

Svensk

KARDIOLOGI

nr. 3 | 2015

Reportage från ESC i London



**Kardiologföreningens
utbildningsenkät**

**Akut koronart
syndrom hos äldre**

Their world awaits



Järnbrist är en vanlig och allvarlig komorbiditet vid kronisk hjärtsvikt.¹

Flera studier visar att järnbristen leder till en försämrad livskvalitet och en försämrad fysisk funktionsförmåga – oberoende av förekomst av anemi.²⁻⁶ Med Ferinject (järnkarboxymaltos) kan du snabbt fylla på järndepåerna.



Fyller snabbt på järndepåerna

Referenser: 1. Klip et al. Am Heart J. 2013 Apr;165(4):575–582. 2. Ponikowski et al. Eur Heart J. 2015 Mar;36(11):657–68. 3. Comín-Colet et al. Eur J Heart Fail. 2013;15:164–72. 4. Jankowska et al. J Cardiac Fail 2011;17:899–906. 5. Okonko DO et al. J Am Coll Cardiol 2011;58:1241–51. 6. Anker et al. NEJM 2009;361:2436–2448.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

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 2015-04-01. **TLV:** Ferinject ingår i läkemedelsförmånerna med begränsningen, ej för patienter i hemodialys. För ytterligare information, förpackningar och priser, se www.fass.se.

SE/FER/15/0018

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.hojer@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

CA Andersson – Ystads Centraltryckeri
Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: prod_ystad@caandersson.com
Projektansvarig: Niclas Ohlsson (niclas.ohlsson@caandersson.com)
Produktionsansvarig: Annette Ohlsson (annette.ohlsson@caandersson.com)
Layout: Emma Hjalmarsson (emma.hjalmarsson@caandersson.com)

UTGIVNING 2015

Nr 1: vecka 17
Nr 2: vecka 26
Nr 3: vecka 41
Nr 4: vecka 52

ANNONSFÖRSÄLJNING

Martin Stagmo
Telefon: 070-679 81 08
E-post: martin.stagmo@gmail.com

ANNONSMATERIAL

CA Andersson – Ystads Centraltryckeri
E-post: prod_ystad@caandersson.com

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 Reportage från ESC i London
- 16 ESC rapport: Fokus Arrytmi och Pacing
- 18 I vimmlet på ESC
- 20 Akut koronart syndrom hos äldre
- 24 Aktuell debatt – Infektiös endokardit
- 26 Kardiologföreningens utbildningsenkät
- 30 HRG
- 32 Arytmiprofilen
- 34 Klinisk forskning
- 36 Om läkares vidareutbildning
- 41 Krönikan
- 42 Gastronomins hjärta
- 46 Ledaren
- 48 Rapport från EuroHeartCare 2015
- 49 Rapport från ESC 2015



EN NY BEHANDLINGSPRINCIP FÖR ATT SÄNKA LDL-KOLESTEROL

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

Indikation – Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

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

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

- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som är intoleranta mot statiner, eller för vilka statiner är kontraindicerade.

Indikation – Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

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

Effekten av Repatha™ på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen juli 2015, se www.fass.se.

**EN
DOS**

140 mg INJEKTION

VARANNAN

VECKA

**FULL
EFFEKT**

EFTER FÖRSTA
SPRUTAN



UPP TILL

95%AV
PATIENTERNA NÅR

LDL
<1,8 mmol/l

AMGEN®

ESC 2015 – utbildningssuccé i hell's kitchen

Alltid kul att vara i London, staden där hela världen möts. Under ESC kongressen var det åtminstone hela kardiologvärlden – över 32 000 delegater, ett av de största hjärtläkarmöten någonsin. Nästan ofattbart att man kan leverera en så pass välorganiserad och givande kongress med så många besökare. ESCs ledning, heart house och programkommittén måste verkligen få en eloge för denna prestation.

Det var första gången London gästades av ESC cirkusen. Kongresslokalen var nästintill optimal för en sådan bombasttillställning: man hittade lätt och snabbt. Att ha mötet i en mångmiljonstad kan dock innebära långa resvägar till och från kongressen och London är inte heller känt för låga priser. Kardiologföreningen hade satsat på 80 hotellrum nära Tower Bridge som blev snabbt fullbokade. Inget lyxboende men smidigt att ta sig till ExCel. Det var ett nytt hotell med rena och fräscha rum – även personalen verkade vara rätt så ny på jobbet och vid incheckningen spreds ibland litet känsla av Fawlty Towers. Ingenting föreningen hade kunnat förutse. Inte heller hade vi provatit på puben som ordnade välkomstminglet. Men få reser ju till England för matens skull, kvällen blev ändå mycket trevlig och ingen kan åklaga oss för att ordna kongressresor som svepskal för gourmetmiddagar.

Tidigare missbruk av företagssponsrade utbildningsresor är också en av anledningarna till de strikta samverkansregler mellan professionen och industrin som gäller idag. Trots det nya LIF avtalet som ej längre tillåter industrin att bekosta resa och logi i samband med kongressbesök, var antalet Svenska delegater högt. Dan Atar (Oslo), inom ESC's styrelse ansvarig för samarbetet med de nationella kardiologföreningarna, gratulerade oss till 486 deltagare, plats 16 i nationernas ranking. En mycket bra siffra för ett litet land som Sverige och i stort sett samma antal som vid tidigare ESC möten. Detta är även i linje med resultat från Kardiologföreningens utbildningsenkät där ESC's huvudkongress framstår som det mest uppskattade utbildningstillfälle (se artikel längre fram i tidningen).

I detta nummer av Svensk Kardiologi skriver Lars Rydén, själv ESC ordförande 1998–2000, en mycket

läsvärd artikel om sjukvårdspersonalens vidareutbildning där han påpekar att det är främst kvalitén av utbildningar som lockar individer att delta. Både ESC och januarimötet "Kardiovaskulär sjukdom i ett brett perspektiv" nämns som lysande exempel av utbildningsmöten med obruten attraktionskraft i trots av minskat industristöd.

Kardiologföreningens slutsatser av Lars Rydéns artikel och utbildningsenkäten är att vi måste fortsätta med att fokusera på en hög kvalitet i våra utbildningar. Samtidigt behövs tydligare krav gentemot arbetsgivarna/SKL på att ta ett större ansvar i samordning och finansiering av utbildning. Landstingen är ju benägna att lita på vår altruism och att allt ordnar sig hur stora besparingar som än genomförs. Men bra utbildning kostar och är en viktig, långsiktig investering i kompetens inom Svensk hjärtsjukvård. Dessa åtgärder bör gå hand i hand med en regelbunden dokumentation av genomförda utbildningsinsatser (se cardio.se för CME poäng). Det är ibland viktigt att ge sig iväg, men mycket mer kan göras på hemmaplan, genom bättre annonsering och koordination av möten, utbildningsserier på arbetsplats och via internet. Vår utbildningsenkät tyder på att det senare verktyget ej fått genomslag bland våra medlemmar. Låt mig även här hänvisa till ESC och e-learning plattformen "ESCeL" samt deras regelbundna webinars.

Information om kommande bra utbildningar i landet hittar ni på hemsidan. Närmast är det nationella utbildningssymposier om prevention av kranskärslsjukdom och nationella arytmiiriktlinjer, föreningens uppskattade kliniskt kardiologiska forskningskurs och fortbildningsdagarna (4–6 Februari i Sälen).

Ses där, glad höst

Frieder



"Det är mycket viktigt för oss att nå ut till alla medlemmar"

IMPROVED OUTCOMES START HERE



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 2015-07-17 är ett trombocythämmande läkemedel, en cyklopentyltriazolopyrimidin (CPTP). **Indikationer:** Brilique, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för prevention av aterosklotiska 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 astrazenecav.se

When you're tired of London, you're tired of life!

Nyss återkommen från först en lång och vilsam semester och sen en hektisk men intressant och trevlig ESC kongress i London så känns det riktigt bra att vara åter i rutinerna och arbetet igen. De senaste dagarnas bilder och rapporter om flyktingströmmarna till och genom Europa sätter de problem vår dagliga arbetsdag utsätter oss för onekligen i ett visst perspektiv. Samtidigt kommer denna företeelse att erbjuda helt nya och oväntade prövningar även för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Svårigheter, som Winston Churchill mycket riktigt påpekat, är dock till för att lösas och naturligtvis kommer Sverige, Europa och världen att så småningom lära sig att hantera även "this brave new world"!

Detta nummer av Svensk kardiologi bjuder på lite av varje. Naturligtvis en sammanfattning av ESC kongressen där jag denna gång fått benäget och mycket uppskattat bistånd från Carina Blomström-Lundquist från Uppsala som vänligen sammanfattat sina intryck av kongressens mer arytmologiska delar. Vidare fortsätter Sundströms skola att sprida ljus och klarhet över statistikens mysterier. Carina och hennes mycket aktiva HRG-arbetsgrupp har även denna gång lämnat en föredömlig rapport om arbetsgruppens arbete. Jag skulle vilja uppmana alla Kardiologföreningens arbetsgrupper att genom sina ordföranden använda denna tidning som medium för att få ut sina budskap och att informera medlemmarna om arbetsgruppernas verksamhet. Detta nummer av Svensk kardiologi bjuder även på en nyhet. Under rubriken aktuell debatt kommer vi att med jämna mellanrum få läsa inlagor som argumenterar för eller emot ett hett och brännbart ämne. Så vässa redan nu pennor/tangenter och börja skriva om vad som ligger just dig varmt om hjärtat! Vi börjar direkt med den brännande frågan om endokarditprofylaxens vara eller inte vara. Ulf Thilén från Lund, välkänd GUCH-profil, beskriver sin syn på detta viktiga

ämne. Artikeln har tidigare publicerats i tidskriften Tandläkaren och återges här med deras vänliga tillstånd.

Många kardiologer, undertecknad inbegripen, har under flera år varnat för risken med minskande svenskt deltagande i internationella och svenska kongresser i takt med hårdnande budgetklimat på kliniker och det nya LIF-SKL avtalets införande. Lars Rydén presenterar i detta nummer siffror på hur det i själva verket ligger till med den saken och kanske är det inte så illa som vissa av oss befarat. Det gäller dock att aldrig sänka garden utan att ständigt argumentera för vikten av fort- och utbildning samt den kliniska forskningens självklara del av vår vardag! I höst står AHA i Orlando samt Kardiologföreningens forskarkurs på Rosersberg på schemat liksom de nationella utbildningssymposier som kardiologföreningen anordnar. Denna gång handlar de om den viktiga frågan om prevention. På hemsidan www.cardio.se kan du se var och när kurser och utbildningar äger rum samt hur du anmäler dig.

Redaktören
Martin Stågmö



"A pessimist
sees a difficulty
in every
opportunity;
an optimist sees
an opportunity
in every difficulty"

Winston Churchill

Även godkänt för 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 trombolys 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 26 februari 2015.

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

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:** juni 2015 **Jobbkod:** EUAPI724 **www.eliquis.se**

Eliquis®
apixaban

En höst fylld av utbildning!

Hösten har börjat och det är dags att fortsätta med alla pågående projekt både i klinik och forskning. Efter att ha cyklat på grusvägar och njutit av tystnaden, beundrat alla blommor som denna sommar har varit praktfulla och försökt minnas lite om artbestämning, är jag nu redo för hösten.

Att få inleda med ESC i London inspirerar. Även om årets möte inte innehöll några stora och oväntade genombrott inom medicinsk behandling så gav flera symposier möjlighet till uppdatering och även fördjupade kunskaper kring biologiska samband och förklaringsmodeller. Ett av dessa intressanta symposier handlade om åldrande och kardiovaskulär sjukdom. Elizabeth Blackburn, nobelpristagare i fysiologi och medicin 2009 för sitt arbete om telomerer och telomeras betydelse för cellåldrande, gav en mycket inspirerande föreläsning om kopplingen mellan telomerlängd och hjärtsjuklighet. Ju längre telomerer desto mindre hjärtkärlsjukdom, det verkar dock som att det finns en gräns för hur långa telomerer kan vara innan risken för andra sjukdomar ökar. Psykisk stress kortar, medan fysisk aktivitet förlänger dessa telomerer, så kopplingarna till, för oss välkända faktorer, som vi använder i preventionsarbetet gentemot patienten, finns. Förändring av telomerlängd är självklart inte lösningen, men det är inspirerande att lära mer om biologin bakom sjukdomarna. Prevention vid hjärtkärlsjukdom är högprioriterad och detta ämne står i fokus för höstens nationella utbildnings-symposier, NUS, som under september-december äger rum i Malmö, Göteborg, Örebro, Umeå och Stockholm. Betydelsen av prevention, och hur vi skall få samarbetet mellan professioner att fungera

kommer att diskuteras under en eftermiddag så avsätt tid för dessa viktiga möten!

Sverige var väl representerat på ESC, topp 10 i deltagarantal, och utöver ökad kunskap ger ESC möjlighet till nätverkande både nationellt och internationellt. Posterarean var välplacerad och välbesökt under kongressdagarna, och här knöts förhoppningsvis nya kontakter. Det enda problemet under ESC var att mer tid hade behövts för att få möjlighet att ta del av alla intressanta forskningsresultat. Under höstens kliniska forskarkurs 25-27 november på Rosersberg ges möjlighet att lära känna nya forskare och eventuella framtida samarbetspartners då dessa dagar vigs åt forskningspresentationer blandat med föreläsningar av erfarna forskare.

Kalendern fylls snabbt på med kliniskt arbete och diverse möten, men förhoppningsvis behåller vi lite luckor för vila. Den biologiska kopplingen mellan sömn och DNA reparation finns, så för cellernas skull kan vi unna oss en eftermiddagslur ibland oavsett om hösten bjuder på sol eller regn.

Väl mött på höstens utbildningar och möten!

Christina Christersson



"Prevention vid hjärt-kärlsjukdom är högprioriterat"



Rapport från ESC 2015 i London

Text & foto: Martin Stagmo

Årets ESC-kongress gick av stapeln i London i månadsskiftet augusti–september. Det var första gången kongressen hölls i det Förenade Konungadömet sedan 1952! Den allra första ESC-kongressen hölls nämligen i London detta år. Under många år anordnades kongressen endast vart fjärde år, men sedan år 1988 är den ett årligt event. Ett kuriosum är att Stockholm är den stad som, tillsammans med Barcelona har varit värd för ESC kongressen flest gånger, nämligen 5! Men säg den glädje som varar: redan 2017 kommer Barcelona att ha gått om Stockholm som kommer få svårt att komma i kapp i

framtiden. Kongressen har ju också vuxit kraftigt under åren och är nu den överlägset största och i mångas (dock inte allas) ögon viktigaste hjärtskongressen i världen. Årets kongress slog alla tidigare rekord och drog inte mindre än 32 000 deltagare varav 26 000 aktiva delegater och 5 000 utställare. Jag har inte lyckats hitta deltagarantalet från London 1952 men i Berlin 1994 var det 21 000 deltagare och i Stockholm 2010 27 000. London bjöd på äkta brittiskt väder där sol och värme blandades med ösregn och lite råkall bläst under de dagar kongressen varade.



Kö vid incheckning



ESC invigning



ESC London 2015

Kongresscentrat ExCel i Londons Docklands visade sig vara en riktig hit. Lätt att transportera sig med Dockland Light Railway och en föredömligt lättnavigerad byggnad där det inte kändes långt till någonting gör att undertecknad gärna ser att ESC återvänder till London i en inte allt för avlägsen framtid. Att London sen är en rasande trevlig stad som är lätt att ta sig till från Sverige gör ju knappast saken sämre.

Kongressen i sig innehöll inte allt för många ”megahits” men ett stort antal mindre studier som alla bidrar till vår kunskap oavsett om de utfallit positivt eller negativt. Däremellan många intressanta vetenskapliga abstracts som bådär gott för framtiden och en stor mängd kliniska symposier som föredömligt sammanfattar kunskapsläget inom olika områden. Nedan har jag försökt att samla några saker som fängade mitt intresse under kongressen.

Under invigningen påminde ESC:s president, Fausto Pinto från Portugal, oss om det stora ansvar och de utmaningar som ligger på oss kardiologer i att behandla och förebygga kardiovaskulär sjukdom i Europa i framtiden. Man räknar med att trots, förbättringar i behandling så kräver kardiovaskulär sjukdom årligen 4 miljoner liv i Europa till en kostnad av 200 miljarder Euro! Det uppskattas att år 2030 kommer 40 % av européerna att någon gång i livet lida av en kardiologisk åkomma. Professor Pinto påminde oss om det paradoxala i att vi ”on the one hand are achieving better treatment results in reducing mortality and morbidity. But on the other, prevalence is increasing because of greater elderly populations and lifestyle factors”. Det torde således finnas mycket att göra både för kliniska kardiologer och kardiovaskulära forskare i framtiden!

Guidelines

NSTEMI

Det presenterades flera nya guidelines på kongressen, bland annat nya rekommendationer för icke-ST-höjningsinfarkt, NSTEMI. Stora delar av dem rör vilken trombocythämning som är lämplig i olika situationer och på vilket sätt och inte minst när revaskularisering bör ske men även området sekundärprevention ägnas ett kapitel.

VA & SCD

Även de nya riktlinjerna för ventrikulära arrytmier och plötslig hjärtdöd presenterades på kongressen. Dessa är mycket väl genomarbetade och rör både epidemiologi, prevention och behandling av arrytmier. En intressant del av de nya riktlinjerna ägnas åt familjescreening i familjer där plötslig hjärtdöd förekommit. Idag blir enligt författarna av riktlinjerna bara 40 % av familjemedlemmarna som borde bli screenade verkligen det. Även indikation för ICD och CRT blir väl genomgångna.

Perikardsjukdom

ESC:s guidelines för perikardsjukdom från 2004 har blivit rejält uppdaterade i år och dessa presenterades också på kongressen. Dessa omarbetade guidelines täcker hela sjukdomsspektrat från epidemiologi och patofysiologi via diagnostik och behandling till specifika råd om till exempel idrottsutövning och kirurgisk behandling av perikardsjukdom.

