

Svensk

KARDIOLOGI

nr. 3 | 2014

Axplock från ESC i Barcelona

Höst i svampskogen

Förebyggande av
hjärtkärtsjukdom och diabetes



Xarelto® (rivaroxaban) – en tablett om dagen¹

Bilbo & Co

- ◆ **Förebygger stroke och systemisk embolism minst lika effektivt som warfarin²**
- ◆ **Jämförbar total blödningsrisk som warfarin, men med signifikant färre intrakraniella och dödliga blödningar²**
- ◆ **En tablett om dagen kan öka följsamheten till behandling³**



Referenser: 1. Produktresumé Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891. 3. EHRA PRACTICAL GUIDE, Europace 2013;15:625-51.



Bayer HealthCare

Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

First in ORAL, Direct Factor Xa Inhibition

Xarelto®
rivaroxaban

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Indikationer:** 2,5 mg: Xarelto, i kombination med enbart acetylsalicylsyra eller med acetylsalicylsyra och klopido­grel eller tiklopidin, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer (EF). 10 mg: Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik (F). 15 mg och 20 mg: Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (F). Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och lungemboli (LE) efter en akut DVT hos vuxna (F). **Dosering:** Xarelto, i kombination med enbart acetylsalicylsyra eller med acetylsalicylsyra och klopido­grel eller tiklopidin, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer: rekommenderad dos är 2,5 mg två gånger dagligen. Patienterna ska också ta en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra eller en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra i tillägg till antingen en daglig dos om 75 mg klopido­grel eller en vanlig daglig dos av tiklopidin. Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik: rekommenderad dos är 10 mg som tas oralt en gång dagligen. Den inledande dosen ska tas 6 till 10 timmar efter operationen, förutsatt att hemostas har etablerats. Förebyggande av stroke och systemisk embolism: rekommenderad dos är 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. Behandling av DVT och LE och förebyggande av återkommande DVT och LE: rekommenderad dos för initial behandling av akut DVT är 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna, följt av 20 mg en gång dagligen för fortsatt behandling och förebyggande av återkommande DVT och LE. Särskilda patientpopulationer: för patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion gäller följande doseringsrekommendationer: vid förebyggande av aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer behövs ingen dosjustering hos patienter med måttlig nedsatt njurfunktion. Vid förebyggande av stroke och systemisk embolism hos patienter med icke-valvulärt

förmaksflimmer är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Vid behandling av DVT och LE och förebyggande av återkommande DVT och LE: patienterna ska behandlas med 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna. Därefter är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyliga ulcerationer i magtarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyliga hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen genomgången intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, apixaban etc.), förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Samtidig behandling av AKS i kombination med trombocytaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Hos flera undergrupper av patienter föreligger en ökad blödningsrisk. Dessa patienter ska övervakas nog för tecken på blödningskomplikationer efter att behandlingen inletts. För fullständig information om varningar och försiktighet var god se www.fass.se. **Förpackningar och förmån:** 2,5 mg: 56 tabl. (EF). 100 tabl. (EF). 168 tabl. (EF). 10 mg: 10 tabl. (F), 30 tabl. (F), 100 tabl. (EF). 15 mg: 28 tabl. (F), 42 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). 20 mg: 28 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). För ytterligare information och prisuppgift var god se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén november 2013. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

SVENSK KARDIOLOGI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Doc Frieder Braunschweig
Hjärtkliniken
Karolinska Sjukhuset, 176 71 Stockholm

EDITOR-IN-CHIEF

Med Dr Martin Stagmo
Sektionen för Hjärtsvikt och Klaffsjukdomar
Skånes Universitetssjukhus, 221 00 Lund
E-post: martin.stagmo@gmail.com

CO-EDITORS

Med Dr Carl-Johan Höijer
Sektionen för Hjärtsvikt och Klaffsjukdomar
Skånes Universitetssjukhus, 221 00 Lund
E-post: carl-johan.hojjer@skane.se

Med Dr Annica Ravn-Fischer
Kardiologikliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 431 45 Göteborg
E-post: annica.ravn-fischer@vgregion.se

Senior editor
Med Dr Christer Höglund
Globen Heart
Arenavägen 33, Stockholm-Globen
E-post: christer.hoglund@gmail.com

PRODUKTION

Ystads Centraltryckeri, Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: cty@cty.se
Projektansvarig: Niclas Ohlsson (niclas@cty.se)
Produktionsansvarig: Lotta Larsson (lottalarsson@gmail.com)
Layout: Emma Hjalmarsson (emma@dpn.se)

UTGIVNING 2014

Nr 1: vecka 17
Nr 2: vecka 26
Nr 3: vecka 40
Nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

Jan Söderstrand
Telefon: 08-622 62 02
E-post: jaso@telia.com

ANNONSMATERIAL

Ystads Centraltryckeri
E-post: cty@cty.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

Prenumeration ingår i medlemskap
Icke-medlem: 400 kronor
Lösnummer: 100 kronor
Upplaga: 2 300

ADRESSÄNDRING

E-post: info@mkon.se



- 5–9 Ledare
- 10 ESC
- 18 HRG
- 19 Arytmiprofilen
- 20 Framtidens kardiologer
- 24 Avhandling Gyberg
- 28 Reserapport USA
- 30 GUCH
- 32 Nya ST
- 34 Gastronomins hjärta
- 36 Avhandling Ostenfeld
- 42 Krönikan
- 44 Kalendarium

- 46 Ledaren
- 47 Medfödda hjärtfel
- 49 DETO2X-AMI
- 50 Reserapport

JÄRN- KOLL PÅ DINA HJÄRTSVIKTS- PATIENTER?

"Järnbrist kan bidra till muskeldysfunktion vid hjärtsvikt och orsaka anemi". Kontroll av ferritin är nödvändigt för att diagnostisera järnbrist och rekommenderas av ESC guidelines för hjärtsvikt 2012.¹



Fyller snabbt på järndepåerna

Referens: 1. ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012. Eur Heart J. 2012; 33:1787–1847. ▼ Detta läkemedel 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. Övervaka patienter noga med avseende på tecken och symtom på överkänslighetsreaktioner under och i minst 30 minuter efter varje administrering av Ferinject. **ferinject®** (järnkarboxymaltos) (B03AC järn, parenterala preparat) Rx (F). **Indikation:** för behandling av järnbrist, när orala järnpreparat är ineffektiva eller inte kan användas. Diagnosen måste vara baserad på laboratorieprov. **Beredningsform:** injektions-/infusionsvätska 50 mg Fe/ml. Produktresumén uppdaterad 2013-11-26. **TLV:** Ferinject ingår i läkemedelsförmånerna med begränsningen, ej för patienter i hemodialys. För ytterligare information, förpackningar och priser, se www.fass.se. **Vifor Pharma Nordiska AB**, Torshamnsgatan 30 A, 164 40 Kista. Telefon 08-558 066 00.

SE/FER/2014/0001

Lyckat möte i Barcelona

Den långa och fina sommaren må vara slut, men det finns ingen anledning att sörja det. Många svenska soldyrkare valde dessutom att förlänga den varma årstiden med en vistelse i Barcelona. Själv tyckte jag att årets ESC-möte var kolossalt bra, även om man rörde sig mest inomhus: mycket välorganiserat (bortsett från köerna vid registrering) med genomgående välkomponerade symposier och mycket pedagogisk variation. Det märks tydligt att ESC haft fullt fokus på att sammanställa ett kvalitativt bra och attraktivt vetenskapligt program (David Erlinge ingick i kommittén). Indelning i olika temabyar har visat sig skapa en bra struktur i mötet. Samma tema- och färgindelning gäller förresten även vid besök på ESC:s undervisnings-plattform ESCeL (ESC eLearning) som jag rekommenderar starkt att ni någon gång surfar in på.

Visst blir man imponerad och stolt över att se hur väl Kardiolog-Sverige representeras på det europeiska planet. Inte bara våra ESC-guldmedaljörer Lars, Karl och Lars som glänsar i internationellt rampljus. Jag räknade till 4 svenska presentationer på kongressens olika hot-line sessioner: Lars Wallentin (STABILITY), Christoph Varenhorst (stent-trombos i SCAAR), Bo Lagerqvist (TASTE 1-års resultat) och Lars Lund (betablocker vid HFPEF i Riksvikt).

Men överlag var det många bra bidrag från Sverige och en del fick åka hem med fina utmärkelser i fickan (en annan del fick tyvärr sina fickor tömda på värdesaker – another story...): Ziad Hijazi från Uppsala vann en moderated poster tävling och posters av Tomas Forsslund (Stockholm), Zacharias Mandenakis (Göteborg), David Nilsson (Malmö) och Christian Sonesson (Astra, Mölndal) var bland dem med högst ranking. Slutligen så blev Francesco Cossentino vald till kassör i ESC:s nya styrelse och hans medarbetare Francesco Paneni vann utmärkelsen som Young Investigator i basic science. Vilka fantastiska framgångar!

Statistiken från ESC 2014 är inte klar men Sverige brukar vara bland länderna med flest delegater i relation till antalet invånare. Kardiologföreningens 50 hotellplatser var snabbt slutsålda. Detta är tecken på med-

lemmarnas stora engagemang i att delta i kvalificerad fortbildning. Men kan vi hänga med i kunskapsutvecklingen även framöver när finansiering av utbildning blir svårare i och med det nya LIF-avtalet? Barcelonamötet var ett bra exempel på att inte all utbildning kan göras på hemmaplan eller via internet. Ibland behöver man åka iväg för att träffas och diskutera. Det är nu arbetsgivarens ansvar att säkerställa fortsatt finansiering av adekvat vidareutbildning. Använd gärna vår nya CME-modul på hemsidan för att dokumentera era utbildningspoäng. Detta är en bra början för att dokumentera utbildningsmeriter och ställa krav på nödvändiga resurser från arbetsgivarens sida. En enkät som inventerar den aktuella utbildningssituationen i landet kommer snart att skickas ut till er.

Nu står hösten framför dörren och den kommer att bjuda på mycket spännande aktivitet. HjärtRitm-Gruppen anordnar utbildningsdagar om kammararytmi, en nationell utbildningsserie om hjärtsvikt turnerar runt i landet och den klinisk kardiologiska forskarkursen går av stapeln i Göteborg. Närmare information om tider och innehåll hittar ni på hemsidan.

Det är även dags att markera datum för föreningens fortbildningsdagar: 5–7 februari i Stockholm. Förutom aktuella uppdateringar från arbetsgruppens experter kommer vi ha tillfälle att lyssna på Fredrik Ullén, professor i kognitiv neurovetenskap och tillika konsertpianist, som berättar om kopplingar mellan hjärnan, hjärtat och musiken.

Vi ser även fram emot en föreläsning om Svenska kardiologins ärorika historia ur historieboken som just nu sammanställs av Bertil Olsson samt medförfattare och förväntas gå i tryck snart.

Trevlig höst
Frieder



"Dokumentera era utbildningspoäng på hemsidan."

Pradaxa® (dabigatranetexilat) 150 mg x 2

Bättre skydd än warfarin mot ischemisk stroke*¹⁻⁴

Jämfört med warfarin ger **Pradaxa®** 25 % (ARR 0,28 %) bättre skydd mot ischemisk stroke och minskar risken för hemorragisk stroke med 74 % (ARR 0,28 %)*¹⁻⁴

FDA's förnyade analys bekräftar effekt- och säkerhetsprofilen vid klinisk användning hos 134 000 patienter⁵

*Skillnaden i strokeskydd kan variera med graden av INR-kontroll av warfarin.

Ny
indikation:
DVT & LE

Referenser: 1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361(12):1139–51. 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363(19):1875–6 (appendix). 3. Pradaxa® produktresumé 06/2014. Boehringer Ingelheim. 4. Ezekowitz MD et al. Am Heart J 2009;157:805–10. 5. Food and Drug Administration. FDA study of Medicare patients finds risks lower for stroke and death but higher for gastrointestinal bleeding with Pradaxa (dabigatran) compared to warfarin; Available at <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM397606.pdf> 2014-08-31.

Förskrivningsinformation: Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVA), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass ≥ II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. **Styrkor och förpackningar:** 60 x 1 samt multiförpackning 3 x 60 x 1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och Försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance < 30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itraconazol och dronedaron. Mekanisk hjärtklaffprotes. För senaste prisuppgift samt övrig information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 06/2014.



Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm.
Telefon 08-721 21 00. Telefax 08-710 98 84. www.boehringer-ingelheim.se

Pradaxa®
dabigatranetexilat

Mandom mod och morske hen!

Så har årets upplaga av sommar börjat gå mot sitt slut. Och vilken sommar sen! Det har väl inte funnits någon plats i Sverige som inte upplevt subtropiska temperaturer. Det är märkligt hur fort man vänjer sig vid 27 graders värme! Detta till trots är det ändå på något sätt skönt när sommaren övergår i härlig uppfriskande höst och saker återgår till det vanliga. Trots jurer, köer till mottagningar och brist på vårdplatser så har vi ju ändå det bästa arbete man kan tänka sig, eller hur? Låt oss aldrig glömma det! Hösten är ju också en härlig tid för alla oss julromantiker som redan i början av oktober känner hur det kliar i fingrarna att få sätta upp adventsljusstakar och julstjärnor!

Sommarens slut och höstterminens början definieras inte bara av skolstart för våra barn utan också av att den Europeiska Kardiologkongressen går av stapeln. Denna gång var platsen för eventet Barcelona vid medelhavets strand. Eftersom staden mötte oss med 30 grader och strålade solsken så kändes det skönt att man övat för dessa temperaturer hela sommaren här hemma.

Det var glädjande att se så många kollegor från Sverige både som deltagare, presentatörer och moderatorer. Ryktet om den kliniska forskningens död i Sverige är således betydligt överdrivet Sverige och svenska forskare ådrog sig mycket beröm och till och med extraordinarie applåder för sina fina och viktiga fynd. Jag vill bland annat nämna TASTE-studien som mycket tydligt visar på avsaknaden av effekt av rutinmässig trombaspersion vid PCI behandling av STEMI som Ole Fröbert och medarbetare vid Sveriges samtliga (!) PCI centra genomfört med den åran. Vidare röntte våra fina kvalitetsregister sedvanlig uppmärksamhet och avund bland våra europeiska kollegor. Möjligheten till randomiserade registerbaserade studier framhålls mer och mer som framtiden och räddningen för den kliniska forskningen när de traditionella kliniska prövningarna minskar allt mer och blir dyrare och dyrare att genomföra. Här har Sverige ett klart försprång. Låt oss hålla kvar det och inte låta det gå som med så många andra svenska innovationer inom kardiologin. Tänk bara på pacemaker och ekokardiografi som "uppfanns" här men där utvecklingen sedermera skedde på andra platser i världen. Det finns ingen

anledning att låta historien upprepa sig denna gång. Det är därför viktigt att vi alla deltar i debatten och försvarar kvalitetsregistren och samfällt utvecklar och förbättrar dem.

I detta nummer av tidningen får vi också ett intressant resereportage av ST-läkaren Jesper van der Pals som tillbringat ett år på National Institute of Health i Bethesda, USA. Jag vill särskilt rikta er uppmärksamhet på den sista meningen i hans reportage som jag finner mycket tankvärd under de rådande förhållandena i svensk sjukvård idag: "Vi har en hel del att ta intryck från om blicken lyfts från kortsiktigt produktionsfokus till kvaliteten på framtidens specialister"

Om vi lyckas få allmänhet och sjukvårdshuvudmän att inse att sjukvård inte bara är en produktions-siffra utan att än viktigare än antal genomförda behandlingar/ingrepp är kvaliteten på dessa, kan vi också få dem att se att vi kardiologer inte är utbytbara klossar i ett legolikt system utan individer med hög kompetens och yrkesskicklighet som måste tas tillvara och utvecklas för patienternas bästa.

Det är vårt ansvar som kardiologer att inte kapitulera och låter andra sätta agendan för debatten utan att vi i alla lägen vi kan, kämpar för patienterna, den kliniska kardiologiska kompetensen och att Sverige även i framtiden ska leda klinisk kardiologisk forskning, utveckling och implementering (!) av densamma i framtiden. Detta gjorde våra företrädare med den åran och det är därför vi är där vi är i dag. Det krävs av oss att vi gör detsamma för framtida generationer.

Bästa hälsningar inför höstens utmaningar och möjligheter!

Er redaktör
Martin Stagmo

Keep calm and carry on



"It is no use
saying 'We're
doing our best'.
You have to
succeed in what
is necessary."

Winston Churchill

IMPROVED OUTCOMES START HERE



BRILIQUE®
ticagrelor

redefining antiplatelet performance

- Brilique* significantly reduced CV mortality with 21 % (RRR 21 %, ARR 1.1 % p=0.001) vs. clopidogrel* in 12 months in a broad spectrum of ACS patients.^{1,2}
- Brilique* provides superior efficacy, without an increase in overall total major bleeding and major fatal life-threatening bleeding events. Non-CABG major and non-procedural major and minor bleeding were significantly higher with Brilique* vs clopidogrel*.^{1,2}

*In combination with ASA. 1. Wallentin L et al. N Engl J Med 2009; 361:1045–57 and Supplement. 2. Brilique SPC.

Brilique (ticagrelor) Rx F SPC 2014-07-24 är ett trombocythämmande läkemedel, en cyklopentyltriazolopyrimidin (CPTP). **Indikationer:** Brilique, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för prevention av aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter med akut kranskärlssjukdom (instabil angina, icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) eller ST-höjningsinfarkt (STEMI)) inklusive patienter som behandlas medicinskt och patienter som behandlas med perkutan koronarintervention (PCI) eller kranskärlskirurgi (CABG)). **Förpackningar:** Brilique finns i styrkan 90 mg i följande förpackningsstorlekar: 56 och 168 tabl kalenderblister (med sol-/månesymboler) samt 100x1 tabl perforerade blister. **För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar, se www.fass.se**



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

Ut- och fortbildning en livslång läkarprocess!

