



Svensk

KARDIOLOGI

nr. 2 | 2014



Våren kom med Vårmetet

En reserapport med sjukgymnastiska
reflektioner kopplat till Vårmetet

Från GUCH till GAIS
framgångsrik kurs
för ST-läkare

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 2013-11-21 är ett trombocythämmande läkemedel, en cyklopentyltriazolopyrimidin (CPTP). **Indikationer:** Brilique, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för prevention av aterosklerotiska 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 astrazenecacv.se

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.hojier@skane.se

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

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

PRODUKTION

Ystads Centraltryckeri, Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: cty@cty.se
Projektansvarig: Hans Nilstam (hans@cty.se)
Produktionsansvarig: Lotta Larsson (lottaflarsson@gmail.com)
Layout: Henrik Norrman (henrik@dpn.se)

UTGIVNING 2014

Nr 1: vecka 17
Nr 2: vecka 26
Nr 3: vecka 39
Nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

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

ANNONSMATERIAL

Ystads Centraltryckeri
E-post: cty@cty.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

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

ADRESSÄNDRING

E-post: info@mkon.se



- 5-9 Ledare
- 10 HRG
- 12 Arytmiprofilen
- 13 HRG:s temadagar
- 14 Framtidens kardiologer
- 18 Vårmetet
- 24 Gastronomins hjärta
- 26 Nytt vårdprogram
- 27 Kalendarium
- 30 Avhandlingar
- 32 Krönikan
- 34 Ledaren
- 35 Hjärtviktsgruppen
- 37 HLR-gruppen
- 38 Reserapport

Xarelto® (rivaroxaban) – en tablett om dagen¹

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



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



Bayer HealthCare

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

First in ORAL, Direct Factor Xa Inhibition

Xarelto®
rivaroxaban

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

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

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Avsked och ny början – med fokus på utbildning

Majmånaden är förnyelsens månad – ”Alles neu macht der Mai” säger ett tyskt ordspråk. Så blev det i alla fall i år för kardiologföreningens del. I och med årsmötet valdes en ny styrelse och tidningen fick en ny redaktör. Men inte nog med det så bytte vi även namn och kallas nu Kardiologföreningen med ”K”. Mycket nytt att skriva om!

Låt mig börja med att tacka medlemmarna för förtroendet att få leda Kardiologföreningen de kommande åren tillsammans med den nyvalda styrelsen. Det är en stor ära att få företräda denna anrika förening och vi ska göra vårt bästa så att den kan fortsätta utvecklas.

Jag vill gärna ta tillfället i akt att tacka de avgående medlemmarna i styrelsen David Erlinge, Viveka Frykman och Kristina Hambræus. David har varit en fantastisk ledare som styrt föreningen med säker hand och tagit initiativ till en rad viktiga förändringar och innovationer. Under Davids tid som ordförande infördes bland annat serien nationella utbildnings-symposier (NUS), behandlingsrekommendationer i bokform och vi bytte tryckeri samt hemsidan. Lika glad som jag är för att ta över en mycket aktiv förening i så pass gott skick lika svårt kommer det bli att leva upp till standarden som David har satt. Viveka och Kristina har under många år gjort ett fantastiskt arbete för föreningen. Tack, vi kommer att sakna er i styrelsen!

Ett speciellt stort tack till Christer ”Kide” Höglund. Det blir fler tillfällen i detta nummer att hylla Kide för hans ovärderliga insatser under 15 år som ansvarig för föreningens tidning och adjungerad medlem i styrelsen. Den stora och varma applåden han fick av årsmötet må ge en lång efterklang! Det kändes som en självklarhet att föreningen utnämnde Kide som hedersmedlem. Men som alltid är även detta tråkiga avsked samtidigt början på något nytt och roligt. Hjärtligt välkommen Martin Stagmo som ny chefredaktör! Som ”ny på jobbet” har Martin startat på ett fantastiskt sätt med mycket energi och nya idéer.

Beslutet att stava föreningen fortsättningsvis med ”K” i stället för ”C” fick en överväldigande majoritet vid årsmötet. Undertecknads kompetens i frågor om det svenska språket kan med fog ifrågasättas men jag konstaterar att K-sidan anförde tunga argument avseende gällande rättstavning: ordet cardiologi tas

faktiskt inte upp i Svenska akademins ordbok. Man kan kritisera valet för att vi nu överger en god tradition som bland annat hedrar minnet av föreningens grundare. Att bevara det senare är i och för sig en angelägenhet av central betydelse som dock rör innehållet i vårt arbete mer än den aktuella frågan om stavning.

Efter några års skolundervisning i antik grekiska förstår jag i alla fall att även det grekiska ursprungsordet ”καρδια” har stavats med ”k”. Förresten uppfattade de gamla grekerna detta organ inte som en mekanisk pump utan källan för människans känsla, mod och även klokhet: kanske ett skäl till att vi kan känna oss tillfreds med den nya stavningen.

Den nya styrelsen sätter nu i gång med friska krafter och jag ser fram emot samarbetet övriga ledamöter. En av våra huvuduppgifter kommer vara att utveckla föreningens utbud av ut- och fortbildning. En viktig fråga att debattera blir hur utbildningen ska finansieras framöver när industrins möjlighet till sponsring försvagas genom det nya LIF-avtalet. Ett annat viktigt fokus ska ligga på utbyggnaden av vår hemsida som navet i föreningens arbete och kommunikation. Med den nya plattformen ska det vara möjligt att skapa en webbplats som är förstahandsval när man vill uppdateras om viktiga händelser och nyheter inom kardiologin. Arbetet pågår.