Alla ESC:s guidelines hittar ni lätt på ESC:s hemsida www.escardio.se under clinical practice guidelines. Ni kan också via till exempel App Store ladda ner en app till er smartphone med dessa.

ESC:s guidelines är som alla väl vet oftast en mycket god uppsamling av evidensläget inom respektive område och i många fall en bra käpp att luta sig på i kliniken men som vi alla vet är detta en sammanjämkning av många europeiska viljor och traditioner. Det är inte alls så att ”one size fits all” utan det finns både behov och utrymme för lokala variationer och adaptationen så att det passar respektive land och sjukdomssystem. Det finns därför förutom ESC:s guidelines ett fortsatt stort behov av såväl lokala behandlingsriktlinjer som Socialstyrelsens Nationella dito.

Hotlines 2015

Årets hotlinesessioner var möjligen något fatigare på blockbusterstudier än vanligt eller önskvärt.

Ikke förty fanns det en hel del matnyttigt som kan påverka oss i den kliniska vardagen och/eller ändra forskningens inriktning i framtiden. Nedan följer några av de studier som presenterades:

BACC

(Accurate and Rapid Diagnosis of Myocardial Infarction Using a High-Sensitivity Troponin I 1-hour algorithm.)

Studiens mål var att jämföra en snabb (1 timmes) bedömning mot en stansar (tre timmars) bedömning för att utesluta hjärtinfarkt hos patienter med bröstsmärta genom att använda högspecifikt Troponin I samt att hitta det optimala cut-of värdet. Studiepopulationen bestod an 1 045 patienter som sökte akut p.g.a. bröstsmärta av suspekt kardiell karaktär. I studien jämfördes en strategi där prover togs vid ankomst och efter en timme med den mer konventionella strategin att vänta tre timmar mellan de båda blodproven. Man fann att den bästa algoritmen för att utesluta NSTEMI (Rule-out algoritmen) var ett Troponin I värde på $< 6\text{ng/l}$ vid 0 och 1 timme. Detta uteslöt NSTEMI med ett negativt produktivt värde på 99,7. Den bästa ”rule-in” algoritmen för NSTEMI var ett Troponinivärde på $> 6\text{ng/l}$ efter 1 timme tillsammans med ett deltavärde (skillnad) från 0 min på $> 12\text{ng/l}$. Detta ”ruled in” NSTEMI med ett positivt prediktivt värde på 82,8. Däremellan fann författarna en gräzon där algoritmen inte klarade att diskriminera mellan NSMI eller ej. I den studerade kohorten på 1025 patienter befanns 41,2 % vara i ”rule-out” gruppen, 11,9 % i ”rule-in” gruppen och resterande 46,9 % i ”gräzongruppen”. Det är således sannolikt fortfarande så att trots framstegen med biomarkörledda algoritmer så måste hela den kliniska

bilden och alla till buds stående verktyg måste vägas in för att vi bäst ska identifiera såväl friska som sjuka i samband med akut bröstsmärta.

ALBATROSS

(Aldosterone Lethal effects Blockade in Acute myocardial infarction Treated with or without Reperfusion to improve Outcome and Survival at Six months follow-up)

Studien var ämnad att testa hypotesen om akut aldosteronblockad samband med akut hjärtinfarkt kunde minska mortalitet och morbiditet i denna patiengrupp. Det finns en relativt stark preklinisk och epideidemiologisk rational som tyder på att akut aldosteronstegring i samband med akut hjärtinfarkt är associerat till sämre outcome. Studien randomiserade 1 200 patienter i en open label design att inom 12 timmar efter en akut hjärtinfarkt (STEMI eller NSTEMI) erhålla aldosteronblockad i form av iv K+ Canrenoat (Soldactone) följt av po spironolakton eller sedvanlig behandling. Den kombinerade endpointen var död, återupplivat hjärtstillestånd, VF/VT, behov av ICD eller hjärtsvikt under en 6 månaders uppföljning. Studien utföll helt negativ med en HR på 0,97 (0,73–1,28) p 0,81. Slutsatsen var att det inte finns några bevis för att akut aldosteronblockad i samband med akut hjärtinfarkt förbättrar mortalitet eller morbide i denna patiengrupp. Det ska tilläggas att merparten av patienterna inte uppvisade hjärtsvit och att de i subgruppen STEMI patienter tycktes skönjas en trend till effekt av behandlingen men att detta måste utvärderas i framtid studier designade och powerkalkylerade för just detta.

CIRCUS

(Does Cyclosporine Improve Clinical Outcome in ST-elevation myocardial infarction patients)

Professor Michel Ovize från Lyon presenterade resultaten från CIRCUS studien som även har starka svenska och Lundensiska kopplingar. En forskargrupp kring Doc Eskil Elmér i Lund har utvecklat en iv formulering av Cyklosporin som i flertalet djurmodeller och imagingstuder tycktes kunna minska den skadliga effekten av reperfusion efter STEMI. Detta är ett stort kliniskt problem och en effektiv behandling av detta tillstånd skulle kunna betyda mycket för patienterna och outcome. Studien som enrollerade 970 patienter ämnade att testa huruvida en iv injektion av cyklosporin innan revaskularisering minskade den kombinerade endpointen död, förvärrad hjärtsvikt, rehospitalisering och vänsterkammerremodellering efter 1 år. Resultaten var tyvärr nedslående. Det sågs ingen effekt på den kombinerade endpointen med ett OR på 1,04 (0,78–1,39) p 0,77. Inte heller på några sekundära effektparameterar sågs någon effekt av behandlingen och den bittra slutsatsen av proverna blev att IV Cyclosporin inte tycks ha någon effekt för att förhindra reperfusionsskador. Trots det underströks att reperfusionsskada är ett stort kliniskt problem och att fortsatt forskning på området är av värde.

PATHWAY-2

En gammal trojänare, spironolakton, visade sig vara det överlägset bästa medlet mot behandlingsresistent hyperternsion.

Studien enrullade 335 hypertonipatienter som redan behandlades enl gällande guidelines med ACE-hämmare/ARB+calicumblockare+diuretika men som inte nådde målvärdet (Systoliskt blodtryck 135mmHg) och därför bedömdes ha resistent hypertension till antingen spironolakton 25–50 mg, bisoprolol 5–10 mg, doxazosin 4–8 mg eller placebo i 12 veckor. Den primära effektvariabeln var blodtrycksreduktion uppmätt i hemmet. Resultatet blev att spironolakton reducerade hemuppmätt systoliskt blodtryck med i genomsnitt 12.8 mmHg jämfört med placebo. Detta var signifikant bättre än de andra behandlingsregimerna som studerades. Studiens presentatör, Bryan Williams från London konkluderade att med tillägg av en billig och välbeprövad drog kunde en stor del av patienterna som tidigare inte bedömts vara välreglerade i sitt blodtryck behandlas ner till gällande målnivåer.

BENEFIT

Benznidazole evaluation for interrupting trypanosomiasis.

I Sydamerika är Chagas sjukdom, orsakad av trypanosomiasis cruziinfektion, en relativt vanlig orsak till cardiomyopati och hjärtsvikt. Den gängse behandlingen har varit hjärtsviktsbehandling och behandling med antiparasitära medel som signifikant reducerar parasitbördan.

Studien randomiserade >2 800 patienter med PCR-verifierad parasitförekomst och ekokardiografiska eller objektiva tecken till hjärtsvikt till behandling med Benznidazole eller placebo i 60 dagar. Behandlingen reducerade signifikant parasitförekomsten hos flertalet patienter. Efter en total uppföljningstid av 5 år stod det dock klart att behandlingen inte reducerade förekomsten av kardiovaskulära händelser jämfört med placebo.

Denna studie kanske inte direkt påverkar vår dagliga behandling av patienter men är ändå intressant eftersom Chagas sjukdom och därmed associerad hjärtsjukdom är en stor börda för sjukvårdssystemen i tex Sydamerika.

Symposier

Cardio-onkologi

Ett flertal symposier under kongressen adresserade det intressanta och viktiga ämnet cardioonkologi. Med en allt högre incidens och prelatens av olika cancersjukdomar och allt bättre behandling av dessa som erbjuds till allt fler människor kommer en ökande frekvens av kardiell påverkan av denna behandling. Det har till och med etablerats en ny sjukdomsentitet som kallas Cancer Therapeutic related Cardiac Dysfunction (CTRCD). Hjärtpåverkan

vid kemoterapi kan grovt delas in i 2 olika grupper. CTRCD typ 1 (typläkemedel antracycliner) är klart dosrelaterat, involverar celldöd och är i de flesta fall irreversibelt. CTRCD typ 2 (typläkemedel trastuzumab) kännetecknas av cellulär dysfunktion, är inte dosrelaterat och är i många fall reversibelt vid utsättande av den orsakande drogen. Vikten av noggrann och regelbunden kontroll av hjärtfunktionen för att tidigt upptäcka även små försämringar underströks av flera talare. Oavsett CTRCD-typ gäller att ju tidigare behandling mot myokarddysfunktion initieras, desto större är chansen för att hjärtfunktionen återhämtar sig helt eller delvis. Dokumentationen av vilken hjärtsviktsbehandling som bör användas är av naturliga skäl mycket mindre än vid hjärtsvikt av andra orsaker men det finns relativt goda bevis på att sedvanliga hjärtsviktsläkemedel som ACEhämmare och betablockerare är effektiva i behandlingen av CTRCD. Standardundersökningen för bedömning av hjärtfunktionen innan och under kemoterapi är självklart ekokardiografi. Det betonades dock att det är mycket viktigt med en noggrann och kvantitativ bedömning av vänsterkammarmfunktionen för att så tidigt som möjligt hitta begynnande CTRCD. Även en reduktion i tex EF inom normalområdet kan signalera begynnande CTRCD. Det diskuterades om nya och mer sensitiva tekniker för att bedöma vänsterkammarmfunktion som strain imaging skulle kunna vara en hjälp för att hitta även subklinisk dysfunktion ännu tidigare. Även här understryks att det är skillnader i strain mellan två undersökningar, mer än det absoluta värdet som tidigast upptäcker CTRCD. Det presenterades en algoritm för bedömning av möjlig CTRCD där EF bedömning och relativ reduktion av strain mellan utgångsvärdet och uppföljningsundersökningen användes för att verifiera eller avfärda förekomsten av CTRCD.

För de av er som är intresserade av att ytterligare fördjupa er i detta viktiga och kliniskt mycket relevanta ämne rekommenderas en artikel från American Society of echocardiography med titeln "Assessment of Echocardiography and Biomarkers for the Extended Prediction of Cardiotoxicity in Patients Treated with Antracyclines, Taxanes and Trastuzumab" Clin Cardiovasc imaging 2012.

Endokardit

Dr David Prendegast från London höll en intressant föreläsning om förekomst av, och mortalitet/morbiditet förenat med infektiös endokardit. Vi är väl alla medvetna om att riskerna förenat med infektiös endokardit är höga men man kan inte undgå att förvånas och förfasas över de mortalitets- och morbiditetssiffror som presenteras. Sjukhusmortaliteten ligger på 15–20 %, 1 års mortaliteten på 30–40 % och risken för allvarliga komplikationer som stroke och tromboemboliska events ligger på 15–20 %. Risken att tvingas genomgå klaffkirurgi är så hög som 50 %!

Det har identifierats 9 viktiga faktorer som oberoende predikterar mortalitet efter endokarditkirurgi:

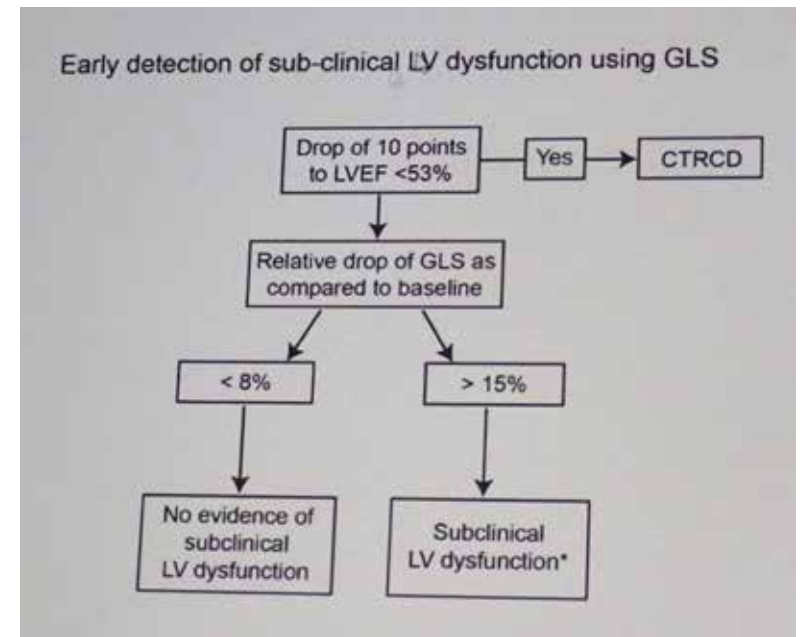
- Ålder
- Akut njursvikt
- Septisk chock
- Kardiogen chock
- Trombocytopeni
- Protesendokardit
- Synliga vegetationer
- Periannulära komplikationer
- Infektion med staph aureus eller svamp

Dr Prendegast kom sen in på det även i Sverige högaktuella ämnet endokarditprofylax. (Se debattartikel av kollega Thilén i detta nummer). Där vi i Sverige har intagit en mer konservativ inställning till endokarditprofylax än tidigare och inskränkt rekommendationerna till högriskpatienter har man i Storbritannien via sin organisation NICE (National Institute of Clinical Excellence) intagit en närmats talibanliknade attityd och rekommenderat att endokarditprofylax, i brist på evidens för eket, ska skrotas helt och hållet. Dr Prendegast argumenterade starkt emot denna hållning och anförde som stöd för sin sak en studie som vira på en ökande incidens av endokardit i Storbritannien som tidsmässigt väl korreleras till slopande att endokarditprofylax. Han underströk vidare behovet av randomiserade studier på området så att denna viktiga fråga kan få ett avgörande en gång för alla.

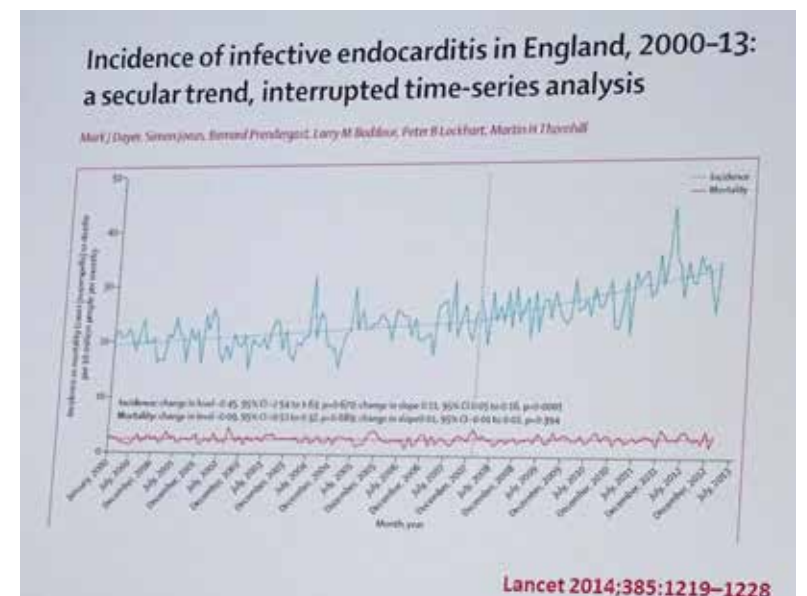
Kardiologföreningen hade även i år förbokat ett antal rum för medlemmarna. Denna gång hade 80 rum reserverats och alla tog slut långt innan kongressen. Möjligheten att bo tillsammans med andra Svenska Kollegor på ett rimligt avstånd från kongressen förfaller väldigt uppskattat och förhoppningsvis får vi se ett liknande initiativ från föreningen även i Rom nästa år. För andra året i rad anordnade Kardiologföreningen även en pubkväll dit alla medlemmar som besökte kongressen var välkomna. Detta blev ett mycket trevligt och välbesökt arrangemang som även detta uppskattades mycket av deltagarna.

Sammanfattningsvis bjöd årets ESC kongress i London på ett intressant och väl genomfört arrangemang med mycket matnyttigt både för forskare och kliniker. De stora medicinska genombrotten lät denna gång vänta på sig men inom de närmaste åren väntar flera stora och viktiga studier på att avslutas och presenteras. Den blågula närvaron var glädjande nog hög, både bland deltagare och presentatörer, vilket torde glädja hela Kardiologsverige.

Nästa år går ESC av stapeln i Rom, den eviga staden! Väl mött där!



CTRCD



Endokardit



Postrar

ESC rapport: Fokus Arrytmi och Pacing

Text: Carina Blomström Lundqvist, Professor, Överläkare, Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Arets ESC kongress bjöd på flera intressanta nyheter inom arytmiområdet, även om det var få banbrytande studier.