ESC kongressen har precis avslutats och det har varit ett imponerande och digert program med hög kvalitet. Många svenskar var på plats, men det fanns utrymme för fler svenska deltagare och föreläsare. Andelen svenska kardiologer får gärna öka ytterligare på den europeiska arenan. Oavsett var du befinner dig i din utbildning/karriär finner du något intressant och nytt på ESC. Satsningen som görs på yngre kollegor under utbildning eller tidigt i sin karriär märks tydligt. ESC young community, en sammanslutning av arbetsgruppernas yngre medlemmar, var involverade i "Cardiologist of tomorrow" där inte mindre än tretton symposier med matnyttiga kliniska falldiskussioner blandades med diskussioner om hur studier tolkas och tips om hur man hanterar nätterna på akuten. Även de yngre kollegorna med inriktning mot experimentell forskning erbjöds mer än ett halvt dussin symposier med fokus på basic-translationell forskning. Dessutom fanns live demonstrationer av hjärtanatomien vid exempelvis medfödda hjärtfel. Möjligheten till att fylla fyra dagar på ESC med högkvalitativt innehåll är stor. Ett deltagande i mötet erbjuder en möjlighet att uppfylla delar av de mål som är uppsatta i målbeskrivningen för kardiologi. Dessa möten är ett bra komplement till de nationella kurser som erbjuds för ST-läkare. Utöver det teoretiska innehållet är ESC viktigt för att skapa nya nätverk och samarbeten. ESC ger yngre kollegor en möjlighet att söka stipendier som finansierar kongressavgiften. Kostnaden, relaterat till kunskapsinhämtandet, blir låg, vilket gagnar den enskilde kardiologen och arbetsgivaren. Svenska kardiologföreningen kommer att annonsera när det är dags att söka dessa stipendier så håll utkik på hemsidan. Under ESC-mötet presenterades de nya europeiska riktlinjerna för diagnos och behandling av hypertrof kardiomyopati, lungemboli, aortasjukdom, handläggning inför icke kardiell kirurgi och revaskularise-

ring. I riktlinjerna poängterades behovet av en bra anamnes inför beslutet om vidare handläggning. Detta kan tyckas självklart, då patientmötet är en av hörnpelarna i vårt yrke. I verkligheten är det dock svårt att i alla led i utbildningen, både tidigt och senare, trycka på vikten av, och ge utrymme för, patientmötet, och avsätta tiden som det tar. Att dessutom få möjlighet till handledning av erfarna kollegor i patientmötet/konsultationen kan vara ännu svårare. Långa sammanhängande kliniska placeringar under läkarutbildningen minskar för att ge utrymme åt teoretisk kunskap, en liknande trend kan noteras under AT och ST. Även om vår tid är begränsad behöver vi erbjuda en god klinisk handledning och ställa upp som exempel på hur vi genom patient-läkarmötet fångar upp de signaler som sedan ligger till grund för beslutet av den vidare medicinska utredningen och behandlingen. En god klinisk handledning av studenter och AT-läkare ger oss också möjlighet att rekrytera blivande kardiologer, då bemötandet från kollegor har betydelse för valet av specialitet.

ESC kongressen i Barcelona med nya intryck och ny kunskap ger mig energi och lust att ta itu med höstens arbete, och försöka fördjupa min kunskap ytterligare. På hemsidan hittar du höstens tider för NUS med temat hjärtsvikt och information om övriga nationella möten inom kardiologi. Hoppas du kan delta!

Christina Christersson



"Patientmötet
är en av
hörnpelarna
i vårt yrke."



Axplock från ESC i Barcelona

Text och foto: Christer Höglund

Tåget förde mig in till centrala Barcelona. Det hade varit en hel del svenskar på planet. Själv hade jag varit i Barcelona flertal gånger och i början var ju ESC-kongressen förlagd till kongresshallar alldeles vid Plaza España. Nu heter det nya området Gran Fira eller Europa Fira. Detta års ESC-kongress hade samlat cirka 30 000 deltagare, återigen det största kardiologiska mötet i världen. De två amerikanska mötena – ACC och AHA – har ju minskat gradvis. Detta års kongress har ju blivit alltmer professionellt och då tänker jag speciellt hur information läggs ut på mail innan kongressen börjar. Till kongressen finns ju en förnämlig app som uppdateras ständigt och där du själv kunde lägga till vad du ville lyssna på.

Som avgången chefredaktör blev min uppgift vid denna kongress att belysa lite mer socialt med fotografier vilka som var där. Det är kul att se en hel del nya ansikten från Sverige såväl som det mer erfarna.

Det kliar dock i fingrarna att inte belysa en del av de stora Hotline-presentationer. Det framkom en hel del nytt nämligen såsom PARADIGM HF, CONFIRM, CvLPRIT, FAME 2, FAMOUS, X-VERT, IBIS-4 men mycket fler.

Själv tycker jag upplägget med att ha s.k. ”Hubs” (hubbar) på flera ställen gav ett mycket trevligt uppslag. På varje Hub presenterades olika intressanta frågor, recensioner från studier som presenterats, presentationer av nya Guidelines, senast nytt om förmaksflimmer och de nya antikoagulantia. Jag tycker att detta borde tas upp och provas det på kommande Värmötet i Sverige.

I nästa nummer kommer jag bevaka AHA i Chicago i november, då också min egen traditionella presentation av Hotlines kommer ske.

Enjoy

Christer Höglund – Senior Editor

Bye bye Barcelona!

Text: Martin Stagmo. Foto: Christer Höglund



Så slutade då 2014 års ESC kongress i Barcelona. Den bjöd på mycket matnyttigt och trevligt innehåll både ur allmänskardiologisk synvinkel och från ett svenskt perspektiv. Över 30.000 delegater från hela världen närvarade vid och åhörde eller presenterade 27 kliniska hotline sessioner, 15 kliniska studieuppdateringar, 19 registerstudier, 4 nya guidelines och 4597 abstracts. På det hela taget var kongressen mycket välorganiserad och fortbildande, både ur ett vetenskapligt och kliniskt perspektiv.

Glädjande nog var den svenska representationen hög. Mer än 200 svenskar var anmälda och många av dem deltog aktivt med postrar, föreläsningar och som moderatorer. Barcelona bjöd på strålende sol och 30 grader varmt. Det enda smolket i glädjebägaren var den höga brottsligheten i form av ficktjuvar som tyvärr drabbade ganska många av våra kollegor. Enligt den lokala polisen har tjuvarna (liksom delgaterna) transporterats in till staden på grund av kongressen.

I år hade Svenska Kardiologföreningen reserverat 50 rum på Hotel 4 för medlemmarna. Detta visade sig vara allt för lite då intresset för dessa varit mycket stort och rummen tog slut redan i våras. Det är ett mycket trevligt och uppskattat sätt att resa och uppleva kongressen. En vidare utveckling var den gemensamma middag som ordnades för resenärerna på lördagkvällen. Att äta tillsammans med sina kollegor och på egen bekostnad på en trevlig spansk restaurang var ett nöje som uppskattades och utnyttjades av flertalet svenskar. Vi funderar som bäst på hur vi ska kunna återupprepa detta lyckade koncept i London nästa år. Kanske bör vi reservera fler rum för föreningens medlemmar nästa år.

Hotline sessioner

Ett Paradigm(-HF) skifte?

Ett av de stora samtalsämnen var PARADIGM-HF-studien som randomiserade 8442 hjärtsviktpatienter i NYHA II-IV och LVEF<40 % till antingen enalapril 10 mgx2 eller experimentdrogen LCZ696 som tillägg till övrig hjärtsviktsmedicinering. LCZ696 är en sk. ARNI (Angiotensin Neprilysin Receptor inhibitor), en drog som verkar på multipla neurohormonella system som förefaller minska hjärtats belastning och samtidigt verka myokardprotektivt. Studiens avbröts i förtid efter en medianuppföljning på 27 månader pga. överväldigande effekt i behandlingsarmen med en signifikant 20 % relativ riskreduktion avseende kardiovaskulär mortalitet och en 20 % risk reduktion avseende den primära endpointen (CV död eller hospitalisering för hjärtsvikt). Även totalmortalitet som var en sekundär endpoint minskade signifikant i behandlingsgruppen från 19 till 17,8 % jfr kontrollgruppen. Det sågs mer hypotension och angioödem i behandlingsgruppen men mindre hyperkalemi, njursvikt och hosta. Studien bedömdes som ett spännande och efterlängtad framsteg inom den medicinska behandlingen av hjärtsvikt där utvecklingen stått stilla de senaste åren. Presentatören och en av studiens co-principal investigators, Milton Packer från Dallas uttalade något kaxigt att "I don't think it changes the natural history of heart failure – I know it does!". Framtiden får väl utvisa om han hade rätt eller fel, men spännande är det i alla fall!

Less is less...

En annan studie som skulle kunna ha potential att påverka det kliniska omhändertagandet av patienter är CVLPRIT (Complete Vs Lesion-only Primary PCI Trial) som testade hypotesen om akut PCI vid AKS ska inrikta sig på cuprit lesion (IRA, infarct related



Delar av styrelsen i ESC

artery) eller om man bör sträva efter komplett revaskularisering under den primära vårdtiden. Studien som utfördes i Storbritannien inkluderade 294 patienter till antingen target-lesion only eller complete revascularisation i samband med hospitalisering för AKS. Den primära endpointen major coronary events reducerades kraftigt i armen med komplett revaskularisering efter 12 månader. Se tabell nedan.

Event	IRA only (%)	Complete revascularization (%)	p
MACE	21.2	10.0	0.009
All-cause mortality	4.1	1.3	0.14
Recurrent MI	2.7	1.3	0.39
Heart failure	6.2	2.7	0.14
Repeat PCI	8.2	4.7	0.2

En viktig observation var att skillnaden mellan grupperna var synlig redan efter 30 dagar.

Studien ger flera viktiga pusselbitar i hur vi bör behandla AKS men svarar inte helt på frågan om komplett revaskularisering bör göras i en seans vid det akuta insjuknandet eller om det kan göras i flera seanser med kort tid emellan, tex inom samma vårdtillfälle. Sten Dalby-Kristiansen från Århus sammanfattade studiens resultat och implikationer så här:

"I think this trial suggests it is better to do something to the lesions than to not do anything; what is an open question is when to do it"

The Nordic way

Från Danmark kom en uppmärksam studie (SHOPUS) som randomiserade 181 bukfeta patienter till antingen konventionell dansk kosthållning eller en speciellt utarbetad nordisk diet. Denna innehöll 15 födoämnesgrupper (frukt och bär, potatis, färska örter, vilda svampar, nötter, fullkorn, nöt- och viltkött, fisk, skaldjur och sjögräs (!)). Idén var att äta säsongens mat och vildväxande växter samt vilt betande djur. Kontrollgruppen åt en förbestämd blandning av mat som skulle matcha den genomsnittliga dieten hos vuxna danskar. Alla råvaror i de båda armarna tillhandahölls gratis genom studien. En intressant notis är att den sk. nordiska menyn i interventionsgruppen sammanställdes av kockar från restaurang Noma i Köpenhamn med 2 stjärnor i guide Michelin och 4 gånger utnämnd som världens bästa restaurang!

Studien visade att den nordiska dieten gav en viktnedgång på 4,7 kg jämfört med kontrollgruppens 1,5 kg. Vidare sågs en större minskning av det systoliska blodtrycket (5,1 mmHg) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppens 3,2 mmHg).

Slower is not better (for angina)

SIGNIFY studien testade hypotesen om If-kanals-hämmaren ivabradin var bättre än placebo för patienter med stabil kranskärlssjukdom utan hjärtsvikt. Studien inkluderade 19102 patienter från 51 länder med en hjärtfrekvens över 70 slag/min till behandling med ivabradin upp till 10 mg 1x2 beroende på hjärtfrekvens eller placebo i genomsnitt i 27

"I don't think it changes the natural history of heart failure – I know it does!"

månader. Den primära endpointen (kardiovaskulär död eller icke-fatal hjärtinfarkt) skiljde sig inte åt i de båda grupperna vid studiens slut.

Nedan följer en rapsodisk sammanställning av några övriga roliga/tråkiga och/eller intressanta nyheter från kongressen:

- En batterilös pacemaker där den elektriska aktiviteten alstras av hjärtats egna rörelser presenterades.
- Vin förefaller bara skydda mot kranskärslssjukdom i kombination med fysisk aktivitet.
- Energidrycker kan orsaka plötslig död, arytmier och hjärtinfarkt
- Dagligt intag av frukt och grönt kan minska risken för kranskärslssjukdom med upp till 40%

Get with the guidelines

ESC har sedan flera år publicerat och reviderat behandlingsriktlinjer för de flesta sjukdomstillstånd inom kardiologin. Framtagande av och tanken bakom dessa skiljer sig på flera sätt från de nationella riktlinjer som vi är vana vid från Sverige. Dessa skillnader har förtjänstfullt belysts i en artikel av Lars Wallentin et al i Läkartidningen från 2008.

Skillnaderna i framtagande och syfte oaktat, så kan ESC riktlinjer vara ett bra stöd och en hjälp för oss vid lite mer ovanliga tillstånd och sjukdomar. Vid årets kongress presenterades bland annat nya riktlinjer rörande hypertrof cardiomyopati (HCM) och aorta-sjukdomar. Båda dessa bör vara mycket användbara för undersökning, riskstratifiering och behandling av dessa sjukdomstillstånd i vår kliniska vardag.

Båda dessa guidelines går att ladda ner från ESC:s hemsida www.escardio.org

Här komma di svenske med buller och bång

Som tidigare nämnts men som förtjänar att återupprepas så var det svenska bidraget till kongressen stort. Bland deltagarna sågs förutom gamla välkända kongressrävar också ett stort antal yngre läkare och forskare vilket är mycket glädjande. Det sågs många intressanta posters med ursprung i kungariket vilket borgar för att den vetenskapliga fanan hålls högt även i framtiden.

Bland de uppmärksammade presentationer som jag vill framhålla var 1-årsresultaten från TASTE-studien som testade hypotesen om rutinmässig manuell trombaspiration var bättre för outcome än enbart stentning vid STEMI. 30-dagarsresultaten som presenterades tidigare av Ole Frøbert röntes även de stor uppmärksamhet då de inte visade någon positiv effekt. Inte heller 1-årsresultaten, presenterade av Bo Lagerquist, visade på någon positiv effekt av rutinmässig trombaspiration på mortalitet, hjärtinfarkt eller stenttrombos ens efter 1 år. (Se tabell ovan)

Hazard ratio (95% CI) for One-Year Outcomes, Primary PCI with vs without Thrombus Aspiration in TASTE.

End points	HR (95% CI)	p
All-cause mortality	0.94 (0.78-1.15)	0.57
MI rehospitalization	0.97 (0.73-1.28)	0.81
Stent thrombosis	0.84 (0.50-1.40)	0.51
Death, MI rehospitalization, or stent thrombosis	0.94 (0.80-1.11)	0.48

Studien fick mycket stor uppmärksamhet, inte bara för resultatet utan också för det faktum att man lyckats med konststycket att enrollera alla PCI center i Sverige (och Island samt ett i Danmark) att delta och torde få ett ganska snabbt gensmål i såväl guidelines som i klinisk praxis.

If its not registered its not there

En hel session ägnades åt för- och nackdelar med kvalitetsregister samt svårigheter och möjligheter med dessa. Kristina Hambræus från Falun delgav auditoriet tips och tricks vid uppstarten av ett nationellt sekundärpreventivt kvalitetsregister med utgångspunkt från SEPHIA. Detta var mycket uppskattat och renderade många frågor. Thomas Jernberg avslutade med ett brandtal där han utmanade våra europeiska grannländer att gå samman och starta ett pan-europeiskt kvalitetsregister; hans stridsrop var: "From SWEDHEART to EUROHEART".

Sessionen var mycket uppskattad och avslutades med en spontan extraplåd för Sverige, "world champions in research based quality assurance registries".

Utöver detta sågs svenska namn på ett stort antal posters både i basic science-avdelningen och inom flera av de kliniska områdena.

Kongressen gav naturligtvis också oss deltagare möjlighet till interkollegialt mingel och många fruktbara diskussioner (samt inemellan ett gott skratt). Till höger följer ett axplock av kollegor som deltog och som fångades av Kiddes kamera under kongressen.

See you in London

Nästa års ESC-kongress går av stapeln i London och är den första under det nya LIF-avtalet som förändrar det sätt vilket industrin får delta i fortbildning av oss läkare. Vad det får för inverkan på möjligheten till fortbildning av oss kardiologer återstår att se. Det är hursomhelst viktigt att vi alla (från ST-läkare till verksamhetschefer) arbetar för att den hittills så framgångsrika svenska modellen för sammanbindning av klinisk forskning och praktisk sjukvård inte nermonteras. Ut- och fortbildning är essentiellt för oss och bör ses som ett krav (från både anställda och arbetsgivare) och inte som en bonus. Det är härvidlag viktigt med en kontinuerlig dialog mellan anställda och arbetsgivare rörande behov av och krav på personlig utveckling. Deltagande i kongresser är här en viktig (men inte allena saliggörande) del. Det är dock viktigt att det inte bara är forskande kollegor (med egna medel) som kan fortbilda sig på kongresser utan även primärt kliniskt verksamma läkare.

Folk i vimlet!



Känd Linköpingsdoktor



Manne Holm



Familjen Henriksson



Anders Hedman



Anna Wennberg från SöS



Cristoph Warenhorst



Systrar från SHC



Professor Cosentino vid årsmötet (1)



Erlinge med kollega



Dr Edvardsson o Saldeen



Christina Hambræus och Stefan Berlund

HRG's Utbildningsdag

Göteborg - 9/10 • Stockholm - 15/10 • Umeå - 22/10



HjärtRytmsgruppen



TEMA: Kammararytmi – från oskyldigt extraslag till plötslig död

Hjärtstopp och HLR

- den akuta utredningen, behandlingen och uppföljningen.

Hur fångar vi patienten med risk för plötslig död?

- VES, nedsatt EF, LP, dispersion, arbetsprov, genetik, generell screening ?

Akut koronart syndrom

- tidiga och sena ventrikulära arytmier

Jonkanalsjukdomar

- från diagnos till bedömning av risk för plötslig död

Icke ischemisk VT

- senaste nytt

Devices

- bedrar snålheten visheten?

Ablation vid kammararytmi

- när då?

Tänkvärda fall

Föreläsare:

Niklas Höglund

Magnus Forsgren

Carina Blomström Lundqvist

Jonas Schwieler

Dritan Poci

Anders Jönsson

Lennart Bergfeldt

Bozena Ostrowska

Pjotr Platonov

Thomas Gilljam

Tord Juhlin

Mårten Rosenkvist

Johan Herlitz

Leif Svensson

Klicka här för att registrera dig: <http://hrg2014.se>



Medtronic



Förebyggande av stroke/systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer

NY
INDIKATION
Behandling av djup ventrombos (DVT) och
lungembolism (LE) samt förebyggande av
återkommande DVT och LE hos vuxna¹

BÄTTRE
reduktion av
**STROKE/
SYSTEMISK
EMBOLISM**
jämfört med warfarin²

BÄTTRE
säkerhet avseende
**ALLVARLIG
BLÖDNING**
jämfört med warfarin²

Eliquis®
apixaban

ENBART ELIQUIS® UPPVISAR BÅDA

Eliquis®, den **enda** faktor Xa-hämmare som uppvisat signifikant reduktion av stroke/systemisk embolism **och** färre allvarliga blödningar jämfört med warfarin vid icke-valvulärt förmaksflimmer.²

Eliquis® (apixaban) Rx. är en direkt faktor Xa hämmare, ATC-kod: B01AF02, med indikationer 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) hos vuxna patienter som genomgått elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAf) hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer: med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), ålder ≥ 75 år, hypertoni, diabetes mellitus, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass ≥ II). 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Försiktighet rekommenderas vid tillstånd med ökad blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila

eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Samtidig behandling med Eliquis® och NSAID inklusive acetylsalicylsyra bör ske med försiktighet på grund av potentiellt högre blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med kreatininclearance < 15 ml/min, till patienter som genomgår dialys eller till patienter med mekanisk hjärtklaffprotes. Användning till patienter med kreatininclearance 15-29 ml/min bör ske med försiktighet. För patienter med NVAf och som uppfyller minst två av följande kriterier: ålder ≥ 80 år, kroppsvikt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 µmol/l) samt för patienter med enbart allvarligt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min) rekommenderas en dossänkning. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lindrigt till måttligt nedsatt njurfunktion. Patienter kan fortsätta använda Eliquis® under konvertering (NVAf). Eliquis® rekommenderas inte till patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion. Eliquis® finns

som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 28 juli 2014.

