat i konflikt med såväl läkaretik som centrala delar av prioriteringslagstiftningen. Den enskilde klinikern kan hamna i kläm mellan motstridiga krav, tvingas välja mellan Skylla och Karybdis, vilket är förödande för arbetsmiljön. Genom att tydliggöra att utvärderingar av verksamheten ska utgå ifrån läkaretik och den etiska plattformen, bör det bli lättare att underlätta valet.

Slutligen finns en maktdimension. Om vårdens utvärderingar betonar professionellt definierade vårdbehov på basen av etik, får per definition professionen ett starkt inflytande på verksamheten. Om i stället fokus vid en utvärdering ligger på andra, lätt kvantifierbara, variabler som inte kräver medicinsk kompetens att utvärdera hamnar inflytandet hos andra aktörer som HR-konsulter, andra konsulter, administratörer, ekonomer, etc.

Någon kanske invänder att Läkaresällskapets projekt Hippokratesrevision inte tillför något nytt. Kvalitetsregister finns ju redan. Poängen är dock att förutom en helhetsbedömning av enhetens utfall rapporterad i register, sker också en kritisk värdering av data samt en kompletterande kvalitativ bedömning med betoning av etik.

En annan oro skulle kunna vara att Hippokratesrevision avviker från konceptet EBM. I realiteten bygger revisionsmodellen på att värdera EBM med dess mål att väva samman evidens, klinikers egen erfarenhet och patientens preferenser. För att en sådan utvärdering ska kunna ske behöver registerdata kompletteras med iakttagelser, intervjuer och journalgenomgångar på golvet, på den kliniska nivån.

Kan verkligen läkarkåren göra något åt de starka krafter som omnämndes i inledningen? Går det att bjuda motstånd mot de parlamentariska (t.ex. vårdgarantin) och icke-parlamentariska (t.ex. värdebaserad vård) satsningar som görs? En väg kan vara att identifiera yrkets och vårdens kärnvärden. Flera av dessa är kodifierade i lag, exempelvis den etiska plattformen. Det framgår av flera auktoritativa dokument att den etiska plattformen och dess fokus på vårdbehov i grunden ska vara överordnad administrativt-politiska satsningar.^{15–18} Detta gäller även när satsningarna skrivs in i lagen (dispositiv lagstiftning). I exempelvis lagrådsremissen 2014 angående vårdgarantin framgår att vårdgarantin och den s.k. kömiljarden begränsas av och är underordnad prioriteringsplattformen.¹⁵

Flera av de vårdprofessionella kärnvärdena är därmed överordnade olika satsningar som strider mot dessa. I ett demokratiskt system med en konstitutionellt grundad maktindelning mellan lagstiftande, verkställande och dömande makt, är det därför rimligen inte bara vårdpersonal som har att följa lagen och dess förarbeten utan även förvaltningsledningar och politiker, även om det uppenbarligen händer att de senare inte upplever sig ha ansvar för etik i vården.¹⁹

Hur är det med resursfrågan? Revisionen ska ske interprofessionellt och med ett minimum av byråkratisk överbyggnad. Däremot behöver den finansieras av den som efterfrågar den och i detta finns en av projektets verkliga utmaningar, det måste medges.

Är projektet kanske alltför anspråksfullt och de NPM-inspirerade motkrafterna för starka? Det är just denna typ av defaitism som projektet syftar till att bekämpa. Läkarkåren bör vara ödmjuk inför många förhållanden: det faktum att det inom stora områden råder brist på evidens, patientens unika upplevelse av symtom, behov av teamarbete etc. – men inte när det gäller vetenskap, etik och behovet av helhetsansvar och kontinuitet; här har läkarkårens ödmjukhet mot externa aktörer idag sannolikt gått för långt. Som en av anhängarna till huvudpersonen Ragnar Svedje i Vilhelm Mobergs klassiska roman Rid i natt frågar:

”Vem tror att man håller sin rygg rak genom att ideligen kröka den? Vem är det som tror, att en man värjer sig genom att böja sig och lyda sin fiende? Vem trodde, att han värjer sig genom att icke värja sig?”

Som Pehrsson och Rosenqvist konstaterar befinner sig läkekonsten – och därmed läkaryrket och sjukvården – i ett kritiskt skede. I ett kritiskt skede av andra världskriget konstaterade Winston Churchill att ”En nation som förlorar efter strid, kan alltid resa sig. En nation som ger sig utan strid är förlorad för alltid.” Sannolikt kan ordet nation bytas ut mot ordet profession. Kan Hippokratesrevision bidra till att det professionella inflytandet över vården och dess utvärdering återtas? Kan dess betoning av kärnvärdena vetenskap, etik och läkekonst utgöra en sund kombination av idealism och realism? Kan Hippokratesrevision vara värd att ta strid för?

Niklas Ekerstad

Med dr, specialist i internmedicin och kardiologi

Referenser

1. Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency service utilisation in a population based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35:113-9.
2. Pehrsson K, Rosenqvist M. Vi befarar att läkekonsten är allvarligt hotad. *Läkartidningen*. 2018;115:E759
3. Strömholm S. En originell produkt av landet Lagom. Under strecket. *Svenska Dagbladet* 20131203
4. Alvesson M, Holgersson S. Polisen måste bli effektivare - mer resurser hjälper inte. *DN Debatt. Dagens Nyheter* 20180602.
5. Bringselius L, Rothstein B. Tillit till medarbetarna ökar både effektivitet och kvalitet. *DN Debatt. Dagens Nyheter* 20171215.
6. Löfven S. Valfärdens yrken måste få sin frihet och status åter. *DN Debatt. Dagens Nyheter* 20131115.
7. Svenska Läkaresällskapet 2015. En värdefull vård - en hälso- och sjukvård med människan i centrum (EVV). Rapport 2015.
8. Svenska Läkaresällskapet 2016. Utveckling av Professionell granskning och Klinisk revision. Direktiv (SLS Nämnd) till arbetsgrupp december 2016. Rapport 2016.
9. Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision 2001. Medicinsk kvalitetsrevision - Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten. Rapport 2001.
10. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Stockholm: Socialdepartementet; 1995
11. Regeringen. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop. 1996/97:60.
12. Prioriteringscentrum. Vårdens alltför svåra val? Linköping. Prioriteringscentrum. Rapport 2007.
13. rees C, Krevers B, Ekerstad N, Buyx A. Priority setting & clinical decision making as viewed by Swedish physicians - Experiences in clinical care & with the ethical platform & national guidelines. Poster presentation. Priorities conference 2018. Linköping.
14. Nilsson A. Verksamhetsrevision 2018. Hjärt-Lungkliniken, Region Örebro. Rapport 2018.
15. Regeringen. Lagrådsremiss patientlag. Stockholm: Socialdepartementet; 2014.
16. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22. Rapport.
17. Statens medicinsk etiska råd (SMER). Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. Bilaga till beslut, dnr 03/09. Stockholm 2009.
18. Bengtsson F, Hermerén G, Höglund P, Sahlin N-E, Westerholm B. NT-rådet underminerar riksdagens plattform för prioriteringar. *Läkartidningen*. 2016;113:ECWT
19. Falkenström E. Bristande etisk kompetens i vården. *Dagens Samhälle* 180824.

INTE BEHANDLAR DU VÄL ALLA DINA FLIMMERPATIENTER LIKA?

Vi är alla olika, välj LIXIANA®

- för dina äldre patienter



OMFATTANDE DOKUMENTATION AV LÄKEMEDELSINTERAKTIONER¹

Ingen signifikant påverkan av CYP450-inducerare/hämmare

DOKUMENTERAD EFFEKT- OCH SÄKERHETSPROFIL¹

Omfattande data på flimmerpatienter ≥ 75 år²

ENKEL DOSERING - EN TABLETT OM DAGEN¹

Med eller utan mat

ENDA FAKTOR XA-HÄMMAREN I ENDOS MED FÄRRE ALLVARLIGA BLÖDNINGAR JÄMFÖRT MED WARFARIN

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2018.

▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.

INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk emboli hos vuxna patienter med icke-valvulär förmaksflimmer (NFAF) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), samt profylax av reciderande DVT och LE hos vuxna.