Den mest uppmärksammade studien som presenterades på Hot Line sessionen var den s.k. Leadless II trial, som testat en ny typ av pacemaker, en så kallad sladdlös pacemaker. Studien, ”Safety and efficacy of a Leadless pacemaker”, presenterades av Vivec Reddy från New York, USA. I denna interimrapport, redovisades resultat och säkerhet för 300 patienter uppföljda under 6 månader och från hela gruppen på totalt 526 patienter från centra i USA, Kanada och Australien. Primär endpoint som var säkerhet uppnåddes hos 86 % och effektmåttet som var stabila tröskel värden ($\leq 2,0$ V vid 0,4 msek) och sensing (R våg $\geq 5,0$ mV eller likvärdig implantations data) nåddes i 85 % av fallen. Operationstid var medel $28,6 \pm 17,8$ minuter och genomlysningstiden $13,9 \pm 9,1$ minuter för hela materialet. I 96 % kunde den sladd lösa PM implanteras framgångsrikt i höger kammare. Repositionering av enheten krävdes i 31,1 % av fallen. Komplikations frekvensen var högre (6,5 %) än den man ser vid vanlig en-kammar pace operationer. Allvarliga komplikationer var bl.a. åtgärdskrävande myokardperforation i 1,2 % (0,3 % för vanliga enkammarpace) samt dislokationer i 1,5 %, och kärl komplikationer i 1,1 % av fallen. Studiens svaghet är att den inte är randomiserad varför man inte kan utesluta att man valt ut patienter med lägre risk för komplikationer samt att det kan förekomma en under rapportering av komplikationer. Slutsatsen var att enheten fungerade bra och var säker, åtminstone i det korta perspektivet på 6 månader.

Pacemakern är stavformad och fästs med katetertechnik med skruv mekanism i spetsen i höger kammare (Figur 1). Enheten läggs in via en böjbar 18 F skida från lumsken. Det finns liknande system av andra fabrikat, där enheten fästs med ”hullingar”. Livslängden anges till 12–15 år.

De patientgrupper som idag kan ha särskilt stort behov av sladdlös pacemaker är de patienter som ofta drabbas av infektioner relaterade till tidigare insatta konventionella pacemakrar samt de som har blodkärlen igensatta efter tidigare operationer.

Framtida användning kan vara att enheten kombineras med en sk subkutan defibrillator, för att bryta kammar tackykardier med pacemaker stimulering eller stimulera vid för långsam rytm, något som saknas på de defibrillatorer som läggs under huden idag. Vidare som tillägg för sk biventrikulär pacemaker stimulering hos patienter med hjärtsvikt.

I Uppsala har man implanterat 3 stycken leadless pacemakers.

Andra studier som presenterades på Hotline var följande:

1. ”Assessment of an education and guidance program for apixaban adherence in non-valvular atrial fibrillation: the randomized AEGEAN study” från Frankrike av Gilles Montalescot och medarbetare.

Studien visade att patienter som behandlades med NOAC (apixaban) och som randomiserades till att antingen få en särskild utbildning om värdet av att ta sin antikoagulantia medicin inte fick bättre följsamhet än kontrollgruppen för vilken sådan utbildning inte gavs. Studien kan tala för att det inte behövs så intensiva utbildningsinsatser vid användning av de nya orala antikoagulantia preparaten eftersom de inte är omgärdade med så många restriktioner avseende föda och interaktioner med andra läkemedel, och är lätta att ta, åtminstone jämfört med warfarin.

2. ”Effect of Empirical Left Atrial Appendage Isolation on long-term procedure outcome in patients with Long-Standing Persistent AF undergoing Catheter Ablation: Results from the BELIEF Randomized Trial”.

I denna studie randomiserades 173 patienter med långt stående förmaksflimmer till lungvensisolering med ablation av icke lungvens aktiva foci med eller utan elektrisk isolering av vänster förmaksöra. Studien presenterades av Dr Luigi Di Biase, verksam i New York. Uppföljningen var 12 mån och 24 månader där man hos alla som fick återfall isolerade vänster förmaksöra. Efter ett år var 56 procent fria från flimmer bland dem som fått utökad behandling, jämfört med 28 procent i kontrollgruppen.

Resultaten är svårtolkade eftersom 48 % hade bevarad funktion i förmaksörat, vilket talar emot att det skulle vara isolerat. Ett stort frågetecken är varför patienterna hos vilka förmaksörat isolerades inte fick ökad förekomst av blodproppar. När förmaksörat isoleras har man tidigare visat att blodflödet stagnerar och ger upphov till ökad risk för proppar, varför metoden tidigare ifrågasatts.

3. ”Long-Term Effect of Goal-Directed Weight Management in an Atrial Fibrillation Cohort A Long-Term Follow-Up Study (LEGACY)”.

Värt att nämnas är även en studie av Dr Pathak från Australien som visade att bibehållen vikttnedgång är gynnsamt och minskar risken för återfall i förmaksflimmer. I studien ingick 355 patienter. Man visade att vikttnedgång med minst 10 % resulterade i en 6-faldig högre sannolikhet till flimmer frihet jämfört de som enbart gick ned 3–9 % eller under 3 % vikttnedgång.

Andra studier kunde inte konfirmera värdet av att använda adenosin som flimmer provocerande läkemedel efter flimmer ablation och ej heller insättning av antiarytmiska läkemedel direkt efter ablation. Inget av dessa hade gynnsam effekt på flimmer frihet på lång sikt.



Figur 1





I vimmlet på ESC



Redaktören i fint sällskap



V Frykman o K Malmqvist



Dr Waldenhjort och H Persson



Sport kardiologi



Dr Saldeen



F.d. redaktör



Ewa Svahn



Halmstadkollegor



Linköping



18:E SVENSKA

KARDIOVASKULÄRA VÅRMÖTET

GÖTEBORG
27-29 APRIL 2016

SKICKA IN DITT
SYMPOSIUM-
FÖRSLAG INNAN
DEN 13 OKTOBER

WWW.VÅRMÖTET.SE

Akut koronart syndrom hos äldre - en utmaning!

Text: Berglind Libungan, MD, PhD och Annica Ravn-Fischer MD, PhD



Berglind Libungan
MD, PhD



Annica Ravn-Fischer
MD, PhD

Svenskarna blir glädjande nog allt äldre och gränsen för vad vi menar med ”äldre person” har en tendens att flyttas uppåt i takt med att medellivslängden ökar. Den förväntade medellivslängden i Sverige 2014 var för män 80 år och för kvinnor 84 år. Äldre patienter över 80 år utgör den snabbast växande gruppen inom sjukvården i dag. Att få resurser att räkna till och att kunna anpassa vården efter den snabbt växande gruppen äldre kommer att bli en utmaning i framtiden.

Äldre är en extremt heterogen grupp där den kronologiska åldern dåligt korrelerar med den biologiska. Hälsa är ett vitt begrepp som omfattar såväl fysiologiska, medicinska psykologiska och kognitiva dimensioner. Definitionen av vad som menas med en äldre person varierar stort i olika delar av världen. WHO definierar äldre från industrialiserade delen av världen som en grupp vars kronologiska ålder överstiger 65 år. I Sverige utgår vi ofta från en högre ålder >75 år när vi definierar äldre. Begrepp som ”Octogenarians” (>80 år), ”Nonagenarians” (>90 år) och ”Centenarians” (>100 år) används allt flitigare i medicinsk litteratur.

Kardiovaskulär sjukdom är den överlägset vanligaste dödsorsaken i hela världen. I höginkomstländer har man visserligen sett en minskning i dödlighet men tittar man på låg- och medelinkomstländer ökar hjärtkärl dödligheten med snabb takt till följd av livstilsförändringar kopplade till urbanisering och industrialisering.

Akut kranskärlssjukdom ökar med stigande ålder men då merparten av all forskning är utförd på yngre hjärtpatienter står vi vetenskapligt handfallna över hur denna grupp skall utredas och behandlas. Vi tenderar att behandla äldre utifrån de kunskaper vi

har av behandlingseffekter och biverkningar från den yngre gruppen.

SBU gjorde 2014 en sammanställning av hur stor nytta respektive risk äldre patienter med förmaksflimmer, stroke och hjärtinfarkt har av peroral anti-koagulantia och trombocythämmare. SBU kom då fram till att det inte finns några vetenskapliga skäl till att, enbart på grund av hög ålder, avstå att behandla äldre patienter med blodförtunnande läkemedel (1).

Dr. Berglind Libungan, kardiolog på Sahlgrenska, har i sin avhandling *”Acute Coronary Syndrome and Cardiac Arrest in the Elderly”* studerat drygt 45 000 äldre hjärtpatienter. Data från de äldre hjärtpatienterna har hon sammanställt i 5 delarbeten vars huvudpunkter vi redogör för nedan.

Diagnostiska svårigheter

Ofta har läkare en bristfällig utbildning i geriatrisk medicin och har därmed svårt att skilja mellan vad som är sjukdom och vad som är naturligt åldrande. När det gäller hjärtkärlsystemet så sker med stigande ålder en ökad vaskulär resistens. Detta leder till högre blodtryck och försämrad diastolisk funktion. Med stigande ålder förloras hjärtmuskulceller och de kvarvarande myocyterna har en tendens att hypertrofiera. Med åldern lagras kalk in i blodkärl och klaffar och retledningssystemet åldras.

Äldre patienter tenderar att inte söka sjukvård för symtom som trötthet, nedsatt kondition eller dyspné då de ofta tolkar dessa symtom som del i åldrandet. Bland dem som ändå söker sjukvård kan diagnosen AKS vara svår att ställa. De tre diagnostiska hörnstenarna 1) symtom 2) EKG fynd och 3) biokemiska hjärtskademarkörer kan alla vara svårtolkade hos äldre som oftare uppvisar atypiska symtom (2).

Bröstsmärta är det dominerande symtomet vid STEMI och förekommer i 90 % av fallen hos yngre patienter (<65 år) men bland de äldre (>80 år) är det

bara 57 % som uppvisar detta kardinalsymtom (3). Avsaknad av bröstsmärta medför fördröjning till utredning och behandling och kan i slutändan leda till ökad mortalitet (4).

EKG bilden hos äldre med AKS kan vara mer svårtolkad än hos yngre beroende på ökad förekomst av ospecifika ST förändringar, grenblock och pacemakerrytm (5,6).

Högsensitiva troponiner har på många sätt revolutionerat diagnostiken av AKS och minimerat den svårtolkade gråzonen av instabil angina. När det gäller äldre patienter och biokemiska markörer så kan man stöta på diagnostiska svårigheter. Troponiner hos äldre kan vara förhöjda trots avsaknad av AKS t.ex. vid njursvikt, arytmier och hjärtsvikt som alla är vanligare i den äldre populationen (7). Man har diskuterat vilka cut-off nivåer för troponiner som är lämpliga i den äldre populationen utan att enas. Både över- och underdiagnostik vill undvikas men mer forskning behövs för att hitta lämpliga referensvärden i den äldre åldersgruppen.

Oklart evidensläge

Äldre har varit, och är fortfarande, underrepresenterade i kliniska studier vilket får till följd att denna patientgrupp i lägre grad erbjuds den mest evidensbaserade och rekommenderade behandlingen vid AKS (8). I våra egna nationella kvalitetsregister är äldre ofta inte inkluderade. I SWEDEHEART’s/RIKS-HIA’s kvalitetsindex presenteras data för de <80 år. Man kan undra om vården inte är intresserad av att ta reda på vilken vårdkvalitet vi erbjuder den äldre gruppen?

För att veta hur vi bäst ska behandla den äldre gruppen behövs mer forskning menar dr. Libungan. Just nu pågår på Sahlgrenska en studie där 200 st Octogenarians med NSTEMI eller instabil angina randomiseras till antingen invasiv eller medicinsk behandling. Studien syftar till att studera risk respektive nytta av de olika behandlingsregimerna.

Med hjälp av SCAAR-registret, undersökte dr. Libungan långtidsöverlevnaden hos äldre (>80 år) med STEMI som genomgått PCI. Forskargruppen kom då fram till att mortaliteten initialt var högre i denna grupp men att prognosen på längre sikt (upp till 3 år) var bättre jämfört med populationen som helhet.

Dr. Libungan har också studerat gruppen ”äldre med hjärtstopp utanför sjukhus” och funnit att överlevnaden, föga förvånande, sjunker med åldern men bland dem som överlever så har flertalet en god neurologisk funktion.

Behandlingsstrategi

Att äldre människor är skörare och sjukare än yngre är ingen nyhet. När man ska ta ställning till behandlingsalternativ i den äldre gruppen bör man särskilt väga in förekomst av socialt nätverk, kognitiv förmåga, nutritionsstatus, co-morbiditet annan medicinering och compliance.

Dr. Libungan har, i ett av sina arbeten, visat att de äldre som söker med symptom relaterade till AKS i större utsträckning utvecklade hjärtinfarkt. Trots att hjärtinfarktdiagnos var vanligare bland de äldre så gjordes färre ekokardiografier och invasiva utredningar i denna grupp. Äldre blev inte heller i samma omfattning insatta på P2Y12 antagonister och lipid-sänkare. När dr. Libungan i ett annat arbete studerade uteslutande äldre med hjärtinfarkt visade det sig att äldre som genomgick invasiv behandling hade en lägre frekvens hjärtsvikt och en lägre mortalitet.

I varje enskilt patientfall bör vården fråga följande:

- Vad finns det för potentiell nytta med en viss behandling i relation till den risk behandlingen innebär? Ofta har äldre patienter god nytta av aktiv behandling vid AKS men också en ökad risk för komplikationer t.ex. blödningar. Balansgången mellan nytta och risk är ibland extra svår hos äldre och avsaknad av evidens gör inte det lättare.



- Patientens egen vilja till att genomgå respektive avstå behandling bör alltid tas i beaktande. Äldre patienter kan ibland ha svårare att ta till sig information och har därmed svårare att fatta egna rationella beslut. Professionell vägledning är extra viktigt hos hjärtsjuka äldre.
- Förväntad återstående livslängd är något vi tenderar att fokusera mer på hos äldre hjärtsjuka patienter jämfört med den yngre gruppen. Vi vill inte bara att de äldre patienterna ska överleva utan att även de äldre ska få en förbättrad livskvalitet. QALY (Quality Adjusted Life Year) är ett begrepp som på senare tid blivit mer uppmärksammat. Genom olika typer av beräkningar länkas patientnytta med kostnadseffektivitetsbegrepp. Denna typ av resonemang har dock en tendens att fungera i teorin men är sällan

applicerbara i den kliniska vardagen. Vår erfarenhet är tvärtemot d.v.s. att medicinska direktiv ofta saknas vilket kan leda till såväl över- som underbehandling i den äldre populationen. Vi måste alltså lära oss mer om hur vi ska utreda och behandla äldre hjärtsjuka patienter för att optimera nyttan och minimera riskerna. Eftersom den äldre populationen är mer divergent än den yngre är det naivt att tro på en universell ”one size fits all” lösning. För att undvika åldersdiskriminering (både över- och underbehandling) behöver vi ta fram verktyg för att kunna skräddarsy behandling för varje enskild äldre individ. Mer klinisk forskning på äldre hjärtpatienter behövs!

Länk till Dr Libungans avhandling:
<http://hdl.handle.net/2077/38347>

Referenser

1. SBU. Nyttan och risk med läkemedel för äldre: perorala anti-coagulantia och trombocythämmare. Nov 2014
2. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, et al. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: Insights from the global registry of acute coronary events. *Chest*. 2004;126(2):461-9.
3. Rogers WJ, Bowlby LJ, Chandra NC, French WJ, Gore JM, Lambrew CT, et al. Treatment of myocardial infarction in the United States (1990 to 1993): Observations from the National Registry of Myocardial Infarction. *Circulation*. 1994;90:2103-14.
4. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *Journal of the American Medical Association*. 2000;283:3223-9.
5. Molander U, Dey DK, Sundh V, Steen B. ECG abnormalities in the elderly: Prevalence, time and generation trends and association with mortality. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15:488-93.
6. Moubarak G, Algallarrondo V, Badeno N, Guiot A, Guillausseau PJ, Bergmann JF, et al. Electrocardiographic abnormalities in centenarians and octogenarians: A case-matched study. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2012;17:372-7.
7. Reiter M, Twerenbold R, Reichlin T, Haaf P, Peter F, Meissner J, et al. Early diagnosis of acute myocardial infarction in the elderly using more sensitive cardiac troponin assays. *European Heart Journal*. 2011;32:1379-89.
8. Lee PY, Alexander KP, Hammill BG, Pasquali SK, Peterson ED. Representation of elderly persons and women in published randomized trials of acute coronary syndromes. *Journal of the American Medical Association*. 2001;286:708-13.

Ytterligare läsning för den intresserade

9. Ong ACL, Sabanathan K, Potter JF, Myint PK. High mortality of older patients admitted to hospital from care homes and insight into potential interventions to reduce hospital admissions from care homes: The Norfolk experience. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;53:316-9.
10. McDermott C, Coppin R, Little P, Leydon G. Hospital admissions from nursing homes: A qualitative study of GP decision making. *Br J Gen Pract*. 2012;62:e538-e45.
11. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widen EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: A systematic review. *J Am Med Assoc*. 2012;307:182-92.
12. Savonitto S, Cavallini C, Petronio AS, Murena E, Antonicelli R, Sacco A, et al. Early aggressive versus initially conservative treatment in elderly patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: a randomized controlled trial. *JACC Cardiovascular interventions*. 2012;5:906-16.
13. Claude J, Schindler C, Kuster GM, Schwenkglens M, Szucs T, Buser P, et al. Cost-effectiveness of invasive versus medical management of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease: Findings of the randomized trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic angina (TIME). *European Heart Journal*. 2004;25:2195-203.
14. Verktyg till att räkna ut den förväntade återstående livslängden: <http://eprognosis.ucsf.edu>



LATE BREAKING NEWS PÅ ESC

Xantus¹ är en internationell, prospektiv studie med Xarelto hos patienter med förmaksflimmer^a. **Säkerhet och effektivitet med Xarelto i klinisk rutinsjukvård** har studerats hos **6 784 patienter** som följts upp under ett år. Totalt deltog **11 centra från Sverige** i studien Xantus.

Resultaten konfirmerar såväl säkerhet som effektivitet från registreringsstudien ROCKET AF^{2,3}.

a. 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.

Referenser: 1. Camm A.J., Amarencio P., Haas S. et al; *European Heart Journal*, doi:10.1093/eurheartj/ehv466
 2. Produktresumé Xarelto. 3. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al; *N Engl J Med*. 2011;365(10):883–891.