Eliquis® är receptbelagt. Eliquis® 2,5 mg och 5 mg ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris se www.fass.se.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Bristol-Myers Squibb AB, tel. 08-704 71 00, www.bms.se Pfizer AB, tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se

DVT = Djup ventrombos LE = Lungemboli
Referenser: 1. Eliquis® (apixaban) produktresumé. Tillgänglig på: <http://www.ema.europa.eu>. Senast läst 14 juli 2014. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981-992.
Publiceringsdatum: augusti 2014 **Jobbkod:** EUAPI724 www.eliquis.se



Bristol-Myers Squibb



Eliquis®
apixaban

Nytt från HjärtRytmGruppen

Text: Tord Juhlin

”Heldagsmöte för elektrofysiologer den 7 november”

HjärtRytmGruppen, HRG, fortsätter under ledning av Carina Blomström Lundqvist arbetet med att höja kunskapsnivån och förbättra arytmi vården i Sverige. Några av höstens planerade aktiviteter presenteras här.

Temadag

Efter förra höstens lyckade temadagar med fokus på förmaksflimmer planeras i år en utbildningsdag om ventrikulära arytmier. Dagen äger rum i Göteborg 9/10, Stockholm 15/10 och Umeå 22/10. Rubriken på utbildningsdagen är; **Kammararytmi från oskyldigt extraslag till plötslig död**. Under dagen avhandlas bl a ämnen som ventrikulära arytmier vid akut koronart syndrom, jonkanalsjukdomar, icke-ischemisk VT och det senaste om ablationer och devices. Bland föreläsarna finns många av dem med störst erfarenhet inom området i Sverige. För ytterligare information var god se separat annons eller www.cardio.se. Missa inte tillfället att under en dag få en unik uppdatering inom detta svåra område!

Invasiv elfyskurs

För ganska många år sedan anordnades en utbildningsdag i Örebro för yngre elektrofysiologer. Detta initiativ blev mycket uppskattat med föreläsningar och diskussioner rörande allt från intrakardiella signaler till ablationsstrategier. Tyvärr kom aldrig någon uppföljning trots att behovet av fortlopande nationell utbildning/utbyte framfördes vid mötet.

HRG tar nu initiativ till att återuppliva denna utbildningsinsats, möjligen återkommande, primärt

riktad till yngre elektrofysiologer genom att bjuda in till ett heldagsmöte fredagen den 7 november i Uppsala. Primär målgrupp är således samtliga elektrofysiologer som ännu inte är helt självständiga operatörer. Men eftersom man aldrig blir ”fullärd” inom elektrofysiologi hoppas vi att samtliga elektrofysiologer som önskar delta i diskussionen kommer och delar med sig av sina erfarenheter. Agendan för dagen innehåller föreläsningar basal elektrofysiologi, ingreppet, strategier kring ablation, fallgropar, ”komplikationer samt uppföljning.

Denna utbildningsinsats är tänkt att vara fri från sponsring och är utan anmälningsavgift. Inga arvoden utgår till föreläsare. Respektive sjukhus/klinik får själva stå för resekostnader.

Certifiering för device- och ablationsbehandling

Under året har arbetet inletts med att inventera rutiner och strukturer vid implanterande kliniker avseende antalet deviceimplantationer per år. Detta kommer att gås igenom för pacemaker, CRT och ICD. Förhoppningsvis kan detta redovisas per antal implantatörer. Detta kommer att ske via pacemakerregistret och via förfrågningar. Därefter kommer internationella dokument att gås igenom för att sedan formulera krav för implantatörer och kliniker både vad implantationer och uppföljning. Tanken är att detta ska leda till en certifiering. Samma arbete planeras för ablationer.

Arytmiprofilen

Cecilia Rorsman

Text: Tord Juhlin

Hur kom det sig att du blev arytmolog?

Vet egentligen inte om jag kan kalla mig arytmolog men visst arbetar jag i huvudsak med arytmi vård.

Övertygelsen om att jag ville arbeta med arytmier kom när jag under min ST-tjänstgöring på Sahlgrenska fick arbeta i Nils Edvardssons grupp. Jag fick då möjlighet att delta i ablationsverksamheten vilket jag tyckte var fantastiskt roligt. Kombinationen av logisk analys, hantverk och lagarbete gjorde att jag stormtrivdes. Av olika skäl återvände jag efter ett antal år till tjänst på sjukhuset i Varberg. Jag saknade den invasiva verksamheten och bestämde mig därför för att ta över pacemakeroperationerna vilka tidigare hade gjorts av kirurger. Då jag från min tid på Sahlgrenska hade erfarenhet av uppföljning av ICD började jag ganska snart implantera ICD och CRT. Verksamheten har med tiden vuxit och jag kan idag fylla hela min arbetstid med operation och uppföljning av devices och övrig arytmi vård.

Vad är det inom arytmiologin som tilltalar dig?

Jag tycker om att verksamheten är så varierande. Den inrymmer både rutinarbete med återbesök och uppföljningar men också situationer med stor dramatik. För mig är det viktigt att få arbeta med händerna och device-verksamheten ger mig den möjligheten samtidigt som den ju kräver en hel del analys och problemlösning.

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

Jag upplever att arytmi vården, liksom stora delen av vården i övrigt, har problem med att leva upp till ”vård på lika villkor”. Vilken behandling man får

påverkas mycket av vem man är och var man bor. För att förändra detta är det viktigt att personal inom vården har tillgång till gemensamma tydliga riktlinjer och att man säkerställer personalens möjligheter till vidareutbildning/fortbildning.

Hur ser du på arytmiologins framtid?

Arytmi vården är i ständig utveckling. Ny utrustning och nya metoder ger oss möjlighet att behandla fler patienter bättre, t.ex. med ablation. Tyvärr räcker inte nuvarande ablationskapacitet och köerna för ablationsbehandling är på sina håll långa. Utbyggnad av ablationskapacitet och fr.a. utbildning av fler elektrofysiologer är därför angelägen.

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

Jag önskar i sådant fall att jag hade kunnat bli trädgårdsmästare eller författare men troligen hade jag sökt mig till nanoteknik.

Vad gör du på din fritid?

Jag läser, vårdar min trädgård och spelar tennis.

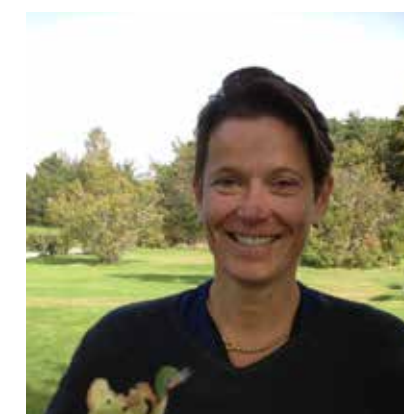
Vilken bok läser du just nu?

”Det regnade fåglar” av Jocelyne Saucier

Vilken film såg du senast?

”Förr eller senare exploderar jag”.

Tack!



Cecilia Rorsman

Medicinkliniken Hallands sjukhus Varberg
Överläkare

”För framtidens kardiologer i samtiden”

Text: Charlotta Ljungman.

Arbetsgruppen Framtidens Kardiologer:

Charlotta Ljungman
Göteborg

Markus Lingman
Halmstad

Niclas Svedberg
Falun

Emma Svennberg
Stockholm

Karna Johansson
Kiruna

Jesper van der Pals
Lund

Hur många ST-läkare i kardiologi finns det i landet? Att försöka ta reda på detta var mitt första uppdrag i arbetsgruppen som fått namnet Framtidens kardiologer. Jag heter Charlotta Ljungman och arbetar som kardiolog på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg där jag blev färdig med min specialistutbildning 2013. Arbetsgruppen Framtidens kardiologer startades 2012 i samband med det Kardiovaskulära vårmötet. Målet är och var redan från början att arbetsgruppen ska representera olika delar av landet och båda könen. Vår huvudsakliga uppgift är att arbeta med frågor som rör ST-läkarna och deras utbildning. Framförallt nationellt och men även internationellt inom ESC där motsvarande arbetsgrupp heter Cardiologists of Tomorrow (CoT).

För att göra detta och komma i kontakt med ST-läkare runt om i landet var en av våra första uppgifter att försöka skapa en e-postlista med kontaktuppgifter till alla ST-läkare i kardiologi. Man kan tycka att det är konstigt att det inte finns någon som vet hur många ST-läkare i kardiologi som utbildas i vårt land men så vitt vi vet fanns det igen övergripande information om detta. Men efter att ha kontaktat (vad vi hoppas är) samtliga studierektorer har vi skapat en lista på cirka 140 ST-läkare. Sannolikt har vi missat några och det pågår alltid ett arbete med att uppdatera listan som är i ständig förändring. Tack vare listan kan vi dock få in namn på nya ST-läkare som påbörjar utbildningen och det är en bra tillgång för att sprida information.

2013 åkte vår första ordförande Jesper van der Pals till NIH i USA för post doc och jag tog över ordförandeskapet. Jesper har hela tiden fortsatt sitt arbete i arbetsgruppen och övriga medlemmar är Markus Lingman, vice ordförande, Emma Svennberg, sekreterare, Karna Johansson, kassör och Niclas Svedberg, webbansvarig. Under det gångna året har vi arbetat med en tvådagars-kurs med ämnen som rör delmål som upplevs svåra att nå i målbeskrivningen för ST-läkare i kardiologi. I Svensk Kar-

diologi kan man i majnumret läsa en trevlig artikel om kursen skriven av Karna Johansson. Kursen blev mycket uppskattad och vi håller just nu på att planera ytterligare en kurs i januari 2015. Vi tackar också Astra som sponsrade mötet och gjorde kursen kostadsfri för deltagarna.

Förändringar inom ST-utbildningen

Förutom utbildningsverksamhet har vi arbetat med de förändringar som ST-utbildningen står inför. Till sammans med utbildningsutskottet har vi deltagit i möten med Socialstyrelsen om den nya ST-utbildningen för att bevaka ST-läkarnas intressen. Vi ställer oss på det hela taget positiva till den nya ST-utbildningen. Den erfarenhet vi har av den nu rådande utbildningen är att det för vissa ST-läkare är svårt att uppnå vissa delmål och även att utbildningen på medicin ofta upplevs som lång. Det är dock mycket olyckligt att beslutet om utformningen ytterligare drar ut på tiden. Många ST-läkare som ska börja sin utbildning vet inte hur de ska utforma sin utbildningsplan eftersom det sannolikt kommer innebära en fördel, åtminstone tidsmässigt, att göra en plan efter den nya ST-utbildningen. Vi väntar nu med spänning på besked från Socialstyrelsen.

En annan stor förändring är de nya Lif-reglerna som börjar gälla vid årsskiftet. Hur kommer detta påverka ST-läkarnas fortbildning? Vår erfarenhet är att ST-läkarna har mycket begränsade möjligheter att komma iväg på kurser och utbildningar som kostar pengar. Här råder det dock stora skillnader och ojämlikhet över landet. Om man som ST-läkare är engagerad i forskning och vid sjukhus där man genomför studier för läkemedelsindustrin har man oftare haft möjlighet att åka på kongresser. Men på många ställen gör man inte det. Det verkar också råda stora skillnader i hur man ser på hur mycket utbildning får kosta och hur många kurser man får gå. Det verkar vara så att på mindre sjukhus i områden som har brist på läkare är man mer angelägen

om att bekosta kurser och utbildningar medan man på större universitetssjukhus är mindre angelägen. Mycket beror också på engagemanget från studierektorer och chefer. Många sjukhus erbjuder internutbildning varje vecka. Överhuvudtaget styrs utbildningsmöjligheterna mycket av omständigheterna på klinikerna ute i landet. För att utjämna skillnader i utbildningsmöjligheter över landet anser vi att det behövs gemensam utbildning som är kostadsfri. SK-kurserna är som regel mycket bra utbildningar. Men SK-kurserna behöver bli fler inom flertalet ämnen där kurserna är fulla och svåra att komma med på.

En annan fråga som berör ST-läkarna är specialistexamen i kardiologi som arrangeras av Svenska Kardiologföreningen varje år. Att göra provet är frivilligt men vi hoppas att så många som möjligt ska ta vara på möjligheten att göra det. Vi vill också att arbetsgivaren står för två veckors inläsningstid även om vi vet att detta också varierar.

I skrivande stund stundar ESC där Framtidens kardiologer kommer delta i ett möte för att träffa

representanter från Cardiologists of Tomorrow i Europa. Det är alltid spännande att ta del av hur utbildningen ser ut i Europa och vilka frågor som tas upp internationellt när det gäller utbildning. Generellt inom Europa ställs betydligt högre krav på vilka invasiva undersökningsmetoder man ska behärska. Ur ett svenskt perspektiv behöver man ta hänsyn till att vi har ett relativt litet befolkningsunderlag när det gäller att lära sig till exempel angiografi och pacemakerinläggning. Därför tycker vi att våra svenska mål är mer realistiska utifrån våra förutsättningar. Om man som ST-läkare har möjlighet att åka på ESC ska man hålla utkik efter föreläsningar markerade med Cardiologists of Tomorrows logga som visar sessioner som särskilt vänder sig till ST-läkare under utbildning.

Om man är ST-läkare men inte har fått information från vår arbetsgrupp får man gärna maila till Jesper (jesper.vanderpals@med.lu.se). Tipsa gärna nya kollegor om listan!



Arbetsgruppen: Charlotta Ljungman, Markus Lingman, Niclas Svedberg, Emma Svennberg, Karna Johansson. Saknas på bild: Jesper van der Pals.

Är du intresserad av att engagera dig i Framtidens Kardiologer eller har förslag på ämnen inför nästa års kurs? Hör gärna av dig till jesper.vanderpals@med.lu.se



Välkommen till Svenska Kardiologföreningens
Nationella Kliniska Utbildningssymposier.
Kursen kommer att hållas på fyra olika platser under 2014.

Anmälan gör du på: www.mkon.se/nus
Utbildningssymposiet är kostnadsfritt

Program:

Behandling av patienter med hjärtsvikt – satsar vi tillräckligt?

14.30 – 15.10 Medicinsk behandling vid hjärtsvikt: hur ser det ut i Sverige?

Gerhard Wikström Docent, Överläkare, Kardiologi Akademiska Sjukhuset Uppsala

15.10- 15.50 Devicebehandling: (CRT, ICD, monitorering)

Frieder Braunschweig Docent, Överläkare Hjärtkliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm / Carl Johan Höijer Överläkare Kardiologi Lunds Universitetssjukhus

Kaffe

16.10- 16.50 Vilka patienter ska utredas för assist och transplantation?

Laila Hübbert Överläkare, Kardiologiska kliniken Universitetssjukhuset Linköping

16.50- 17.30 Hjärtsviktspatienten med svår komorbiditet – hemsjukvård, slutenvård, öppenvård

Hans Persson, Docent Överläkare Hjärtmedicin Danderyds sjukhus, Stockholm

17.30- 17.50 Diskussion

18.00 Middag/mingel

- STOCKHOLM/UPPSALA 6/11 •
- LUND/MALMÖ 10/11 • GÖTEBORG 2/12 •
- LINKÖPING 3/12 •



Arrangeras av Svenska Kardiologföreningen

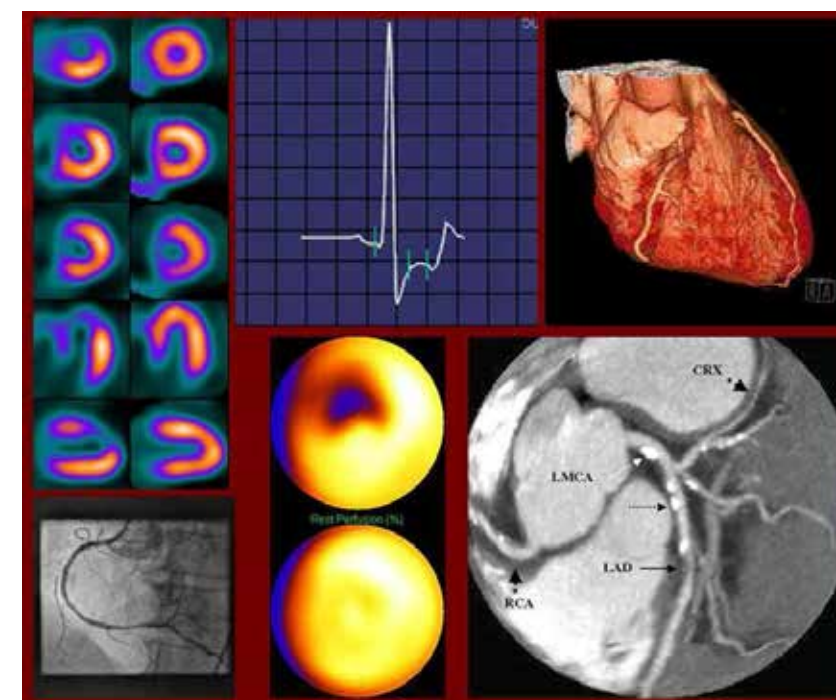


Educational seminar, fortbildningskurs Diagnostik av ischemisk hjärtsjukdom

Vid Danderyds sjukhus, Stockholm, 19-21 november 2014

Guest speaker: Lawrence M. Phillips, Assistant Professor of Medicine
Division of Cardiology, NYU

Kliniskt tillämpad diagnostik



Program information och kursprogram på

<http://www.ds.se/Om-oss/Utbildning/Kurs-ischemisk-hjartsjukdom>
samt www.sfkf.se

Förebyggande av hjärtkärlsjukdom och diabetes

Text: Viveca Gyberg, enheten för kardiologi, medicinska institutionen, Karolinska Institutet, Solna. Avhandlingen försvarades och godkändes 2014-06-05 i Thoraxaulan på Karolinska Sjukhuset Solna. Opponent Peter Gaede, Köpenhamns Universitet, Slagelse, Danmark. Huvudhandledare Lars Rydén, bihandledare Linda Mellbin och Per Wändell samtliga Karolinska Institutet, Stockholm. Foto: Niclas Svedberg.



Viveca Gyberg

Enheten för kardiologi, medicinska institutionen, Karolinska Institutet, Solna

Bakgrund

Sett i ett globalt perspektiv står hjärtsjukdom och diabetes för drygt hälften av alla dödsfall.¹ Dessa sjukdomar förväntas öka på grund av en allt längre livslängd, den moderna livsstilens brist på fysisk aktivitet och för högt kaloriintag.^{1,2} Hos patienter med känd kranskärlsjukdom och samtidig diabetes är dödligheten fördubblad jämfört med dem med enbart kranskärlsjukdom.^{3,4} Det är väl känt att förebyggande åtgärder och behandling kan senarelägga insjuknandet samt minska sjuk- och dödligheten i dessa sjukdomar.^{5,6} Trots detta rapporteras det ofta om ett bristfälligt genomförande av förebyggande insatser.^{7,8}

Mål

Målet med avhandlingen var att studera prevention på befolkningsnivå samt i vissa högriskgrupper genom att:

1. Undersöka europeiska hälsobeslutsfattares uppfattning om kardiovaskulär sjukdom.
2. Studera screening för diabetes på internet med hjälp av frågeformuläret FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score).
3. Utvärdera den europeiska vården av patienter med samtidig kranskärlsjukdom och diabetes i relation till gällande riktlinjer.
4. Identifiera det bästa testet för att identifiera störd glukosomsättning hos patienter med etablerad kranskärlsjukdom.