Som utgångspunkt till dessa aktiviteter skulle de vara värdefullt för oss att veta mer om hur utbildningen ser ut idag runtom i landet. Vi kommer därför efter sommaren gå ut med en enkät för att inventera utbildningsläget. Vilka deltar i vilken typ av utbildning, hur ofta, hur finansieras detta och vilka önskemål finns inför framtiden?

Mer om allt detta framöver från denna ledarplats.

*Ha en trevlig sommar!
Frieder*



”Alles neu macht der Mai”



SIKTA LÅGT

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



03-16-CARD-1114513-0000 Mars 2014

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

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

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

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

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

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



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

EZETROL®

(ezetimib)

Från Lunds horisont

Det är med stor förväntan och viss bävan jag sätter mig framför datorn för att skriva denna första ledare som ny redaktör. Med detta nummer börjar en ny era för såväl föreningen som tidningen. Som den uppmärksamme läsaren noterade redan på framsidan så har tidningen bytt namn. Vid årsmötet i Malmö den 8 maj i år bytte nämligen Svenska Kardiologföreningen namn till Svenska Kardiologföreningen. I konsekvensens anda bytte därför tidningen namn till Svensk Kardiologi. Bakgrunden till detta är mångfacetterad och har föregåtts av en lång debatt. Denna händelse, om än stor, är inget mot den omvälvning det kommer att innebära både för er och för mig i och med att vår mångårige redaktör och styrelsens klippa, Christer "Kidde" Höglund beslutat att efter 15 år lämna sitt uppdrag. Kidde har genom ett enormt arbete lyckats göra tidningen till den fina produkt den är idag. Hans bevakning av de stora kongresserna, liksom de många fina reportage om de många kardiologer som tidigare satt spår, såväl i Sverige som internationellt har varit mycket uppskattade. För många är av oss är Kidde lite som Hasseå-Tages Robert Lind i Kramfors; Han har väl funnits i alla tider!

Det kom därför knappast som en överraskning för någon (utom kanske Kidde själv) att han därför mycket välförtjänt blev hedersledamot i Svenska Kardiologföreningen vid årets styrelsemöte. Grattis Kidde!!!

Jag ska göra mitt yttersta för att fortsätta att utveckla tidningen i Kiddes anda. Naturligtvis kommer tidningen inte att se helt likadan ut under min vakt som under Kiddes men jag tror och hoppas att ni till en del ska känna igen ner och till en del bli glatt överraskade allt eftersom tiden går och jag kommer in i arbetet. Jag vill redan nu presentera den lilla redaktionsgrupp som kommer att hjälpa mig i arbetet.

Carl Johan Höijer från Lund intressen inom så vitt skilda områden som pacemaker, hjärtsvikt, etik, mindfulness och inte minst matlagning är för er alla redan känd.

Annica Ravn-Fischer från Göteborg är ett nytt och mycket välkommet tillskott till redaktionsgruppen. Hon arbetar med hjärtintensivvård vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och disputerade förra året på

en avhandling om skillnader i kranskärlsvård mellan olika sjukhus och patientgrupper. Själv arbetar jag vid Skånes Universitetssjukhus i Lund och Malmö sedan 16 år. Kliniskt arbetar jag mest med medfödda hjärtfel och klaffsjukdomar men har även ett sedan gammalt väckt intressen för kranskärlssjukdom.

För att hålla ordning på oss alla och som en sista garant för kvalitet och stil har jag det stora nöjet att presentera att tidningen fått en ny senior editor. Det är ingen annan än Christer Höglund som lovat att bistå oss även i framtiden med reportage och med sina fantastiska foton.

Det är alltså vi som sammanställer tidningen men det tål att upprepas att tidningen inte blir av utan er hjälp och medverkan. Jag kommer därför att bombardera er med frågor om artiklar och intervjuer inom olika ämnen som kan tänkas vara intressanta för läsarna och jag hoppas på en välvillig inställning från er sida!!

Jag uppskattar råd och tips om hur ni vill att tidningen ska se ut och vilka frågor som ska tas upp. Kanske har ni en presentation/poster på någon stor kongress som förtjänar uppmärksamhet? Kanske gör just ni något på ert sjukhus som övriga Kardiolog Sverige skulle ha nytta av att veta? Ska vi debattera något viktigt och brännande ämne?? Låt mig få veta!

Jag vill uppmana er alla, såväl handledare som doktorander, att fly mig ett exemplar av varje ny avhandling som produceras så att den kan omnämnas i tidningen. Det är alltid uppskattat att läsa om ny svensk kardiologisk forskning.

Härmed avslutar jag från ett sommarvarmt Lund min första ledare som redaktör för tidskriften Svensk Kardiologi.

Tack för förtroendet och glad sommar!!!
Martin Stagmo



"Success is not final, failure is not fatal. It is the courage to continue that counts."

Winston Churchill

Ingår i 2012 års
ESC
riktlinjer för AF¹

För strokeprevention till dina patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer

Vad är viktigt när du väljer antikoagulantium för att förebygga stroke?