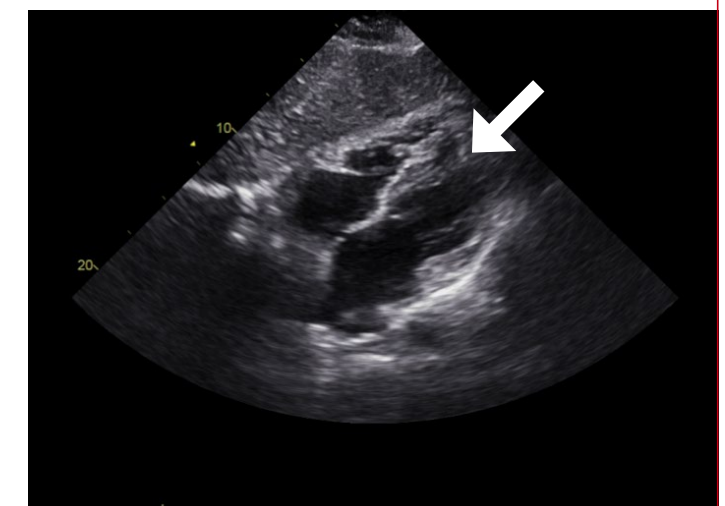
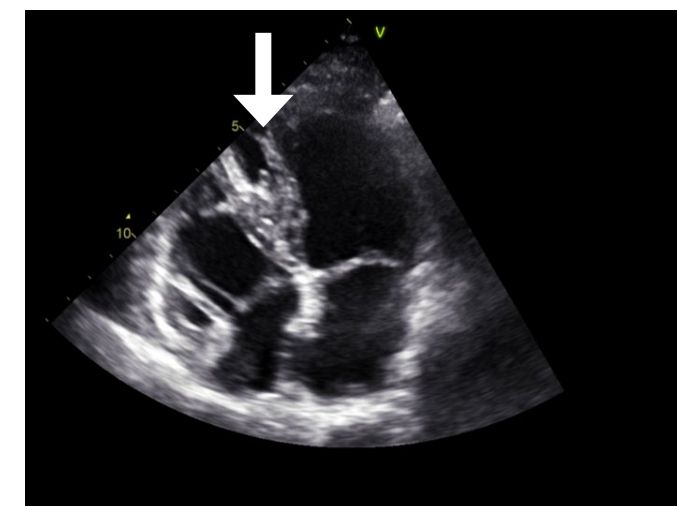
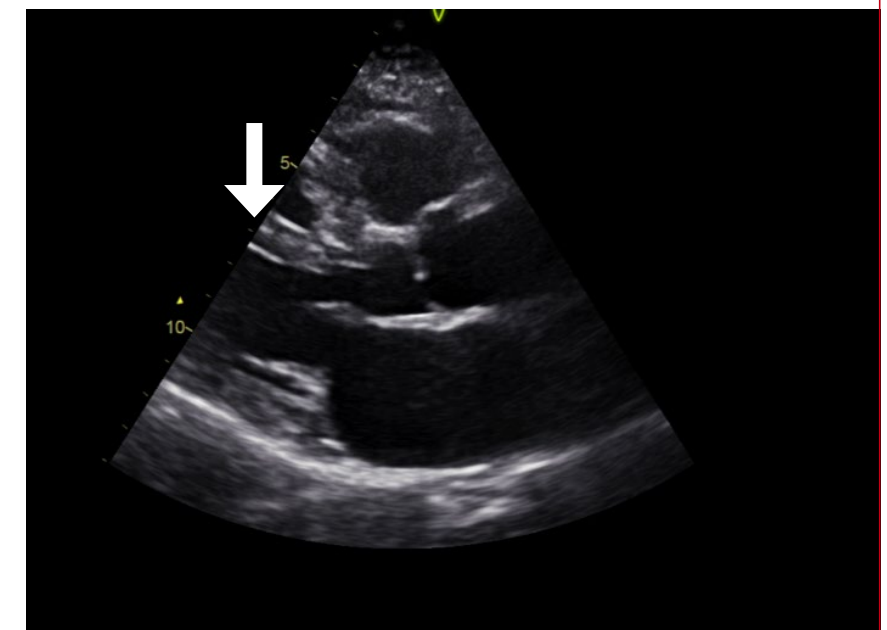
KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne Kliniskt signifikant, aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysmer eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Okontrollerad svår hypertoni. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Samtidig administrering av Lixiana och acetylsalicylsyra hos äldre patienter ska användas med försiktighet på grund av en potentiellt högre blödningsrisk. Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se.

Referenser: 1. SPC Lixiana aug 2018 2. Kato et al. J Am Heart Assoc. 2016;5: e003432. * Allvarliga blödningar: Definierat av International Society of Thrombosis and Haemostasis. Copyright© 2018 Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB 11-19-CARD-1277245-0000 nov 2018

Vänsterkammarens "false tendon"

Text: Carlos Valladares

Patient som remitterades för ekokardiografi p.g.a. nyupptäckt förmaksfladder, frisk i övrigt. "En passant" hittar en false tendon i vänsterkammare. Dessa är chordae-liknande strukturer som fäster vid septum, papillarmuskulerna eller vänsterkammarens fria vägg. False tendons är ganska vanliga, åtminstone i obduktionsmaterial, där de hittas i cirka hälften av alla hjärtan, såväl friska som sjuka. Ibland kan de vara substrat för kammartakykardier. Ruptur av en sådan (spontan eller i samband med ischemi) kan ibland se ut som en tromb, en vegetation eller en rupturerad chordae. Det har rapporterats att EKG kriterier för vänstrekammarhypertrofi förekommer oftare vid false tendons. Dessa strukturer kan också ha en positiv inverkan vid remodeling efter infarkt, delvis genom att begränsa den post-ischemiska remodeling och genom att stabilisera papillarmuskulerna vilket kan hindra utveckling av ischemisk mitralisinsufficiens efter myokardskada. Data från Framingham har dock inte visat att förekomst av false tendons är förenad med ökad mortalitet.



Nytt från HjärtRytmGruppen

Text: Tord Juhlin



Neurologprofessorn Arne Lindgren berättade om hur en neurolog tänker om antikoagulantia efter en ischemisk stroke eller blödning.

För sjätte gången arrangerade Hjärttrytmgruppen, HRG, temadagar inom arytmiområdet. I år ägde temadagarna rum i Stockholm 11/10, Malmö 18/10 och i Umeå 25/10. Deltagarantalet såg ut att bli lägre än tidigare år men anmälningarna ökade mot slutet och nådde i det närmaste upp i tidigare års antal. Deltagarna var mycket engagerade och bidrog till att göra temadagarna lyckade.

Elfyssskolan var planerad att hållas 9/11. Tyvärr var deltagarantalet så lågt att skolan fick ställas in. HRG är övertygade att elfyssskolan fyller en viktig funktion och en analys pågår om hur den ska fortsätta.

Bland HRGs övriga arbete under hösten kan framförallt nämnas en översyn av återväxten inom elfysverksamheten. Redan nu är väntetiderna till ablationsbehandling långa och det finns indikationer på att andelen yngre abladörer är alltför lågt varför frågan ter sig ytterst angelägen.

På Kardiologföreningens hemsida finns sedan i våras patientinformation om förmaksflimmer och devicebehandling. Vi vill uppmana alla att ta del av dessa och gärna använda i sin verksamhet. Informationen nås direkt via <http://www.cardio.se/patient-information>.

Temadagarna

Temadagarna hade i år titeln En fallorienterad temadag med HjärtRytmGruppen och var indelad i två delar. Förmiddagen ägnades åt När förmaksflimmerbehandling är svår – är NOAK och ablation lösningen? och inleddes med Svåra ställningstaganden till NOAK-behandling med HRGs tidigare ordförande Carina Blomström Lundqvist och Tord Juhlin. Efter en genomgång av de studier som finns kring NOAK hos äldre och sköra patienter sammanfattade föreläsarna sitt budskap; ta den högre stroke risken hos äldre med FF på allvar!

- Den kliniska nyttan av NOAK är större hos äldre.

- NOAK är förstahandsval även hos äldre.
- Låt patienten vara delaktig i behandlingsvalet.
- Motverka ojämlig flimmerbehandling, lika tillgång till modern AK oavsett kön och ålder!

Neurologen Arne Lindgren och ”Strokologen” Per Wester fortsatte med AK-behandling efter stroke – hur tänker neurologen? Under 2017 rapporterades 21 216 vårdtillfällen för stroke till Riksstroke, vilket är 579 färre än 2016. Denna glädjande trend mot sjunkande antal stroke ses sedan några år tillbaka. Det är också glädjande att allt fler med flimmer och stroke får behandling med antikoagulantia men regionala skillnader finns fortfarande.

Stora tveksamheter finns när antikoagulantia ska initieras efter en ischemisk stroke. Enligt nuvarande europeiska riktlinjer rekommenderas start ett dygn efter TIA, tre dygn efter mild stroke, 6 dygn efter måttlig och 12 dygn efter allvarlig stroke. Nya studier ifrågasätter detta och kanske kan den nu pågående TIMING-studien ge svar?

Andelen hjärnblödningar relaterade till antikoagulantia behandling uppgår till 23 %. Denna andel har ökat från ca 16 % 2012. Två viktiga åtgärder för att minska risken för hjärnblödning är att välja NOAK och att behandla förhöjt blodtryck. Beträffande återinsättning av antikoagulantia efter cerebral blödning säger Socialstyrelsens riktlinjer att detta endast ska ske inom ramen för forskning och utveckling. I europeiska riktlinjer rekommenderas diskussion i multidisciplinärt team och för patient där blödningsrisken bedöms som låg kan antikoagulantia återinsättas efter 4–8 veckor.

Steget vidare till Förmaksplugg – när OAK inte lämpar sig som strokeprofylax är inte långt. Om detta handlade Jacob Odenstedts och Niklas Höglunds föredrag. Förmaksplugg kan övervägas hos patienter med förmaksflimmer och förhöjd stroke risk men med kontraindikation för antikoagulantia. Intressant nog får indikationen 5 i Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015 medan Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2018 menar att åtgärden enbart ska erbjudas inom ramen för forskning och utveckling. Man ska komma ihåg att implantationen medför procedurrelaterad risk och att det finns kontrain-

dikationer som tromb i vänster förmaksöra eller olämplig anatomi. Randomiserade studier saknas för denna indikation och det finns inga jämförelser med NOAK. Det pågår dock randomiserade studier.