L.S.E.MKT09.2015.1774



Bayer HealthCare

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

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, **R** (B01AF01). Tabletter 15 mg, 20 mg. **Indikationer:** 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 lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna (F). **Dosering:** 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 eller LE 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 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 20 mg en gång dagligen. En sänkning av dosen från 20 mg en gång dagligen till 15 mg en gång dagligen bör övervägas om patientens risk för blödning bedöms överstiga risken för återkommande DVT och LE. Patienter med förmaksflimmer som genomgår konvertering: Behandling med Xarelto kan initieras eller fortskrida hos patienter som kan behöva konvertering. **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 nyligen ulcerationer i magtarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen 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. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska 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 noga för tecken på blödningskomplikationer efter att behandlingen inlett. För fullständig information om varningar och försiktighet var god se www.fass.se. **Förpackningar och förmån:** 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 juli 2015. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Infektiös endokardit

Antibiotikaprofylax bör ges till ”högrisk-patienter” vid dentala ingrepp.

Text: Ulf Thilén, Med Dr, Överläkare vid GUCH-enheten Skånes Universitetssjukhus, Lund



Ulf Thilén

Med Dr, Överläkare vid GUCH-enheten Skånes Universitetssjukhus, Lund

Läkemedelsverket (LMV) rekommenderade 2012 att s.k. endokarditprofylax vid dentala ingrepp inte bör ges (1). Denna rekommendation tycks ha fått ett stort genomslag inom tandläkarkåren. LVM:s uppfattning är emellertid kontroversiell och flertalet svenska hjärtläkare ansåg, och anser fortfarande, att den är felaktig. Det saken gäller är om man ska eller inte ska ge antibiotikaprofylax till en begränsad grupp av patienter med hög risk för infektiös endokardit (IE) eller hög risk för komplicerat sjukdomsförlopp om IE tillstöter, t.ex. patienter med klaffprotes.

IE är en bakterieinfektion på hjärtats klaffar/endokard men begreppet täcker även infektion på implanterat material såsom klaffproteser och pacemakerkablar. I Sverige drabbas årligen 500–600 personer av IE. Fortfarande år 2015, trots antibiotika och aggressiv kirurgisk behandling, är IE en livsfarlig sjukdom. Vid protesendokardit ligger mortaliteten kring 20 %. IE medför också en avsevärd risk (10–50 %) för embolisering av infekterat material till systemcirkulationen, ofta med stroke som följd. För vissa grupper, som patienter med klaffprotes, vissa medfödda hjärtfel och patienter som har haft IE är risken 70–400 gånger större än för normalbefolkningen att drabbas av IE. Den procedurrelaterade risken vid dentalt ingrepp är emellertid låg. I en fransk retrospektiv studie skattades risken för IE vid dentalt ingrepp till 1/10 700 procedurer hos patienter med klaffprotes och till 1/54 300 procedurer hos patienter med nativ klaffsjukdom (2). Författarna kalkylerade att risken kunde reduceras om antibiotikaprofylax gavs men, att väldigt många patienter behövde behandlas för att hindra ett fall av IE.

Förutsättningen för IE är att det finns ett substrat där bakterier lätt får fäste – t.ex. en skadad klaff eller implanterat främmande material – och bakteremi. Stafylococcus och streptococcus är de dominerande bakterietyperna vid IE. De senare har ofta sitt

ursprung i munhålan. I LVM:s genomgång 2012 redovisades att tandextraktion är förenat med bakteremi i 20–96 % av fallen och motsvarande siffra för depuration 10–90 %.

Det är angeläget att förhindra IE. Vikten av en god tandhälsa är okontroversiell och är en viktig uppgift för tandvården. Att antibiotikaprofylaxen ifrågasatts beror på att det saknas studier på dess effektivitet, randomiserade studier saknas helt. Antibiotikaprofylax har emellertid använts vid dentala ingrepp under många decennier och att upphöra med den, i avsaknad av studier som bevisar dess oförmåga att förhindra IE, kan ses som ett vågspel med enskilda patienters liv som insats.

Antibiotikaprofylaxens historia

Under senare delen av 1900-talet användes antibiotikaprofylax frikostigt och gavs till patienter med alla typer av klaffel, även sådana där risken för IE inte var mycket förhöjd och tillämpades även i andra sammanhang än tandbehandling, t.ex. gastro- och bronkoskopi. Detta utbredda bruk kom att ifrågasättas. År 2009 presenterade Europeiska Kardiologföreningen, den amerikanska hjärtläkarföreningen och Socialstyrelsen här i Sverige relativt samstämmiga rekommendationer att begränsa antibiotikaprofylax till patienter med hög risk för IE eller hög risk för komplicerat sjukdomsförlopp om de drabbades av IE. Behandling skulle endast ges vid vissa dentala ingrepp. Det var en kompromiss där man vägde in frånvaron av bevis för antibiotikaprofylaxens värde samtidigt som man, i brist på studier, inte ville undanhålla en möjligt effektiv behandling för dem med högst risk. I Sverige utförs årligen ungefär 100 000 dentala procedurer där antibiotikaprofylax skulle vara aktuell om Europeiska kardiologföreningens rekommendation tillämpades.

Redan 2008 hade emellertid National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannien kommit att rekommendera att antibiotikaprofylaxen

Endokarditprofylax enl. Europeiska kardiologföreningen

Till patienter med

- Tidigare endokardit
- Klaffprotes/klaffel som lagats med främmande material
- Kongenitalt hjärtfel
 - Cyanotiskt hjärtfel som ej opererats eller där restdefekt föreligger.
 - Om op med conduit (rör med/utan klaff).
 - 6 månader efter hjärtkirurgisk åtgärd/kateterintervention där främmande material använts.

- Vid kvarstående defekt, där främmande material använts, så länge den föreligger.

Vid

- Tandextraktion eller depuration

Preparat

- Amoxicillin/ampicillin 2 g p.o./i.v.
- Clindamycin 600 mg p.o./i.v. (om Pc-allergi) 30–30 minuter före ingrepp

borde upphöra helt. År 2012 publicerade LVM rekommendationer med samma innebörd. Ett av LVM:s uppdrag var att se över antibiotikaanvändningen i samhället mot bakgrund av utvecklingen av antibiotikaresistens vilket kanske påverkade slutresultatet.

Det finns en logik med antibiotikaprofylax. Tandbehandling som ger upphov till bakteremi utsätter patienten med ett substrat för risk att utveckla IE och vi vet att antibiotika minskar bakteremiriskerna och bakteremidosen. LVM:s argument har varit att dagliga aktiviteter såsom tandborstning och tuggning också kan ge upphov till bakteremi d.v.s. att den dentala proceduren inte skulle vara särskilt unik. I flera av LVM:s redovisade studier förekommer dock inte bakteremi vid tuggning/tandborstning. Man argumenterar att den kumulativa bakteriemexpositionen är mångfalt större vid dagliga aktiviteter än vid ett enstaka tandläkaringrepp utan att ta hänsyn till betydelsen av infektionsdosens storlek. Det finns djurexperimentellt stöd för att dosstorlek har betydelse och det överensstämmer väl med andra biologiska fenomen, t.ex. lågradig strålningsexposition är mycket mindre skadlig än exponering för samma ackumulerade dos vid ett enda tillfälle. Som belägg för antibiotikaprofylaxens ineffektivitet hänvisar LVM till en holländsk case-controlstudie, i den studien hade emellertid patienter med klaffprotes exkluderats varför resultatet inte är överförbart på den högriskgruppen (3). I en studie 2011 analyserades hur NICE rekommendationer från 2008 hade påverkat incidensen av IE i Storbritannien (4). Man kunde konstatera att användandet av antibiotikaprofylax hade minskat med cirka 75 % utan att incidensen IE hade ökat. Det problematiska var att hos 25 % fortsatte antibiotikaprofylaxen och då inte osannolikt hos dem med högst risk för IE. LVM tog studieresultatet som en intäkt för att helt kunna avskaffa antibiotikaprofylaxen medan studiens författare anmärkte att studieresultatet inte utslöt att högriskpatienter kan ha nytta av antibiotikaprofylax. I en år 2015 publicerad förnyad analys, över en längre tidsperiod, konstaterades att incidensen IE i Storbritannien har ökat och att denna ökning tidsmässigt sammanfaller med införandet av NICE rekommendationer 2008 (5). Det är

oroväckande, men eftersom det finns andra möjliga faktorer – ökat antal individer med ökad risk för IE, förbättrad diagnostik, m.m. – som kan bidra till ökad incidens IE är det tidsmässiga sambandet inte nödvändigtvis detsamma som kausalitet.

Varför ska man inte ge antibiotikaprofylax? LVM anför två argument, antibiotikaresistens och läkemedelsbiverkningar. Utvecklingen av antibiotikaresistens efter en engångsdos amoxicillin, som det här är frågan om, är inte undersökt och kan därför inte användas som argument. LVM anger i sin skrift att risken för fatal anafylaktisk chock är 15–25/miljon patienter som får en dos penicillin, dock utan att nämna att det inkluderar parenteral tillförsel. Som regel utgörs profylaxen av en peroral engångsdos amoxicillin och i en engelsk genomgång uppskattade man att det under en 35-års period getts ungefär 100 miljoner sådana behandlingar med ett enda fall av fatal anafylaxi.

Det är uppenbart att studier för att bedöma antibiotikaprofylaxens värde behövs men svårigheten illustreras av att skall en randomiserad studie få ett någorlunda säkert resultat, behövs minst 6 000 patienter i vardera behandlingsarmen.

Mot bakgrund av ovanstående och i avvaktan på vägledande studier anser jag att man bör fortsätta att ge antibiotikaprofylax till högriskgrupper såsom Europeiska kardiologföreningen rekommenderar.

Referenser

1. Läkemedelsverket. Antibiotikaprofylax i tandvården. Tryckt version: 2012:(23)5
2. Xavier Duval F, Alla B, Hoen F. et al. Estimated Risk of Endocarditis in Adults with Predisposing Cardiac Conditions Undergoing Dental Procedures With or Without Antibiotic Prophylaxis. Clinical Infectious Diseases 2006;42:e102-7.
3. Van der Meer JT, Van Wijk W, Thompson J et al. Efficacy of antibiotic prophylaxis for prevention of native-valve endocarditis. Lancet. 1992;339:135-9.
4. Thornhill MH, Dayer MJ, Forde JM et al. Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. BMJ 2011;342:d2392.
5. Dayer MJ, Jones S, Prendergast B et al. Incidence of infective endocarditis in England, 2000-13: a secular trend, interrupted time-series analysis. Lancet 2015;385:1219-28.

Kardiologföreningens enkät: hur fungerar fortbildningen?

Text: Frieder Braunschweig, för styrelsen

Att delta i regelbunden utbildning är en viktig förutsättning för att bibehålla och utveckla sin yrkeskompetens som läkare. Kardiologin kännetecknas av en snabb kunskapsutveckling och ett högt innovationstempo. Därför behövs det kontinuerliga och adekvata utbildningsinsatser för att landets kardiologer kan hålla sig uppdaterade. En välutbildad läkarkår är förutsättning för en fortsatt hög kvalitet, effektivitet och säkerhet inom Svensk hjärtsjukvård.

Fortbildningen, dvs kontinuerlig utbildning av specialistläkare, står aktuellt inför svåra utmaningar. Dagens pressade sjukvårdsekonomi gör det svårt för verksamhetschefer att avsätta tillräckligt med tid och resurser för utbildning. Det nya LIF avtalet minskar industrins möjligheter att stödja utbildning. Detta bortfall har ej mötts av en motsvarande utbildnings-satsning från SKLs och arbetsgivarnas sida varför risken är överhängande att fortbildningen försämras framöver. På andra sidan finns det stora och delvis utvecklade möjligheter till förbättring med hjälp av bättre samordning, utnyttjande av lokala resurser och tillämpning av internetbaserat lärande.

I detta läge ville Kardiologföreningen skaffa sig ett diskussionsunderlag genom kartläggning av medlemmarnas aktuella utbildningssituation och önskemål inför framtiden.

En förfrågan om deltagande i en web-enkätundersökning mailades ut till 820 medlemmar med giltig email-adress under oktober och november 2014. Vi fick 260 svar (32 %), en låg svarsfrekvens men ett tillräckligt antal för att bygga robust statistik. Enkäten innehöll totalt 26 frågor.

Tabell 1 visar information om deltagarna. Medianåldern var 51 år och 34 % var kvinnor vilket kan jämföras med en medianålder på 54 år och andel kvinnliga medlemmar på 25 % i hela föreningen. Kardiologiska enheter finns framför allt på stora sjukhus vilket återspeglas i fördelningen av arbetsplatser. Merparten av föreningens medlemmar har nått långt i sin yrkeskarriär och innehar seniora befattningar. Bland kardiologer (81 % av deltagarna) har de flesta dubbla specialistdiplom; totalt sätt 61 % är även specialistläkare inom internmedicin och 4 % är trippelspecialister. Bland kollegor med annan specialistutbildning än kardiologi (9 %) dominerar internmedicin (4 %) och klinisk fysiologi (4 %). På frågan om subspecialisering inom kardiologin uppgav de flesta allmän kardiologi som sitt verksamhetsområde, 13 % kände tillhörighet till arytmologi och 9 % till interventionell kardiologi. Vi vet idag inte exakt hur väl fördelningen av dessa variabler bland deltagarna motsvarar den i hela föreningen. Intrycket är att enkäten är någorlunda representativ.

Tabell 1: Information om deltagarna

Ålder; år (median, 25 %–75 % percentil) 51 (41–59)
Kvinnor (%): 34 %

Legitimation:

År efter legitimation 19 (12–28)
Leg. i nordisk land 89 %
Leg. i annat land 11 %

Arbetsplats:

Universitetssjh/regionsjh 48 %
Länssjukhus 26 %
Länsdelssjukhus 12 %
Privat mottagning 7 %
Annat 7 %

Befattning:

Chefsbefattning 10 %
Överläkare 50 %
Specialistläkare 19 %
ST-läkare 13 %
Annat 8 %

Specialistutbildning:

År efter 1:a specialistbevis 15 (9–23)
Kardiologi 81 %
Annan specialitet 9 %
Ej specialist 10 %

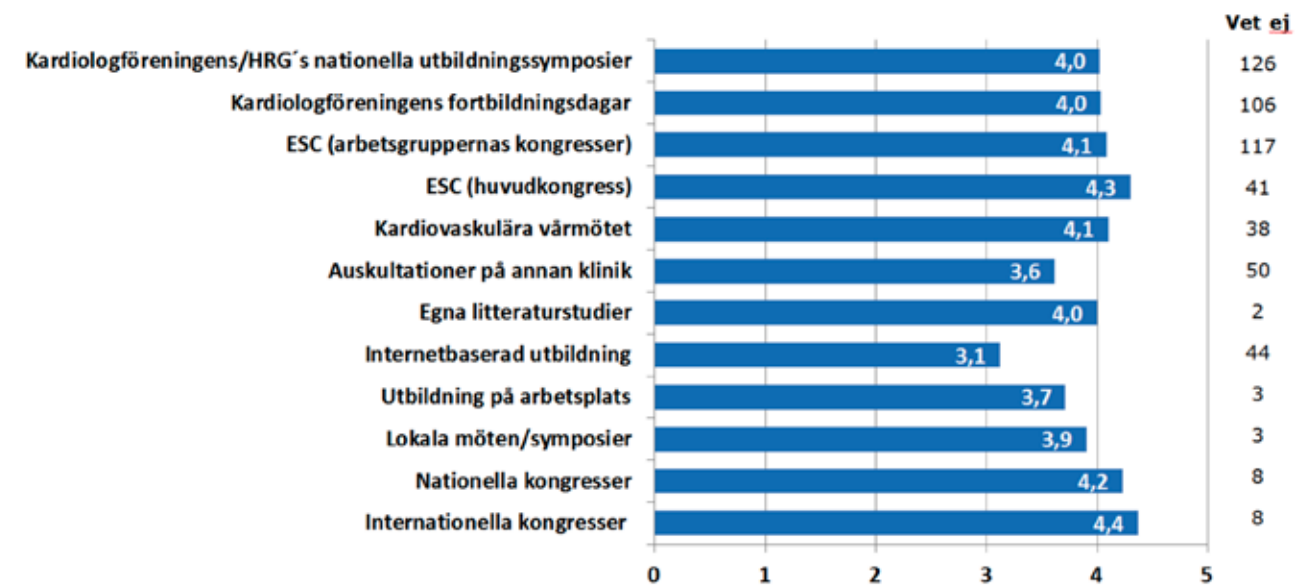
Specialisering inom kardiologin:

Allmän kardiologi 60 %
Arytmi 13 %
Interventionell kardiologi 9 %
Hjärtsvikt o klaffsjukdomar 6 %
Imaging 4 %
Annat 8 %

En viktig fråga gällde hur många heldagar hade kunnat ägnas åt utbildning/fortbildning under de senaste 3 åren. I snitt (median) var detta 7 dagar (min 1 dag, max 21 dagar). Däremot ansågs att det skulle behövas 10 heldagar per år (min 1 dag, max 40 dagar) för att möta det faktiska behovet av ut-/fortbildning.

Tabell 2 redovisar deltagandet i olika typer av utbildning. Mindre utbildningsmöten (2–4 timmar) beroende eller oberoende av industristöd var den vanligaste utbildningsformen. Respondenterna besökte vårt nationella huvudmöte, Kardiovaskulära Värmötet, nästan vartannat år – en glädjande siffra. Regelbundna utbildningsaktiviteter (minst 1/månad) på den egna arbetsplatsen omfattade främst föreläsningar (78 %) och falldiskussioner (61 %). Det var mindre vanligt med journal club (27 %) och/eller genomgång av komplikationer och avvikelse rapporter (25 %). Bara 4 % angav att det saknades varje form av regelbunden utbildning på hemmakliniken.