- a** Bättre prevention av stroke/systemisk embolism jämfört med warfarin² (21 % RRR; 0,33 % per år ARR; p=0,01)
- b** Bättre säkerhetsprofil genom reduktion av allvarliga blödningar jämfört med warfarin² (31 % RRR; 0,96 % per år ARR; p<0,001)
- c** Bättre reduktion av mortalitet oavsett orsak jämfört med warfarin² (11 % RRR; 0,42 % per år ARR; p=0,047)
- d** Ingen INR-monitorering³

Eliquis®: Det enda perorala antikoagulantium som uppvisar:

E ALLA OVANSTÅENDE

www.eliquis.se

Produktresumé
UPPDATERING

KONVERTERING

Patienter kan
fortsätta med
Eliquis® vid
konvertering³



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 (NVAE) 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). Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid tillstånd med ökad blödningsrisk. 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 NVAE 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 (NVAE). 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 25 april 2014.

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

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

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

AF = förmaksflimmer ARR = absolut riskreduktion
INR = International Normalised Ratio RRR = Relative Risk Reduction

Se produktresumén och förskrivarguiden för Eliquis® för ytterligare information. Kom också ihåg att ge patienten ett patientkort när du förskriver Eliquis®.

Referenser: 1. Camm AJ et al. Eur Heart J 2012; 33: 2719-2747
2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981-992. 3. Produktresumé för Eliquis® (apixaban).

Publiceringsdatum: Juni 2014. Jobbkod: EUAPI476
www.eliquis.se

Eliquis®
apixaban

Välbekant musik skapar välbehag

Christina Christersson heter jag och är ny vetenskaplig sekreterare i kardiologföreningens styrelse. Det kommer att bli intressant att få följa och bevaka forskning och utbildning, två viktiga områden som behövs för att driva utvecklingen av vårt kliniska arbete framåt. Jag arbetar på Kardiologen Akademiska Sjukhuset i Uppsala och delar min arbetstid mellan klinik, forskning och undervisning på grundutbildningen, och jag tillhör sektionen för Hjärtsvikt, VOC och GUCH.

Efter att ha tillbringat tre intensiva dagar på Kardiovaskulärt vårmöte i Malmö slås jag av den stora bredd som forskningen har i Sverige. Sammanlagt 103 abstracts, en blandning av experimentella och kliniska studier, presenterades. Extra roligt är det också när unga forskare i början av sin karriär får möjlighet att muntligt lägga fram sina resultat. Det var i år hård konkurrens om stipendierna som delades ut i samarbete med AstraZeneca och Boehringer Ingelheim på kardiologföreningens årsmöte. Rekordmånga ansökningar hade skickats in och Oscar Braun, Lund, utsågs till AstraZenecas stipendiat för projektet; Trombocyter – mer än bara hemostas. Nya effekter av trombocythämning vid AKS. Till Boehringer Ingelheim stipendiat utsågs Sara Själander, Sundsvall, med projektet; Strokerisk efter elkonvertering och lungvensisolering: betydelse av antikoagulationsbehandling. Båda projekten fokuserar på stora kardiologiska patientgrupper och vi ser fram emot att få ta del av deras resultat på kommande möten.

Våren och maj månad är en tid då man blir både gladare och orkar lite mer. Det beror med all säkerhet på att det blir lite ljusare men för mig är den ökade aktiviteten i naturen också en bidragande orsak. Familjen tycker att jag är lite nördig på våren då jag gläds åt småfåglarnas inflyttning i trädgårdens holkar och koltrastens kvitter, som kulminerar denna månad. Forskning visar att ljud (fågelkvitter) och musik har olika påverkan på oss. Välbekant musik skapar behagliga känslor och det kan nog förklara varför jag blir så glad av fågelsång på våren. Hemma hos mig spelar för närvarande ungdomarna dubstep. Det är inte riktigt min favoritgenre när det gäller musik, men vem vet, kanske kommer jag att koppla dubstep till välbefinnande om några år?

Förutom försommarkänslan så är maj också den månad då man kan behöva stanna upp och summera den gångna terminen. Har jag hunnit med mitt kliniska uppdrag och de utbildningar jag planerat? Kanske blir svaret nej och man kan önska att det funnits en möjlighet till bättre planering. På kardiologföreningens hemsida kan du fylla i de fortbildningar du deltar i och skatta hur många CME-poäng det motsvarar, ett bra stöd för dig som individ och inför en eventuell diskussion med verksamhetsföreträdare. Kortare och mer koncentrerade utbildningstillfällen ligger i tiden och kardiologföreningen planerar en ny serie av nationella utbildningssymposier i höst, med hjärtsvikt i fokus. Håll utkik efter program och tider på hemsidan. På hemsidan hittar du också information om höstens datum för arytmiarbetsgruppens utbildningsdagar om kammararytmi. Passa på och boka in det redan nu medan almanackan fortfarande är någorlunda tom.

När summeringen av våren är klar så är det dags att njuta av sommaren! Jag planerar för en lugn sommar, delvis nerkopplad, med frukost på altanen, husprojekt och lugna löparrundor. Oavsett hur vi kopplar av så finns starka belägg för att vila från vårt ordinarie arbete förbättrar vår prestation. Kanske kommer det att dyka upp nya tankar om möjliga lösningar både i forskningsprojektet och i det kliniska arbetet efter några veckors semester.

Väl mött på ESC där kardiologföreningen anordnar en gemensam middag på lördagskvällen och glöm inte, även om det känns avlägset, att avsätta tid för det kliniska forskningsmötet den 26-28 november på Säröhus utanför Göteborg.