Efter Castle AF – skall alla med hjärtsvikt och förmaksflimmer ablateras? Denna fråga diskuterades av Jonas Schwieler och Anders Jönsson. Studien jämförde ablation och läkemedel hos patienter med symptomatiskt paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer och hjärtsvikt, NYHA II-IV, EF ≤ 35 %, som var ICD-bärare med optimal hjärtsviktsbehandling. Den ablaterade gruppen visade 47 % RRR för mortalitet och 44 % för sjukhusinläggning för förvärrad hjärtsvikt. Resultaten har förstås väckt stor uppmärksamhet men också ifrågasatts. Föreläsarna redovisade data och synpunkter på ett ypperligt sätt och sammanfattade att resultaten måste konfirmeras i en större, prospektiv, randomiserad studie och att det är viktigt att ta reda på vilka patienter som faktiskt gynnas av ablation.

“Until such information is available it seems worth to consider AF ablation in selected patients with symptomatic AF and severe HF in addition to device therapy”

De Bono, Kirchhof, EHJ 2018; 39(12); 1324–1325.

Efter lunch fortsatte dagen med temat Förebygga plötslig hjärtdöd – kan vi det? Guidelines och klinisk praxis och inleddes med Guidelines för kammararytmier och plötslig hjärtdöd vad är nytt? vilket framfördes av Anneli Svensson och Alessio Ciubine. Plötslig hjärtdöd (SCD) är fortfarande den ledande dödsorsaken i västvärlden, och kan förekomma vid alla strukturella hjärtsjukdomar. Vanligen är orsaken kammararytmi och den enda pålitliga riskfaktorn vi kunnat använda hittills är nedsatt vänsterkammarfunktion. Anneli och Alessio bjöd på en noggrann genomgång av diagnostik och behandling där framförallt dessa två enkla frågor är värda att lägga på minnet;

- Har patienten haft hjärtinfarkt tidigare?
- Började hjärtklappningsbesvären först efter infarkten?

Om svaret på båda frågorna är ja är PPV för VT 97 %! Åhörarna fick ett antal Take-home messages att fundera på;

Vi har haft stora framgångar med prevention av SCD post-infarkt, men studier avseende andra etiologier behövs.

S-ICD och bärbar ICD har tillkommit, deras plats i arsenalen är ännu inte helt klar.

De flesta landmark-RCTs för primärpreventiv ICD är >10 år gamla, stora farmakologiska och tekniska framsteg har gjorts sedan dess.

Kardiogenetiken har gjort stora framsteg med mer lättillgängliga gentester och dataregister men fortfarande ställs diagnosen ärftlig arytmijsjukdom inte sällan efter SCD. Via kaskad-screening kan vi dock hjälpa anhöriga.

Förekomst av ventrikulär arytmi är en negativ prognostisk faktor framförallt hos patienter med strukturell hjärtsjukdom.

Optimal sviktbehandling inklusive betablockad spelar en stor roll i att skydda mot SCD.

Fortfarande har vi otillräckliga strategier för att förebygga SCD och det stora flertalet drabbade är inte högriskpatienter! Och trots allt... risken har minskat signifikant!

20 år av primärpreventiv ICD. Var står vi idag? Detta ämne föredrogs av Elena Sciaraffia och Dritan Poci. Precis som föregående föreläsare påpekade Elena och Dritan att nuvarande rekommendationer gällande primärpreventiv ICD huvudsakligen baseras på MADIT-II och SCD-HeFT-studierna. Sedan dessa studier gjordes har behandlingen av patienter med hjärtsvikt förändrats dramatiskt genom införandet av angiotensinreceptor-neprilysin-hämmare, ökad användning av mineralokortikoidantagonister, beta-blockerare och statiner samt förbättrad revaskularisering hos patienter med ischemisk kardiomyopati. Framförallt ICD-behandling av patienter med icke-ischemisk kardiomyopati har ifrågasatts efter DANISH-studien. En metaanalys har dock visat att ICD-behandling minskar totalmortaliteten med 23 % och föreläsarna föreslog att större randomiserade studier behövs innan man rekommenderar några ändringar i befintliga riktlinjer. För patienter med ischemisk kardiomyopati och nedsatt EF <35 % har ICD-implantation blivit ett stort behandlingsframsteg och är högt indicerad för primärprevention av plötslig hjärtdöd.

Pyotr Platonov och Stellan Mörner fortsatte eftermiddagen med Hur ska vi riskvärdera patienter med hypertrof kardiomyopati? För riskvärdering vid



Alessio Ciubine föreläste om guidelines för kammararytmier och plötslig hjärtdöd.



Jonas Schwieler, mångårig styrelsemedlem i HRG, gav en stringent genomgång av CASTLE-AF.



De svåra etiska övervägandena vid ställningstagande till dosbyte av ICD hos äldre och sjuka patienter belystes elegant av Johanna Sjöblom.

hypertrof kardiomyopati (HCM) finns inga randomiserade studier eller statistiskt validerade prognostiska prediktionsmodeller. Rekommendationerna baseras istället på observationsstudier, retrospektiva kohortstudier och gäller enbart för primär prevention av plötslig död. De gäller inte ungdomar <16 år, elitidrottare, vid amyloidos, metabola sjukdomar, t. ex. Fabry, eller vid syndrom som Noonan.

Traditionellt talas om fem klassiska riskfaktorer; plötsligt dödsfall p.g.a. HCM hos förstagsadsläkting, extrem vänsterkammahypertrofi, ≥ 30 mm, oförklarad (=kardiell) synkope i anamnesen, icke-ihållande ventrikeltakykardi (NSVT) och patologisk blodtrycksreaktion vid arbets-EKG.

Riskvärdering enligt ESC 2014 innehåller istället sju riskfaktorer; plötsligt dödsfall p.g.a. HCM hos förstagsadsläkting, extrem vänsterkammahypertrofi ≥ 30 mm, oförklarad (=kardiell) synkope i anamnesen, icke-ihållande ventrikeltakykardi (NSVT), ung ålder, vänster förmaksdiameter och förekomst av utflödesobstruktion. Värdena läggs in i ESCs riskkalkylator och den framräknade siffran används för att beräkna patientens femårsrisk för SCD. Är risken <4 % är ICD vanligen inte aktuellt. Vid 4–6 % kan ICD övervägas och vid ≥ 6 % är ICD vanligen indicerad.

Trots dessa ambitiösa riktlinjer är individuell riskvärdering svår. Pyotrs och Stellans råd var att använda riktlinjer, kliniskt omdöme samt att involvera patienten aktivt i ICD-diskussionen. Lika viktigt att identifiera patienterna helt utan riskfaktorer, vilka har god prognos.

Det mycket svåra etiska ställningstagandet En gång ICD – alltid ICD? belystes mycket fint av Johanna Sjöblom och Magnus Forsgren. En mycket viktig åtgärd för att undvika en svår framtida situation är att diskutera behandlingslängd redan vid primärimplantationen och att tidigt ta upp hur ett eventuellt dosbyte ska hanteras. Då det är dags för dosbyte och tveksamhet finns om värdet, kan man få vägledning av att efterfråga;

Nyttan av behandlingen? Är det primär eller sekundärprofylaktisk ICD?

Kvarstår indikationen? Nya kontraindikationer?

Finns det risk för chockbehandling i livets slutskede?

Dagen avrundades med EKG-fall. Är du bättre än en dator? där Lennart Bergfeldt, Pyotr Platonov och Anders Jönsson hade sammanställt lärorika EKG. Publiken deltog livligt och visade sig, förstås, vara betydligt bättre än en dator!

Efter en summering av dagen och gemensam frågestund avslutades årets temadagar och arbetet med nästa års dagar tar snart vid. Målsättningen med temadagarna är att belysa ämnesområden som det finns ett allmänt intresse för och som kan vara svåra att få täckta på annat sätt varför förslag på ämnen mottages tacksamt. Har du någon idé så tveka inte att kontakta någon av oss i HRG!

Tord Jublin



The Cardiac Patient from Birth to Adulthood 21-22 February 2019 in Stockholm Sweden

FROM THE PROGRAMME

- Adult congenital heart disease – past, present and future. **Michael Gatzoulis**, UK
- The changing epidemiology in congenital heart disease. **Ariane Marelli**, Canada
- Atherosclerosis in patients with congenital heart disease. **Eero Jokinen**, Finland
- Arrhythmia interventions in complex congenital heart disease. **Sabine Ernst**, UK
- Single ventricle physiology. **Marc Gewillig**, Belgium
- Physical capacity in adults with congenital heart disease. **Gerard-Paul Diller**, Germany
- Quality of life in adult patients with congenital heart disease. **Philip Moons**, Belgium
- Persistent foramen ovale in cryptogenic stroke. **Lars Søndergaard**, Denmark
- Evolutionary aspects on the origin of cardiac disease. **Johan Frostegård**, Sweden
- Fetal origins of adult cardiovascular disease. **Mark Hanson**, UK
- Early life origins of adult cardiovascular disease. **Athul Singhal**, UK
- Preterm birth and risk of hypertension. **Mikael Norman**, Sweden
- Clinical dilemmas - case management – expert discussion
Ulf Thilén, Bengt Johansson, Magnus Domellöf, Annika Rydberg, Sweden
- Poster session

Organising committee Bengt Johansson, Hugo Lagercrantz, Annika Rydberg, Magnus Domellöf, Per Dahlqvist, Ulf de Faire, Ulf Thilén

More information and registration: www.sls.se/birth-to-adulthood

JIM Journal of
Internal Medicine
Founded in 1863

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

 Svenska
Läkaresällskapet

The symposium is arranged by the Journal of Internal Medicine • Acta Paediatrica • Swedish Society of Medicine

Arytmiprofilen

Mårten Rosenqvist

Text: Tord Juhlin



Mårten Rosenqvist

Hjärtkliniken,
Danderyds Sjukhus
Snart professor emeritus.