Delarbete 1: Beslutsfattares uppfattning om kardiovaskulär sjukdom i Europa⁹

I studien inkluderades 116 beslutsfattare i Europa, (indelade i fyra kategorier: hälsoministrar, högsta chefer på folkhälsoinstitut, ordförande i nationella kardiologföreningar och ordförande för hjärtsjukas patientorganisationer), som 2008 ombads svara på frågor om den nationella situationen avseende hjärtsjukdom. Resultatet visade att beslutsfattarna är överens om att deras länder är långt ifrån att uppnå önskvärda mål för förbättrad hjärtsjukdom. Uppfattningen om den nationella förekomsten av ohälsosamma faktorer eller vidtagna hälsobefrämjande åtgärder överensstämde ofta inte med tillgängliga epidemiologiska data. Vidare hade de olika beslutsfattarna en betydligt varierande uppfattning om vilka åtgärder som var högst prioriterade för att förbättra befolkningens hälsa.

Screening för diabetes på internet med hjälp av FINDRISC¹⁰

FINDRISC är ett frågeformulär som individen själv fyller i bestående av åtta frågor (ålder, Body Mass index, bukmått, fysisk aktivitet, intag av grönsaker och frukt, läkemedelsbehandling för högt blodtryck, tidigare uppmätt högt blodsocker och ärftlighet). Svaren på frågorna summeras och klassificerar individen till antingen låg (1 av 100), lätt förhöjd (1 av 25), medelhög (1 av 6), hög (1 av 3) eller mycket hög risk (1 av 2) att utveckla diabetes de kommande 10 åren. FINDRISC-frågorna infogades i en internetbaserad arbetsplatsenkät om hälsa (Webb-QPS) som 2007

skickades ut till 5166 anställda Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm med hjälp av e-post. Svarsfrekvensen på FINDRISC-delen var 59% och en grupp, bestående av dem med medelhög till mycket hög risk, identifierades som att kunna dra nytta av förebyggande insatser (figur 1).

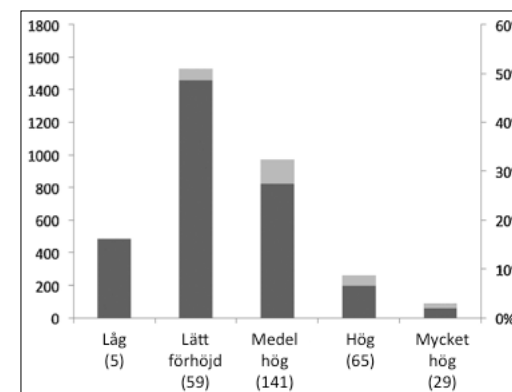
Vård av patienter med kranskärlsjukdom och diabetes i Europa¹¹

EUROASPIRE är tvärsnittsstudier som sedan 1996 har utvärderat klinisk praxis i förhållande till Europeiska Kardiologföreningens (ESC) utgivna riktlinjerna för omhändertagande av patienter med kranskärlsjukdom. Studierna är en del av ESC:s program för utveckling av riktlinjer och förbättring av vården. Baserat på EUROASPIRE III (2006-2007) och EUROASPIRE IV (2012-2013) analyserades hur kranskärlsjuka patienter fria från, med nyupptäckt eller känd diabetes omhändertogs. Antalet inkluderade patienter (18-80 år) var 6588 respektive 6187. Det visade sig att en stor andel av patienter med kranskärlsjukdom och diabetes inte når de i riktlinjerna angivna målen för blodtryck (figur 2), LDL-kolesterol (figur 3) och HbA1c. En sannolik förklaring är att läkemedel inte kombineras eller doseras ändamålsenligt. I båda studierna undersöktes proportionerna som erhöll en kombination av fyra förebyggande läkemedel (trombocythämmare, β -blockad, RAAS-blockad och statiner). En kombination av dessa läkemedel hade förskrivits till 43% i EUROASPIRE III och 60% i EUROASPIRE IV. Sannolikt har ESC:s riktlinjer för diabetes som utgivits mellan de två studierna bidragit till förbättringen. Omhändertagandet av patienter med samtidig diabetes och kranskärlsjukdom tycks ha förbättrats men stora möjligheter till ytterligare optimering finns framför allt för måluppfyllelsen av LDL-kolesterol.

Bästa testet för störd glukosomsättning hos patienter med kranskärlsjukdom

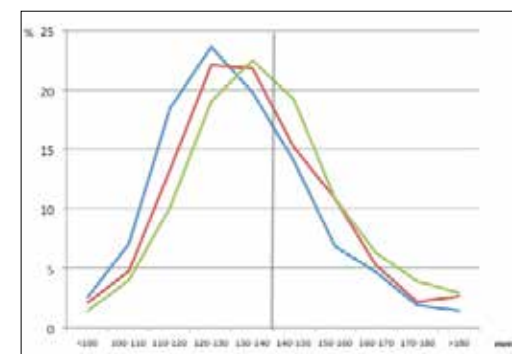
För närvarande debatterar man om vilket/vilka test som ska användas för att undersöka glukosstatus hos patienter med kranskärlsjukdom.^{12, 13} I USA och Storbritannien förordas kombinationen faste-glukos (FPG) och HbA1c^{13, 14} medan man i europeiska riktlinjer understryker vikten av ett oralt glukostoleranstest (OGTT)⁶. I EUROASPIRE IV utfördes på 4004 patienter HbA1c och OGTT, det senare inkluderar FPG och plasmaglukos 2 timmar efter intag av glukoslösning (2hPG). Studien visade att ett OGTT

Figur 1



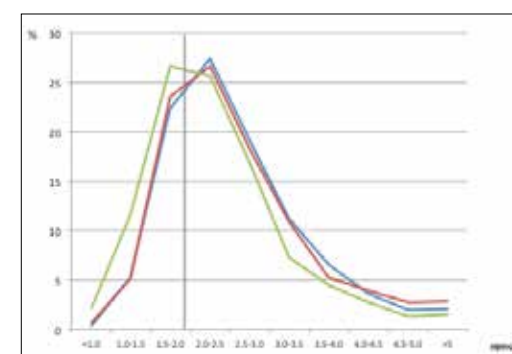
Resultatet av FINDRISC-undersökningen på Karolinska Universitetssjukhuset 2007. Den vänstra Yaxeln visar antalet individer och den högra svarsandel i procent. Staplarna visar fördelningen av de olika riskgrupperna för att utveckla diabetes närmaste 10 åren: Låg = ca 1 av 100, Lätt förhöjd = 1 av 25, Medelhög = 1/6, Hög 1/3 samt mycket hög 1 av 2.

Figur 2



Fördelningen av systoliskt blodtryck uppdelat på patienter med ingen (blå), nyupptäckt (röd) och känd diabetes (grön) i EUROASPIRE IV. Skillnaden mellan grupperna är signifikant, $p < 0.0001$. Linjen markerar 140 mmHg.

Figur 3



Fördelningen av LDL-kolesterol uppdelat på patienter med ingen (blå), nyupptäckt (röd) och känd diabetes (grön) i EUROASPIRE IV. Skillnaden mellan grupperna är signifikant, $p < 0.0001$. Linjen markerar 1.8 mmol/L.



identifierar den största andelen av patienter med diabetes. Överensstämmelsen mellan FPG, 2hPG och HbA1c för patienter som screenades för diabetes var liten, endast 7% av dem identifierades med samtliga tre metoder. Screening med enbart HbA1c skulle lämnat 83% av patienterna med diabetes oupptäckta. Enligt kriterier angivna av American Diabetes Association¹³ för FPG + HbA1c hade 90% av patienterna störd glukosomsättning (förhöjt FPG, HbA1c uttryckande hög risk för diabetes, eller diabetes) jämfört med 73% med WHO:s kriterier¹⁵ för OGTT (förhöjt FPG, nedsatt glukostolerans, eller diabetes). Utfallet av de amerikanska kriterierna uppfattas som en överskattning och WHO:s som mer realistisk.

Slutsatser

1. Att tydliggöra aktuella epidemiologiska data och information om vidtagna åtgärder måste ges hög pri-

oritet för att skapa samsyn mellan beslutsfattare och förbättra effekten av framtida förebyggande åtgärder, vilka införda på nationell eller europeisk nivå, med all sannolikhet får stor betydelse för sjukdomspanoramata. 2. Genom att screena för diabetes på internet med hjälp av FINDRISC kunde såväl individer som en befolkningsgrupps risk synliggöras. Denna metod skulle kunna vara en kostnadseffektiv metod att identifiera patienter i behov av förebyggande insatser. 3. Även om läget har förbättrats är patienter med samtidig kranskärslsjukdom och diabetes en grupp vars handläggning ännu inte uppnår uppsatta riktlinjebaserade mål. En förbättring är önskvärd med hänsyn till gruppens dåliga prognos. 4. Ett OGTT har den högsta tillförlitligheten vid screening för glukosstörningar hos patienter med kranskärslsjukdom och WHO:s riktlinjer bör användas för klassificering av störd glukosmetabolism.

Referenser:

1. HWHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010; 2010.
2. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, sixth edition 2013.
3. Norhammar A, Lindback J, Ryden L, Wallentin L, Stenestrand U. Improved but still high short- and long-term mortality rates after myocardial infarction in patients with diabetes mellitus: a time-trend report from the Swedish Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admission. Heart 2007;93(12):1577-83.
4. De Bacquer D, De Backer G, Ostor E, Simon J, Pyorala K. Predictive value of classical risk factors and their control in coronary patients: a follow-up of the EUROASPIRE I cohort. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2003;10(4):289-95.
5. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Atherosclerosis 2012;223(1):1-68.
6. Ryden L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, Deaton C, Escaned J, Hammes HP, Huikuri H, Marre M, Marx N, Mellbin L, Ostergren J, Patrono C, Seferovic P, Uva MS, Taskinen MR, Tendera M, Tuomilehto J, Valensi P, Zamorano JL, Zamorano JL, Achenbach S, Baumgartner H, Bax JJ, Bueno H, Dean V, Deaton C, Erol C, Fagard R, Ferrari R, Hasdai D, Hoes AW, Kirchhof P, Knuuti J, Kolh P, Lancellotti P, Linhart A, Nihoyannopoulos P, Piepoli MF, Ponikowski P, Sirnes PA, Tamargo JL, Tendera M, Torbicki A, Wijns W, Windecker S, De Backer G, Sirnes PA, Ezquerro EA, Avogaro A, Badimon L, Baranova E, Baumgartner H, Betteridge J, Ceriello A, Fagard R, Funck-Brentano C, Gulba DC, Hasdai D, A WH, Kjekshus JK, Knuuti J, Kolh P, Lev E, Mueller C, Neyses L, Nilsson PM, Perk J, Ponikowski P, Reiner Z, Sattar N, Schachinger V, Scheen A, Schirmer H, Stromberg A, Sudzhaeva S,

- Tamargo JL, Viigimaa M, Vlachopoulos C, Xuereb RG. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J 2013.
7. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyorala K, Keil U. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 Europea
8. Anselmino M, Bartnik M, Malmberg K, Ryden L. Management of coronary artery disease in patients with and without diabetes mellitus. Acute management reasonable but secondary prevention unacceptably poor: a report from the Euro Heart Survey on Diabetes and the Heart. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14(1):28-36.
9. Gyberg V, Ryden L. Policymakers' perceptions of cardiovascular health in Europe. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2011;18(5):745-53.
10. Gyberg V, Hasson D, Tuomilehto J, Ryden L. Measuring risk online—feasibility of using FINDRISC in an online workplace survey. Prim Care Diabetes 2012;6(2):103-7.
11. Gyberg V, Kotseva K, Dallongeville J, Backer GD, Mellbin L, Ryden L, Wood D, Bacquer DD. Does pharmacologic treatment in patients with established coronary artery disease and diabetes fulfil guideline recommended targets? A report from the EUROASPIRE III cross-sectional study. Eur J Prev Cardiol 2014.
12. WHO. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus. Abbreviated Report of a WHO Consultation. Available at: http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf. Accessed 2014-04-15. 2011.
13. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2012;35 Suppl 1:S64-71.
14. NICE. Hyperglycaemia in Acute Coronary Syndrome. Clinical guidelines 130. 2011.
15. WHO. World Health Organization (WHO) Consultation. Definition and diagnosis of diabetes and intermediate hyperglycaemia. 2006. Available at: http://www.who.int/diabetes/publications/Definition_and_diagnosis_of_diabetes_new.pdf. Accessed: 2014-04-18. In: 2006.



Klinisk utbildning i USA

– från the match till mästare och lärling

Text: Jesper van der Pals.



Jesper van der Pals

Bethesda, Maryland, ligger världens största forskningssjukhus – the Clinical Research Center (CRC) vid National Institutes of Health (NIH). Vid sjukhuset bedrivs framför allt klinisk forskning men också mer rutinartad sjukvård samt utbildning av forskare och läkare under ST och sub-specialisering. Verksamheten överlappar ur ett kardiologiskt perspektiv med närliggande Suburban Hospital (som tillhör Johns Hopkins Medicine) och Children's National Medical Center. Via medarbetarna finns också nära koppling till universitetssjukhus såsom Duke, Hopkins, Yale och Columbia.

Under 2013 och 2014 har jag gjort ett research fellowship vid the National Heart, Lung and Blood Institute vid NIH. Under tiden har jag även haft möjlighet att delta i den interna kliniska utbildningen samt praktiskt och teoretiskt jämföra den svenska utbildningsmodellen med den amerikanska. Flera intressanta skillnader framstår mellan länderna:

Mästare - lärling

Det första som slår en är hur väl integrerad utbildningen är i den kliniska verksamheten. Istället för ett system där specialister och ST-läkare arbetar parallellt så är det kliniska arbetet baserat på att en senior specialist handleder utbildningsläkare som sedan utför det praktiska arbetet för alla patienter. Specialisten träffar på detta sätt fler patienter och ST-läkaren får feedback på fler handläggningar. Resultatet är en kontinuerlig kunskapsöverföring som är kopplad till det praktiska kliniska arbetet. För den blivande specialisten är fokus inte bara på var man arbetat utan *för vem* man

gjort sin 'clinical training', alltså för vilken mästare man varit lärling.

Priset är i viss mån en senarelagd klinisk självständighet och en förhållandevis låg lön under ST, men det är ett lågt pris i jämförelse med utbildningsvinsten. Det är också välbekant att antalet arbetade timmar per dag i USA överstiger de i Sverige (en skillnad som dock minskar om man räknar in alla de timmar som svenska ST-läkare lägger på studier, forskning etc på sin fritid).

Cardiology Rounds, board exam och fortbildning

En annan tydlig skillnad är balansen mellan intern utbildning och externa kurser. Medan man i Sverige via Socialstyrelsens regelverk och sjukhusens interna praxis har lagt fokus på ett antal externa SK-kurser så förefaller den sjukhusinterna utbildningen vara högre prioriterad i USA. Vid NIH/Suburban är Cardiology Rounds är en återkommande utbildningsaktivitet varje vecka som inte enbart syftar till att utbilda ST-läkare utan också till att förbereda specialistkompetenta kollegor för den recertifiering som sker vart 10e år. Nya guidelines, studier och patientfall presenteras och specialister från alla berörda nischer deltar. Internmedicinare, radiologer, thoraxkirurger samt interventionellt och kliniskt inriktade kardiologer presenterar sina synpunkter på de fall som diskuteras. Ofta går man igenom patientens kliniska bakgrund, tittar på den imaging som gjorts, operationer visas via foton och interventioner via röntgenloopar. Evidens, guidelines och tänkbara behandlingar diskuteras.

Det finns också ett stort inslag av självstudier med fokus på board exam. Boards är inte ett obligatorium men anses vara helt nödvändigt i den fortsatta karriären

och utgör en stor röd flagga om man inte passerar. I likhet med Sverige finns också guidelines från specialitetsföreningarna avseende utbildningens praktiska och teoretiska innehåll. I synnerhet antalet procedurer/moment som krävs för specialistkompetens och sub-specialisering är preciserat och loggböcker förs som regel, något som ju blir allt vanligare även i Sverige och sannolikt kommer att vara del i ESCs kommande examen. CME credits och recertifiering utgör till skillnad från i Sverige ett tydligt incitament till fortsatt lärande efter uppnådd specialistkompetens.

Struktur

Ytterligare en skillnad är strukturen på ST-tjänsternas tillsättning och genomförande. Medan gräblockande på ganska lösa boliner har varit förvånansvärt vanligt förekommande i Sverige så är den amerikanska modellen mycket strikt. Tillsättningen av tjänster sker genom 'the match' – en rikstäckande matchning

mellan utlysta tjänster och sökandes meriter. Överenskomelser utanför 'the match' är inte tillåtna men vissa små specialiteter deltar inte. När utfallet från the match väl är klart startar alla nya ST-läkare i juli varje år. Som regel anställs samma antal utbildningsläkare varje år vid sjukhusen och de kliniska placeringarna (rotations) som ingår varje år är fasta. Utöver meritbaserad fördelen med detta system en tydlighet avseende *när* som ingår i utbildningen och *när* respektive moment sker. Nackdelen är en minskad flexibilitet t.ex. avseende uttag av forskningstid. Likaså verksamheten över lag och de enskilda läkarna presenteras utbildningen på ett strukturerat och lockande sätt på sjukhusens hemsidor.

Sammantaget erbjuds en mer integrerad och kontinuerlig kunskapsöverföring med tydligare struktur. Vi har en del att ta intryck från om blicken lyfts från kortsiktigt produktionsfokus till kvaliteten på framtidens specialister.

"Vi har en del att ta intryck från om blicken lyfts från kortsiktigt produktionsfokus till kvalitet"



NIH Clinical Research Center



Nytt från arbetsgruppen för GUCH

Text: Kristofer Skoglund



Kristofer Skoglund
GUCH-centrum
på Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/
Östra
Läkare

Kristofer Skoglund heter jag och arbetar som läkare på GUCH-centrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra. Som nyutbildad sekreterare för arbetsgruppen för GUCH har jag fått nöjet att presentera gruppen och vårt arbetssätt. Målsättningen är att alla större GUCH-centra samt även en representant för läns-sjukhusen ska vara representerade i arbetsgruppen. Gruppens ordförande är Christina Christerson som till vardags arbetar på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Christina känner fler av er säkert igen även som vetenskaplig sekreterare i Kardiologföreningens styrelse. Vice ordförande är Bengt Johansson från Norrlands universitetssjukhus i Umeå. I styrelsen har vi representanter från universitetssjukhusen: Ulf Thilén (Lund), Eva Mattsson (Karolinska), samt en representant för läns-sjukhusen genom Stefan Liljedahl (Falun). Linda Ternrud (Lund) invaldes som sköterskerepresentant.