*Njut av sommaren!
Christina*



”Det kommer att bli intressant att få följa och bevaka forskning och utbildning”

Detta är Hjärtrytmgruppen

Text: Tord Juhlin

”Då utbildningen lockade till sig ett stort antal deltagare har HRG beslutat att dessa temadagar skall återkomma årligen.”

2013 bytte Arbetsgruppen för arytm namn till HjärtRytmGruppen, HRG. Arbetsgruppen har under arbetsåret bestått av Carina Blomström Lundqvist (ordf.), Niklas Höglund (kassör), Cecilia Rorsman (icke regions sjh repr.), Magnus Forsgren (icke regions sjh repr.), Jonas Schwieler, Tord Juhlin, Pyotr Platonov, Lennart Bergfeldt, Anders Jönsson, Viveka Frykman Kull (Kardiologföreningens styrelserepr.) samt Bozena Ostrowska.

Följande personer har avgått/invalids i HRG: Anders Ahlsson som suttit 4 år, ersattes av Tommy Andersson (Örebro) 2013, som dock efter 6 mån valde att lämna HRG och ersattes med Dritan Poci (from Vt 2014). Cecilia Rorsman som avgick vt 2014 och ersattes av Bozena Ostrowska (Eskilstuna), efter valnämndens beslut.

Temadagar blev populära

Arbetsgruppen har under året haft möte vid Kardiovaskulära Vårmetet i Göteborg 130419, Svenska läkarsällskapet 130918 samt vid internat Noors slott 140120-21 och telefonkonferenser 130211, 130320, 131111, 131209, 140303 och 140407.

HRG har introducerat en ny form av utbildningsaktivitet, s.k. Temadagar som förlagts till tre ambulerande orter i Sverige. Utförligt reportage om dessa finns på nästa uppslag. Då utbildningen lockade till sig ett stort antal deltagare har HRG beslutat att dessa Temadagar skall återkomma årligen.

För hösten i oktober 2014 planeras Temadagar om ”Kammararytmi- från oskyldigt extraslag till plötslig död”, förlagt till Göteborg 9 oktober (lokal värd Lennart Bergfeldt), Stockholm 15 oktober (lokal värd Jonas Schwieler) och Umeå (lokal värd Niklas Höglund) 22 oktober 2014.

HRG har vidare introducerat en ny utbildningsaktivitet ”nationella utbildningsmöten” för yngre elektrofysiologer, vilka avses vara teoretiskt och praktiskt inriktade och ambulera mellan olika universitetssjukhus. Det första utbildningsmötet är inplanerat till 7 november i Uppsala och leds av Jonas Schwieler i samarbete med lokal värd CB Lundqvist.

Arbetsgruppen har tillhandahållit information till European Heart Rhythm Associations ”White Book” med nationella data avseende elektrokardiologi samt pacemaker- och ICD-behandling.

Som representanter för HRG i de två arytmregistren har fortsatt varit Jonas Schwieler för ablationsregistret samt Magnus Forsgren för Pace- och ICD-registret.

Som tidningsgansvarig inkl. redaktionellt arbete som rör HRG och arytmier i Svensk Kardiologi har utsetts Tord Juhlin, och som webbansvarig Magnus Forsgren.

HRG har fortsatt kartläggningen av regionala skillnader avseende tillgång till a) Device-implantation, b) Ablationer, och c) Hjärtstoppsbehandling, innefattande datainsamling/genomgång av registren på nationell nivå och därefter planering av aktiviteter.



Fokus på utveckling av utbildning

HRG har fortsatt sitt arbete rörande strukturerat fortbildningssystem inom devicebehandling/elfys samt behov av ackreditering för arytmibehandling och/eller subspecialiseringsexamen. Vidare utformning av krav på kompetens samt standardkrav på lokaler och centra.

Två grupper har utsetts för att arbeta med device- och ablationsverksamheter rörande krav på utbildning, kompetens av läkare som utför operationer, ablationer och krav och standard på lokaler/centra där dessa procedurer utförs.

Magnus Forsgren och Bozena Ostrowska har båda fått i uppdrag att leda arbetet avseende utbildningskrav för deviceimplantatörer och standardkrav på implantationscentra. I gruppen ingår även Peter

Lindell, Örebro, Johanna Sjöblom, Danderyd, Johan Brandt Lund, samt Piotr Szamlewski (Göteborg). Arbetet skallavrapporteras till HRG i november 2014.

Kompetensbeskrivning

Niklas Höglund och en medarbetare har fått i uppdrag att leda arbetet avseende beskrivning av kompetenskrav för elektrofysiologer som utför invasiva elektrofysiologiska undersökningar och kateterablationer liksom standard på centra där dessa undersökningar och ingrepp utförs, för att sedan utarbeta rekommendationer. Till medarbetare har HRG utsett Helena Malmberg (Uppsala), Ole Kongstad (Lund), Anders Jönson (Linköping) och Lennart Bergfeldt. Arbetet skallavrapporteras till HRG i november 2014.



Arytmiprofilen

Carina Blomström Lundqvist

Text: Tord Juhlin



Carina Blomström Lundqvist
Akademiska Sjukhuset
Uppsala
Professor, Överläkare

Hur kom det sig att du blev arytmolog?