Hur kom det sig att du blev arytmolog?

Arytmier var den verksamhet där det var mest utmaningar för mig personligen. Tyckte EKG-tolkning var svårt och ville egentligen mest ägna mig åt bradykardier, det var lättare att förstå när det gick långsamt än när det gick fort. Sedan träffade jag på Olle Edhag, chef för aryt-miverksamheten på Serafen, som blev mitt föredöme som läkare och så småningom också min handledare. Då hade jag redan försökt förstå arytmier så länge, att det var lika bra att fortsätta.

Vad är det inom arytmologin som tilltalar dig?

Logiken och dramatiken. Den där lättnaden som finner sig när man ser ett kammarflimmer konverteras till sinus rytm är obeskrivlig.

Vilken är den viktigaste åtgärden för att svenska arytmipatienter ska få bättre vård?

Tre saker:

1. Vi måste sprida blodförtunnade behandling till de patienter som verkligen behöver den. Vi har fortfarande tusentals onödiga strokefall p.g.a. obehandlade förmaksflimmer. Vi är visserligen på rätt väg men vi kan inte slå oss till ro med att vi så småningom får en ”mättad marknad”. Det är stora regionala skillnader mellan olika landsting och de lokala läkemedelskommittéerna gjorde länge stort motstånd mot de nya blodförtunnarna trots att Socialstyrelsen pekade med hela handen för flera år sedan. Varje landsting borde starta kvalitetskontroller för att se att dessa riktlinjer efterlevs. Det är fruktansvärt att behöva drabbas av stroke samtidigt som det finns ett effektivt sätt att förebygga. Varje utebliven stroke är en stor seger!

2. Vi har långa väntelistor för ablationsbehandling och många patienter blir ej behandlade inom vårdgarantin. De patienter som drabbas av detta borde av ansvarig ablationsenhet bli informerade om att de

har rätt till behandling inom andra landsting eller utomlands. Så sker i många fall ej idag, sannolikt av prestigeskäl. Patienten skall inte behöva sitta emellan av sådana orsaker.

3. Sist men inte minst, vi håller som yrkesgrupp helt på att glömma bort vikten av patient-läkarkontinuiteten. Att få ha en fast läkarkontakt har visats kunna minska både mortaliteten och antalet besök på akutmottagningarna. Hur kan vi vara så korkade att vi tappar denna hörnsten i vården? Mer tid till mötet med patienten och mindre tid i journalen!

Hur ser du på arytmologins framtid?

De ablationsresultat vi ser hos patienter med supraventrikulära takykardier skulle man önska fick sprida sig till även den stora gruppen av flimmerpatienter. Utvecklingen går dock snabbt och resultaten blir hela tiden bättre, så vi är säkert där inom kanske 10–15 år.

Vi behöver dock snabbt utbilda fler abladörer, de är ju högvilt idag och många stora arytmienheter kan inte gå för fullt p.g.a. bristen på läkare. Elektrofysiologin har länge levt i skuggan av koronarverksamheten, det är dags för ett paradigmskifte nu.

En annan grupp där det kommer att hända mycket är hjärtstopp utanför sjukhus. Ny teknik i syfte att snabbt komma fram med livräddare och defibrillatorer borde på sikt kunna förbättra överlevnaden från idag fortfarande blygsamma 12 % till minst det dubbla.

Vad är det viktigaste som hänt arytmologin under dina år?

Sedan slutet av 70-talet, har så mycket hänt. Fysiologisk pacing, ablation, implanterbara defibrillatorer, förenklad blodförtunnade behandling för att bara ta några exempel.

Det största är nog i alla fall ablationsbehandlingen som ju varit helt revolutionerande. Plötsligt kunde man gå från att lindra till att bota.

Att med ett enkelt kateteringrepp kunna bota en patient som i årtal haft invalidiserande hjärtrusningar känns för mig personligen som det stora genombrottet.

Under din enormt framgångsrika karriär, vad är du själv mest nöjd med och vilket är ditt viktigaste bidrag till arytmologin?

Som klinisk forskare bedriver man ju inte någon ”rocket science” precis. Det har för mig mest handlat om att bra och/eller nya behandlingsmetoder skall få komma patienterna till del. I det avseendet har vi i Sverige varit dåliga på att gå från ax till limpa. Det har gällt allt från att aortastenosoperationer, pacemakerbehandling, hjärtstopp, ablation och blodförtunnade behandling. Det har funnits en ängslighet att ta till sig nya metoder och läkemedel och jag tycker vi generellt sett varit sena ur startblocken. Man kan t.ex. bara fundera på hur många patienter som fick stroke i onödan när vi höll på med konsensusmöten, och ”ordnat införande” av NOAK m.m.

Två saker gläder mig mest, att få ha medverkat till att ökningen av den blodförtunnande behandlingen, som nu äntligen visar sig minska antalet stroke och, den ökade överlevnaden i hjärtstopp utanför sjukhus, detta trots mycket motstånd från både myndigheter och kollegor vilket gjorde den resan onödigt lång och frustrerande. Om den resan finns för övrigt mycket att säga.

Men, det är ju som bekant ”resan som gör mödan värd...”

Vilket är ditt bästa minne som arytmolog?

Den enorma känslan av att få trycka på en knapp och se en deltavåg försvinna på 5 sekunder och inse att denna patient var botad. Dessutom var det jag, som är så opraktisk och klumpig, som höll i katetern som hamnat på rätt plats i vänster kammare, vid första försöket. Tror att alla i andra i labbet den stunden var, milt uttryckt, förvånade.

Ganska snart insåg jag att jag bara hade haft tur men det var härligt att vara uppe på den svallvågen ett tag.

Om du inte blivit läkare, vad hade du då jobbat med?

Ville bli läkare, redan i skolan. Har en 12 år äldre storebror som också är doktor och så fanns det många saker jag inte ville bli. Ingenjör t.ex., vilket min pappa var. Jag är oerhört opraktisk. Janne Halldoffs film ”Korridoren” blev också en avgörande upplevelse för det valet.

Har nog i grunden aldrig ångrat mig även om det ibland varit motigt men läkaryrket har ju det positiva med sig att man får lön för att hjälpa människor medan man i många andra yrken får lön för att luras...

Vad gör du på din fritid?

Läser och läser och läser, spelar tennis och vårdar träbåtar i ungefär den ordningen. Spelar inte golf!

Vilken bok läser du just nu?

Lena Einhorn's ”Geniet från Breslau”. Fascinerande berättelse från förra sekelskiftet där man bland annat får insikt i hur förödande akademiska strider kunde vara, redan på den tiden...

Vilken film såg du senast?

BlackKlKlansman. Man får kalla kårar på ryggen när man inser att detta pågår i vår tid.

Vad ska du göra nu?

Börja tacka ja till det som jag tidigare ofta fått tacka nej till.

Tack!

CARLOS REFLEKTIONER

Babels Torn 2,0

Text: Carlos Valladares



Gamla Testamentets första Moseboken hittar man denna berättelse: "Låt oss bygga en stad, med ett torn som når ända upp i himlen. Vårt namn blir känt, och vi slipper vara skingrade över hela jorden." Då steg Herren ner för att se staden och tornet som människorna byggde. Herren sade: "De är ett enda folk och har alla samma språk. Detta är bara början. Nu är ingenting omöjligt för dem, vad de än föresätter sig. Låt oss stiga ner och skapa förvirring i deras språk, så att den ene inte förstår vad den andre säger." Och konsekvensen för svensk sjukvård i modern tid blev att vi fick Cosmic, BMS, Proffdoc, Mellior och alla andra journalsystem som anammades i olika delar av riket. Det verkar som en "quantum leap" att hoppa från Bibeln till datajournalföring, men berättelsen om Babels torn är en tacksam utgångspunkt för många jämförelser inom sjukvård. I Bibeln är det dock klart vem som skapade förvirringen. Jag undrar fortfarande vem som bestämde vilken datajournal det skulle investeras i och varför i de olika regionerna...

Häromdagen rensade jag bokhyllan på jobbet och hittade en liten bok som var min väg i journalskrivning på svenska. Boken var daterad 1992 och var en av de böcker vi använde för att lära oss facksvenska och kunna föra journal. Genom att läsa en sammanhängande anteckning med gamla hederliga sökord som "socialt", "tidigare sjukdomar", "nuvarande sjukdomar", "allergier", etc. kunde man snabbt få en överblick av relevant information om patientens hälsa.