Figur 1 visar hur olika utbildningsaktiviteter värdesattes på en skala mellan 1 (ingen nytta) och 5 (stor nytta). Intressant nog rankades internationella kongresser högst – ESC:s huvudkongress var det enskilt mest populära mötet. Kardiologföreningens nationella utbildningssymposier håller på att etableras och är än så länge ej känd för alla (många kryssade ”vet ej”). Förvånande nog hade lite mer än hälften ej deltagit i någon internetbaserad utbildning under det senaste året och värdet av internetbaserad utbildning uppskattades minst av de angivna alternativen.

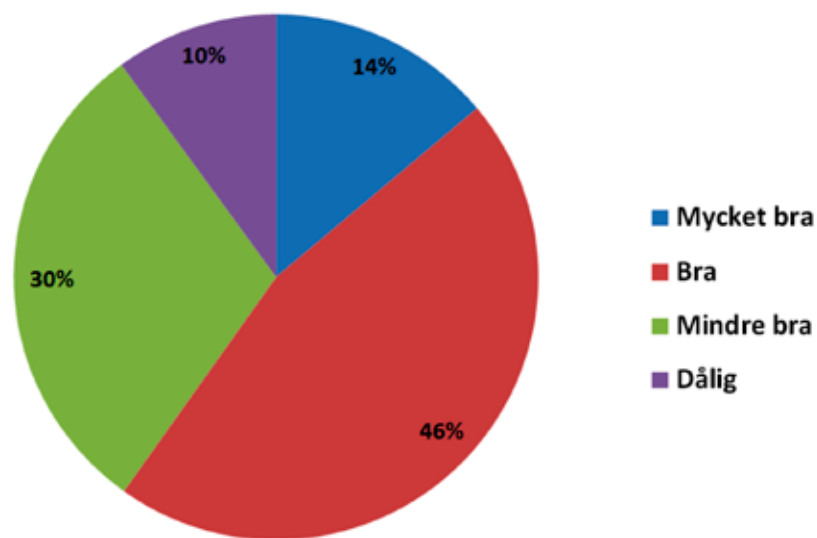


Figur 1: Hur bedömer du värdet av deltagandet i följande aktiviteter för din utbildning/fortbildning (1=ingen nytta, 5=stor nytta)

Enligt deltagarnas uppskattning finansierades utbildningen till 54 % av arbetsgivare, 21 % av industrin, 12 % genom forskningsmedel och 9 % betalades ur egen ficka. Vi frågade om det finns en policy på den lokala arbetsplatsen som reglerar anspråk på tjänstledighet med lön för utbildning. Så var fallet hos 27 % av deltagarna (44 % nej, 29 % vet ej). När en sådan policy var på plats rörde det sig om ca: 9 dagar/år. Likaledes frågades efter en tydlig policy som reglerar anspråk på en viss summa pengar per läkare öronmärkt för utbildningsändamål. Här svarade bara 11 % med ”ja” (61 % nej, 28 % vet ej).

Detta ämne provocerade också flest fria kommentarer. Många önskade att arbetsgivarna tar ett större ansvar om fortbildningen och efterlyste tydligare regler för avsatt tid och finansiering av utbildning. I detta samband kommenterades även värdet med dokumentation av utbildningsinsatser via ett CME-poängsystem. Andra påpekade behovet av bättre annonsering och samordning av kursverksamheten. Det är idag vanligt att arbetsscheman läggs med 6 månaders framförhållning så att det kan bli svårt att boka in utbildningar när de annonseras. Bättre möjligheter att komma i väg från arbetsplatsen för erfarenhetsutbyte med kollegor på andra sjukhus efterfrågades lika som mer tillgängliga kurser lokalt och mer föreläsningar via internet.

Slutligen gjorde deltagarna i enkäten en sammanfattande bedömning avseende möjligheterna att delta i adekvat utbildning. Figur 2 visar att 60 % upplevde den nuvarande situationen som bra eller till och med mycket bra, bara 10 % som dålig.



Figur 2: Hur upplever du dina möjligheter att delta i adekvat utbildning?

Sammanfattning:

Utbildning och fortbildning är en av Kardiologföreningens kärnfrågor. För att få en bättre bild av hur utbildningen ser ut idag, hur den finansieras och vilka behov och önskemål som finns inför framtiden gjorde styrelsen en enkätundersökning bland föreningens medlemmar. Glädjande nog är en majoritet av föreningens medlemmar nöjda med ut- och fortbildningen: 60 % bedömer möjligheterna att delta i utbildning som bra eller mycket bra. Utbildningar på internationell nivå är mest och de som levereras via internet minst populära. Medan det anses att 10 heldagars utbildning/år är adekvat för att möta utbildningsbehovet, hade man kunnat avsätta endast 7 dagar/år under de senaste 3 åren. Siffrorna speglar väl resultaten i Läkarförbundets senaste fortbildningsenkät (2012) där antalet dagar av extern fortbildning var 7,1 i genomsnitt. Även våra medlemmars önskemål om möjlighet till 10 heldagars utbildning årligen matchar Läkarförbundets målsättning om ≥ 10 dagar/år.

Många medlemmar efterlyser att arbetsgivaren tar ett större ansvar i utbildningsfrågor, framförallt att arbetsgivaren ställer högre krav och erbjuder mer ledig tid och finansiering för utbildning, helst med hjälp av en tydlig policy. Svenska Läkaresällskapet uppmanar sina sektioner att ta ställning till vilken nivå som anses motsvara kraven på kontinuerlig kompetensutveckling. Vidare rekommenderas en årligen överenskommen fortbildningsplan där fortbildningsaktiviteter och resultat dokumenteras. För mer information hänvisas till SLS's policydokument (www.sls.se/utbildning).

Kardiologföreningen har tagit ett viktigt steg i denna riktning genom lansering av ett system för dokumentation av CME poäng (se cardio.se). CME poängen kan vara ett viktigt underlag för att redovisa utbildningsmeriter och ställa krav på adekvat utbildning. Just nu lägger vårt utbildningsutskott fokus på revidering av specialistläkarutbildningen. Så fort detta kommit i mål ska vi satsa på att utveckla systematiska rekommendationer för fortbildningen inom kardiologin.

Utsickat av enkäten i sig gav redan ett första viktigt resultat: vårt medlemsregister innehåller en del felaktiga adressuppgifter. Styrelsen har sedan dess jobbat mycket med detta och har reducerat andelen saknad eller felaktig kontaktinformation till ett minimum. Det kan vara ett medvetet val att inte ange sin adress, men alla som önskar få tidningen och vill ta del av föreningens mailutskick ombeddes att vid behov uppdatera sina adressuppgifter via cardio.se.

Kardiologföreningens första utbildningsenkät hade sina brister och behöver vidareutvecklas inför nästa omgång. Men det var ett viktigt första steg för att inhämta bakgrundsinformation i diskussionen om ut- och fortbildning. Utvecklingen av kardiologernas fortbildningsaktiviteter och eventuella konsekvenser av de nya samverkansregler behöver monitoreras framöver. Tack alla som har deltagit den här gången!

Indikation: MULTAQ®, C01BD07, 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.

SANOFI

Om betablockad inte räcker till vid icke-permanent förmaksflimmer

MULTAQ®
dronedaron

Dosering: För vuxna, tablett 400 mg två gånger dagligen i samband med måltid.
Varningar och försiktighet: samt ytterligare information, se www.fass.se Kontaktuppgifter: MULTAQ uthandahålls av Sanofi AB, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoadv@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumé: SE-DRO-15-01-08 februari 2015 september 2014.

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.

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.

Pradaxa® (dabigatranetexilat) 150 mg x 2

BÄTTRE SKYDD ÄN WARFARIN MOT ISCHEMISK STROKE*1–4

EFFEKT- OCH SÄKERHETSPROFIL HAR BEKRÄFTATS AV FDA I KLINISK ANVÄNDNING HOS >134 000 PATIENTER⁵

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

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 12/2014. 4. Ezekowitz MD et al. Am Heart J 2009;157:805–10. 5. Graham DJ et al. Circulation 2015;131:157–64.

Förskrivningsinformation: Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVAF), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass $\geq$ II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ven-trombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått elektiv total protesoperation i höft- eller knäled. **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. Pradaxa bör användas med försiktighet till patienter med kända riskfaktorer för hjärtinfarkt. **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 produktresumé 12/2014.

Boehringer
Ingelheim

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

Pradaxa®
dabigatranetexilat

Nytt från HjärtRytmGruppen

Text: Tord Juhlin

”Som tidigare angivits kommer höstens tema att bli ”Nationella riktlinjer för arytmivården 2015”

Temadagarna

Hjärtrytmgruppen, HRG, har i sommar fortsatt förberedelserna för höstens temadagar. Som tidigare angivits kommer höstens tema att bli ”Nationella riktlinjer för arytmivården 2015” och utgå från Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård som nu kommer i sin slutliga version. Temadagarna kommer att hållas i Stockholm 6/10, Lund 8/10 samt avslutningsvis i Umeå 21/10. De ämnen som tas upp är följande;

- Hur går prioriteringsarbetet till? Vad jämför vi med?
- Strokeprevention vid förmaksflimmer och andra tillstånd.
- Devicebehandling vid hjärtsvikt, förebygga plötslig död.
- Kammararytmier, ICD och Ablationsbehandling.
- Hur kan vi ge våra arytmipatienter bästa vården? Kunskapsluckor, geografiska och demografiska skillnader, horisontella och vertikala prioriteringar.
- Kompetenskrav och Standardisering för arytmiblation och arytmimplantat.

Bland föreläsarna märks Frieder Braunschweig, Carina Blomström Lundqvist, Magnus Forsgren, Stellan Mörner, Tord Juhlin, Bozena Ostrowska, Jonas Schwieler, Dritan Poci, Anders Jönsson, Niklas Höglund och Pyotr Platonov med flera.

För ytterligare information och anmälan se www.cardio.se. Missa inte detta unika tillfälle att bli uppdaterade på de nya nationella riktlinjerna!

Elfysskolan

Förra årets succé med elfysskolan upprepas i år och går av stapeln i Linköping 13/11 med Jonas Schwieler som ansvarig och Anders Jönsson som lokal värd. Kursen riktar sig i första hand till yngre elektrofysiologer som stått på lab upp till två år. Detta kan dock modifieras i mån av plats.

Kursen fokuserar i år på praktisk elektrofysiologi och går igenom;

- Val av patient och preoperativ bedömning.
- Ljumspunktion.
- Kateterval och val av för ingreppet lämplig introducer.
- Röntgen med säkerhetsaspekter.
- Transseptalpunktion.
- Arytmidignosstik.

Det är önskvärt att deltagarna har med sig egna fall från hemortssjukhuset.

Certifiering för device- och ablationsbehandling

I förra numret av Svensk kardiologi redogjordes för den inventering av arytmimplantations-verksamheten i Sverige som genomförts under ledning av Magnus Forsgren. Sammanfattningsvis är implantationsverksamheten i Sverige i relativt hög grad decentraliserad. Utvecklingen på universitetsklinikerna drevs historiskt av thoraxkirurger men har efterhand alltmer övergått till kardiologerna. På läns- och länsdelssjukhus har verksamheten drivits i mer varierande former och de lokala traditionerna är starka. ICD (och CRT) implanteras i högre grad av kardiologer, och variationen i implantationsfrekvens per år mellan olika landsdelar är stor. Det finns en stor spännvidd i volymer, och en stor andel av operatörer och implanterande enheter har låga volymer.

Verksamheten registreras i Pacemaker/ICD registret, men finns inte med i de nationella kvalitetsregistren. Totalt antal implantationer i Sverige år 2013 uppgick till ca 12 000.

Med detta som bakgrund, och för att höja kvaliteten på denna verksamhet, d.v.s. optimera operationsresultaten och minska komplikationsfrekvensen, har HRG formulerat den kompetensnivå som vi anser bör förväntas av arytmimplantatoperatörer och utarbetat följande riktlinjer. Dessa rekommendationer är till stor del i enlighet med EHRAs riktlinjer.

Kompetenskrav på läkare som utför pacemakerimplantation

- Minimum 1 års implantationsträning under ett mentorskap på ett högvolumscentrum (d.v.s. klinik med >200 pacemakerimplantationer per år).
- Skall ha genomfört minimum 50 pacemakeroperationer varav 30 som primär operatör de senaste 2 åren.
- Skall självständigt ha genomfört minst 250 deviceuppföljningar/programmeringar de senaste 2 åren.
- Bör ha fått slutgiltig ackreditering genom EHRA exam eller motsvarande.
- Rekommenderas minimum 50 nya deviceoperationer per år (dosbyten ej inräknat) för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen.
- Rekommenderas minimum 100 deviceuppföljningar per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen.

En mentor/handledare skall ha kompetens i pacemaker, ICD och CRT implantationer och minst 5 års erfarenhet samt EHRA exam eller motsvarande.

Kompetenskrav för ICD-implantation (omfattar ej CRT-D)

- Kompetens för pacemakerimplantationer enligt ovan.
- Skall ha genomfört minst 30 ICD-operationer de senaste 2 åren varav minst 15 som primär implantatör.
- Skall ha självständigt genomfört minst 100 ICD-uppföljningar/programmering de senaste 2 åren.
- Rekommenderas minimum 30 nya ICD-operationer per år (dosbyten ej inräknat) för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen.
- Rekommenderas minimum 100 ICD-uppföljningar per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen.
- ha fått slutgiltig ackreditering genom EHRA exam eller motsvarande.

Kompetenskrav för CRT-implantation

- Kompetens för ICD-implantationer enligt ovan. Skall ha genomfört minst 20 CRT-implantationer senaste året därav minst 10 som primär implantatör på ett högvolumscentrum (d.v.s. klinik med >50 CRT-implantationer per år).
- Skall ha självständigt genomfört minst 50 CRT-uppföljningar de senaste 2 åren.
- Rekommenderas minimum 25 nya CRT-operationer per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen.
- Rekommenderas minimum 50 CRT-uppföljningar per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen.
- Skall ha fått slutgiltig ackreditering genom EHRA exam eller motsvarande.



Arytmiprofilen

Magnus Forsgren

Text: Tord Juhlin



Magnus Forsgren
Överläkare
Kardiologkliniken,
Falun lasarett

”De påtagligt
positiva
effekterna av
arytmibehandling
för många
patienter.”

Hur kom det sig att du blev arytmolog?

Som ofta: miljö och impulser. Hade nog tänkt mig infektionsspecialiteten först. Flyttade från Stockholm för AT i Falun, trivdes, blev kvar, men arbetsmarknaden för infektionsunderläkare lokalt var mager. Vikarie-rade sedan som underläkare, först kirurgi, men sedan medicin och i synnerhet kardiologi. Kardiologin i Falun separerade från medicinkliniken -98 och jag blev en av två ST-läkare. Fastnade tidigt för

pacings och småningom ICD. Landade sedan i Uppsala -00, det var många arytmologer och inte mycket utrymme att delta i t.ex. elfys, men själva tänkandet och rytmanalyserna var något som passade mig. Tillbaka i Falun började upplärning i pace-implantationer och sedan var jag fast. Sen kom nya utmaningar: att etablera ICD- och CRT-implantationer. De senaste åren har det också blivit mer och mer cardiogenetik.

Vad är det inom arytmologin som tilltalar dig?

Det analytiska och tekniska tänkandet, beslutsprocesserna, kan fortfarande efter dryga femton år glädjas åt det knepiga EKG:t. De påtagligt positiva effekterna av arytmibehandling för många patienter. Hantverket kring devicebehandling.

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

Utbildning: högre lägstanivå på omhändertagandet vid arytmiproblematik.

Hur ser du på arytmologins framtid?

Det ska bli intressant att se hur tekniska framsteg integreras i vardagsarbete: utveckling av CRT, leadless pacing, hur kommer dagens spetsteknik tillämpas i den vanliga vården i framtiden? Hur ska vi integrera genetiken?

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

Innan medicinstudierna arbetade jag fem år som ljuskniker på olika teatrar. Det kunde blivit en fortsättning ...

Vad gör du på din fritid?

Familj, idrott, renoverar hus och cyklar. Läser ibland, kultur lite.

Vilken bok läser du just nu?

Leif GW Persson ”Den sanna historien om Pinocchio näsa”.

Vilken film såg du senast?

”O Brother, Where Art Thou”, gammal favorit i repris!

Tack!

FORTBILDNINGSDAGAR i Kardiologi

Tema: Sköra äldre med hjärtsjukdom

UPDATE

4-6 Februari 2016
Sälen



För anmälan och mer info:
www.mkon.se/update



KLINISKT KARDIOLOGISKT FORSKNINGSMÖTE 2015



Datum: 25-27 november 2015

Plats: Rosersberg



Välkommen på svenska kardiologföreningens 6:e möte med fokus på klinisk kardiologisk forskning!

Kom och presentera och diskutera din forskning tillsammans med andra forskare. Under några intensiva dagar varvas doktorandpresentationer med föreläsningar och paneldiskussioner ledda av erfarna forskare.

Mer information och anmälan finns på:
www.mkon.se/forskningsmote

www.mkon.se/forskningsmote

Klinisk forskning

Kartlägg kunskapsluckorna

Text: Johan Sundström, professor i epidemiologi, Scientific Director, Uppsala Clinical Research Center (www.ucr.uu.se)



Johan Sundström

Professor i epidemiologi,
Scientific Director, Uppsala
Clinical Research Center

Förutom den vetenskapsteoretiska basen, som belystes i förra numret, behövs också en ämnesspecifik kunskapsbas. För klinikern har en särskild vetenskap, *evidensbaserad medicin* (EBM), utformats för att säkerställa tillgången till transparenta och objektiva sammanfattningar av kunskapsbasen. Eftersom EBM-verktygen ligger den kliniska forskaren så nära är det mycket lämpligt att använda sig av dem här.

Oavsett forskningsfält är det nämligen otroligt viktigt att vara säker på att man inte gör redundant forskning. Det är ett slöseri med resurser för forskare, forskningspersonal och finansierare, och är dessutom oetiskt ur patienters och försökspersoners synvinkel.