Slumpen faktiskt. Hade siktat in mig på klinisk fysiologi och tyckte hemodynamik verkade kul så jag sökte KS efter min AT när Erik Orinius var chef där och lovades tjänstgöring men skulle få vänta 6 månader så då blev det Göteborg istället. Jag fastnade först i Finn Waagsteins kardiomyopatigång med bla Åke Hjämarssons forskargrupp och skrev något PEK men elektrofysiologin var mer intellektuellt utmanande och arytmi-gruppen med Bertil Olsson i spetsen med Nils Edvarsson och Per Blomström, fick mig snabbt intresserad av allt som rörde arytmier.

Vad är det inom arytmologin som tilltalar dig?

Det som är så roligt är att det är så intellektuellt utmanande samtidigt som man med olika typer av interventioner kan lindra och bota patienter från de mest allvarliga arytmier eller närliggande tillstånd. Man vet aldrig säkert från början vad som väntar en som kateterisör. Vid en ablation så kanske man förväntar sig en vanlig känd takyarytmi men istället blir det en gäckande svår arytmi som kanske inte beskrivits tidigare.

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

Att man säkrar utbildningen i arytmologi och certifierar kollegor som ska syssla med arytmier. Detta innefattar en obligatorisk specialistexamen i kardiologi, en obligatorisk uppföljning av sk CME-poäng för att garantera en adekvat fortbildning, att man definierar utbildningskrav och examina för invasiva elektrofysiologer samt att man ackrediterar centra som ska få syssla med ablationer. Nu kan vilket sjukhus som helst starta verksamhet och börja med ablationer, vilket är mycket olyckligt, eftersom det finns inget som heter enkla ablationer. Man vet aldrig vad

man ställs inför. Det är därför bättre att centralisera och få höga volymer vid ett mindre antal centra.

Hur ser du på arytmologins framtid?

Området expander snabbt sedan några år. Vi har nu introduktion av nya antikoagulantia mot förmaksflimmer, nya behandlingsmetoder – ablation mot mer ihållande förmaksflimmer, ny teknik för ablation av kammartakykardier, nya elektrodlösa pacemakers, samt har biventrikulär pacemakerbehandling utvecklats så att vi kan minska andelen ”non-responders”. Våra möjligheter att med hjälp av genetiska analyser kartlägga sjukdomar, riskvärdera patienter samt skräddarsy behandlingar på individnivå är också ett stort framsteg. Jag kan dock tycka att det avsätts allt för få resurser för denna expanderande arytmi-verksamhet, och det finns geografiska skillnader i tillgänglighet och kvalitet, en stor och viktig fråga som vi har börjat arbeta med inom HRG.

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

Oj, jag skulle ha sökt in på Tekniska högskolan och läst fysik eller matte men fick råd av nära och kära att läkaryrket nog var bättre. Konsertpianist hade varit häftigt men talangen räckte inte långt.

Vad gör du på din fritid?

Arbetar nog lite med sådant som rör EHRA, och HRG. Annars är jag mycket intresserad av aktier, börsutveckling, konst och antikviteter – auktioner, samt musik. Jag spelar piano.

Vilken bok läser du just nu?

Hur blir man en kursvinnare (aktiebok).

Vilken film såg du senast?

Det var länge sedan jag gick på bio, men tror det var Harry Potter med min yngsta dotter.

Tack!

HRG:s temadagar 2013 – fokus på förmaksflimmer

Text: Tord Juhlin

Under oktober månad 2013 genomförde HRG (HjärtRytmGruppen – arbetsgruppen för arytmi inom Svenska Kardiologföreningen) temadagar med fokus på förmaksflimmer i Lund, Stockholm och Umeå. Temadagarna är ett sätt att höja kunskapsnivån och förbättra arytmi-vården i Sverige genom att erbjuda ett högkvalitativt arytmiutbildningsprogram (samma program vid samtliga tillfällen) i olika delar av landet. Dagarna var välbesökta, med ca 100 deltagare i Lund och Stockholm och ca 60 i Umeå. Målgruppen för temadagarna var specialister i kardiologi och internmedicin samt sjuksköterskor som deltar i omhändertagande av patienter med förmaksflimmer, som på flera sjukhus på senare tid har förvandlats till en särskild verksamhet. Sponsring från industrin bidrog till att deltagaravgiften kunde hållas på en låg nivå. Representanter från industrin inbjöds också till diskussion. Vid anmälan uppmanades deltagarna också att fylla i en enkät som berörde olika aspekter av flimmersjukdomen och behandling av densamma. Enkäten utformades med utgångspunkt i de senaste europeiska rekommendationerna för omhändertagande av patienter med förmaksflimmer. Dessa enkätsvar presenterades och utgjorde diskussionsunderlag på respektive ort.

Föreläsningarna berörde olika aspekter av det akuta omhändertagandet av en flimmerpatient, antikoagulation, rytm- och frekvensreglering av flimmer både med läkemedel och icke-farmakologiska åtgärder. Vidare diskuterades hälsoekonomiska aspekter av flimmerbehandling samt behandling vid speciella situationer som patienter med njursvikt eller vid samtidigt akut koronart syndrom.

Som förväntat väckte diskussionen om de nya läkemedel som har introducerats i behandling av förmaksflimmer under de senaste åren stort intresse. Delvis handlade det om användning av vernakalant för farmakologisk konvertering av förmaksflimmer, något som idag har blivit en rutin på vissa orter som



t.ex. i Malmö och Lund. Den första erfarenheten från Skåne, visade att läkemedlet platsar väl i det akuta patientflödet och efter genomgång av över 250 patienter som fick läkemedlet för konvertering av förmaksflimmer kunde man konstatera att det är effektivt i ca 70 % av fallen.