Jag bläddrade i den med ett nostalgiskt leende. Två år efter att ha avslutat kursen i facksvenska, skulle jag få ett vikariat på en vårdcentral i Linköping och vara

med i ett tvåveckors pilottest på ett datajournalssystem (BMS systemet testades på Lambohovs Vårdcentral 1995). Jag minns hur upprymd jag var över att vara en del av den historiska utvecklingen inom datajournal-introduktionen. Tänk att kunna ha tillgång till hela journalen utan att behöva rekvirera – och vänta på att den skulle dyka upp i ens fack – och utan att behöva sortera mellan läkaranteckningar, röntgensvar, laboratorie-svar, etc. Det såg så lovande ut! En logisk, överskådlig, välstrukturerad och användarvänlig datajournal som skulle användas i hela landet. Min erfarenhet av olika datajournalssystem skulle dock bli en besvikelse.

Datajournalinförandet kunde ha blivit så bra, men... vi som kunder fick nog väldigt lite inflytande och vi har blivit tillhandahållna en "gilla läget" produkt. En gång i tiden jobbade jag deltid som hyrläkare och fick prova några av de olika system som fanns i landet, men aldrig ett som var helt optimalt. Det närmaste till det optimala fick jag använda i Gällivare för många år sedan. Jag fick höra att systemet hade vunnit priser för sin användarvänlighet men det lämnade nog aldrig Norrland och olika regioner valde olika system. Det hade varit billigare och mer praktiskt att välja ett system för hela landet än att investera skattemedel i att skapa en mjukvara som tillåter att alla system kan kommunicera med varandra i framtiden, vilket är ett pågående projekt. Det hände något slags Babel-tornets moment i datajournal-historian där var och en bestämde sig för att prata ett eget språk och nu måste vi hitta vägen tillbaka till ett gemensamt sådant.

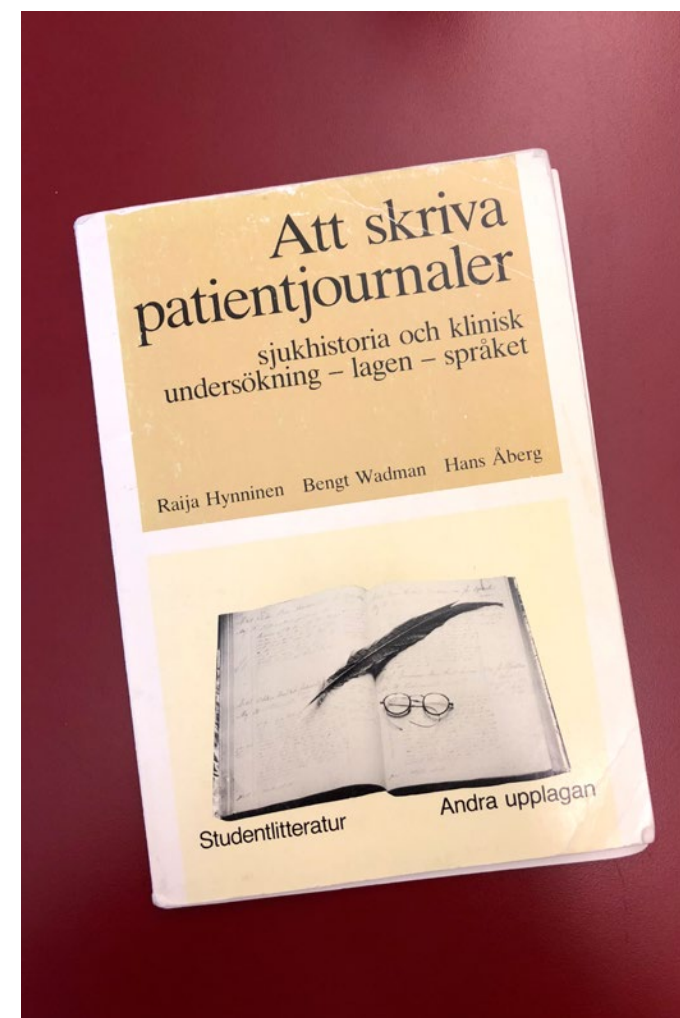
Nu är det dessutom så att jag som privatetablerad läkare inte får använda samma journalsystem som

min region, alltså samma region jag har avtal med. Detta beror på att regionens jurister har gjort en tolkning av lagen som hindrar mig från det. Märkligt nog har jurister i andra regioner gjort en helt annan tolkning av samma lag, därför att deras privata vårdgivare istället uppmuntrats till att använda samma system som den offentliga vården. Detta, tillsammans med andra regleringar som gäller för IT, får mig att tänka på hur journalen – som en del annat – inte längre är en "process" vi äger.

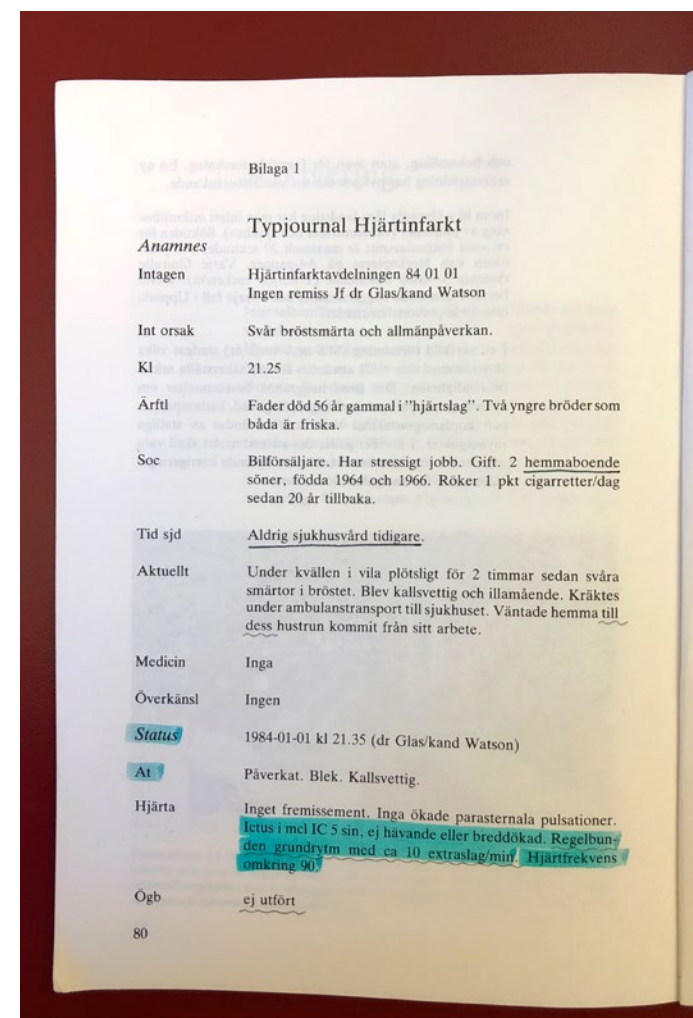
Datajournalen var tänkt att bli "vårt" verktyg, men nu känns det som om vi blivit verktyg till datajournalen och måste anpassa oss till varje uppdatering. Ibland är det bara att gilla läget som gäller, men att gilla läget bör inte vara likvärdigt med att kapitulera. Självklart har datajournalen medfört många fördelar och jag har alltid varit positivt inställd till dessa, men min erfarenhet är att vi inte har fått en produkt som vi varit helt nöjda med. Vi kan gilla läget – för tillfället – men det betyder inte att vi får hålla tyst och tacka för att det inte är värre. Vi måste få vara kritiska som vilka kunder som helst, för det är det vi är,

kunder! Vi måste få in yrket tillbaka bakom ratten. Infiltrera juridik och IT med vårdkunniga som kan föra vår talan och ändra till målet som från början var tänkt till journalföring. Lyckligtvis finns nu företag som anlitar vårdpersonal. Jag hoppas att de får inflytande i processen och kan påverka produkten så att vi får det vi behöver i vårt yrkesutövande. Vi har faktiskt ett ansvar mot våra patienter och kommande generationer av kollegor inom vården. Patienten i centrum handlar också om ett journalsystem som underlättar diagnos, behandling, uppföljning. "Tyvärr blev din far felbehandlad eftersom vi missade information som fanns i en flik vi inte fick tillgång till, men du ska veta att hans IT-integritet har respekterats". Det låter som hämtad ur en "Berglins söndag" på Svenska Dagbladet och förhoppningsvis hamnar vi inte där. Vi måste få bestämma hur soppan ska smaka, även om det finns flera kockar inblandade. Målet ska vara att få ett IT-stöd och inte ett IT-hinder i journalföringen.

Carlos Valladares



Krönikörens första kontakt med journalföring på svenska.





Kranskärslssjukdom och psykologi

Text: Fredrika Nordlund



Fredrika Nordlund
Leg Psykolog, med dr
Akademiska Sjukhuset,
Uppsala Universitet

Fredrika Nordlunds avhandling har fokuserat på kopplingen mellan psykologiska faktorer och kranskärslssjukdom. Den första studien handlade om vilka som riskerar att må psykiskt dåligt efter en hjärtinfarkt. Där användes data från ca 27 000 första-gångsinfarkter från SWEDEHEART-registret. Det visade sig att socioekonomiska faktorer såsom kvinnligt kön, yngre personer, utlandsfödda, rökare samt de med en tidigare diagnos av depression eller ångest, hade högre risk att rapportera ångest och/eller nedstämdhet efter infarkten. Att bli återinlagd de första 30 dagarna ökade också risken att tillhöra dem som inte mätte bra. Nedsatt vänsterkammarmfunktion eller komplikationer under vårdförloppet verkar däremot inte öka risken att må dåligt.