Undvik resursslöseri

Den första publicerade rapporten av ett biologiskt samband eller en behandlingseffekt är ofta ett falskt positivt sluppfynd (Ioannidis, *JAMA* 2005;294:218). *Publication bias* innebär att positiva fynd för ett nytt biologiskt samband eller en behandlingseffekt är mer intressanta att rapportera för tidskrifter än negativa fynd. Att upprepa en banbrytande studie som någon annan redan gjort är alltså viktigt för att bekräfta eller vederlägga fynden. Och egentligen är ju studie

nummer två som visar samma sak viktigare än nummer ett, eftersom sannolikheten för att fynden bara är ett sluppfynd då minskar; tyvärr uppskattas studie nummer två inte alltid efter förtjänst.

Men ytterligare studier av samma samband som tillför mycket lite evidens eller förståelse bör förstås undvikas. En mycket viktig men ofta förbisedd uppgift är därför att man innan studien påbörjas, noggrant identifierar den lucka i kunskapsbasen som man själv kan fylla med sin studie. För att undvika resursslöseri föreslår Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) därför sedan länge att varje doktorsavhandling bör inledas med en **systematisk litteraturöversikt** som visar vad som redan är känt.

Var systematisk

Den systematiska litteraturöversikten följer en bestämd mall (t.ex. Moher *BMJ* 2009;339:b2535). Den innebär att minst två personer oberoende av varandra söker artiklar i minst två fördefinierade databaser (oftast Medline, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Clinicaltrials.gov, och kanske även ansökningshandlingar hos FDA och EMEA) enligt ett fördefinierat protokoll med tydliga inklusions- och exklusionskriterier för vilka artiklar som är relevanta. Sen avgör de två personerna, oberoende av varandra, vilka sammanfattningar (abstract) som kan vara relevanta och vilka fulltextartiklar som ska beställas och läsas igenom.

Denna kolumn är ett utdrag ur boken **Handbok i biomedicinsk forskning**, av Johan Sundström och Lars Lind, som under 2015 utkommer på Liber förlag med ISBN 47-11399-6. Denna kolumn, **Klinisk forskning II**, kommer att regelbundet återkomma i **Svensk Kardiologi** med handfasta metodologiska tips för den kliniska forskaren inom olika fält såsom evidensbaserad medicin, studiedesign, epidemiologiska begrepp, praktiskt genomförande av studier, statistisk analys, och skrivande av vetenskapliga artiklar.

I nästa steg läser de, oberoende av varandra, igenom artiklarna och avgör vilka som platsar i analysen; tycker de olika i något steg konsulterar de en tredje person. Därefter extraheras data ur artiklarna, och om det finns tillräckligt många relevanta artiklar sammanvägs resultaten från de olika artiklarna i en *metaanalys*. Eftersom allt detta görs helt transparent och enligt ett definierat protokoll, kan vem som helst upprepa studien. På så sätt minskar risken för att forskarens egna önskringar eller jävsförhållanden påverkar resultaten. I mallen ingår också att man studerar möjlig publication bias och värderar varje enskild studies kvalitet och risk för bias.

Ställ bättre frågor - ge bättre svar

Först efter att man på detta noggranna sätt försäkrat sig om att man har identifierat en kunskapslucka som är värd att satsa forskningsresurser på, bör man alltså kasta loss. Och en fördel med detta noggranna tillvägagångssätt är att man har blivit expert på evidensläget i ämnet redan innan forskningsstudien påbörjas. Och det är mycket användbart när man ska motivera forskningsprojektet, till exempel när man skriver ansökningar om anslag till projektet.



Janet Elizabeth Lane-Claypon (1877-1967) var en pionjär inom utvecklingen av kohort- och fall-kontrollstudier. År 1912 publicerade hon en av de första kohortstudierna, som visade att barn som ammas gick upp i vikt snabbare än de som matats med komjolk. Hon genomförde också en av de första fall-kontrollstudierna, en multicenterstudie av 500 kvinnor med bröstcancer och 500 kontroller. Studien visade att ålder vid första graviditet, ålder vid menopaus, och antal barn var kopplade till risk för bröstcancer, faktorer som än idag anses vara bland de viktigaste.

Sjukvårdspersonalens vidareutbildning – ifrågasatt och reglerad med rätta?

Text: Lars Rydén, Professor, Enheten för Kardiologi, Institutionen för Medicin K2, Karolinska Institutet
mail: lars.ryden@ki.se



Professor Lars Rydén

Enheten för Kardiologi
Institutionen för Medicin K2
Karolinska Institutet



Figur 1. 2014 års avtal om samverkan mellan sjukvårdspersonal och industri

Inledning - vad gäller?

På senare år har sjukvårdspersonalens, inte minst läkarnas, möjligheter att få sin vidareutbildning via läkemedels- och medicinskt tekniska företag, organiserade aktiviteter eller kongressresor begränsats. För närvarande gäller en, den 1/1 2014 träffade överenskommelsen om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och den läkemedelsinriktade, medikintekniska samt laboratorietekniska industrin (1).

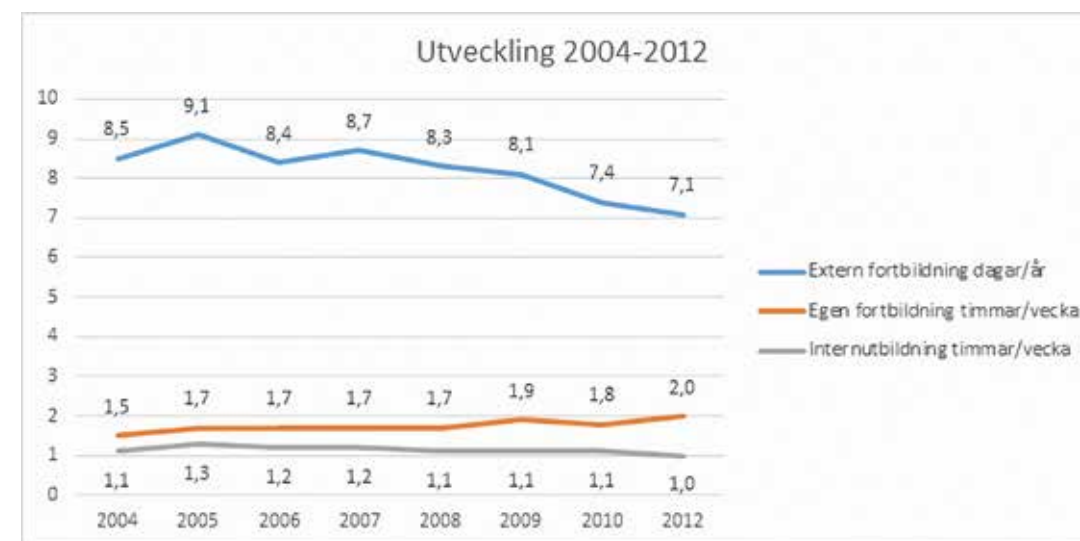
I avtalstexten betonas den ”sedan länge etablerade, värdefulla samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin” och framhåller ”att ett nära samarbete varit en förutsättning för tillkomst och utvärdering av nya metoder och behandlingar”. Vidare anges att ”förutsättningen för en sund samverkan, är en god följsamhet till gällande lagstiftning exempelvis gällande mutor och upphandling. Detta för att bl.a. ”få bästa möjliga hälso- och sjukvård samt att samarbetet upprätthåller allmänhetens förtroende.” Avtalet bygger på några grundläggande faktorer. Dessa kan sammanfattas som nytto-, transparens-, proportionalitets- och dokumentationsprinciperna. Den intresserade hänvisas till avtalet för ytterligare information om dessa detaljer. I avtalet finns ett regelverk för olika typer av samverkan, dels i mer generella termer och dels specifikt avseende service- och produktinformation samt s.k. övriga sammankomster. Vad de senare beträffar noteras att deltagare inte får erbjudas arvode för sitt deltagande,

att deltagandet skall vara sanktionerat av arbetsgivaren, att industrin får bekosta lokal, föredragshållare och måttfulla måltider, däremot inte bestrida resor och logikostnader. Vad resor och logi beträffar förelåg till och med 31 december 2014 en övergångsregel, som tillät industrin att stå för 50 % av dessa kostnader samt eventuell deltagaravgift.

En historisk återblick

Rent principiellt representerar ovanstående avtal en sund utveckling, en sanering av en verksamhet som tidvis såväl från givarens, industrins, som mottagarens, sjukvårdspersonalens, sida inte alltför sällan gick till överdrift genom onödigt frikostiga arrangemang, med inslag av turistbetonade aktiviteter parallellt med det utbildningsorienterade ändamålet. Kopplingar förekom till motprestationer av otillbörligt slag t.ex. kongressresor eller annan typ av bidrag kopplade till användning av ett visst antal medicinskt tekniska produkter. Dessutom förelåg ofta ett bristande eller rentav inget krav på redovisning av inhämtad kunskap t.ex. som en skriftlig och/eller muntlig reserapport till kollegor på den lokala arbetsplatsen eller i lämpliga medier. Alla inblandade parter bidrog onekligen på sitt sätt till en utveckling i denna riktning. Överbud från vissa industriella arrangörers sida, balanserades mot orimliga krav från viss sjukvårdspersonals sida.

Ett annat argument mot av industrin arrangerad vidareutbildning har varit att den vinklas och brister i objektivitet. Exempel på detta finns men att generellt påstå att detta är fallet kan inte anses alldeles rättfärdigt. Industrin använder sig ofta av mycket kunniga och presentationsskickliga föreläsare och låter dessa uttrycka sin egen åsikt om det givna ämnet. Därmed blir budskapets formulering en fråga om den enskilde föreläsarens personliga integritet. Snarare än att i svepande formuleringar påstå att alla fakultetsmedlemmar i industrirelaterad kunskapsförmedling



Figur 2. Utvecklingen av olika extern fortbildning 2004-2012 (från ref 3 med tillstånd)

styrts i en industriell sele borde man brännmärka de föreläsare, som inte håller sig till en objektiv, kunskaps- och/eller erfarenhetsbaserad framställning. Svår genomförbart kan någon invända, men säkert möjligt speciellt om industrin anlitar pålitliga, objektiva och engagerade moderatorer vars ansvar det är att se till att förmedlad kunskap är sann och speglar fältet på ett allsidigt sätt. Vissa industriella representanters vilja att påverka sina föreläsares alster i förväg kan inte accepteras och en öppen deklaration av tänkbara ekonomiska och andra jäv är numera en konsekvent genomförd åtgärd. Åtskilligt talar för att den misstänksamhet, som de senare åren riktats mot industriellt organiserad utbildning och av industrin engagerade föreläsare, bottnar i enskilda företags, föreläsares, moderatorers eller deltagares övertramp. Det har, som vanligt i vårt land, tett sig enklare att skära allt och alla över en kam än att peka ut faktiska defekter i ett system som under lång tid fungerat förhållandevis bra och erbjudit många sjukvårdsutövare goda möjligheter till högklassig vidareutbildning.

Farhågor

Ett första avtal mellan SKL och de industriella parterna ingicks 2005. Från läkarnas sida oroades man över att detta avtal med sina begränsningar, hur rättfärdiga de än var, skulle leda till ett minskat utbud av goda möjligheter till extern kompetensutveckling. Man beförde dessutom att arbetsgivaren SKL inte skulle kompensera bortfallet av kurser eller den enskilde individens ökande kostnader för kongress- och kursdeltagande. Läkarförbundet har av denna anledning genomfört regelbundna fortbildningsenkäter, den senaste 2012. Dessa visar att utvecklingen inte varit gynnsam (2, 3). Även om internutbildning och egen fortbildning var relativt konstant under perioden 2004–2012 hade antalet dagar av extern fortbildning minskat från 9,1 2005 till 7,1 dagar 2012 d.v.s. avlägsnat sig från Läkarförbundets mål om ≥10

dagar/år (Figur 2). Variationen mellan olika specialiteter var stor från som högst 12,4 dagar för barnmedicinare ned till 5,8 dagar för allmänläkare (4).

Strimmar av ljus

Hur har då den fortsatta utvecklingen varit? Eftersom Läkarförbundet inte presenterat någon ny enkät sedan 2012 hänvisas man till andra källor. Två exempel ur den egna fataburen kan tjäna som exempel, det ena från en aktivitet riktad främst mot allmänläkare och det andra mer specialist betonat.

Sedan 12 år tillbaka arrangeras näst sista veckan i januari ett möte, Kardiologisk sjukdom i ett brett perspektiv. Programmet komponeras av en styrgrupp ledd av författaren till denna artikel. Läkemedelsföretaget MSD bidrar till möjligheten att arrangera mötet men vi programansvariga har full frihet att sätta ihop programmet. Vi satsar traditionsenligt på såväl förebyggande insatser som behandlingsorienterade ämnen i ett brett och kliniskt förankrat perspektiv med målsättningen att det deltagarna får sig höra på mötet skall kunna omsättas i vardagens praktiska sjukvård. Kursen har som generellt betyg på en skala 1 (sämst)–6 (bäst) rankats högt med ett helhetsbetyg de senaste tre åren om 5,8 och med 5,9 som svar på frågan om kursen kan rekommenderas till kollegor. Deltagarantalet har genomgående varit högt och uppgick de tre senaste åren till 639, 670 och 676. Därmed ligger det nära det maximala antal föreläsningssalen rymmer. Intressant är att de nya bestämmelserna, att deltagarna själva skall stå för kursavgift, resa och logi, inte påverkat antalet deltagare. Stor omsorg har genom åren lagts ned på programmets utformning, föreläsningstitlar, val av och instruktion till föreläsarna och att rikligt med tid avsatts för diskussion. Som exempel hänvisas till 2016 års program på annan plats i denna tidskrift.



Nedan några bilder från såväl engagerade föreläsare som ett kunskapsinhämtande auditorium.

European Society of Cardiology (ESC) anordnar numera den globalt sett största, mest innehållsrika och flitigast besökta hjärtläkarkongressen. Olika läkemedelsföretag har tillsammans genom åren inviterat ett inte obetydligt antal svenska hjärtläkare att på deras bekostnad bevista detta möte. Man kunde därmed befara en tydlig nedgång av deltagarantalet när denna möjlighet till stöd till kongressavgift, resa och uppehälle under de senaste åren trappats ned och numera helt försvunnit. Om ovan diskuterade farhågor är sanna borde det med andra ord avspeglats i deltagarstatistiken. Nedanstående tabell visar ett par saker av intresse. Dels att svenskt deltagande, inte förvånande, är som högst när kongressen anordnas i Stockholm och dels att man, glädjande nog, inte kan skönja en tydlig nedgång i det svenska deltagandet i vart fall inte ännu.

Slutsats

Dessa två exempel illustrerar att vi fortfarande kan se ett vidmakthållet deltagande i viktiga utbildningsaktiviteter såväl vad avser allmänläkare som hjärt-specialister. En stillsam tolkning kan vara att kvalitet lönar sig och ger deltagarna valuta för sina ekonomiska insatser. Låt oss hoppas att bra utbildning alltid attraherar individen och att våra huvudmän inser värdet av medarbetare med god och ständigt aktualiserad kunskap.

Tabell 1. Kongressorter och svenska deltagare i ESC:s hjärtläkarkongresser 1996-2014.

År	Ort	Deltagare	
		Totalt	Svenskar
1996	Birmingham	14 829	409
1997	Stockholm	18 167	911
1998	Wien	21 109	487
1999	Barcelona	23 185	640
2000	Amsterdam	22 832	563
2001	Stockholm	21 516	1 040
2002	Berlin	25 610	576
2003	Wien	25 463	454
2004	München	24 527	397
2005	Stockholm	23 851	910
2006	Barcelona#	32 544	590
2007	Wien	29 423	515
2008	München	30 380	489
2009	Barcelona	31 323	549
2010	Stockholm	27 496	818
2011	Paris	32 897	526
2012	München	27 279	362
2013	Amsterdam	29 990	464
2014	Barcelona	30 330	592
2015	London	32 733	486

Världskongress anordnad i samarbete med World Heart Federation



Figur 3. Från 2015 års möte om Kardiovaskulär sjukdom i ett brett perspektiv.

Referenser

1. Ny överenskommelse om samverkan. 2013; <http://www.lif.se/globalassets/pdf/broschyer/ny-overenskommelse-om-former-for-samverkan.pdf>
2. Engström E, Jaktlund E. Varannan allmänläkare helt utan internutbildning. Läkartidningen 2011; 108: 2006-07.
3. Sveriges Läkarförbund. Fortbildningsenkät 2012. http://www.sl.f.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Fortbildningsenkät%202012_rätt.pdf
4. Bolin E. Läkares fortbildning minskar. Läkartidningen 2007; 43: 3176.



WHAT IF YOUR TAVI SYSTEM WAS EASY-TO-DEPLOY, OFFERING CONTROL AND ADDED PEACE OF MIND?



It can be. With the Portico™ Transcatheter Aortic Valve Implantation System.

St. Jude Medical has applied more than 30 years of heart valve expertise to developing the Portico™ valve system. With outstanding control and accuracy, for safer, more simplified procedures, the Portico valve also offers the ability to reposition in situ* for improved patient outcomes. The Portico valve is the TAVI option that combines industry-leading ease of use with the high performance and quality of a surgical valve.

SJMPortico.com

TURNING WHAT IF INTO WHY NOT.™



*Until fully deployed

Rx Only
Brief Summary: Prior to using these devices, please review the Instructions for Use for a complete listing of indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse events and directions for use.

Unless otherwise noted, ™ indicates that the name is a trademark of, or licensed to, St. Jude Medical or one of its subsidiaries. ST. JUDE MEDICAL and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. © 2014 St. Jude Medical, Inc. All Rights Reserved. Product referenced is CE Marked. United States: Caution – Investigational device: Limited by Federal (US) law to investigational use.

This document is approved for International use only.