En stor del av diskussionerna under temadagarna vi alla tre kurstillfällena ägnades åt introduktion av nya antikoagulantia, deras plats i omhändertagandet av patienter i samband med elkonvertering, ablationsbehandling och patienter med akut koronart syndrom. Det visade sig att det finns en del variation i hantering av dessa kliniska situationer mellan olika regioner i landet men diskussioner på temadagarna har bidragit till bättre förståelse av dessa olikheter och gav möjlighet för erfarenhetsutbyte mellan kursdeltagarna.

Kursinnehållet har lagts upp på nätet på temadagarnas webb-sida så att de som inte kunde delta i sessionerna har möjlighet att ta del av innehållet. HRGs temadagar är tänkta att vara ett årligen återkommande utbildningstillfälle och HRG planerar således nya temadagar hösten 2014 i Göteborg, Stockholm och Umeå. Årets tema är ”Ventrikulära arytmier- från oskyldigt extraslag till plötslig död”.

”Det visade sig att det finns en del variation i hantering av dessa kliniska situationer.”



Från GUCH till GAIS framgångsrik kurs för ST-läkare i kardiologi

Text: Karna Johansson Foto: Niclas Svedberg

Arbetsgruppen Framtidens Kardiologer:

Charlotta Ljungman
Göteborg

Markus Lingman
Halmstad

Niclas Svedberg
Falun

Emma Svennberg
Stockholm

Karna Johansson
Kiruna

Jesper van der Pals
Lund

”När jag skulle hit tänkte jag först att det skulle bli väldigt spännande att få träffa er – framtidens kardiologer – tills jag insåg att det innebär att jag själv är gårdagens kardiolog!”

Eva Furunäs inledningsreplik drar ner hjärtliga skratt från de knappt 70 ST-läkarna i auditoriet på Stockholm Waterfront. Med många års erfarenhet av GUCH-patienter ger hon sedan en användbar översikt över det smala men svåra ämnet Graviditet och hjärtsjukdom. Dessförinnan har auditoriet fått en både historisk och fysiologisk Introduktion till GUCH av Ulf Thilén.

Den två dagar långa kursen varvar föreläsningar i till synes vitt skilda ämnen. Mats Börjesson berättar entusiastiskt och på bred västkustdialekt om idrottskardiologi, ett ämne som ligger honom nästan lika varmt om hjärtat som fotbollslaget GAIS som han också är läkare åt. Torbjörn Ivert går igenom alla vanliga men framför allt ovanliga hjärttumörer. Men om någon har sett dem så är det han, en av Sveriges mest erfarna och meriterade thoraxkirurger. Som avslutning ger Bengt Ullman, kardiolog från Södersjukhuset, en efterlängtat sammanfattning av Perikardiets sjukdomar.

Däremellan passar Piotr Szamlewski på att grilla deltagarna i kluriga EKG:n från tidigare års upplagor av EKG-SM. ”Lite för svårt och väldigt lärorikt” låter det sammanfattningsvis i kursutvärderingen, precis som det var tänkt.

Syftet med de till synes spridda ämnena är att täcka delmål 8 och 9 i socialstyrelsens målbeskrivning för ST-läkare i kardiologi vilka i flera fall visat sig vara svåra att finna kurser i och ibland fördröjt uttag av specialistbeviset – något som vissa av kursens arrangörer själva fått erfara.

Arbetsgruppen som arrangerat kursen lyder under Kardiologföreningen och är kopplad till ESC. Medlemmarna är med flit utvalda för att de har spridd utbildningsnivå, ålder och geografisk tillhörighet, från Kiruna i norr till Lund i söder. Gemensamt är att de vill göra något konkret för blivande och nyblivna specialisters utbildning. De träffades för första gången i samband med Vårmetet 2012 i Läkarsällskapets lokaler på Klara Östra Kyrkogata i Stockholm och tog med glimten i ögat det förpliktande namnet Framtidens Kardiologer.

Genom en egen flik på Kardiologföreningens hemsida www.cardio.se och mailutskick till landets ST-läkare i kardiologi har gruppen informerat sina kollegor om utbildningsrelaterade ämnen. Man har också bevakat den nya ST-utbildningen, fungerat som remissinstans i utbildningsrelaterade frågor och arrangerat sociala aktiviteter i samband med Kardiovaskulära Vårmetet. De växande planerna på den trängande kursen kunde slutligen förverkligas tack vare ekonomiskt stöd från Astra Zeneca.

Stärkta av den positiva responsen och med önskemål från kursdeltagarna i bagaget planerar man nu för en ny kurs i januari 2015. Principen blir densamma som i år med en tvådagarskurs i Stockholm under januari månad. Ämnena är inte helt fastställda men en lågoddssare torde vara delmål 12. Året därpå kan det kanske bli 2014 års kurs i repris.

Mycket är ännu öppet men helt säkert är dock att Piotr dyker upp med några kluriga – och lite för svåra – EKG:n åt framtidens kardiologer.



70 st av nutidens och framtidens kardiologer samlades på Stockholm Waterfront för en två dagar lång kurs.



Thoraxkirurg Torbjörn Ivert föreläste om hjärttumörer.