Ett annat delarbete var en prospektiv longitudinell studie om kardiovaskulär prognos för patienter med stabil kranskärslssjukdom och psykosociala riskfaktorer. Efter multipla justeringar av data från 14 600 patienter fann vi att depressiva symtom, ekonomisk stress och att leva ensam var alla oberoende och starkt förknippade riskfaktorer för kardiovaskulär död och med ett kompositmått bestående av KV död, icke-fatala hjärtinfarkt och icke-fatal stroke. Dessa resultat understryker vikten av att sekundärprevention också bör inrikta sig mot psykosociala faktorer.

I avhandlingen ingick även två delstudier som handlade om behandling av psykologiska riskfaktorer. Den ena var en randomiserad studie av ett stresshanteringsprogram i gruppformat som visat sig kunna minska nya hjärthändelser med 41 % men där mekanismerna för denna effekt varit okända. Traditionella riskfaktorer var dock tidigare uteslutna som förklaringar till skillnader i nya hjärthändelser och nu visade medieringsanalyser av psykologiska utfall att

skillnader i ångestnivåer mellan stressbehandlingsgrupp och kontrollgrupp kunde förklara en liten andel i minskade hjärthändelser men de övriga mekanismerna är fortfarande okända. Mer forskning behövs för att förstå mer av denna behandlings starka effekt.

Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) har tidigare i ca 100 studier visat sig både effektivt och kostnadseffektivt för en rad olika problemområden såsom depression, social fobi och sömnproblem. Den sista studien i avhandlingen var en RCT som utvärderade iKBT för nedstämdhet och ångest efter en hjärtinfarkt. 25 svenska sjukhus deltog i denna studie som visade att iKBT + sedvanlig sekundärpreventiv behandling inte var överlägset enbart sedvanlig sekundärpreventiv behandling. Båda grupperna sjönk lika mycket i grad av ångest och nedstämdhet över de 12 veckorna studien varade. Följsamheten till iKBT behandlingen var dock låg så få patienter tog egentligen del av programmet. Skälen till den låga följsamheten bland hjärtinfarktpatienter behöver utforskas mera.



Välkommen att ansöka om forskningsstipendium

inom området akuta koronara syndrom.

AstraZeneca och Svenska Kardiologföreningen välkomnar forskare från hela Sverige att ansöka om ett forskningsstipendium inom akuta koronara syndrom.

Stipendiet utlyses för att stimulera klinisk forskning inom området akut omhändertagande och sekundärpreventiv långtidsuppföljning av patienter med akuta koronara syndrom. Stipendiet vänder sig i första hand till forskare som ännu inte uppnått docentur, t.ex. doktorander och post docs inom kardiologi/kardiovaskulär medicin. Den av AstraZeneca instiftade totala stipendiesumman motsvarar 120 000 SEK.

Stipendiet är tillgängligt för alla läkare som forskar inom området. Sökande ska vara medlem i Svenska Kardiologföreningen. Stipendiater förväntas presentera en vetenskaplig rapport och en ekonomisk redovisning senast sex månader efter det att projektet har avslutats.

Var vänlig och skriv din stipendieansökan på engelska och sänd den till josefine.fagerstrom@astrazeneca.com senast den 28 februari 2019.

Bedömning av ansökningar sker av en oberoende kommitté utsedd av Svenska Kardiologföreningen.

Kontaktperson AstraZeneca: Josefine Fagerström, Medical Advisor.
Tel: 070 533 77 35 eller josefine.fagerstrom@astrazeneca.com

Lycka till med din ansökan!

Bifoga följande:

- CV.
- Intyg från arbetsgivare/handledare meduppgifter om kvalifikationer och befattning.
- Projektplan som beskriver bakgrund, målsättning, syfte, metod, vetenskapligt värde i förhållande till befintliga data, tidsplan och hur projektet kommer att utvärderas, max fem A4 sidor. Observera att ansökan ska gälla **ett** sammanhängande projekt.
- Kostnads kalkyl.
- Uppgifter om andra anslag och ansökningar som berör projektet.



BOEHRINGER INGELHEIM STIPENDIUM



Boehringer Ingelheim AB utlyser tillsammans med Svenska Kardiologföreningen ett forskarstipendium på 50 000 kr till läkare med forskning, planerad eller påbörjad, som syftar till att öka kunskap och förståelse inom området förmaksflimmer.

Välkommen att ansöka på www.boehringer-ingelheim.se. Ansökan med projektbeskrivning (max 3 sidor) samt CV skall vara oss tillhanda senast den 18:e januari 2019. Sökande är läkare och medlem i SvKF. Vi prioriterar odisputerade forskare som är i början av sin karriär.

Stipendiaten utses av representanter från Svenska Kardiologföreningen. Stipendiet kommer att delas ut vid Svenska Kardiologföreningens årsmöte i samband med Svenska Kardiovaskulära Vårsmötet i Göteborg 10–12 april 2019.

Vid frågor kontakta Pyotr G Platonov, Svenska Kardiologföreningens vetenskapliga sekreterare (Pyotr.Platonov@med.lu.se) eller Ida Norman, Medical Manager Boehringer Ingelheim (ida.norman@boehringer-ingelheim.com).



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se



Snusning kopplad till hjärtsvikt och prognos efter hjärtinfarkt

Text: Gabriel Arefalk

Rökning är värre, men denna avhandling tyder på att snusning inte bör betraktas som ofarligt. Tidigare undersökningar av snusning och dess hjärt-kärleffekter har i allmänhet fokuserat på åderförkalkningsrelaterade sjukdomar såsom hjärtinfarkt och stroke, troligen eftersom rökning är en väl-etablerad riskfaktor för sådan sjukdom. Även om snus inte ger upphov till åderförkalkning, som rökning ger via förbränningsprodukter, så kan de potenta akuta puls- och blodtryckstegrande effekterna av snus och nikotin påverka hjärt-kärletsystemet. Syftet med denna avhandling var att undersöka om snus användning har betydelse för insjuknande i hjärtsvikt och för prognosen efter hjärtinfarkt. Nationella hälsoregister, observationsstudier samt kvalitetsregistret för hjärtinfarkter (SWEDEHEART) har använts och data analyserats med Cox regression.

Snus användning var förknippad med högre risk för hjärtsvikt (hazardkvot 1,27, 95 % konfidensintervall 1,07–1,50), och risken ökade ju mer man snusade. Denna koppling sågs endast vid hjärtsvikt som inte hade föregåtts av en hjärtinfarkt, vilket talar för en direkt hjärtmuskelpåverkan snarare än en aterosklerosrelaterad effekt (studie I och II). I studie III var akuta, kortsiktiga eller långsiktiga komplikationer efter hjärtinfarkt totalt sett inte vanligare hos snusare jämfört med hos icke-snusare. Men, i en förbestämd tilläggsanalys där gruppen aldrig-rökare studerades, hade snusare en högre risk för död än icke-snusare (hazardkvot 1,29, 95 % konfidensintervall 1,02–1,64). Snusstopp efter hjärtinfarkt var förknippat med en nästan halverad dödlighet under en i genomsnitt drygt 2 år lång studietid, vilket närapå motsvarade den fördel som sågs med rökstopp (studie IV).

Sammanfattningsvis var snusning kopplad till högre risk för hjärtsvikt och dödlighet efter hjärtin-

farkt. Med reservation för avhandlingens icke-randomiserade upplägg, vilket gör att okända kvarstående störfaktorer kan föreligga, antyder resultaten ändå en potentiell betydelse för folkhälsan som bör tas i beaktande vid riskbedömning av snus, samt eventuellt även av andra former av rökfria nikotinprodukter.

Arefalk, G. Smokeless Tobacco (Snus) and Cardiovascular Disease. Associations with Heart Failure and Prognosis after Myocardial Infarction. Uppsala: Uppsala universitet; 2018.

Länk: urn:nbn:se:uu:diva-345869



Gabriel Arefalk
Överläkare, med dr, VO
hjärt-lungmedicin och klinisk
fysiologi, Akademiska sjukhuset,
Uppsala samt thoraxcentrum,
Blekingesjukhuset, Karlskrona.



VIC goes Way Out West

Text: Maria Liljeroos



Maria Liljeroos
Ordförande i VIC

I skrivande stund är jag precis hemkommen från Chicago och konferensen American Heart Association (AHA). Årets möte hade kortats ner till tre dagar istället för fem som det var förra året, vilket gjorde mötet intensivt med långa dagar. Programmet i sköterskesessionerna var spännande och varierat och flera svenska deltagare bidrog med presentationer.

Först ut kl 07.15 på lördagen var professor Anna Strömberg som gav en presentation om nya innovationer för att underlätta symtommonitorering för patienter med hjärtsvikt. Trots den tidiga timmen var det många som deltog och hörde Anna berätta om olika ehälsö-verktyg som testas och visat positiva resultat i studier. Efter lunch deltog Christina Andreae, sjuksköterska från Eskilstuna, i en Rapid Fire session där hon berättade om sambandet mellan fysisk aktivitet och aptit hos patienter med hjärtsvikt. Under söndagen presenterade doktorand Maria Wahlström positiva resultat från sin studie om MediYoga för patienter med paroxysmalt förmaksflimmer. Camilla Sandberg från arbetsgruppen medfödda hjärtfel, deltog med en poster "Impaired skeletal muscle endurance in adults with complex congenital heart disease is associated with local muscle oxygenation kinetics". På VIC:s Facebook kan ni se fler bilder på de svenska VIC-medlemmar vi lyckades identifiera i folkviolet.