Vi är organiserade dels nationellt via arbetsgruppen för GUCH men även i regionala nätverk där respektive universitetskliniken arbetar i samarbete med övriga sjukhus i respektive region. Ofta finns lokala GUCH-intresserade läkare, sköterskor och sjukgymnaster även på länssjukhusen. Det förekommer regelbundna möten och utbildningstillfällen inom flera av de regionala arbetsgrupperna. I ljuset av att antalet GUCH-patienter är växande är behovet och intresset för utbildning stort. Även om många kontroller och åtgärder äger rum på GUCH-centra så sker ofta den rutinmässiga uppföljningen på det lokala sjukhuset. Till detta kommer aspekter på graviditet och förlossning, anestesi vid icke kardiell kirurgi, akuta försämringar osv vilket kräver kännedom om anatomi, utförd kirurgi och särskilda aspekter att beakta. Av dessa orsaker är utbildning- och fortbildningsbehovet stort. Vi kommer säkerligen också se att behovet av telemedicinska konferenser och konsultationer ökar och även här behövs regional och nationell samordning.

Det har efterfrågats auskultationer och utbildningsplaceringar för externa läkare i såväl Lund som Göteborg men troligen behövs mer insatser för att

längre placeringar ska kunna tillhandahållas. I Göteborg har det beretts utrymme för en 3-årig formaliserad fortbildning till sub-specialist inom GUCH vilket bl. a. kommenterats i Läkartidningen tidigare i år.

Då detta nummer av Svensk Kardiologi har temat utbildning vill jag ta tillfället i akt att kommentera några aktuella kurser och konferenser. Jag hoppas att många av er hade möjlighet att delta på den 7:e postgraduate-kursen för GUCH i Lund. Detta är en återkommande och mycket uppskattad kurs av hög klass. Många av de internationella kurser och konferenser som finns att tillgå riktar sig mer till den högspecialiserade GUCH-läkaren men vi har nationellt flera fina utbildningstillfällen som t. ex. Kardiologföreningens fortbildningsdagar och inte minst Värmötet som brukar bjuda på många bra föreläsningar inom GUCH. Det har under flera år framförts önskemål om en GUCH-kurs för ST-läkare. Många intresserade ST-läkare har, i avsaknad av SK-kurs inom GUCH, istället valt att gå SK-kursen i barnkardiologi i Lund för att få kunskap om kongenital hjärtsjukdom. För att närmare belysa flera viktiga aspekter av just vuxna med medfött hjärtfel planerar vi nu för en GUCH-kurs för ST-läkare Göteborg 2015.

GUCH-arbetsgruppen är även nära knuten till styrgruppen för vårt svenska nationella register för medfödda hjärtsjukdomar (SWEDCON), via Ulf Thilén, Eva Mattsson och Mikael Dellborg. Antalet registrerade patienter fortsätter att öka och är nu fler än 10 000. Flera länssjukhus har även börjat att delta i datainsamlingen. Länssjukhusens engagemang i SWEDCON är mycket viktigt för att öka registrets täckningsgrad och därmed dess tyngd. Forskning med SWEDCON som utgångspunkt ökar och för närvarande pågår ett tiotal projekt.

Avslutningsvis vill vi i arbetsgruppen rikta ett stort tack till Kerstin Lundblad som varit webmaster för vår hemsida www.guch.nu i många år. Sidan har fyllt en viktig funktion och varit ansiktet utåt för alla GUCH-centra i Sverige. Hemsidan kommer framöver att övergå till en ny plattform.

Indikation: MULTAQ®, CO1BD07, R_x, F, är indicerat för bibehållande av sinusrytm efter framgångsrik konvertering hos vuxna, kliniskt stabila patienter med paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer. Beroende på säkerhetsprofilen (se avsnitt 4.3 och 4.4 i produktresumén), bör MULTAQ® endast förskrivas efter det att alternativa behandlingsmetoder har övervägts. MULTAQ® ska inte ges till patienter med systolisk vänsterkammardysfunktion eller till patienter med tidigare eller pågående episoder av hjärtsvikt.

Dosering: För vuxna, tablett 400 mg två gånger dagligen i samband med måltid.
Varningar och försiktighet: samtyttighet: www.fass.se Kontaktuppgifter:
MULTAQ® tillhandahålls av sanofi-aventis AB, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: info@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumé: 2013-11-15.

MULTAQ® (dronedaron) ingår i högkostnadsskyddet med följande begränsning: Endast som tillägg till standardbehandling, vanligen inkluderande betablockerande och blodförtunnande läkemedel, för patienter med icke-permanent förmaksflimmer som har minst en av följande kardiovaskulära riskfaktorer: tidigare stroke eller TIA, hypertoni, diabetes, hög ålder, över 75 år. **Referenser:** 1. Singh BN et al. N Engl J Med. 2007;357:987-999. 2. Hohnloser SH et al. N Engl J Med. 2009;360:668-678.

SANOFI

Om betablockad inte räcker till vid icke-permanent förmaksflimmer



Kontraindikationer: Permanent förmaksflimmer som pågått 6 månader eller längre (eller med ökad duration) och där försök att återställa sinusrytmen inte längre bedöms vara aktuella, anamnes på tidigare eller pågående hjärtsvikt eller systolisk vänsterkammardysfunktion, patienter med lever- eller lungtoxicitet relaterad till tidigare användning av amiodaron samt patienter som samtidigt behandlas med dabigatran. För ytterligare kontraindikationer, se www.fass.se.

Atrial Fibrillation from atrial extrasystoles to atrial cardiomyopathy

Journal of • Founded 1863
INTERNAL MEDICINE
JIM

What have we learned from basic science and interventional procedures?

An International Scientific Meeting 16-17th April 2015, Stockholm, Sweden

akkonferens.slu.se/afsymposium2015/

KEY NOTE LECTURERS

Ulric Schotten Department of Physiology,
University Maastricht, The Netherlands

Isabelle C. Van Gelder Department of Cardiology,
University of Groningen, The Netherlands

Michel Haissaguerre Centre Hospitalier
Universitaire de Bordeaux, France

Karl-Heinz Kuck Asklepios Klinik St. Georg
Hamburg, Germany

Greg Lip University of Birmingham, Centre for
Cardiovascular Sciences, City Hospital, Birmingham, England

John Camm Department of Cardiological Sciences,
St George's Hospital Medical School, London, UK

Carina Blomström Lundqvist Department of
Cardiology, Uppsala University Hospital, Uppsala, Sweden

NYA ST-UTBILDNINGEN

Text: Annica Ravn-Fischer



Annika Ravn-Fischer
Kardiologen
Sahlgrenska
Göteborg

Socialstyrelsen har 2012 tagit fram ett nytt förslag till indelning av läkarnas specialiteter. Den nya indelningen ska bättre motsvara utvecklingen i befolkningens hälsa samtidigt som den tillgodoser professionens behov av specialisering.

Den nya indelningen bygger på en modell med gemensamma kunskapsbaser för en stor del av basspecialiteterna, bland annat för de inom kirurgi och internmedicin. En välavgränsad och tydlig gemensam kunskapsbas ska underlätta för den ST-läkare som vill uppnå specialistkompetens i flera specialiteter eller vid byte av specialitet.

En av de stora nyheterna med det nya systemet är att man inte behöver vara dubbelspecialist i internmedicin/kardiologi. Det går nu att bli enbart kardiolog.

Tidigare (från 2008 tills nu) har specialistutbildningen i kardiologi varit målstyrd där utbildningstiden för basspecialiteten internmedicin med subspecialisering i gren-specialiteten kardiologi inte fått understiga 7 år. Utbildningen har innehållit minimum 36 månaders bred allmän internmedicinsk utbildning inkluderande allmän kardiologi. Den rent kardiologiska delen har sedan ej fått understiga 48 månaders heltidstjänstgöring.

Under 2011–2012 genomförde Socialstyrelsen en översyn av specialitetsindelningen. Man uppmärksammade bland annat att rekrytering av ST-läkare försvårats och att kompetens inte kommer till användning i den kommande yrkesutövningen. Den långa utbildningslängden gör att forskning nedprioriteras och att för lite tid ägnas åt det egna kompetensområdet.

När man djupdyker i Socialstyrelsens siffror har dock antalet kardiologer per 100 000 invånare nästan fördubblats sedan 1995.

LÄKARFÖRBUNDETS FAKTA (medlemmar 2012)

Internmedicin-specialister		
Kvinnor: 1 122 (37%)	Män: 1 878	Totalt: 3 000

Kardiologi		
Kvinnor: 189 (25%)	Män: 553	Totalt: 742

Läkare som har flera specialitetsbevis redovisas dubbelt

Enligt statistiken för 2012 fanns ca 3000 internmedicinare och 742 kardiologer anslutna till Sveriges Läkareförbund (SLF). Hur många icke SLF-anslutna specialister det finns i Sverige framgår dock inte. Med ursprung i dessa siffror förefaller ca 25 % av alla internmedicinare gå vidare och bli kardiologer. Om nu kravet på dubbelspecialisering för kardiologer försvinner finns en möjlighet att andelen som väljer att bli internmedicinare sjunker. Kommer då mindre sjukhus där kardiologiverksamheten är en del av den internmedicinska verksamheten (gemensam klinik) att kunna, eller till och med behöva, ställa krav på att individen är dubbelspecialist framöver?

Möjligheten att kunna bli kardiolog ”utan att behöva gå omvägen” via en intermedicin-specialisering ser Kardiologföreningen i huvudsak positivt på. Men allting har en baksida, så även nya ST-utbildningen. Med det nya systemet kan vi se flera potentiella problem:

- Problem att rekrytera specialister i allmän internmedicin?
- Färre specialister kan medföra problem med att bemanna medicinbakjourerna?
- Bemanning av akutmottagningarna på specialistnivå?

För att belysa olika sidor av nya ST-utbildningen bad Svensk Kardiologi schemaläggare och ST-studierektorer på medicinkliniker runt om i landet komma med synpunkter.

De synpunkter som inkommit är att det är bra med en gemensam kunskapsbas för internmedicin och kardiologi. Då får ST-läkaren grundläggande kunskaper och ett kollegialt kontaktnät. På så sätt läggs grunden för ett bra samarbete och man får förståelse för andra klinikers sätt att jobba.

Nedan följer en del citat som till viss del belyser de prolem som våra internmedicinkollegor ser med den nya specialitetsindelningen:

”På vårt sjukhus ser jag framförallt att det är patienter med internmedicinska bekymmer som ökar. Våra specialisavdelningar har tillräckligt med vårdplatser för de patienter med specialistsjukdomar som kommer in, däremot svämmar de gamla, multisjuka, internmedicinska patienterna över. Varför man då skall öka specialiseringsgraden har jag svårt att förstå.”

”Om målbeskrivningarna inte ändras för subspecialiteterna kommer vi att få brister på primärjoursidan. Det kommer sannolikt på en del medelstora sjukhus att införas t. ex. kardiologprimärjour (kanske inte negativt) för att man ska bli kardiolog och då går man inte längre medicinjour.”

”Flexibiliteten för arbetsgivaren minskar, rena subspecialister kommer hävda att de ej kan runda andra avdelningar vid behov.

”Konsultremisser kommer att öka avsevärt. Redan nu skrivs en hel del internremisser på vår klinik.”

Detta är viktiga frågeställningar och farhågor som inte nödvändigtvis behöver besannas men som vi bör beakta och arbeta med när vi går in i den nya ST-utbildningen.

Att inte behöva bli dubbelspecialist är en fördel som sparar mycket tid både för individen och för samhället som får färdiga specialister fortare. Den tekniskt avancerade State of the art-kardiologi som bedrivs framförallt på våra Universitetssjukhus kräver helt dedikerade specialister för att fungera medans det krävs kardiologer med kunskaper inom hela det kardiologiska spektrat och även närliggande specialiteter på flertalet övriga sjukhus.

En nackdel kan förstås vara att förändringen resulterar i färre specialistkompetenta bakjourer i intermedicin. Detta är något som sannolikt främst kommer drabba mindre sjukhus där kardiologi och internmedicin är en gemensam klinik och delar på jourbördan. Detta problem kanske delvis skulle kunna lösas genom att bakjourer med olika specialistkompetens samarbetar och delar på jourbördan. Många av de frågor som rör internmedicin jourtid handlar ju om handläggning av akut sjuka patienter och den gemensamma kunskapsbasen gör att en specialist i kardiologi säkert kan vara behjälplig i dessa bakjoursfrågor.

Vad gäller primär bemanning på akutmottagningar är detta en viktig fråga som redan har debatterats flitigt och här kan man se att den gemensamma kunskapsbasen kommer vara en fördel. Alla ST-läkare oavsett tilltänkt specialisering behöver enligt målbeskrivningarna utveckla en akutmedicinsk kompetens som kräver tjänstgöring på akutmottagningarna.

Problemet med akutmottagningarna är snarare vem som ska vara där och handleda ST-läkarna? Att utveckla konceptet med fler specialister i akutmedicin skulle kunna vara en lösning.

”En av de stora nyheterna med det nya systemet är att man inte behöver vara dubbelspecialist i internmedicin/kardiologi”

Höst i svampskogen

Text: Carl Johan Höjer



Den senaste veckan har inneburit en del turer i svampskogen i jakt på den i mitt tycke främsta svenska delikatessen; Karl Johansvamp. Det är inte bara namnet som gör mig så fäst vid detta mykologiska vidunder utan framförallt smaken och det faktum att smaken förstärks genom torkning, vilket innebär att man enkelt kan ha ett förråd av koncentrerade smakförhöjare i köksskåpet hela året. Karl Johansvamp, eller Stensopp som den också heter, eller *Boletus Edulis* på latin, är ju inte uppkallad efter mig utan efter vår första Bernadotte, Jean Baptiste, bättre känd som Karl XIV Johan. Enligt legenden så lär Bernadotte ha

fått emottaga klaganden från den svenska allmogen om bristen på mat i landet och då replikerat att det skogarna var fulla av svamp och det borde man kunna livnära sig på. Detta låter emellertid lite för likt Marie Antoinette's "Låt dem äta kakor" för att vara riktigt trovärdigt. Färgrika historiska citat är sällan korrekta och enligt flera källor så var det inte kakor utan Brioches, ett klassiskt fransk frukostbröd som avsågs och egentligen så var det inte Marie Antoinette som sa det heller, utan troligen Marie Therese, drottning till skolkungen Ludvig XIV hundra år tidigare.

Hursomhelst, det som egentligen avspeglas är den svenska befolkningens urgamla misstänksamhet mot svamp som kom i kontrast med den kontinentala

monarkens faiblesse för dessa. I Sverige ansågs sedan urminnes tid och långt in på 1900-talet svamp som allmänt giftiga och otjänliga och under nödår åt man hellre både bark och jord än att ge sig på de mystiska sakerna som sköt upp ur mossan och det är inte förrän i modern tid som svenskens vurmande för svamp tog fart på allvar.

När man, som jag, bor i den tätbefolkade södra delen av landet är det dock inte utan att man önskar att allmogens aversion mot svamp hade fått kvarstå oförändrad. De skogar där jag söker min Karl Johan är nerlusade av andra plockare, så är man angelägen att hitta något så får man noggrant bevaka sina ställen med täta besök redan i andra halvan av augusti, helst på kontorstid mitt i veckan. Väntar man till helgen så är för det mesta kört och det finns få saker som är så bedrövande som att komma ut och se spåren efter en riklig skörd som stulits av någon annan girig typ. Jo, förresten, det finns något ännu värre; Det finns en viss typ av svampplockare som bara tar tillvara hattarna och låter fötterna ligga kvar, detta trots att det kulinariska värdet av de senare är väl så stort som av de förra. När man går där med tom korg i skogen och ser fina exemplars nedre delar ligga ruttnande på marken så grips man av en helig vrede och börjar greppa efter en hagelbössä för att försvara sin rättmätiga del av allemansrättens gåvor.

Som ni märker så är alltså svampplockning en ädel sysselsättning till gagn för både kropp och själ.

Vad gör man då med sin Karl Johan när man kommer hem?

Denna svamp kommer bäst till sin rätt torkad. Stekt i smör är den helt klart underlägsen kantarellen och blir ganska smaklös och förlorar också sin fasta konsistens och blir vek och sladdrig. Jag bruka skiva dem tunt, ca 3–4 mm och lägga dem på ett finmaskigt

galler som bilden här invid visar. Är det fint väder brukar jag låta dem ligga ute i solen, annars kan de ligga ute i vedboden. Under torkprocessen avger Karl Johansvampen en ganska påtaglig doft av svamp, som inte är helt oangenäm, men som trots allt gör sig bäst utomhus. En fördel med att torka den är också att man inte behöver vara så noga med om det är en och annan mask eller annat småkryp i svampen; När svampen torkar så kryper de nämligen ut och överger den frivilligt, vilket också talar för att torkningen bör ske någon annanstans än inne i huset. Detta lärde jag mig på ett påtagligt sätt under min AT-tid i Oskarshamn, vi bodde då i en lägenhet och jag kom då på den goda idén att trä upp svampen på snören som hängdes i taket i köket. Allt fungerade väl, men när det vid frukosten ett par dagar senare började ramla små maskar från taket ner i min hustrus filmjolk fick det experimentet ett hastigt slut.

Väl färdigtorkad förvarar man svampen i glasburk med lock och där håller den sig utmärkt i flera års tid. Det bästa man kan göra med den är att ta en grabbnäve torkad svamp, hacka den grovt och sedan förvälla den i kokande vatten. Den buljong som därvid uppstår har en enastående, koncentrerad svampsmak som kan förvandla en medioker anrättning till en festmåltid. Jag använder den ofta för att förvandla tråkiga champinjoner till något helt annat.

Den globaliserade snabbköpskulturen har ju gjort att vi numera kan köpa odlade champinjoner året runt. Dessa ser trevliga ut, har en korrekt konsistens för en svamp men har den stora nackdelen att de inte smakar någonting alls. Det är då kökstrollkarlen tar fram sitt hemliga vapen; Karl Johansvampsbuljongen.

En stående favorit i det Höijerska hushållet är stekta fläskkotletter med svampsås och det är i sanning en delikatess om man gör på rätt sätt.

Gör så här

Skala och koka potatis.

Dela champinjoner i lagom stora bitar.

Stek fläskkotletterna i omgångar och håll dem varma i ugnen på ca 120–140 grader.

Stek de första kotletterna kortast tid, de ska ju vara längst i ugnen. (Om ni kan, se till att få tag i riktiga fläskkotletter = de som har en tjock fettrand och ett ordentligt ben. Ben och fett är det som gör kött gott. Även om man inte äter fett eller benet så gör det underverk med smaken under tillagningen.)

Stek champinjoner på medellåg värme i pannan som kotletterna stektes i. Tillför extra smör och rör noga så att alla stekresterna kommer med i svampen. När svampen är färdigstek, håll i den förvillda Karl Johansvampen med sin buljong enligt ovan och låt den koka in helt och hållet genom att tillfälligtvis höja värmen ordentligt.

Håll därefter på vispgrädd i lagom mängd (d.v.s. mycket), krydda med salt och vitpeppar och låt puttra så den blir lite tjockare eller tills potatisen är färdig.

Lägg tillbaka kotletterna i pannan och se till att få med all den steksky som kommer ha läckt ur kotletterna medan de var i ugnen.