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



Charlotta Ljungman, specialist i kardiologi i ordförande för arbetsgruppen för Framtidens Kardiologer hälsar deltagarna välkomna.

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

HRG's Utbildningsdag

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

TEMA: Kammararytmi – från oskyldigt extraslag till plötslig död

Hjärtstopp och HLR

- den akuta utredningen, behandlingen och uppföljningen.

Hur fångar vi patienten med risk för plötslig död?

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

Akut koronart syndrom

- tidiga och sena ventrikulära arytmier

Jonkanalsjukdomar

- från diagnos till bedömning av risk för plötslig död

Icke ischemisk VT

- senaste nytt

Devices

- bedrar snålheten visheten?

Ablation vid kammararytmi

- när då?

Tänkvärda fall

Föreläsare:

Niklas Höglund

Magnus Forsgren

Carina Blomström Lundqvist

Jonas Schwieler

Dritan Poci

Anders Jönsson

Lennart Bergfeldt

Bozena Ostrowska

Pyotr Platonov

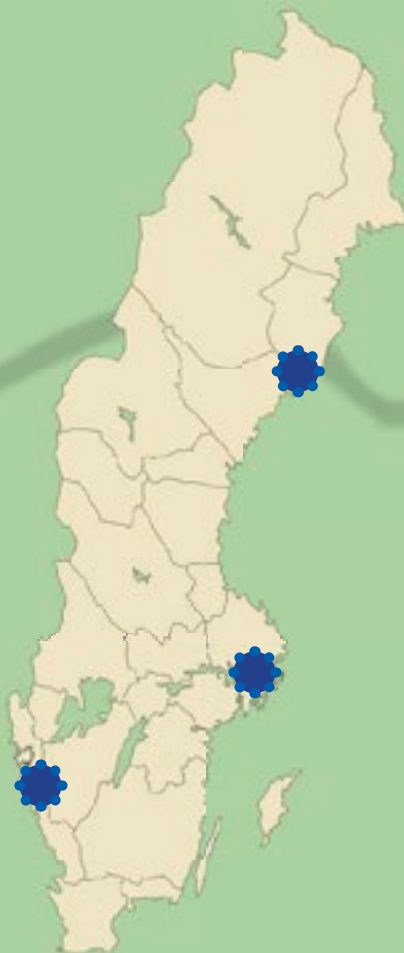
Thomas Gilljam

Tord Juhlin

Mårten Rosenkvist

Johan Herlitz

Leif Svensson



För mer information se: <http://cardio.se>



HjärtRytmGruppen



7:e Postgraduate kurs i GUCH

22-25 september, 2014

Skånes Universitetssjukhus, Lund



- PROGRAM
- ANMÄLAN
- UTSTÄLLNING

Läs mer om kursen på
www.mkon.se/GUCH



Våren kom med Värmötet

Text & foto: Christer Höglund

Detta års upplaga av Värmötet gick i Malmö, nu på de nya mässhallarna! Oklart om de verkligen var klara men tillräckligt bra för oss. Efter en dags regn kom också solen över Skåne. Underbart. Solen sken också på den nya styrelsen som röstades fram med den nye ordförande docenten Frieder Braunschweig från Karolinska. Vill gratulera till tre nya styrelsemedlemmar nämligen Mats Börjesson från Stockholm och Göteborg, Ulf Näslund från Umeå och Stella Cizinsky från Örebro. Välkomna!

Värmötet är ju vårt största nationella kardiologiska möte och precis som alla andra år samlades drygt 1 200 deltagare. Kvaliteten är som vanlig mycket hög. Det genomgående vanligaste ämne detta år var antikoagulantia eller NOAC. Jag minns bra för ett år sedan att rekommendationerna var warfarin först. Nu har uppenbart uppfattningar vänt och nu föreslås NOAC som förstahands preparat till patienter med nyinsättning av antikoagulantia. Som sagt utvecklingen går snabbt vidare.

En något förvånande nyhet var att i Sverige finns det minst 22 stycken läkemedelskommittéer och många har olika uppfattningar om antikoagulantia, speciellt inom sitt lilla reviområde. Hur mycket tid tas inte från sjukvården för att samla alla dessa kommittéer? Vore det inte bättre att följa några få centrala kommittéer och följa dessa? Speciellt i ett så litet land som Sverige.

I samband med Värmötet har Kardiologföreningen sitt årsmöte och här presenteras dels årets stipendier och dels de ”nya” kardiologspecialisterna. Årets Boehringer stipendium gick till doktor Sara Själander från Sundsvall och Astras stora pris gick till Oscar Braun från Lund. Grattis!

Som ni kanske märker så använder jag bokstaven K i stället för C. Under årsmötet klubbades nämligen – efter en omröstning – att Svenska Kardiologföreningen byter namn till Svenska Kardiologföreningen. Efter hand kommer bokstaven C bytas ut.

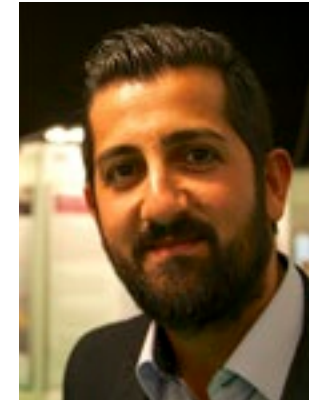
Som vanligt bjöds det på mingel första kvällen där alla åldrar och profession blandades. Kul att se gamla gänget från Göteborg fortfarande är aktiva. Förra gången som Värmötet var i Malmö var den stora festmåltiden ute i närheten av brofästet och man hade den synnerliga goda smaken att bjuda på musik från Skånes egen ”Tom Jones”. Musiken betyder en stor del av att en fest lyckas. Detta år var festmåltiden i Swedbanks nya fotbollsstadium och återigen hade festkommittén plockat fram en ypperlig och rockande orkester. Alla var uppe på dansgolvet!