Jag vill passa på att göra reklam för en kommande konferens, Nordic-Baltic Congress Of Cardiology som kommer att hållas i Helsingfors den 10–12 juni nästa år. Ni hittar mer information på <https://www.nbcc2019.org/>. Där kommer det att finnas ett antal sessioner som vänder sig till sjuksköterskor, fysioterapeuter och andra paramedicinska professioner och det finns även möjlighet att skicka in abstrakt till konferensen.

Just nu pågår också planeringen för 2019 års Kardiovaskulära vårmöte som hålls i Göteborg den 10–12 april, så markera dessa datum redan nu i alma-

nackan. Under vårmötet kommer traditionsenligt Fridlunds vetenskapliga pris och Schlyters kliniska pris att delas ut, så passa på att nominera dig själv eller en kollega. Förra året delade VIC med stolthet ut priserna till Kambiz Shaghaldi respektive Pia Junelind Klang. Läs mer om hur du nominerar på hemsidan. På hemsidan hittar ni också information om rese- och projektstipendium som ni som medlemmar i VIC har möjlighet att söka.

I detta nummer kan ni läsa en spännande reserapport från ERC:s kongress Resuscitation skriven av Anette Waldemar som erhöll resestipendium från VIC i våras. På hemsidan finns en längre version av rapporten, <http://www.v-i-c.se/>. Vidare berättar Eva Hägglund om sin avhandling "New Innovations to support self-care in persons with heart failure". VIC:s styrelse vill passa på att säga stort grattis till doktorshatten Eval!

I oktober höll arbetsgruppen för hjärtsvikt sina utbildningsdagar med titeln "Vård och rehabilitering vid hjärtsvikt, vilka är möjligheterna?" Arbetsgruppen har skrivit en rapport från dagarna i detta nummer och ni kan också ta del av föreläsarnas presentationer på vår hemsida.

Jag påminner också om utbildningsdagarna i sekundärprevention, Efter akut kranskärlssjukdom – Hjärtrehabilitering av idag! Dessa går av stapeln 24–25 januari 2019 i Göteborg och det är hög tid att anmäla sig.

Terminen närmar sig sitt slut och jag vill tacka alla medlemmar och styrelsen för allt stöd detta första halvår som ordförande. VIC är en fantastisk förening och styrkan är att vi är många olika professioner som samverkar för att förbättra vården för patienter med hjärtsjukdom. Avslutningsvis önskar jag er alla en riktigt god och vilsam jul och ett gott nytt 2019.

Varma hälsningar
Maria

MSD PRESENTERAR STOLT
FÖR 17:E ÅRET I FÖLJD:



18-19 JANUARI 2019
CLARION HOTEL SIGN, STOCKHOLM

CARD-1277565-0000 Copyright © MSD Sverige AB



2019 års symposium behandlar områden som:

- Fysisk aktivitet- vad vet vi egentligen?
- Prevention in real life
- Bekymmer inom diabeteshanteringen
- Kvinnliga hjärtefrågor
- Samsjuklighet
- Mineraler på gott och ont för våra hjärtan
- Misstänkt angina- hur diagnosen förfinas
- Stopp för propp
- Debatt: Hur ska vi behålla kunskapen i svensk sjukvård?

För mer information:

» www.msd.se/kardmote2019 «

Mötet riktar sig till läkare som praktiserar inom allmänmedicin, internmedicin, kardiologi och endokrinologi. Inbjudan har skickats till huvudmän inom ovanstående specialiteter.

Vid frågor om mötet, vänligen kontakta:
helena.sundling@merck.com

CME-poäng:



Godkänd av:



LIPUS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.lipus.se. LIPUS-nr: 20180128.

Arrangeras av:



Reserapport

från ERC:s kongress Resuscitation i Bologna

Text: Annette Waldemar



Annette Waldemar

Leg sjuksköterska.
Adj Adjunkt.
Doktorand vid Medicinska
Fakulteten, Institutionen
för Medicin och Hälsa,
Linköpings universitet

Jag hade förmånen att få ha en muntlig posterpresentation om min forskning "Närståendes närvaro vid hjärtstopp" (NBHLR). Ett webbaserat frågeformulär om attityder och erfarenheter till NBHLR har skickats till personal vid kardiologiska enheter på universitetssjukhusen i Sverige. Personalen har ambivalenta känslor till NBHLR. NBHLR ses som något positivt för närstående, samtidigt som det fanns en oro för att HLR kan vara svårt att bevittna. Försvårande omständigheter var bl.a.; brist på personal, små rum och att HLR-situationen kan vara stressig för personalen, men NBHLR kunde också underlätta dialogen med närstående under och efter HLR. Andra erfarenheter var kulturella och språkliga problem, rädsla för emotionella reaktioner från närstående och oro för hur man relaterar till närstående som filmar HLR-situationen med mobilen.

Kristofer Årestedt från Kalmar har undersökt hälsorelaterad livskvalité hos hjärtstoppsoverlevare när hjärtstoppet inträffat på sjukhus på patienter mellan 18–65 år. Att överleva ett hjärtstopp i yngre ålder kan få allvarliga följder för personen själv, men också för familjen, vännerna och det sociala livet. Det framkom att det var vanligt med ångest och depression, och det var vanligast i åldersgruppen 51–65 år. Det är viktigt att vårdpersonal hittar de patienter som mår dåligt och en hjälp kan vara att använda bedömningsinstrument som HADS eller EQ5D.

Anders Bremer, Kalmar, presenterade en intervjustudie med patienter som drabbats av hjärtstopp på sjukhus. Det framkom att patienterna kämpar med att hitta en ny identitet, existentiella frågor och övergivenhetskänslor efter hembgång.

Gisela Lilja från Lund berättade att hälften av alla patienter drabbas av kognitiva nedsättningar. Minnes- och uppmärksamhetsproblem är vanligt och dessa patienter upplever ofta sämre hälsa och minskat socialt liv. Kognitiv uppföljning rekommenderas till alla som överlevt ett hjärtstopp med t.ex. MoCA test.

Carina Hjelm från Linköping presenterade en poster om sömn. Carina har intervjuat sjuksköterskor

som PROM-registrerar hjärtstoppsoverlevare 3–6 månader efter hjärtstoppet om hur mycket de pratar med patienten om sömn vid uppföljningssamtalet. Sjuksköterskorna kände inte till att sömnproblem var vanligt och de ställde då inte frågor om sömn till patienten.

Jerry Nolan tog upp betydelsen av MEWS där den viktigaste parametern är andningsfrekvensen. Patienter >65 år med en andningsfrekvens >20 är ett varningstecken och det är viktigt att all personal har kunskap om hur viktigt det är att snabbt reagera på avvikande värden. Han tog också upp att överlevnaden ökar för patienter som drabbats av hjärtstopp på sjukhus om det är ökad sjukskötersketäthet och bättre arbetsmiljö för sjuksköterskorna. Vid högre bemanning påverkades överlevnaden positivt vid hjärtstopp.

Sam Parnia från New York berättade att patienter som haft en nära-döden-upplevelse oftast beskriver samma upplevelse, med en ljus tunnel, de möter avlidna släktingar och livet passerar revy. De känner inte längre ångest eller oro, de fruktar inte döden och får inte depression. De tar mer vara på livet och vinnlägger sig om att göra goda gärningar. Det finns olika spekulationer om varför patienter har nära-döden-upplevelser men någon vetenskaplig förklaring till dessa upplevelser finns inte.

Vidare diskuterades kylning till 32–36 grader. I stort sett alla var överens om att 32 grader inte längre är aktuellt, däremot var det skiftande åsikter om 34 eller 36 grader, men i Sverige så är det 36 grader som är vanligast. Evidensen är dock fortfarande vag kring kylning. Alla var överens om att patienter aldrig får värmas, utan patienten ska värma sig själv långsamt.

Adrenalin eller inte vid hjärtstopp? Adrenalin ökar spontan cirkulation, men har påvisat försämrat cerebralt mikrocirkulationsflöde. Det är möjligt att adrenalin ger en bättre kortsiktig överlevnad på bekostnad av sämre långsiktiga resultat.



VIC på besök under AHA.

Zenicor
MEDICAL SYSTEMS



Enklare arytmiutredning

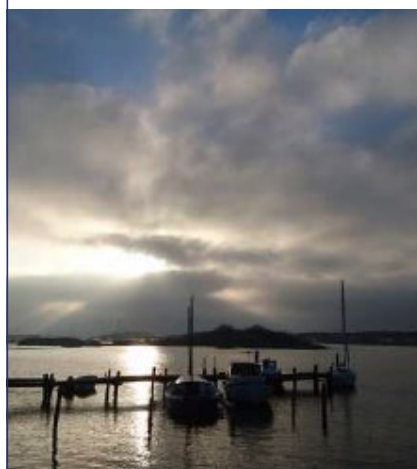
Ett komplett system för diagnostisering av arytmier, optimerat för sjukvården. Validerat i över 30 vetenskapliga studier och avhandlingar.