ID-2001189 A EN (6/14)

CARLOS REFLEKTIONER



Carlos Valladares

SVENSK KARDIOLOGI-HISTORIA SKRIVS VARJE DAG

Text: Carlos Valladares

Tack till Svenska Kardiologföreningen för boken **Svensk Kardiologi – en historia** och gratis till författarna och alla inblandade för ett så gediget arbete. Att få en historisk inblick i hur kardiologin har utvecklats i Sverige är inte bara intressant utan också utbildande och inte minst inspirerande. Historia har alltid något att lära oss alla och inte många länder har förutsättningarna och strukturen för att få ihop ett sådant verk. Vi ”äldre juniorer” inom kardiologi – som inte varit med från allra första början, har mycket att hämta för egen del. Inte bara från det vetenskapliga innehållet, utan även från det som finns att läsa mellan raderna och som skett bakom kulisserna.

Allt har dock inte varit frid och fröjd. Det har visserligen förekommit penseldrag eller fläckar som man önskar inte hade funnits, men som en av mina handledare brukade säga: ”man kan alltid lära sig något av alla, åtminstone hur man inte ska göra”.

Personliga profiler är alltid intressanta. Att Gunnar Björck rådde unga läkare att läsa **Don Quixote** och **Hjalmar Gullberg – 100 dikter** tyder på att läkaryrket har alltid varit mer än p-värden och Kaplan-Meyer kurvor. Bengt W. Johanssons uppföljning av EKG-verksamheten hos igelkottar under uppvaknandet från hibernation till normaltemperatur är bevis på att kardiologins historia genomsyras av nyfikenhet, perseverans, intelligens och god arbetsmoral. Jag kunde inte undvika roa mig med tanken om hur det kunde ha sett ut idag: ”Har ledningsgruppen lämnat sitt godkännande?”, ”Vi kanske borde ha ett möte först” eller ”Njaa, det ingår inte i mina arbetsupp-

gifter” ... Dock skämt åsido: stimulerande läsning!

I kapitel **Revirstrider inom hjärtsjukvården** belyses konflikter med och inom Kardiologin. Man skulle kunna lägga till revirtänkande gentemot privata kardiologer, något som drabbat en del av oss som följt *the road less traveled*. Av okunnighet, politiska eller känslomässiga skäl har vi mött mer eller mindre motstånd på olika sätt och från olika håll. Lyckligtvis är patienter och en stor del av vårdpersonalen positivt inställda till vår existens. Vi fyller ett tomrum som subspecialiseringen skapat, samtidigt som den offentliga vården avlastas. Patienterna får också en kontinuitet och ett helhetsperspektiv som skapar trygghet.

Kardiologins historia fortsätter att skrivas dag in och dag ut, och inte bara av professorer, disputerade eller aktivt forskande kollegor. Den skrivs av alla som i sin vardag träffar patienter, vare sig på en avdelning eller en mottagning i privat eller offentlig regi. Av de som är kliniskt verksamma så att andra kan vara forskningslediga. Av de som jobbar på ett universitetssjukhus och de som gör det på ”det lilla lasarettet” i regionen. Vissa skriver stora kapitel och andra är med i referenserna, eller i den statistik som visar hur många patienter när målvärden av LDL eller apo-B. Vi skriver historia i de register som visar hur pass mindre mortalitet efter hjärtinfarkt blir och hur färre får stroke tack vare optimal blodtrycksbehandling. När vi ger kostråd och lägger grunden för rökfrihet. När vi förklarar för patienterna att fysisk aktivitet inte endast består av motion, utan även av träning och att undvika stillasittande. När vi med empati och tålmod försöker

utbilda och motivera våra patienter lägger vi grunden till framtida resultat. *Continuos patient education* är lika viktigt som *continuos medical education*. Vårt dagliga arbete bidrar sakta men säkert till att fortsätta skriva historia.

Låt oss föreställa oss hur nästa uppdatering av Historieboken kan se ut: **Mindre stroke tack vare screening och adekvat tromboembolisk profylax vid förmaksflimmer?** eller **Datajournalen, från dokumentation till beslutsstöd?**

Hur kommer den frågan att besvaras, den som ställs i slutet av kapitel om revirstrider inom kardiologi: ”Vem ska ta hand om den kroniskt sjuke patienten?”. Den frågan är mycket angelägen när kunskaps-gapet mellan kardiologer och allmän medicinare bara växer och växer; när nya rön och diagnostiska möjligheter inte når våra kollegor som tar hand om den kronisk hjärtsjuka patienten i primärvården; när deras PM-lista växer liksom antal diagnoser de måste ta hand om. Hur kommer det att gå till hos den patient som skulle bli hjälpt av *state of the art* kunskap om aktuella behandlingsmöjligheter eller uppföljning? Nya och större PM?? Tror inte det.

Jag skulle vilja se en klinisk kardiolog inom öppenvård som server – säg – 10 primärvårdsenheter och som fungerar som en bro mellan slutna specialiserad vård och våra kollegor inom distriktet. Min erfarenhet av detta är positiv och jag skulle tro att mina kliniskt verksamma kollegor på sjukhuset håller med. Inte minst patienterna främjas stort. Det är nog dags att lämna åt sidan känslomässiga och/eller politiska argument för att åstadkomma detta och fortsätta skriva svensk kardiologis historia.

Zenicor
MEDICAL SYSTEMS AB

Kostnadseffektiv primärpreventiv screening för förmaksflimmer med Zenicor-EKG^{1,2,3}

Hitta flimmer - Stoppa stroke

Enkelt och kostnadseffektivt
Används på 300 kliniker i norra Europa

- 1). Svennberg, E. et al. Mass Screening for Untreated Atrial Fibrillation: The STROKESTOP Study. *Circulation*. 2015;Apr.24
- 2). Aronsson, M. et al. Cost-effectiveness of mass screening for untreated atrial fibrillation using intermittent ECG recording. *Europace*. 2015;Apr.12
- 3). TLV. Kunskapsunderlag: Hälsoekonomisk utvärdering gällande primärpreventiv screening av förmaksflimmer med tun-EKG. 2014 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

www.zenicor.se





Krig och Kryddor

Text: Carl Johan Höjer

I dessa dagar av krig och lidande och familjer på flykt, inställer sig frågan; Hur kan man skriva glättiga kulinariska kåserier samtidigt som döda småbarn flyter iland på stränderna i medelhavet?

Det omedelbara svaret som uppenbarar sig i ens inre är att det kan man inte. Man är för ledsen helt enkelt.

Bilder av flyktingar etsar sig fast på näthinnan, en diffus massa av människor i rörelse, bort från krig och fasor. Om man dock försöker tänka, vilka är de, vilka historier har de att berätta, vilken mat tycker de om att laga och äta, inser man hur mycket som går förlorat i ett land i krig. De små sakerna; Favoritkrogen runt hörnet, bagaren som gjorde de där underbara kakorna. En kopp kaffe på uteserveringen på torget i skuggan under plantanerna. Borta, sprängt och stängt.

Lidandet blir på något vis mer närvarande ju mer konkret man möter det. Jag sökte på nätet efter recensioner av Damaskus bästa restauranger, och det fanns onekligen många att välja på.

Bakdash, som enligt en samstämmig hyllningskå har mellanösterns och troligen världens bästa glass. Tyvärr är de senaste recensionerna ett par år gamla och ingen vet om stället är öppet längre eller om kocken lever.

Eller varför inte Naranj, en av de mest hyllade restaurangerna för autentisk arabisk mat där en recensent redan 2012 hade som främsta klagomål närvaron av de tungt beväpnade säkerhetsstyrkorna som bevakade ingången.

Al Khawali på Medhat Basha-gatan, vars samtliga recensioner utgörs av människor som delar med sig

av sina ljuvliga minnen från tidigare besök: "The atmosphere is awesome, the food quality is superb and the staff are friendly". Ingen verkar ha varit där efter 2011 ...

Den bästa sammanfattningen är nog den lakoniska uppdateringen på sajten www.syriancooking.com: Considering the unfortunate circumstances in Syria, posting new recipes is on hold for some time.

Få saker kan ge så starka upplevelser och minnen som just dofter och smaker och Prousts Madeleine-kakor är bara ett exempel. För att ge er kära läsare en möjlighet att få uppleva en smula arabisk mellanöstern-atmosfär ska jag ge er receptet på en klassisk kryddblandning som kallas Baharat mushakalah. Den är en central del i det Syriska köket men också mycket populär över hela Mellanöstern.

Som med alla kryddblandningar finns det ett par saker att beakta:

Det första är att aldrig köpa färdiga kryddblandningar i påsar. De kommer aldrig att användas utan hamnar ofelbart längst bak i skafferiet och kommer inte att hittas förrän ni flyttstädar.

Köp om möjligt alltid hela frön av kryddor och mal dem/stöt dem i mortel först när ni tänker använda dem. Malda kryddor tappar sin smak och fräschör mycket fort. Gör således alltid nya kryddblandningar till den maträtt ni tänker laga.

Slutligen är den stora hemligheten med kryddor att smaken och aromen blir tiofaldigt större och bättre om man först rostar kryddorna.

Baharat mushakalah:

- 4 tsk svartpeppar
- 2 tsk korianderfrön
- 1 bit kanelstång (ca 2 tsk malen)
- 2 tsk kryddnejlikor
- 3 tsk spiskummin
- 1 tsk kardemumma
- 4 tsk nyrvnen muskot
- 4 tsk paprikapulver

Lägg alla kryddorna i en torr och ren stekpanna utan fett. Sätt på värmen och rosta försiktig under omrörning. Detta är inte en panna man kan gå ifrån, kryddorna får absolut inte bli svartbrända, det smakar inte gott alls. Ta bort pannan från värmen om det verkar bli för varmt. Hellre för lite rostning än för mycket.

Köket kommer att fyllas med ljuvliga dofter och hela familjen kommer att strömma till för att få veta vad som är på gång. Bor ni i lägenhet kommer förmodligen grannarna också.

Stöt därefter blandningen i en mortel eller mal i en kvarn. Jag har en elektrisk kaffekvarn som är utmärkt för ändamålet, man ska dock ha den som en dedikerad kryddkvarn, annars smakar kaffet en smula märkligt efter ett tag.

Denna kryddblandning kan man ha till mycket. Gör t.ex. lammfärsbiffar och blanda i Baharat i köttfärsen, eller varför inte som en s.k. rub till grillat kött eller blanda med olja och gör en marinad?

Eller ännu hellre: Ät något riktigt billigt och enkelt och skänk pengarna till Röda Korset istället.

SÖKES

Webredaktör, deltid

Svenska kardiologföreningen söker intresserad medlem som på deltid vill administrera vår webbsida www.cardio.se.

Lämpligen IT-intresserad kardiolog, ung eller gammal med viss kunskap i och intresse av webdesign.

För mer info kontakta ordförande Doc. Frieder Braunschweig frieder.braunschweig@karolinska.se



Nationellt symposium Kardiovaskulär sjukdom i ett brett perspektiv 22-23 januari 2016, Clarion Hotel Sign, Stockholm

Fredagen den 22 januari 2016

09:30 Välkomsthälsning av Lars Rydén
09:40 Inledningsföreläsning Min syn på sjukvårdens utveckling av Ledande sjukvårdspolitiker/minister

MODERATORER: Lena Jonasson och Björn Dahlöf

10:15 Arytmi - aspekter på hantering av speciella grupper
De riktigt gamla
De friska och de sportiga
Särskilda yrken och risker

11:20 Heavy weight - always harmful?
The ideal body weight - does it exist?
Working pill - a comfortable gym alternative?
Bariatric surgery - the golden cut?

12:25 Lunch

13:30 Hypertoni - på jakt efter det goda trycket
Att behandla eller inte behandla - en tryckande fråga
Hur mäta - manschett, ambulatoriskt eller hemma?
Det motspänstiga trycket - hur tacklas det bäst?

14:35 In search of unhealthy markers
Is screening the new epidemic? - market for charlatans?
Epigenetic - golden calf or emperor's new clothes?
Metabol-, proteo- and other omics - the future melody?

15:40 Frukost och kaffe

MODERATORER: Lena Jonasson och Lars Rydén

16:10 Vad får hjärtat att sucka och kärlen att bågna?
Går vägen till trånga kranskärl genom munnen?
Kardionkologi - cancerpatientens hjärta
Svullna leder och ett stukat hjärta

17:15 En eller annan het nyhet
17:40 Några ord på vägen av Lars Rydén
19:30 Middag

Lördagen den 23 januari 2016

MODERATORER: Lena Jonasson och Viveca Gyberg

08:30 Inledningsanförande
Hur patienter kan påverka klinisk praxis och läkemedelsutveckling
09:00 Diabetes - finns en statin för blodsocker?
Metformin - myt och verklighet
Metformin söker partner - vem bör få chansen?
Sockerad urin - senaste diabetesterapin

10:05 Frukost och kaffe

10:30 Hur fett får blodet vara? - nytt bränsle till debatten
Statiner - när är risken större än nyttan?
Spretande transatlantiska riktlinjer - vad gäller?
Nya möjligheter vid familjär hyperkolesterolemi

MODERATOR: Lars Rydén och Björn Dahlöf

11:35 Den moderna ättestupan
Läkemedel på gamla dagar - varför in och när ut?
Salig hädanfärd med eller utan aktiv defibrillator
Vi kan men ska vi - interventionernas bortre gräns

12:40 Tack och farväl
12:50 Lunch och avfärd

Programkommitté för detta program:
Lars Rydén, Stockholm
Lena Jonasson, Linköping
Björn Dahlöf, Göteborg
Viveca Gyberg, Stockholm



Per Insulander
Cecilia Linde
Mats Jensen-Urstad

Stefan Anker
Bente Klarlund Pedersen
Lena Carlsson

Ted Gustafsson
Fredrik Nyström
Sverre Kjeldsen

Linn Getz
Francesco Cosentino
Anna Dominiczak

Anna Norhammar
Laila Hübbert
Solveig Wällberg Jonsson

Karin M Hehenberger

Lena Landstedt-Hallin
Bo Åhrén
Lars Rydén

Mats Eriksson
Olov Wiklund
Lennart Nilsson

Kurt Boman
Viveca Frykman
Elisabeth Ståhle

Inbjudan och anmälan finns att beställa via Lotta Lööv
lotta.loov@merck.com



LIPUS har granskat och godkänt
denna utbildning. Fullständig
utbildningsbeskrivning finns på
www.lipus.se. LIPUS-nr: 20150114

MSD kommer i anknäring till mötet att ha monterut-
ställning med produktinformation för relevanta produkter,
med möjlighet att beställa medicinska hjälpmedel samt ta
del av övriga erbjudande som kan förbättra patient-
omhändertagandet.



MSD
08-578 135 00

Tredje Svenska TAVI-dagarna Stockholm 5-6 november 2015

FÖRSTA INBJUDAN

För alla som jobbar med TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation):
Kardiologer, thoraxkirurger, anestesiloger, eko-expert, sjuksköterskor.

Torsdag 5 nov. kl. 10-12:

Var står vi med TAVI 2015

Demo av alla TAVI-klaffar på marknaden

kl. 13-16 Separat sjuksköterskeprogram:

- TAVI-sköterska - vad är det?
- Livet efter TAVI: data från Umeå
- Eftervård TAVI - vad kan bli bättre

kl. 13-17

Komplikationsfall

TAVI i mitralis och tricuspidalis - tidiga erfarenheter

Bicuspid aortaklaffar - inga problem?

Minimalinvasiv aortaklaffkirurgi - en konkurrent till
TAVI?

Mitral valve interventions - MitraClip and beyond

Kursmiddag kl. 19

Fredag 6 nov. kl. 9-12

TAVI recorded cases

Strategies to shorten hospital stay and save costs
in TAVI (Chris Meduri, Atlanta)

How many TAVI centres do we need in Sweden?
(Rodney De Palma, London/Stockholm)

The molecular mechanisms of aortic stenosis

Kl. 13-16 Grunderna i TAVI för icke-
interventionister

Exempel på ämnen:

Stress-EKO, när? Hur bra resultat har TAVI?

Vilka patienter är mindre lämpliga för TAVI?

När behövs PCI före TAVI?

Denna del vänder sig i första hand till
remittenter/icke-interventionister.

Anmälan: www.stockholmvalves.com eller annika.lidakra@karolinska.se, senast 20 oktober.

Lokal: Widerströmska huset, Karolinska Institutet, Solna. Tomtebodavägen 18A.

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

Arrangör: Karolinska Universitetssjukhuset i samarbete med Svenska Kardiologföreningen.

Med stöd av: Abbott, Boston Scientific, Edwards, Medtronic, St Jude Medical

stockholmvalves.com



Svenska Kardiologföreningen
- The Swedish Society of Cardiology



Dags för förändring – från ord till handling

Text: Maria Bäck



Maria Bäck
ordförande i VIC

Nu har hösten dragit igång på allvar igen. Hoppas att ni alla har haft en härlig och vilsam sommar.

Hösten kommer bjuda på många spännande aktiviteter inom VIC som jag hoppas att ni passar på att ta del av. Arbetsgrupperna inom VIC för HIA, arytm, sekundärprevention och PCI kommer hålla sina intressanta och nyhetsspackade utbildningsdagar. Ta chansen att vara med och uppdatera dina kunskaper och träffa kollegor inom ditt område att byta erfarenheter med. Utbildningsdagarna riktar sig till alla vårdprofessioner inom kardiologin, så känn dig varmt välkommen. Att knyta nya kontakter och skapa goda relationer är viktigt för fortsatt utveckling. Läs mer om utbildningsdagarna och anmäl dig via VIC:s hemsida.

Jag är precis hemkommen från ESC i London som erbjöd ett fullspäckat och varierande program. Över 32 000 deltagare gjorde kongressen till ett folkhav där kardiologin möttes från alla världens hörn och erbjöd stora möjligheter till nätverkande och kunskapsutbyte. Jag bevakade främst nyheter inom prevention, rehabilitering och omvårdnad och känner mig nu inspirerad inför fortsatt arbete. Läs gärna mer om ESC ur ett sjuksköterskeperspektiv på nästkommande uppslag.