Servera med rödvinbärsgelé och drick en god öl till.

Godare svampsås har ni aldrig smakat, jag lovar.

"De skogar där jag söker min Karl Johan är nedlusade av andra plockare."



Three-dimensional assessment of cardiac function; When right is wrong

Text: Ellen Ostenfeld



Ellen Ostenfeld

är född 2 april 1973 i Odense, Danmark.

Hon gick läkarprogrammet vid Aarhus Universitet, Danmark och graduerade 2001.

Hon fullförde sin turnus/allmän tjänstgöring 2003 och sedan sin specialisttjänstgöring i kardiologi 2010 i Malmö med specialistexamen i kardiologi samma år.

Hon har två barn, 7 och 10 år, och jobbar för tiden med Cardiac Imaging vid VO Bild och Funktion, Skånes Universitetssjukhus, Lund, Sweden.

Disputationen var den 7 mars 2014 i Lund med Professor Frank Flachskampf, Akademiska sjukhuset, Uppsala som opponent och med Professor Peter Søgaard, Aalborg Universitetssygehus, Professor Olle Melander, SUS, Malmö och Docent Elin Trägårdh, SUS, Malmö i betygskommiteen.

Titeln var:
Three-dimensional assessment of cardiac function; when right is wrong.

"Syftet var att värdera hur 3D ekokardiografi kan bedöma högerhjärtats funktion."

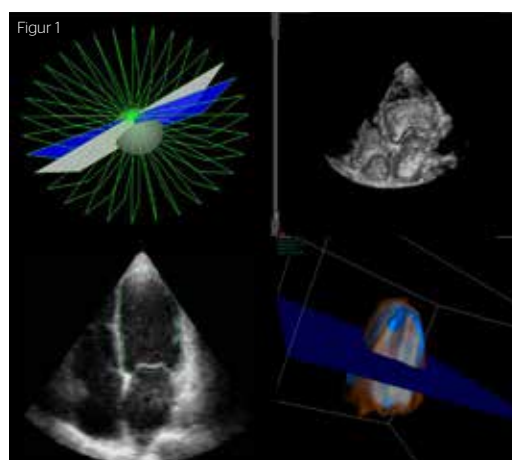


Figure 1 Tredimensionell bedömning med utlinjering av vänster ventrikel i 16 plan med Tomtec 4D Echo-View 5.2°. Överst till vänster ses hur hjärt- rummet blir skurit i 16 plan. Överst till höger ses en 'full volume' tredimensionell bild av hjärtat öppnat mitti. Längst ned till vänster ses en manuell utlinjering av vänster kammare i ett av de 16 snittplan. Längst ned till höger ses de interpolerade volymer av end-diastole (brun) och end-systole (blå).

Reprinted with permission of Ostenfeld et al. Clinical Physiology and Functional Imaging, John Wiley and Sons © 2008 Scandinavian Society of Clinical Physiology and Nuclear Medicine.

Bedömning av höger sida av hjärtat är viktig hos patienter med hjärtsjukdom; i synnerhet hos patienter med förhöjt tryck i lungkretsloppet. Sänkt högerkammarfunktion och förhöjt tryck i höger förmak har visats vara prognostiskt dåligt. Två-dimensionell (2D) ekokardiografi är den vanligaste metoden för att bedöma hjärtats funktion, men högerkammaren är svår att värdera med denna metod. Detta beror delvis på att en 2-dimensionell metod har inneboende problem att värdera en 3-dimensionellt komplicerad struktur som den högra sidan av hjärtat. Magnetresonans av hjärtat (CMR) och 3-dimensionell (3D) ekokardiografi kan användas för avbildning i tre dimensioner.

Syftet med avhandlingen var att värdera hur 3D-ekokardiografi och magnetresonans av hjärtat kan användas för att bestämma höger hjärthalvas funktion; och även bestämma hur hjärtats pumpfysiologi påverkas vid förhöjt tryck i höger förmak och förhöjt tryck i lungkretsloppet. I avhandlingen användes för utvärdering både 2D och 3D teknik med ekokardiografi samt magnetresonans. En översiktlig patient-karakteristik i varje delarbete ses i tabell 1.

Delarbete I påbörjades innan inspelningsriktlinjer för 3D-ekokardiografi var etablerat. Syftet med studien var att dokumentera vilken projektion som bäst visualiserar de olika hjärtrum. Patienterna inkluderades från en oselektad kardiologisk population remitterad för klinisk ekokardiografi. Det utlinjerades i 16 plan (Fig. 1) och 85 % av endokardiet skulle vara detekterbart för att hjärtrummet bedömdes som visualiserbart. Studien visade hur man bäst utför och samlar in 3D-ekokardiografiska data för volymbedömning av både förmak och kammare. En insamlings teknik med apikal approach bör användas vid volymbedömning med 3D-ekokardiografi, och att man ibland behöver en – jämfört med 2D – mera 'off axis' tillgång till inspelning för att kunna inkludera hela volymen. Parasternal eller subcostal teknik tillförde inte ytterligare visualisering av någon av hjärtrummen (Fig. 2). Medan vänster förmak, höger förmak och vänster kammare visualiserades väl med apikal teknik, var höger kammare en utmaning.

Delarbete II validerade högerkammarens volymer och funktion hos en vuxen kardiologisk population med 3D-ekokardiografi och med högerkammardedikerad software (Fig. 3) där magnetresonans var referensmetod. Tidigare studier hade huvudsakligen undersökt unga frisk eller patienter med medfödda hjärtfel. Vi graderade bildkvaliteten allt efter visualiserbar högerkammare endokardium i stället för ett predefinierat cut-off värde som i studie 1, och fann 53 av 62 (85 %)

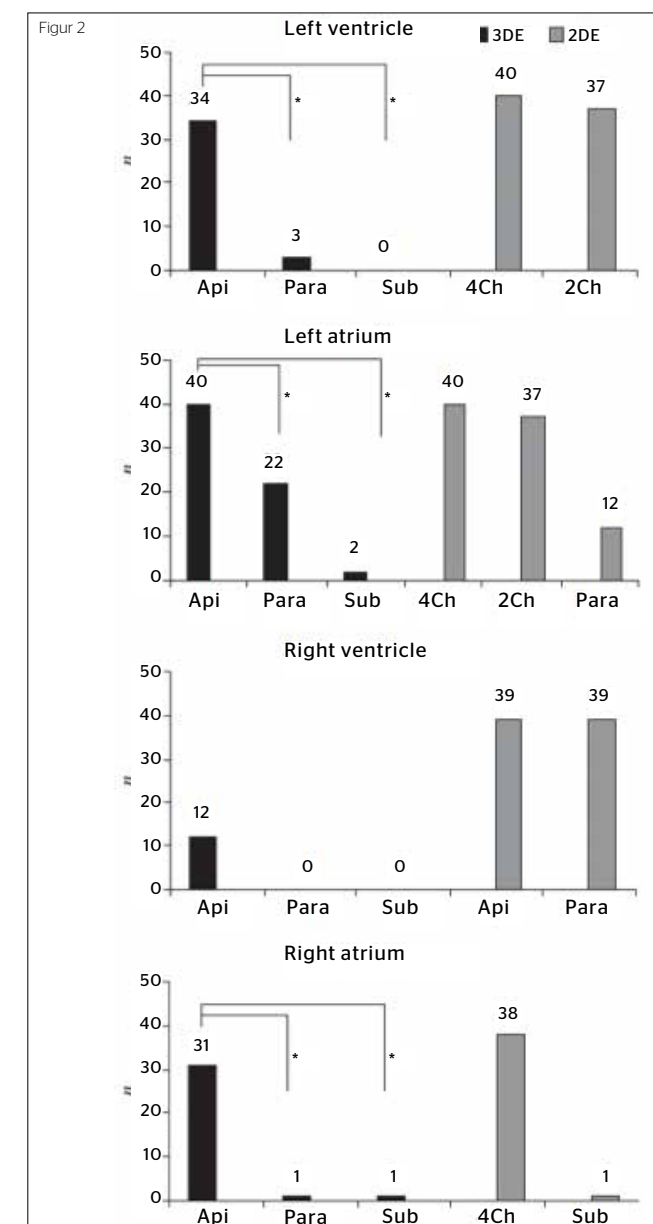
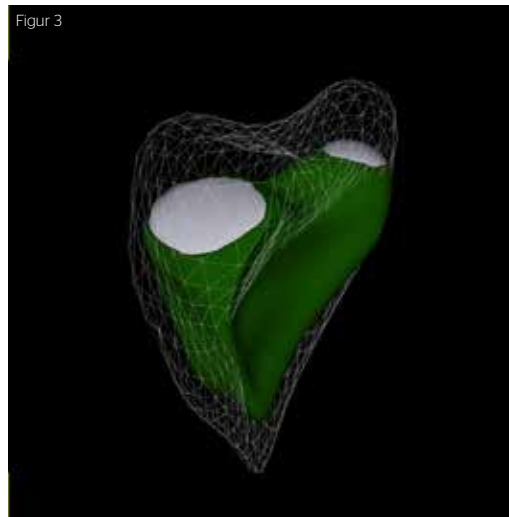
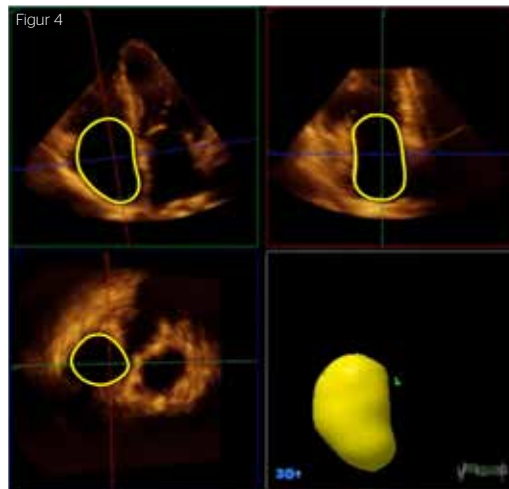


Figure 2 Visualisering av ventrikler och atrier från olika projektioner med tredimensionell ekokardiografi (svart) och tvådimensionell ekokardiografi (grå). 3DE, tredimensionell ekokardiografi; 2DE, tvådimensionell ekokardiografi; Api, apikal projektion; Para, parasternal projektion; Sub, subcostal projektion; 4Ch, 4-kammavvy; 2Ch, tvåkammavvy. *p < 0.05.

Reprinted with permission of Ostenfeld et al. Clinical Physiology and Functional Imaging, John Wiley and Sons © 2008 Scandinavian Society of Clinical Physiology and Nuclear Medicine



Figur 3 Exempel på tredimensionell ekokardiografisk bedömning av höger kammare sett från septum. Nätet är höger kammare i end-diastole, och grönt är i end-systole. Klaffarna ses i vit med pulmonalisklaffen överst till höger, tricuspidalisklaffen ses överst till vänster och apex vänder nedåt. Data var tolkat med högerkammardedikerad software 4D RV-Function® (TomTec Imaging Systems).



Figur 4 Planimetri av höger förmak med tredimensionell ekokardiografi i Q-lab 8.0 (Philips Medical Systems). Översta två bilder visar två ortogonala långaxlar av höger förmak. Nederst till vänster ses en kortaxel bild av höger förmak och nederst till höger en tredimensionell bild av den endokardiella utlinjeringen.

patienter möjliga för bedömning med 3D-ekokardiografi. Studien dokumenterade svårigheterna vid att använda 3D-ekokardiografi på högerkammavärdering i en oselektad vuxen kardiologisk population, pga sämre near field resolution samt skuggning av sternum, revben eller lunga. Dessutom är höger kammare högt trabekulerad och den utspridda inflödes och utflödes del kan vara svår att inkludera i samma bild. Detta försvårar bedömningen. 3D-ekokardiografi underestimerar volymerna jämfört med magnetresonans. Dessutom visade studien att relativt många manuella korrekationer måste göras för att få värden som är någorlunda hållbara, när man jämför mätningarna med magnetresonans (Tabell 2).

Delarbete III bedömde förhöjt höger förmakstryck genom att kvantifiera höger förmaksvolymer med 3D-ekokardiografi hos patienter med förhöjt tryck i lungkretsloppet, pulmonell hypertension; varav de 52 hade 3D-, 2D-ekokardiografi och höger katerisering utförd inom 48 timmar. Ytterligare 20 patienter användes för validering av 3D-ekokardiografiska förmaksvolymer mod magnetresonans. Förmaksvolymerna jämfördes med invasivt mätta tryckvärden. Studien visade att 3D-ekokardiografi, men även 2D-ekokardiografiska, estimat av höger förmaksvolymer var bättre än vena cava inferior diameter och kollaps för att bedöma förhöjt medeltryck i höger förmak; även om ekokardiografi underskattade volymerna väsentligen jämfört med magnetresonans.

Delarbete IV undersökte den longitudinella, laterala och septala pumpfunktion i höger och vänster kammare hos patienter med förhöjda tryck i lungkretsloppet. 20 patienter med pulmonell hypertension och 33 friska frivilliga inkluderas i studien. Trycket mättes med invasiv höger katerisering. Magnetresonans användes med tanke på underestimeringen av volymer med 3D-ekokardiografi i delarbete II (Fig 5). De olika komponenterna till pumpfunktion jämfördes med en frisk normalpopulation. Studien visade att det longitudinella och det laterala tillskottet till vänster kammare slagvolym är påverkade hos patienter med pulmonell hypertension jämfört med friska. Höger kammarens longitudinella och laterala tillskott till slagvolymen skiljer sig dock inte mellan patienter och friska trots sänkt AV-plansrörelse vid patienterna med pulmonell hypertension. De olika komponenterna till pumpfunktion skiljer sig hos patienter med förhöjt

tryck i lungkretsloppet jämfört med patienter med volymbelastad högerkammare. Detta ger ny information för att förstå hjärtats pumpfysiologi.

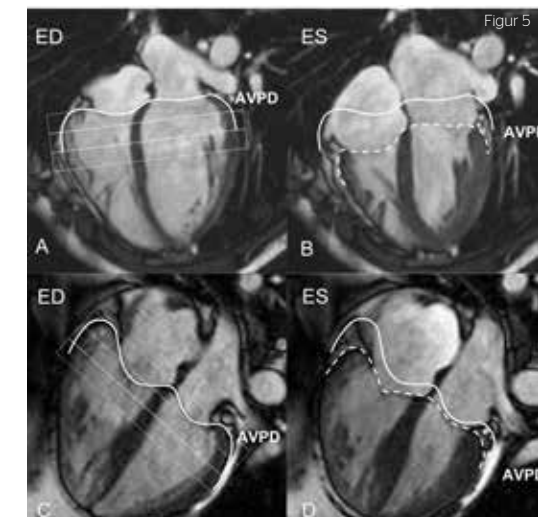
Tabell 1 Patientkaraktäristik av patienterna i delarbete I-IV.

	Studie I (n=40)	Studie II (n=62)	Studie III (n=85+20)	Studie IV (n=20+33)
Ålder (år)	57±14	55±16	65±14/50±15	53±21/31±11
Kvinnor: män (n)	10:30	22:40	52:33/8:12	11:9/13:20

Tabell 2

	Okorrigerad 3DE Bias	Korrigerad 3DE Bias	p-value
EDV	-21±17 %	-15±18 %	0.003
ESV	-10±23 %	-10±21 %	0.744
SV	-28±18 %	-15±26 %	< 0.001
EF	-11±18 %	-3±16 %	0.001

Resultat av bias mellan magnet resonans och tredimensionell ekokardiografi (3DE) analys; okorrigerad semi-automatisk och manuell korrigerad semi-automatisk bedömning. Bias uttryckt som medel ± standard deviation (SD). EDV, End-diastolisk volym; ESV, End-systolisk volym; SV, slagvolym; EF, Ejection fraction. Adapterad från Ostenfeld et al, Cardiovasc Ultrasound 2012;10:1.



Figur 5 Atrio-ventricular plane displacement (AVPD) i en frisk vuxen (överst) och i en patient med pulmonary hypertension (nederst). AVPD är visat i 4 kammarvy i end-diastole (ED, A och C, hel linje) och i end-systole (ES, B och D, streckad linje). Volymen deriverad från AVPD är area mellan den hela och streckade linjen av AVPD. De tunna streckade boxarna representerar de basala snitten av kort-axis cine bilder.

- I. **Ostenfeld E**, Shahgaldi K, Winter R, Willenheimer R, Holm J. Comparison of different views with three-dimensional echocardiography: apical views offer superior visualization compared with parasternal and subcostal views. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2008 Nov;28(6):409-16. Epub 2008 Aug 7.
- II. **Ostenfeld E**, Carlsson M, Shahgaldi K, Roijer A, Holm J. Manual correction of semi-automatic three-dimensional echocardiography is needed for right ventricular assessment in adults; validation with cardiac magnetic resonance. *Cardiovasc Ultrasound*. 2012 Jan 6;10:1. g 7.
- III. **Ostenfeld E**, Werther-Evaldsson A, Engblom H, Ingvarsson A, Roijer A, Meurling C, Holm J, Rådegran G, Carlsson M. Right atrial volumes with three-dimensional echocardiography for evaluation of right atrial pressure in patients with pulmonary hypertension. *Manuscript*.
- IV. **Ostenfeld E**, Stephensen S S, Steding-Ehrenborg K, Heiberg E, Arheden H, Rådegran G, Holm J, Carlsson M. Quantitative cardiac magnetic resonance assessment of the longitudinal, septal and lateral contributions to ventricular stroke volumes in patients with pulmonary hypertension. *Manuscript*.



Fokus Kranskärl 2015

12-13 januari, Sigtuna



Hjärtligt välkommen till Sigtuna 12-13 januari 2015 och kurs i kranskärlssjukdom!

Kursen riktar till specialistläkare eller ST läkare i slutet av sin utbildning inom kardiologi och thoraxkirurgi, eller internmedicin med speciellt intresse för kardiologi. Syftet är att deltagarna ska få en övergripande men ändå snabb genomgång av det nyaste som händer inom området Kranskärlssjukdom, med fokus på aktuella riktlinjer, ny vetenskap från år 2014 och vad som förväntas komma nytt under år 2015.

Programmet kommer bl.a. att innehålla:

- Modern lipidbehandling – målnivåer och nya behandlingsalternativ
- Hjärtstopp A-Ö på 30 minuter
- Hjärt-rond live - interaktiv falldiskussion
- Nytt inom PCI - en uppdatering för den icke-interventionella kardiologen

Framtidens kardiologer erbjuder kurs i Stockholm samma vecka, så passa på att ha en samlad kursvecka och delta i båda kurserna!

Varmt välkomna!
Organisationskommittén

Anmälan, program och information finner du på vår webb:

www.mkon.se/kranskarl

Andra Svenska TAVI-dagarna Stockholm 6-7 november 2014

För alla som jobbar med TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). Kardiologer, thoraxkirurger, anestesiologer, ekoexperter, sjuksköterskor.

Arrangör:
Sektionen för Interventionell
Kardiologi, Hjärtkliniken,
Karolinska, Stockholm

Torsdag 6 nov. kl. 10-18:

Demo av alla TAVI-klaffar på marknaden

Komplikationsfall

TAVI + MitraClip = sant?