Hjärtsviktsgruppens utbildningsdagar i Stockholm

– det finns många möjligheter vid hjärtsvikt!

Text: Jonna Norman



Årets utbildningsdagar hade temat ”Vård och rehabilitering vid hjärtsvikt – vilka är möjligheterna”. Peter Vasko inledde traditionsenligt och visade ny evidens att det går bra för människor med hjärtsvikt som registreras i Riksvikt. Det bästa är att förebygga och behandlingen av systolisk hjärtsvikt kan sammanfattas som blodtrycksbehandling, men försiktigare och mera: 3+3+3 kryddat med järn. Vi får inte glömma glädjen i livet och tankar på döden, bedömning av NYHA, KOL och PETH.

Åsa Cider, fysioterapeut och universitetslektor Göteborg, gav oss uppdateringar av de senaste rekommendationerna och en genomgång av effekterna av fysisk träning vid kronisk hjärtsvikt. Åsa lyfte hur förändringar i skelettmuskulaturen vid hjärtsvikt påverkar den fysiska kapaciteten negativt och hur individanpassad fysisk träning kan förbättra.

Leonie Klompstra, Linköpings universitet, berättade om hur tekniken ger nya möjligheter till fysisk aktivitet med ”exergaming” – ett videospel där olika fysiska aktiviteter utförs. Hon visade resultat i HF-Wii studien, som är en randomiserad multicenterstudie. Den visar att personer med hjärtsvikt som utför videospel med Wii ökade gångsträckan och välmående.

Eva Hägglund från Stockholm föredrog om yoga vid hjärtsvikt. Evas studier har visat att yoga och vattengymnastik kan ge positiva effekter på livskvalitet, träningskapacitet och ångest. I yogagruppen ökade självskattad hälsa och depression minskade, medan i vattengymnastikgruppen ökade muskelstyrkan i benen mer.

Livsstil och integritet var ämnet för Stella Cizinsky, överläkare i kardiologi och verksamhetschef i

Örebro. I fyra talande fall visade Stella hur politiska mål och visioner kan bli till hinder i möten mellan människor i vården. Vi behöver mer tid i möten och kontinuitet för att kunna nå fram, även stöd själva, tid för reflektion och diskussion. Idag kännetecknas tyvärr ofta vårdssituationer av motsatsen med faktaresistens, ökad stress och acceleration. Stella betonade med kraft och engagemang värdet av etik, gav oss argument och visade på möjliga vägar till positiva förändringar.

Sofia Särnvald, sjuksköterska Göteborg, steg in i ett rollspel med Stella (som den besvärliga patienten). De visade utmaningar och möjligheter med ett personcentrerat förhållningssätt och vikten av att identifiera patientens egna mål. Sofia visade det innovativa projektet ”hälsofrämjande levnadsvanor” med frågor om stress och stöd i praktiken med bl.a. hjärtdagboken (kan laddas ner som app) och workshop med hälsosnack.

Jonna Norman, sjuksköterska, doktorand och mindfulnessinstruktör från Göteborg inledde på fredagen med träning i medveten närvaro, möjligheter vid hjärtsvikt och aktuella forskningsresultat. Delresultatstudien vid hjärtsvikt som Jonna genomfört visar minskade besvär av trötthet för deltagare i gruppen som tränat medveten närvaro (Här&Nu-programmet) strukturerat i hemmet 30 min/dag i 8 veckor.

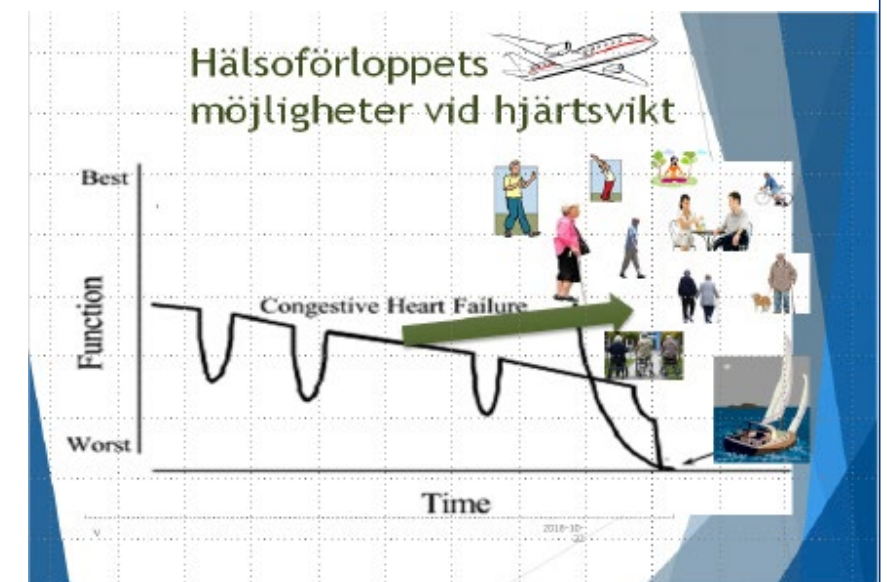
Wei Yu, kardiolog och mindfulnessinstruktör fortsatte med mindfulness och medkänsla – winwin både för patienter och oss själva. Genom en fallbaserad diskussion fick vi lära oss hur mindfulness kan minska stress, öka välbefinnande och därmed kan minska psykosociala riskfaktorer för hjärtsjukdomar. Hälsoprofessioner kan dessutom få stor nytta av medkänsla till andra och sig själv för att motverka empatitrötthet och förebygga utbrändhet. Vi får flera praktiska verktyg för bättre samarbete och kommunikation med patienter.

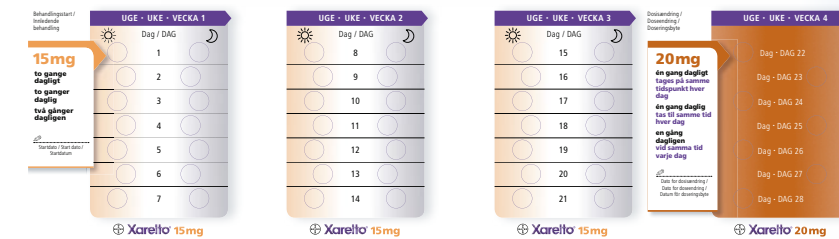
Arbetssterapeuten och sexolog Stefan Balogh före-

läste om sexualitet och möjligheter. Syftet var att ge idéer och kunskap till alla som ställs inför frågan i mötet med hjärtsviktpatienter. Det blev en praktiskt inriktad och hisnande förevisning med lärdomar som vi inte kommer att glömma bort.

Avslutningsvis tog Hans Person, överläkare och docent, Danderyds sjukhus, oss på en resa från antiken till nutid och in i framtiden när det gäller behandling vid hjärtsvikt. För bättre möjligheter till rätt vård i framtiden behöver vi ta lärdom av det framgångsrika Stockholmsexemplet 4D, jobbar oss samman i hela vårdkedjan, öka kunskapsnivån, förbättra vårdlogistiken och den palliativa vården, använda teknik, ge behandling i rätt dos tidigt till alla och bjuda in patienten som aktiv partner i samarbetet. Hans ställde frågan om vi i framtiden kommer att kunna bota hjärtsvikt? Kanske inte helt men i vissa delar kommer vi att kunna förbättra avsevärt och då kommer flera kunna leva väl under lång tid.

Föreläsningarna finns på VIC:s hemsida: www.v-i-c.se under rubriken arbetsgrupper, längst ner under ”Rapporter från utbildningsdagar”.





Xarelto®
rivaroxaban

Praluent® (alirokumab) i två styrkor

YTTERLIGARE LDL-SÄNKNING FÖR PATIENTER MED MYCKET HÖG KARDIOVASKULÄR RISK¹



Behandling med Praluent kan ge 50 till 60 % sänkning av LDL som tillägg till statinbehandling. Med en subkutan injektion Praluent 75 mg varannan vecka nådde 75 % av patienterna med mycket hög kardiovaskulär risk sina målvärden. De vanligaste biverkningarna var reaktioner vid injektionsstället, övre luftvägsinfektion och klåda.¹


Praluent®
alirokumab

Referenser: 1. Praluent produktresumé. 2. TLV 2017-12-15.

Praluent® (alirokumab), injektionsvätska, lösning i förfyllda injektionspennor 75 mg och 150 mg, Rx, F, C10AX14. **Indikation:** Praluent är indicerat hos vuxna med primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär samt icke-familjär) eller blandad dyslipidemi, som tillägg till diet: i kombination med en statin, eller statin i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som ej når målvärdet för LDL-kolesterol med högsta tolererade statindos eller, ensamt eller i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som är statintoleranta, eller när statinbehandling är kontraindicerad. **Varningar och försiktighet:** Praluent ska användas med försiktighet till patienter med gravt nedsatt njur- och leverfunktion. Effekten av Praluent på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts. För ytterligare information, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** Praluent tillhandahålls av Sanofi AB, tel +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumé: juni 2018.

Praluent subventioneras endast som tilläggsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol $\geq 4,0$ mmol/l. **Praluent ingår i läkemedelsförmånerna** till och med den 31 december 2018.²

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

SANOFI AB: Box 30052, 104 25 Stockholm. Tel 08-634 50 00. Fax: 08-634 50 01 www.sanofi.se

SANOFI 