Trots stor entusiasm över allt spännande som händer inom kardiologin, så känns våra insatser kring patienten fortfarande alltför uppdelade. På ESC fanns sessioner som lyfte fram "sjuksköterskans roll" eller "kardiologens roll" inom olika områden. Borde inte patienten och alla vårdens professioner ingå i ett och samma team där patienten står i centrum? Ett personcentrerat förhållningssätt borde tillämpas överallt och hela tiden, inte minst inom kardiologin. Vi ser hur bristen på sjuksköterskor gör att vårdavdelningar hålls stängda. Vidare så ökar den psykiska ohälsan hos vårdpersonal på grund av stress utan möjlighet till återhämtning. Hur kan vi göra hälso- och sjukvården till en attraktiv arbetsplats som får personal att vilja stanna kvar? Det finns förstås inget enkelt svar på den

frågan. Sineva Ribeiro, ordförande i vårdförbundet, skriver i ett debattinlägg att personcentrerad vård är bra även för personalen eftersom den tar tillvara allas kunskap och kompetens på ett bättre sätt. Personcentrerad vård ger förbättrad hälsa och nöjdare patienter och sparar på våra gemensamma resurser. Syftet är väl villigt. Det känns självklart att uppmuntra och ta vara på den kraft som varje individ själv har på bästa möjliga sätt. Men då kommer vi till verkligheten, hur är systemet designat idag? Vårdens ledarskap behöver öka sin kunskap om personcentrerad vård, avsätta tid för utvecklingsarbete och sätta upp mätbara mål. Detta behöver göras i samverkan med patienterna och medarbetarna för att främja delaktighet och ta vara på allas kraft.

Många sjukhus arbetar också med värdebaserad vård där fokus ligger på hur mycket patientvärde i form av hälsoutfall per krona som faktiskt åstadkoms. Istället för att arbeta efter principen att en verksamhet ska producera ett visst antal behandlingar inom sin budget, så mäts effektivitet för en patientgrupps hela vårdprocess. Den kan sträcka sig över mottagning, operation, intensivvård och rehabilitering. För mätning av resultat spelar de nationella kvalitetsregistren SWEDEHEART, Riksvikt och SWEDCON en stor och avgörande roll.

Sahlgrenska Universitetssjukhusets nya värdegrund som har utformats i samråd med medarbetarna och patienterna lyder: "Tillsammans för patienten, med patienten. Allt vi gör utgår från patienten. Utifrån patientens behov och erfarenhet och med medarbetarnas kunskap och yrkesskicklighet skapar vi tillsammans vård av högsta kvalitet."

Grunden för och tankarna om förändring finns således. Men det är dags att gå från ord till handling nu. Vi är många som kan och vill bidra till att förbättra hälso- och sjukvården. Tillsammans har vi förutsättningar att åstadkomma förändring!

Många hälsningar från Maria Bäck



Nationella utbildningsdagar **Medfödda hjärtfel**

4-5 februari 2016 i Lund

Tema: "Nutid - Framtid"
- Hur arbetar vi nu och hur ser framtiden ut?

"Fosterdiagnostik och fosterutveckling"
"Enkammarhjärta - från barn till vuxen"
"Graviditet hos hjärtsjuka"
"GUCH och fysisk aktivitet"

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

Plats: Universitetssjukhuset i Lund.

Tidpunkt: 4-5 februari 2016 med start den 4/2 kl 9-9:30 för registrering och avslut ca 15:00 den 5/2.

Kursinnehåll: Preliminärt program på www.vic.nu

Kursavgift: 3 000 kr för VIC-medlemmar och 3 500 kr för icke-VIC medlemmar, inklusive måltider och gemensam middag på Grand Hotell kvällen den 4:e februari.

Arrangör: Arbetsgruppen för medfödda hjärtfel i VIC.

Anmälan: Kursanmälan är bindande och ska vara inskickad senast 14/12-2015. Begränsat platsantal. Anmälningsblankett finns att hämta på www.vic.nu.

Vid frågor gällande kursen kontakta: Linda Ternrud, linda.ternrud@skane.se (sammankallande i arbetsgruppen för medfödda hjärtfel).



**Skånes
universitetssjukvård**

EuroHeartCare 2015

– Guidelines: Care to implement

Text: David Zughaft, Doktorand, NFESC, Avdelningen för Kardiologi, Lunds Universitet, Co-Chairman EAPCI N&AP Committee



David Zughaft

Doktorand, NFESC, Avdelningen för Kardiologi, Lunds Universitet, Co-Chairman EAPCI N&AP Committee

En veritabel våg av värme möter mig när jag kliver ur flygplanet på väg till årets upplaga av EuroHeartCare, Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) flaggskepp och årliga konferens. Vi är många från olika länder som trotsat annalkande semester och svarat på kallelsen "Guidelines – Care to Implement". –"Of course we care – but how do we succeed?" tänker jag och hoppas att min fråga besvaras under två heta junidagar vid Adriatiska havet, i den stad som fick George Bernhard Shaw att exklamera "paradiset på jorden" – Dubrovnik, Kroatien.

Vad är egentligen syftet med guidelines? Den frågan har debatterats hett redan för en knapp månad sedan i samband med euroPCR 2015, där vi ägnade ett symposium enkom åt frågan med inriktning akut coronart syndrom. Vi kunde redan där konstatera att guidelines är så mycket mer än bara en pliktskyldigt visad bild i en presentation, utan något som syftar till att skapa en standard, en garant för patienten om man så vill. Medicinska guidelines bygger på stora randomiserade studier, men hur aktuellt blir det egentligen när studier kommer hela tiden, medan guidelines revideras var 4–5 år? En bit på väg kom vi redan i Paris där vi konstaterade att guidelines inte ersätter individanpassad omvårdnad, och mina förväntningar är höga inför vad CCNAP beskriver som "the launch of guidelines toolkit for nurses".

Redan i öppningssymposiet infrias dessa under ledning av CCNAP ordförande Catriona Jennings. Med en presentation som väcker alla morgontrötta deltagare levererar sedan Mary Austin med medarbetare en entusiasmerande inlaga i varför guidelines är viktiga

att känna till för alla yrkeskategorier, och konkreta exempel på hur de kan användas i vardagen; Video-klipp att visa på arbetsplatsträffen, en kortversion i fickformat, sammanfattningar, en app till din smart-phone – kardiologin har verkligen hörsammat behovet av en praktisk tillämpning av forskningsresultat – äntligen, vill jag utropa från min plats. Ännu mer nöjd blir jag senare under dagen när en av mina egna käpphästar bekräftas; Sjuksköterskor och övrig vårdpersonals utveckling av kunskaper och tillämpning av guidelines är primärt inte för att stärka sjuksköterske-rollen och skapa ett maktspel värdigt "Game of Thrones" (som förresten delvis spelades in just här i Dubrovnik) mot läkarkollegiet. Nej, inte alls! De ökade kunskaperna i hela teamet runt patienten syftar till att skapa optimala förutsättningar för evidens-baserad vård – för patientens bästa!

Det svenska perspektivet då? Jodå, att Sverige har stora möjligheter att påverka och ligger långt framme är tydligt, såväl på närvaron av kända namn som Anna Strömberg, Tiny Jaarsma och Jan Mårtensson som turas om att hålla föredrag, moderera och allmänt höja nivån i de båda auditorierna, samt på de många engagerade och kompetenta svenskar som presenterar abstracts och posters. Konferensen är välbesökt, deltagarna är initierade och föreläsarna håller hög nivå. Efter två intensiva dagar med symposier, presentationer av abstract, posters, lunchmöten och ett intensivt nätverkande känner jag mig riktigt nöjd med att inte tagit ut den där tidiga semesterveckan. Inte nog med att EuroHeartCare verkligen är nummer 1 bland konferenser för sjuksköterskor och övriga vårdprofessioner inom kardiologin, dessutom levererar Kroatien på ett alldeles excellent sätt med god logistik, trevliga omgivningar och hög kvalitet. Jag lämnar Dubrovnik och kan också konstatera att Shaw hade fullkomligt rätt; Dubrovnik är verkligen ett paradiset – Dovidjenja Hrvatska!

Reste till ESC i London

med positiva förväntningar och ett posterrör under armen

Text: Ulla Walfridsson, Disputerad forskningssjuksköterska, Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Startade första dagen med symposium om e-hälsa, "Mobilhälsa och teknologi; den framtida tekniska miljön för prevention". En presentation beskrev litteraturgenomgång av elektroniskt förmedlade livsstilsprogram för förbättrad viktkontroll samt litteraturgenomgång av ökad fysisk aktivitet, förmedlat elektroniskt eller utvärderat med device-registreringar. Det som lyftes fram var att dokumentationen här kan vara både begränsad och visa på måttliga effekter. Hälsorelaterade appar, nya e-program och device behöver valideras, gärna genom större randomiserade studier.

En annan presentation handlade om rehabilitering och fysisk aktivitet för hjärtpatienter (och de med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom). Här belystes att det är viktigt (enligt rekommendationer) att bedöma den komplexa situation som kan råda för dessa patienter, som kan ha en kombination av olika diagnoser. Ett digitalt flödesschema för kartläggning av patienter med olika hjärtdiagnoser presenterades. Detta projekt är i valideringsfas och på gång med den första kliniska studien. Europeiska forskningssamarbetspartners efterfrågades inför 2016. Intresserad? Kontakta då dominique.hansen@uhasselt.be.

Presentationen av MANTRA-PAF-studien var viktig för mig. Vi på Kardiologiska kliniken i Linköping var ett av deltagande centra. Studien är prospektiv, randomiserad, multicenterstudie där patienter med paroxysmalt förmaksflimmer randomiserades till antingen antiarytmisk läkemedelsbehandling eller till ablation. Signifikant färre patienter hade förmaksflimmer vid uppföljningen efter 2 år och 5 år om de randomiserats till ablation. I båda grupper sågs betydande förbättrad hälsorelaterad livskvalitet vid 2-årsuppföljningen, ett resultat som kvarstod vid 5-årsuppföljningen. I konklusionen poängterades dels att man inte kan uttala sig om ablationsbehandling ger lägre förekomst av stroke, hjärtsvikt eller död (som inte var end-points i studien) dels att ablationsbehandling medför viss risk.

Var på föredrag om asymtomatiskt förmaksflimmer och risk för stroke, nya orala antikoagulantia, om

kost och mer eller mindre nyttigt fett. Efter att ha lyssnat på de positiva effekterna av att äta medelhavskost bekräftades att valet av kvällens restaurang var helt rätt – Jamie Oliver's Italian, med god extra virgin olivolja.

Det som fängade mitt intresse i en utställningsmonter var en klocka med tillhörande fingerprob samt positions- och snarksensor, en WatchPAT (Peripheral Arterial Tonometry), utrustning för diagnostisera sömnapné. WatchPAT mäter förändringar i perifer arteriell tonus, aktivitet, saturation, snarkning, kroppsläge och registrerar tillfällen av sömnapné.

Jag hade en posterpresentation som handlade om hur vi på Kardiologiska kliniken i Linköping rutinemässigt utvärderar patientrapporterade utfallsmått med det arytmisspecifika formuläret ASTA vid kateterablationsbehandling. Presentationen på ESC gällde våra patienter med förmaksflimmer. Utvärderingen är internetbaserad och görs före samt efter 1, 2 och framöver även 5 år efter behandlingen. Med denna utvärdering kan vi följa patienterna över tid och får värdefull feed-back på patienternas skattningar av behandlingsresultatet.

Några postrar jag tittade extra på handlade om: Skiljer det sig mellan patientens och läkarens skattning av patientens symtom efter ablationsbehandling för förmaksflimmer, förmaksflimmer som en oberoende riskfaktor för depression i en äldre population och data från en metaanalys om Body Mass Index och återfall i förmaksflimmer efter kateterablation. En annan av postrarna visade att förmaksflimmer/förmaksfladder är associerat med lägre fysisk hälsa – något vi också kunnat se genom våra sjukdoms-specifika utvärderingar med ASTA-formuläret.

När det var dags att resa hem visade stegräknaren på tillfredsställande (fysisk) aktivitet under kongressdagarna. Med mitt fokus som sjuksköterska inom arytmissjukvård blir valet av utlandskongress för nästa år European Heart Rhythm Association (EHRA)-kongressen i Nice juni 2016.



Ulla Walfridsson

Disputerad forskningssjuksköterska, Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Congress of the European Society of Cardiology. A snapshot from the Nurses and Allied Professionals point of view

Text: Tiny Jaarsma, professor at Linköping University, Department of Social and Welfare Studies, Norrköping



Tiny Jaarsma

Professor at Linköping University,
Department of Social and
Welfare Studies, Norrköping

It is always overwhelming to enter the ESC Conference site. This year the ESC conference was held in London. The sessions were organized in 9 so-called 'villages', and village 2 was the place to be for the nurses and allied professionals. It was a long walk to the poster area but a lot of interesting findings from research in the area of caring for cardiac patients was found. In the middle of it all was 'the Hub' in which short but very interesting presentations were held, for example on the use of mobile Apps or on exercise in heart failure. All in all, the ESC2015 was a good experience, although a

critical sound might be heard, for example that there were not enough recognizable sessions for nurses and allied professionals.

Heart Failure

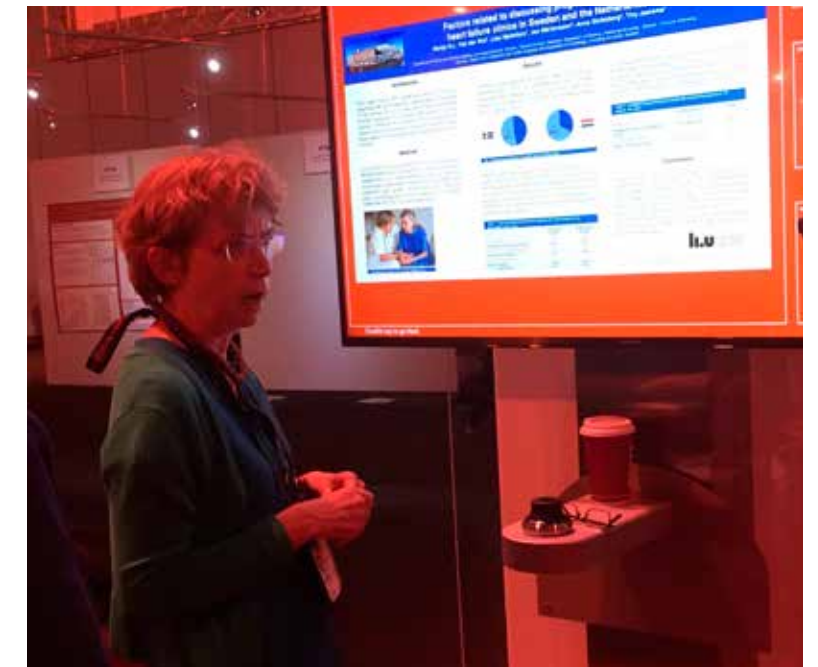
Two interesting areas stood out this year. The first one is the session on challenges in treatment adherence in heart failure with lectures called 'what is for dinner', 'physical activity – sustainable?', 'cognitive impairment, a nursing challenge' and 'can technology help with adherence'. All speakers addressed the importance of adherence for the patients with heart failure. A lot of patients feel that several of the suggested life style changes are important, it is also known that it is

not easy. For patients with a complex regimen, complex diets or problems to exercise it might not be easy to stick to all these advices for the rest of their life. Several interesting strategies were presented to help patients and health care providers to achieve optimal patient outcomes, for example using Apps, websites, motivational messages, game computers or comprehensive education.

Another interesting session was a session on Nutritional deficiencies and excesses in heart failure. This session was an interactive session in which the audience could vote on questions from the speakers and also ask question through their telephone. The lectures addressed cachexia, nutritional supplements and obesity in heart failure. With regard to specific nutritional deficiencies and supplements in the food, a lot of question marks were raised. There is a lack of proper assessment of the deficiencies and also a lack of evidence on treatment. Most discussion was held on the need for thiamine supplementation and the need for vitamin D supplements. With regard to managing cachexia and muscle wasting, there was a lot of discussion on the optimal treatment. Although it is known that cardiac cachexia is related to poor prognosis, it is still under debate what the optimal treatment is for malnutrition and cachexia. Appetite Stimulants, Anabolic steroids, exercise? With regard to obesity in heart failure, data was presented with regard to behavioral therapy to surgery. The need to keep a stable weight instead of losing weight in heart failure patients was illustrated by longitudinal data and an interesting case study.

Prizes and awards for Cardiovascular Nurses and Allied Professionals: more Swedes needed!

The Council for Cardiovascular Nurses and Allied Professionals (CCNAP) presented several of their awards and prizes. At ESC 2015 in London the 'best nursing posters' presented in the poster area were presented. High quality abstract were presented with studies on the cognitive problems of patients with congenital heart disease, challenges for partner-care-giver dyads, heart failure and diabetes and factors related to discussing prognosis my nurse at heart failure clinics in Sweden and the Netherlands. Furthermore, the competition for the New Investigator award (NIA) were held. Surprisingly no competitors for the New Investigator award (NIA) for Cardiovascular Nurses and Allied Professionals came from Sweden. While in the other fields (e.g. basic science) colleagues from Sweden presented (and won), we were not represented in this category. This is quite surprising, since in the top 10 of publishing countries in the European Journal of Cardiovascular Nursing Sweden ends at number 3. Most of the prizes come with a nice sum of Euro's, so go for it next year!



Best poster session



För patienter som inte uppnått LDL-C-mål med generisk statin.

SIKTA LÅGT

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



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

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 LDLaferes) kan ges. EZETROL är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär sitosterolemia. Fördelaktig effekt av EZETROL på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av hjälpämnena. 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.



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

EZETROL®
(ezetimib)

EZETROL är ett registrerat varumärke av MSP Singapore Company, LLC. Copyright © 2012 MSP Singapore Company, LLC.