TEE - behövs det? Paravalvært läckage - ofarligt? Vilken access är nummer två?

TAVI-forskning

Sjuksköterskemöte med eget program

Kursmiddag kl. 19

Fredag 7 nov. kl. 9-12

TAVI live case

Strategier för att korta vårdtider och minska kostnader

Efter förra årets välbesökta möte kommer nu andra upplagan. Mötet är interaktivt och alla deltagare kan ta med sig fall och egna programpunkter (större filer skickas via wettransfer.com, programförslag till andreas.ruck@ki.se).

Anmälan via www.stockholmvalves.com eller mail annika.lidakra@karolinska.se.

Sista anmälningsdag är 1 november.

Lokal: Fakultetsklubben, Karolinska, Solna. Ingång L1.

Kursavgiften på 950 kr faktureras, inkluderar lunch, middag och kaffe.

Välkomna!

stockholmvalves.com

CARLOS REFLEKTIONER

Continuos medical education

Text: Caros Valladares

När jag nyss hade öppnat min praktik var jag på en vårdcentral och föreläste om förmaksflimmer. En kollega frågade mig efter föredraget hur jag skulle hålla mig uppdaterad nu när jag jobbade privat och utanför landstinget. Frågan förvånade mig, för redan under utbildningen blev vi som medicinstuderande ständigt påmind och medvetna om att "läkare aldrig slutar plugga". Detta långt innan jag överhuvudtaget skulle börja jobba och, dessutom, som landstingsanställd. I andra länder utövar man sitt yrke på mer diversifierade former än i Sverige. Vården är inte så monopoliserad, därför finns inte den förutfattade meningen att "state of the art"-kunnskap är beroende av en viss anställningsform eller arbetsgivare.

Som svar på frågan berättade jag att delvis har jag kontakt med kloka och erfarna kollegor inom olika subspecialiteter i kardiologin och delvis har jag också större möjligheter nu att kunna åka på utbildningar, även om jag inte har någon poster eller publikation att presentera. Det finns också bra resurser för att hålla sig "à jour" via nätet eller tidskrifter: *Up to Date* är värt de 56 dollar per månad det kostar, vår *European Heart Journal* är jag mycket förtjust i och *Journal Watch* erbjuder en sammanfattning med kommentarer om det viktigaste som sker inom kardiologi och som publiceras i högaktade tidskrifter varje månad. På webben är "theheart.org" en *browser* som är ständigt öppen bredvid min patientmejlåda. Min sjuksköterska har varit på studiebesök på *Stockholm Heart Center* och Fysiologiska Kliniken på US i Linköping har erbjudit oss möjligheten att auskultera/uppgadera våra kunskaper när vi vill. Möjligheterna är alltså många.

Det finns också en annan källa till ständigt utbildning: patienterna. Inte bara för det deras anamnes och status fortfarande lär mig, utan också deras nyfikenhet, ifrågasättande och ibland även deras förutfattade meningar om olika behandlingar. Det gäller att ha rätt perspektiv, ett perspektiv som kan vara lätt att glömma när man producerar vård istället för att behandla patienter.

När jag jobbade inom den offentliga vården var det tyvärr få patienter jag kunde ansvara för och följa upp under en längre tid. Det fanns patientgrupper man inte träffade så ofta eller nästan aldrig: de med kronisk förmaksflimmer, de med stabil kranskärslsjukdom, de med en svår men optimalt behandlad hjärtsvikt, etc. Dessa patienter remitterades till primärvården. När man inte fick möjligheten att följa upp patienten vid flera tillfällen och att ta ansvar för helheten fanns inte utrymme för de frågor jag konfronterades ganska ofta på min praktik: Hur ska jag leva med mitt förmaksflimmer? Måste jag verkligen äta statiner? Behöver jag fortsätta med betablockad trots att det gått ett antal år efter min hjärtinfarkt? Vad är ett normalt kolesterol? Varför är sömnapné farligt för hjärtat?

Sådana frågor har fått mig att tänka och omvärdera det jag läst och kan. Jag har blivit motiverad till att gå tillbaka till gamla studier och läsa dem med helt nya ögon och med tanke på just den där patienten som ställde frågan. Att gå tillbaka är också utbildning och förkovring. Gamla hederliga Braunwald har en upplysande kapitel om sömnapné, något jag prioriterade bort när jag var mer intresserad av akuta koronara syndrom. Det har hänt mig att en bok som jag läste för 10 år sedan säger något

annat idag än då, vilket förekommer också inom yrkesrelaterad litteratur.

Visserligen ska man inte ifrågasätta nyttan av betablockad när man håller på att skriva ut en patient efter en genomgången hjärtinfarkt, men man kanske behöver göra det om patienten i fråga fem år efter har slutat röka, gått ner i vikt, vill motionera mer och vill skipa potensproblem, bentrötthet och dåligt sömn. Hur är det med kvinnan med angina pectoris som vill veta varför hon måste äta statiner när hon har ingen bukfetma, promenerar dagligen, är kostmedveten utifrån rådande kunskap och är i övrigt frisk. Inte alla som äter statiner slipper hjärtinfarkt, och inte heller alla med hög kolesterol får det heller. Det är skillnad mellan relativ och absolut riskreduktion. Det vore enklare att förklara och motivera om hon hade diabetes och svårbehandlad hypertoni samt nedsatt njurfunktion.

Det gäller att presentera den evidens vi har så ärlig och pedagogisk som möjligt, för det är patienten som bestämmer om de accepterar den potentiella nytta behandlingen erbjuder versus den risk den innebär. Det finns så klart tillstånd där vi behöver övertala patienter om att en viss åtgärd eller behandling är värt och livsviktigt, men inte allt är svart eller vitt och mittemellan finns det minst 16 toner av grå.

Att gå *back to basics* är alltså lika viktigt som att ta del av de nyaste rönen. Ju längre man jobbar, ju fler patienter man träffar, desto större anledning att gå tillbaka och läsa med mognare ögon det som vi då tyckte inte var lika relevant som det är idag. Det gäller att ibland stanna upp och kanske få ett nytt perspektiv. Stämmer vår karta fortfarande med verkligheten?



Carlos Valladares

Hitta flimmer – stoppa stroke

Varje dag får 16 personer i Sverige stroke på grund av förmaksflimmer

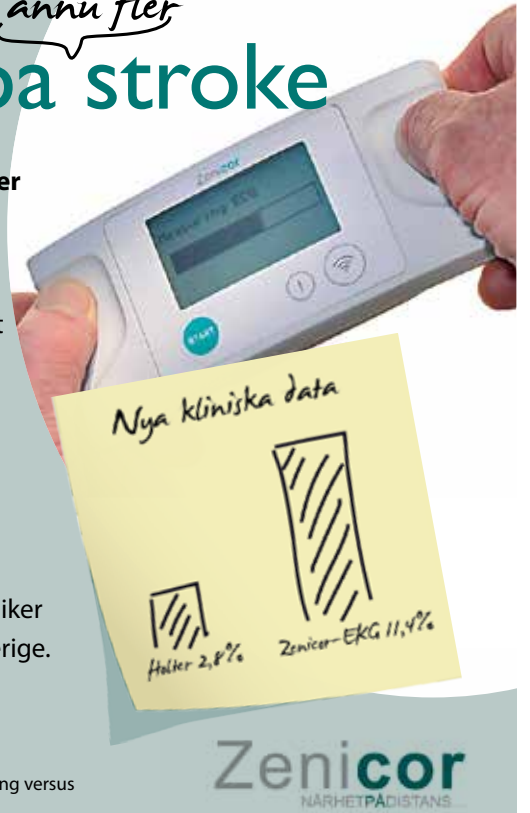
Ofta är stroke det första symptomet på förmaksflimmer och många strokepatienter får aldrig en förklaring på varför de drabbades. Många av dessa patienter har tyst förmaksflimmer som är odiagnostiserat och saknar därför korrekt behandling. Risken att drabbas av en ny stroke är stor om inte förmaksflimret hittas och behandlas.

En nyligen publicerad studie¹ från Skövde visar att en utredning med Zenicor-EKG i tre veckor hittar tysta förmaksflimmer hos 11,4% av strokepatienterna jämfört med 2,8 % med 48h Holter.

Zenicor-EKG är en välbeprövad metod som idag används på över 200 kliniker i Norden, Tyskland och Storbritannien samt på över 20 strokekliniker i Sverige.

För mer information: www.zenicor.se, info@zenicor.se, 08-442 68 60

1) Orrsjö et.al. "Screening of Paroxysmal Atrial Fibrillation after Ischemic Stroke: 48-Hour Holter Monitoring versus Prolonged Intermittent ECG recording". ISRN Stroke 2014



AMPLATZER™ Cardiac Plug
Structural Heart Therapy



EN ALTERNATIV BEHANDLING FÖR ATT MINSKA RISKEN FÖR STROKE HOS PATIENTER MED FÖRMAKSFLIMMER¹

Nuvarande evidens tyder på att perkutan ocklusion av vänster förmaksöra (LAA) är en effektiv metod för att minska risken för tromboemboliska komplikationer i samband med icke-valvulärt förmaksflimmer.¹ Amplatzer Cardiac Plug möjliggör en säker placering även i en kort landningszon och förenklar positioneringen genom dess design. Den är utformad för en fullständig stängning av LAA.

SJMprofessional.com

 ST. JUDE MEDICAL™

1. Percutaneous occlusion of the left atrial appendage in non-valvular atrial fibrillation for the prevention of thromboembolism. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11216/49407/49407.pdf>. Published June 2010. Accessed April 2011.

Product referenced is approved for CE Mark. AMPLATZER, ST. JUDE MEDICAL and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2013 St. Jude Medical. All Rights Reserved.



Kardiologiskt Kalendarium

2014-2015

Här presenterar vi viktiga och intressanta möten och utbildningar rörande kardiologi i Sverige och utlandet. Saknas just din kurs? Meddela mig på martin.stagmo@gmail.com så ska vi se till att den kommer upp på listan. Samma info går att finna på Kardiologföreningens hemsida www.cardio.se.

2014

HRG's Utbildningsdag

HjärtRytgruppen kommer att ha utbildningsdagar på följande platser - reservera redan nu datumen. För mer information om lokaler och anmälan, se www.cardio.se

- Göteborg 9 oktober 2014
- Stockholm 15 oktober 2014
- Umeå 22 oktober 2014

Fortbildningskurs i Diagnostik av ischemisk hjärtsjukdom

Fortbildningskurs i Diagnostik av ischemisk hjärtsjukdom vid Danderyds sjukhus, Stockholm 19–21 november 2014. Klinisk tillämpad diagnostik. Kursprogram kommer att länkas inom kort på http://www.ds.se/Om-oss/Utbildning/Kursischemiskhjärtsjukdom_samt_wm.sjef.se

Specialistexamen i kardiologi

Årets specialistexamen i kardiologi går av stapeln i Umeå 16–17 oktober 2014.

Svenska TAVI-dagarna 6–7 nov 2014.

Välkomna till ett interaktivt möte på Karolinska, Stockholm för alla som arbetar med TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). Mötet riktar sig till Kardiologer, thoraxkirurger, anestesiloger, ekokardiograförer och sjuksköterskor. Mer info på www.stockholmvalves.com

Nationella kliniska UtbildningsSymposier (NUS) - Behandling av patienter med hjärtsvikt - satsar vi tillräckligt?

För andra året i rad anordnar Svenska Kardiologföreningen nationella kliniska utbildningssymposier. Årets tema är:

- 6 november Stockholm/Uppsala
- 10 november Lund/Malmö
- 2 december Göteborg
- 3 december Linköping

Symposiet är kostnadsfritt. För anmälan och mer info se www.malmokongressbyra.se/nus

Kliniskt kardiologiskt forskningsmöte

2014 års Kliniska Forskningsmöte kommer att hållas på Säröhus, utanför Göteborg, 26–28 november. Information om mötet kommer att finnas på www.mkon.se/forskningsmote

2015

Fokus kranskärl 2015

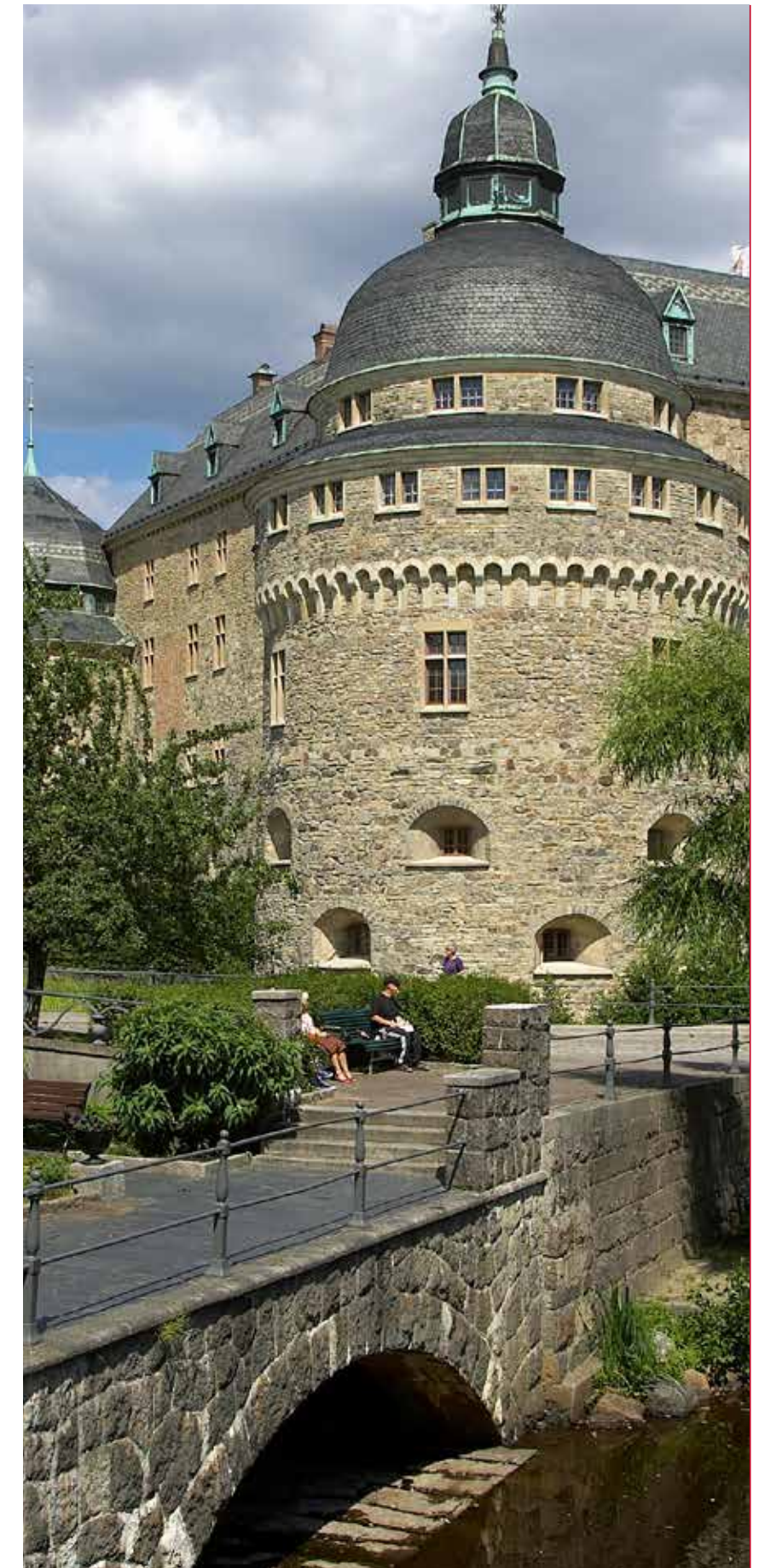
En utbildning för kardiologer från arbetsgruppen för kranskärlssjukdom, Svenska Kardiologföreningen. Reservera datum redan nu: 12–13 januari 2015, Hotell Kristina, Sigtuna. Mer information: www.mkon.se/kranskarl.

Kardiologföreningens fortbildningsdagar i kardiologi

Stockholm 5–7 februari 2015. Reservera redan nu datumen! Mer information finns på www.mkon.se/update

Kardiovaskulärt Vårnöte 2015

Hjärtligt välkomna till det XVII Kardiovaskulära Vårnötet i Örebro den 22–24 april i Örebro. Mer information: www.malmokongressbyra.se/xvii_svenska_kardiovaskulara_varmotet



Nästa år håller Vårnötet till i Örebro.



Vad krävs för att skapa förändring?

Text: Maria Bäck

”Att knyta nya kontakter och skapa goda relationer är viktigt för fortsatt utveckling.”

Vilken fantastisk sommar vi har haft! Hoppas att ni alla känner er utvilade och är på plats igen med laddade batterier. Att ta en joggingtur utan prestationskrav i en fortfarande ljus sensommarkväll är mitt sätt att förlänga upplevelsen av sommaren och skapa ny energi i början på höstterminen. Hoppas att också du hittar ditt sätt att få ny kraft.

Hösten kommer bjuda på många spännande aktiviteter som jag hoppas att ni passar på att ta del av.

Arbetsgrupperna inom VIC för Hjärtsvikt, PCI och Medfödda hjärtfel kommer hålla sina väl anordnade och intressanta utbildningsdagar. Ta chansen att vara med och uppdatera dina kunskaper och träffa kollegor inom ditt område att byta erfarenheter med. Att knyta nya kontakter och skapa goda relationer är viktigt för fortsatt utveckling. Läs mer om utbildningsdagarna och anmäl dig via VIC:s hemsida.

I skrivande stund är jag på väg till Barcelona och ESC-kongressen. Det är alltid lika roligt och spännande att få vara en av 30 000 deltagare från över 150 länder på världens största kongress inom kardiologi. Jag hoppas att kongressen bidrar med många nya möten och roliga diskussioner. Jag tycker också det är häftigt att få ta del av all ny forskning och kunskap som presenteras och att få fördjupa mig inom just mitt specialområde. Kongressen ger många valmöjligheter.

År 2014 är ju också just ett supervalår. Med valet snart i sikte är gesterna yviga och tonläget högt för att locka väljare. Vård och omsorg var det ämnesområde som hade flest evenemang under Almedalsveckan. Vårdförbundet var först på plats med målsättning att stärka rollen som en aktör som utvecklar vården. De två huvudfrågorna som Vårdförbundet drev berörde hur vi kan säkra kompetensförsörjningen till vårdsektorn och vad som behöver göras för att hålla samman vården för varje person. Ett lunchmöte handlade om teamets betydelse för framgångsrik

sjukvård. En panel med hela teamet diskuterade hur framtidens teamarbete i vården når framgång genom att utgå från patienten. En annan fråga som Vårdförbundet drev hårt under veckan var AST, dvs akademisk specialisttjänstgöring. Vårdförbundet driver att sjuksköterskornas specialistutbildning ska ske inom ramen för en anställning, på samma sätt som för läkarna. Hoppas att vi får höra mer om detta framöver. För att uppmärksamma namnbytet från sjukgymnast till fysioterapeut storsatsade Fysioterapeutförbundet som anordnade och deltog i flera seminarier. Ett av huvudbudskapen var att fysioterapi i rätt tid och på rätt plats kan öka kvaliteten på och spara stora resurser inom hälso- och sjukvården. Fysioterapeuterna fick också stor uppmärksamhet under seminariet ”sitta är det nya röka”. Fysisk inaktivitet är nu den fjärde största faktorn för att dö i förtid, anger WHO. Det är alarmerande, men har också bidragit till att betydelsen av fysisk aktivitet och träning lyfts fram allt mer. Men för att förändra på riktigt behöver samhällets beslutsfattare gå från enbart läpparnas beklännelser till förändring i praktiken.

Vi behöver alla tänka till kring förändring och fortsatt utveckling också på individnivå ibland. Den moderna filosofen Cornel West skriver att det krävs mycket mod att ge sig ut på en resa som leder till förändring och ökad visdom. Mod, men också beslutsamhet, disciplin och kanske viktigast av allt ödmjukhet. Du behöver vara öppen för andra människors röster, synvinklar och visioner.

Vi ska vara stolta över våra professioner och vad vi kan bidra med i förändringsarbetet mot en bättre sjukvård. Och glöm inte att ”göra vägen” när du nått ett mål. Var stolt över dina segrar!

Varma hälsningar från Maria Bäck



Arbetsgruppen ”Medfödda hjärtfel” inom VIC

Då är det arbetsgruppen ”Medfödda hjärtfel” som har ordet denna gång, vilket vi är väldigt glada för.

Personer som lever med ett medfött hjärtfel är en grupp som ökar och det finns idag ett stort behov av ökad kunskap bland alla som möter denna grupp såväl inom öppen- som slutenvård. Behov finns av kontaktnät för vårdpersonal som på ett eller annat sätt möter personer med medfött hjärtfel och därför skapades arbetsgruppen ”Medfödda hjärtfel” inom VIC.

Gruppen startade november 2009 och genomförde år 2010 utbildningsdagar i Linköping med 35 deltagare, och 2011 i Göteborg med 75 deltagare. År 2012 fick utbildningsdagarna tyvärr ställas in på grund av för få anmällda. År 2013 arrangerade gruppen en sektion med föreläsning i ämnet medfödda hjärtfel i samband med State of the heart i Malmö som var mycket uppskattat.

Arbetsgruppens målsättning är att vidareutveckla det multidisciplinära teamets roll för medfödda hjärtfel nationellt, både på klinik som i mottagningsverksamhet. Därför representerar medlemmarna i arbetsgruppen olika professioner och arbetsgruppen strävar alltid efter att innehållet i utbildningsdagarna ska innehålla relevanta föreläsningar för alla deltagare. Gruppens nationella utbildningsdagar riktar sig till dig som arbetar på barn eller vuxensidan, är arbetsterapeut, undersköterska, sjukgymnast, sjuksköterska, dietist, kurator, psykolog eller biomedicinsk analytiker.

Det långsiktiga målet med arbetsgruppen är att öka kvaliteten på det multidisciplinära omhändertagandet för personer med medfött hjärtfel och dess anhöriga.

Arbetsgruppens tyngdpunkt

Arbetsgruppens åtgärder för att nå målet är att skapa kontaktnät över hela landet mellan olika professioner som på något sätt möter personer med medfött hjärtfel för att kunna delge kunskap men också och sprida vad som är på gång. Hitintills är ca 50 personer med i denna maillista, men vi hoppas den ska bli större. Målet är att en gång per år hålla utbildningsdagar för att delge den kunskap som finns inom professionen men också för att delge senaste forskningen inom området.

Ett mer långsiktigt mål är att bedriva forskning tillsammans för att driva utvecklingen framåt.

Tidigare utbildningsdagar som genomfördes år 2010 hade temat **Från embryo till vuxen** med

innehåll som embryologi – fostereko, teamets roll från barn till vuxen – barnsjuksköterskans, biomedicin analytikens samt arbetsterapeutens roll, forskningsresultat, unga vuxnas uppfattningar om att leva med medfött hjärtfel, nationella riktlinjer, fysisk träning och yrkesval, nyheter inom kateterintervention

samt hjärtebarnsföreningens uppfattning av betydelsen av information gällande preventivmedel och graviditet.

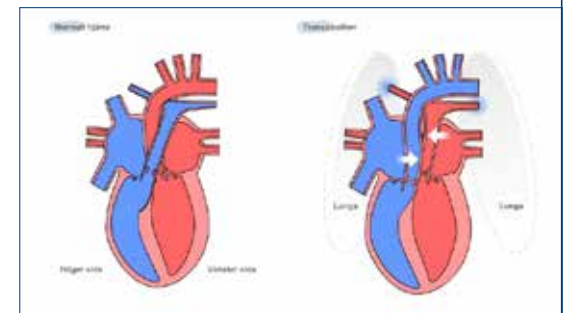
Utbildningsdagarna år 2011 hade temat; **Utveckling – Samverkan – Framtida utmaningar** då punkter som fosterkardiologi, graviditet/preventivmedel/sexualitet, medfödda hjärtmissbildningar, barnhjärtkirurgi – GUCH kirurgi; historiskt perspektiv, hjärkateterisering och interventioner på barn och vuxna med medfött hjärtfel, pre och postoperativ omvårdnad vid hjärkirurgi hos barn, fysisk träning hos barn och vuxna med medfött hjärtfel, uppföljningsprogram för TCPC opererade barn, överföringsmottagning-Nuläge och Framtidsvision, pågående forskning och utvecklingsarbeten inom sjukgymnastik, omvårdnad, arbetsterapi.

Kommande utbildningsdagar 27–28 nov 2014 i Jönköping har temat **Att leva med medfött hjärtfel belyst från familjens och professionens perspektiv**, där forskningsresultat samt individers upplevelser och professionens uppfattning av livskvalitet, att leva med medfött hjärtfel, samt sexualitet kommer att belysas.

VÄLKOMNA!

Hälsar arbetsgruppen ”Medfödda hjärtfel” inom VIC; Helén Rönning sjuksköterska, Linda Ashman fysioterapeut, mammaledig, tillfälligt ersatt av Anna-Klara Zetterström, fysioterapeut, Heléne Svahn arbetsterapeut, Ewa-Lena Bratt sjuksköterska, Anna Pettersson barnsjuksköterska, Linda Ternrud sjuksköterska.

Anmälan: senast 27/10–14. Anmälningsblanketten finns att hämta på VIC:s hemsida http://www.malmokongressbyra.se/vic/kommande_moten





Nationella utbildningsdagar Medfödda hjärtfel

Leva med medfött hjärtfel – familjen
och professionens perspektiv

27-28 Nov 2014

Målgrupp: Sjuksköterskor, Sjukgymnaster, Arbetsterapeuter,
Biomedicinska analytiker och Kuratorer.

Plats: Högskolan i Jönköping

Tidpunkt: 27-28 nov 2014 (start kl 9.30 den 27/11, avslut ca kl 15.00 den 28/11)

Kursinnehåll: Program meddelas senare

Kursavgift: 3000 kr (för icke medlemmar i VIC 3500 kr) inklusive kursmaterial, två luncher,
för- och eftermiddagskaffe samt gemensam middag med kvällsaktivitet.

Arrangör: Gruppen för medfödda hjärtfel inom VIC.

Anmälan: Kursanmälan är bindande och skall vara inskickad senast 27/10-14. Platsantalet är
begränsat. Bekräftelse på deltagande samt kursinformation skickas ut efter sista
anmälningsdatum via e-post. Anmälningsblanketten finns att hämta på VIC:s hemsida
www.malmokongressbyra.se/vic/kommande_moten där anmälan sker.

Frågor: För hotellbokning kontakta Jönköping Hotell och Konferensbokning,
email: booking@reservationjonkoping.se eller ring 036-107171. Uppge koden VIC.

Gällande innehållet i programmet: kontakta Helén Bergh Rönning helen.ronning@hhj.hj.se

Nationella utbildningsdagarna för medfödda hjärtfel arrangeras av VIC – Vårdpersonal inom Cardiology
tillsammans med Hälsohögskolan i Jönköping och Jönköpings Hotell och Konferensbokning



PCI-dagarna 20-21 november 2014 i Gävle

Välkomna till ett fullspäckat
program med det senaste från den
interventionella kardiologin.

Anmälan och mer information
finns på VIC:s hemsida
[http://www.malmokongressbyra.se/
vic/kommande_moten](http://www.malmokongressbyra.se/vic/kommande_moten)

Nationella utbildningsdagar i hjärtsvikt den 16-17 oktober 2014

”HOPP och TILLIT HELA VÄGEN VID HJÄRTSVIKT”
Folkets Hus Huddinge centrum, Stockholm

Programmet kommer att innehålla en intressant bredd
för Er som vill lära er mer och utveckla teamarbetet och
vården/rehabiliteringen för personer med hjärtsvikt

Mer information och program kommer
på hemsidan www.v-i-c.nu

Glöm inte att söka resestipendium!

Arbetsgruppen för hjärtsvikt inom VIC

DETO2X-AMI

– gränsöverskridande registerrandomiserad forskning

(DETermination of the role of OXYgen in suspected Acute Myocardial Infarction)

Text: **David Zughaft**, Enhetschef HIA Lund, Doktorand, Avdelningen för Kardiologi, Lunds Universitet, David.Zughaft@med.lu.se
Robin Hofmann, Specialistläkare, VO Kardiologi, Södersjukhuset, Projektledare DETO2X-AMI, Robin.hofmann@sodersjukhuset.se

Historiens mest omfattande studie av syrgas pågår
just nu i Sverige. Sedan uppstarten i april 2013
har drygt 2600 patienter inkluderats, cirka 40 %
av slutmålet 6600. I studien, där för närvarande 29
sjukhus från Kiruna i norr till Trelleborg i söder deltar,
intar sjuksköterskeprofessionen en central roll.

Bakgrund

Tillförsel av syrgas är sedan mer än ett sekel en själv-
klar del i behandlingen hos patienter med instabil
krankärlsjukdom och misstänkt hjärtinfarkt, såväl i
Sverige som i övriga delar i världen. Än idag är syrgas
rekommenderat i lokala, nationella och internationella
riktlinjer. Behandlingsrutinen baseras på antagandet
att extra syrgas ökar tillförsel av syrerikt blod till den
ischemiska hjärtmuskeln med minskad infarktstorlek
och reducerad risk för komplikationer. Vetenskapligt
stöds denna behandlingstradition endast av ett fåtal
experimentella studier och några mindre kliniska
undersökningar. Kunskapsläget i ämnet är oklart och
inte tillräckligt för att klargöra syrgasens roll vid
behandling av patienter med akut hjärtinfarkt.

Registerrandomiserade kliniska studier (RRCT)

Med det omfattande svenska kvalitetsregistret för
kranskärlsjukdom, SWEDEHEART, finns unika för-
utsättningar att undersöka kliniska frågeställningar i
en bred population. TASTE-studien, den första
SWEDEHEART-baserade prospektiva, randomise-
rade, registerbaserade studien (RRCT), där man
undersökte effekten av trombaspiration hos STEMI
patienter, har rönt stor uppmärksamhet världen över.
Samma koncept används nu i den pågående
DETO2X-AMI. Patienter med misstänkt hjärtinfarkt
randomiseras till syrgasbehandling 6l/min via en öppen
ansiktsmask (intervention) eller till rumsluft (kontroll).
Patienterna följs sedan i SWEDEHEART under ett år.
Inga återbesök eller telefonsamtal är därför nödvändiga,
vilket ger en lätthanterlig studiedesign (Faktaruta 1).

DETO2X-AMI

– En multidisciplinär kraftsamling

I DETO2X-AMI har olika yrkeskategorier alltsedan

starten engagerats i form av att identifiera patienter
lämpliga för inklusion, inhämtning av informerat
samtycke, randomisering och behandling. För patienten
med bröstsmärta är ofta ambulanssjuksköterskan
den första vårdkontakten alternativt sjuksköterskan
på akutmottagning och hjärtintensivvårdsavdelning.
Med dagens evidensbaserade omvårdnadsutbildning
finns kompetens i sjuksköterskeprofessionen för att
tidigt i vårdkedjan introducera forskningsperspektivet
för den hjärtsjuka patienten. Det ger goda förutsätt-
ningar för att inkludera ett representativt urval inom
rimlig tid. I en studie som DETO2X-AMI där målet
är >6000 patienter, krävs en gemensam insats av
sjuksköterskor och läkare för att nå inklusionsmålet.
Vid en majoritet av de sjukhus som deltar i studien,
hjälpas sjuksköterskor och läkare åt att inkludera och
randomisera patienter med misstänkt hjärtinfarkt,
vilket gör studien unik i sitt slag.

Ett aktivt deltagande i klinisk forskning har synergi-
effekter, inte minst för sjuksköterskeprofessionen som
sådan. Den tydliga kopplingen i DETO2X-AMI
mellan kvalitetsregister och klinik, skapar tillfälle att
aktivt implementera forskningsresultat i den dagliga
vården. Detta stärker sjuksköterskerollen genom aktiv
feedback och empowerment, något som i förläng-
ningen gynnar vårdtagaren. Studievana medarbetare
ger också utrymme för mer komplexa studier inom
områden som akut hjärtinfarkt (STEMI), kardiogen
chock och vård vid hjärtstopp.

Medverkan i kliniska prövningar ger dessutom möj-
lighet för sjuksköterskeprofessionen att aktivt påverka
utformning av framtida studier. Aktuella kliniska fråge-
ställningar kan därmed belysas ur olika perspektiv, vilket
kan ge resultaten en högre grad av generaliserbarhet.
Forskning ger också möjlighet till kompetensutveckling
och karriärmöjligheter för den enskilde medarbetaren.
I syfte att uppnå de övergripande målen inom vården
att minska mortalitet och morbiditet samt öka livs-
kvalitet, bör framtidens medicinska forskning vara
translationell och multidisciplinär. Forskning där
samtliga yrkeskategorier är delaktiga, informerade och
engagerade skapar förutsättningar för världens främsta
hjärtsjukvård även för morgondagens patienter.



David Zughaft



Robin Hofmann

DETO2X-AMI är en prospektiv, randomi-
serad studie med en design där såväl
positiva som negativa effekter av syrgas
kan påvisas. Primär endpoint utgörs av
totalmortalitet efter ett år. Sekundära
endpoints innefattar bland annat MACE
(major adverse cardiac events: kombi-
nerat utfallsmått bestående av rein-
farkt, återinläggning på grund av hjärt-
svikt, 30-dagars mortalitet) samt pre
definierade subgruppsanalyser som
olika infarktgrupper, syrgasfraktioner,
kön och patienter med komorbiditet.
**För studieinformation och
förfrågan om deltagande,
kontakta artikelförfattare.**



EuroHeartCare-kongress i Stavanger

Text: Åsa Fåhraeus



Åsa Fåhraeus

Leg Sjuksköterska
Hjärtintensiven/
Hjärtröntgen
Kranskärlkliniken
SuS Lund

Utan närmare tidigare bekantskap med EuroHeartCare så fick jag möjlighet att presentera en poster i början av april. Det är en europeisk kongress som hålls årligen och arrangeras av Council of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). CCNAP är en organisation som verkar inom ESC med strävan av att förbättra vården av kardiovaskulär sjukdom. Cirka 300 deltagare, övervägande sjuksköterskor, slöt upp i Stavanger Forum kongress center.

Kongressen var mångfacetterad och innehöll presentationer om akut hjärtsjukvård, hjärtsvikt, prevention, hjärtintervention, devices samt beteende och psykosociala frågor. Kongressens fokus låg på interaktionen mellan ”mind and heart” avseende kardiovaskulär sjukdom.

Det fanns många intressanta föredrag att välja mellan med min bakgrund som sjuksköterska på hjärtintensiven och hjärtröntgen. Som brukligt hölls parallella föredrag om olika ämnen vilket gjorde det svårt att välja. Första dagens symposium handlade om prevention och människors inställning till sin livsstil korrelerat till utveckling av kardiovaskulär sjukdom (CVD). Man poängterade vikten av mätbara specifika riktlinjer för individanpassad hjärtrehabilitering och konkret och objektiv utvärdering för patienter med CVD.

Nya metoder

Det var fascinerande att höra om utveckling av ny teknik som är aktuell inom hjärtsjukvården. Sladdlös högerkammars-pacing, avancerad hemodynamisk monitorering och ultraljudsapparater i fickformat var några som nämndes.

Vidare gavs inblick i hur man med användning av telemonitorering på distans, mobil-applikationer och internet har förbättrade möjligheter för uppföljning av patienter som bor avlägsset eller av andra skäl kan dra nytta av denna teknik. Ett live-case om handläggning av akut hjärtinfark på en norsk oljerigg presenterades med hjälp av användarvänlig teknisk telemedicin till kardiolog på fastlandet.

Patientens åsikt

Patientperspektivet i olika vinklingar gavs stort utrymme på programmet. Patient/ person-centrerad vård, självskattad hälsa, livskvalitet, psykologisk och social support, hälsobeteende och skräddarsydd behandling var några begrepp som lyftes fram.

Internetbaserad sjukdomsinformation via olika stödjande patientgrupper beskrevs som utbildande och positivt, men risken för att få olämplig information poängterades.

Sammanfattningsvis var det värdefullt och utvecklande att medverka på kongressen i Stavanger och få träffa kollegor från andra sjukhus, byta erfarenheter och knyta kontakter för framtida projekt och ideer. Som medlem i VIC och CCNAP möjliggörs skapande av nya nätverk samt kunskap som kan bidra till att bättre implementera evidens i det kliniska arbetet.

En av föreläsarnas beskrivning på vikten av samarbete var som ”flygande gäss i formation” som ett exempel på att inspireras och fortsätta arbeta tillsammans.

Till slut vill jag tacka VIC för resestipendium!

Nästa år hålls EuroHeartCare i Kroatien!



SIKTA LÅGT

Statin + EZETROL® (ezetimib) kan hjälpa dina patienter nå mål!¹



EZETROL (ezetimib) kolesterolabsorptionshämmare (Rx; (F); SPC sept 2013) tabletter 10 mg.

Indikationer: EZETROL givet tillsammans med en statin är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) som inte är adekvat kontrollerade med en statin enbart. EZETROL i monoterapi är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) hos vilka en statin anses olämplig eller inte tolereras. EZETROL givet tillsammans med en statin, är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Annan kompletterande behandling (t ex LDLafäres) kan ges. EZETROL är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär sitosterolemi. Fördelaktig effekt av EZETROL på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av hjälpämnen. När EZETROL ges tillsammans med en statin bör produktresumén för det aktuella läkemedlet konsulteras. EZETROL givet tillsammans med en statin är kontraindicerat under graviditet och amning. EZETROL givet tillsammans med en statin är kontraindicerat hos patienter med aktiv leversjukdom eller med kvarstående transaminasförhöjning utan känd orsak.

Vid förskrivning och för aktuell information om villkor i förmånssystemet, förpackningar och priser se www.fass.se.

Villkor för subvention: Subventioneras endast för patienter som har provat generisk statin och inte uppnått behandlingsmålet, eller om det konstateras att patienten inte tål statiner.

1. Bays et al. Am J Cardiol. 2013;112(12):1885-95



Box 7125, 192 07 Sollentuna, 08-578 135 00

EZETROL®
(ezetimib)