Nästa års Värmötet går i Örebro den 22 – 24 april – välkomna!

Enjoy!



Christina Christersson



Kambiz Shagaldi



Karl Swedberg



Åke Hjalmarsson



Fredrik Scherstén



Annica Ravn-Fischer



Thomas Flodin och Sven Eriksson

Rapport från Hjärtförbundets XVI vårmöte i Malmö 7-9 maj

Text: Martin Stagmo Foto: Christer Höglund

Med ett väder som endast av en inbiten lokalpatriot kunde kallas för vårligt bjöd Malmö över 1200 hjärtintresserade sköterskor, kardiologer, thoraxkirurger, biomedicinska analytiker, sjukgymnaster och kliniska fysiologer på Svenska Hjärtförbundets 16:e Kardiovaskulära vårmöte. Högttrycket i föreläsningssalar och utställningshall samt inte minst kongressmiddagen gick dock inte att ta miste på. Denna mötesplats för alla hjärtintresserade yrkesgrupper fortsätter att vara uppskattat och välbesökt och är en ganska unik företeelse som vi bör värna om och utveckla, särskilt i en tid av ekonomisk vånda för de flesta sjukvårdshuvudmän. Ett forum som på nära håll bjuder på både vetenskap och kliniska föreläsningar liksom ett stort utbud av erfarenheter kollegor emellan liksom en möjlighet för yngre forskare och läkare att visa upp sig är värt att bevara. I dessa tider av crowdfunding till allsköns mer eller mindre vällovliga ändamål uppmanar jag alla att inför nästa möte i Örebro 2015 försöka få alla att ytterligare en kollega från sin arbetsplats. Det är väl inte särskilt betungande, eller hur? Ju fler vi blir, desto bättre blir mötet och desto mer sannolikt är det att vi kan fortsätta. Det goda samarbetet mellan kliniker, akademiska vetenskapsmän och den forskande läkemedelsindustrin är helt avgörande för att svensk sjukvård ska fortsätta att vara i världsklass. Låt oss inte slarva bort detta samarbete pga. ett lättvindigt böjande för de aktuella vindarnas riktning. Ett samarbete byggt på viljan att göra bättre för patienterna, transparens och ömsesidig respekt för lagar och regler samt ett förtroende parterna emellan kan inte vara, och är inte, fel.

Årets möte bjöd på en blandad kompot av klinik, preklinisk, industrisponsrade symposier och de viktiga interkollegiala interaktionerna. Här följer några glimtar av vad jag uppfattade på mötet:



Den nya styrelsen har redan tagit sig an uppgiften med stor iver och vi önskar dem alla lycka till.

Kardiologföreningens årsmöte

Det kompetta mötesprotokollet finns på Kardiologföreningens hemsida www.cardio.se.

Den viktigaste frågan var nog det historiska namnbytet från Cardioloföreningen med C till Kardiologföreningen med K. Denna fråga röstades igenom redan vid förra årets möte men behövde enligt stadgarna ånyo beslutas om i år. Förslaget gick igenom utan större diskussion.

Vidare valdes flera nya ledamöter till Kardiologföreningens styrelse. Ett flertal trotjänare avgick efter att ha suttit i styrelsen i många år. Bland de som avtackades var Per Johansson, Viveca Frykman, Christina Hambræus och vår ordförande de senaste 4 åren, David Erlinge. Den nya styrelsen består av:

Ordförande: Frieder Braunschweig, hittillsvarande vetenskaplig sekreterare och invasiv elektrofysiolog, Karolinska Sjukhuset, Stockholm. **Vice ordförande:** Mats Börjesson, professor i folkhälsa och välkänd idrottskardiolog, Karolinska Sjukhuset, Stockholm. **Kassör:** Eva Strååt, arytmolog och verksamhetschef, Södersjukhuset, Stockholm. **Vetenskaplig Sekreterare:** Christina Christersson, verksam inom GOCH



Christer Höglund – en välförtjänt hedersledamot i Svenska Kardiologföreningen

och koagulationsforskare, Akademiska Sjukhuset, Uppsala. **Facklig Sekreterare:** Stella Cizinsky, interventionell kardiolog och verksamhetschef, Universitetssjukhuset, Örebro. **Ledamot:** Niklas Ekerstad, verksamhetschef med särskilt intresse för medicinsk etik, Norra Älvsborgs Läns sjukhus. **Ledamot:** Ulf Näslund, professor och verksamhetschef, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Värmötets symposier

Urvalet av symposier och fria föredrag är en grannliga uppgift för organisationskommittén. Man kan alltid ha synpunkter på vilka områden som är viktigast och vilka som gynnas respektive missgynnas under årets möte. Om du upplever något viktigt ämne ej täckts eller har en bra idé så vänta inte, på Malmö Kongressbyrås hemsida www.mkon.se är anmälningarna till nästa års vårmöte i Örebro redan öppna. Ju fler förslag vi får in, desto större är möjligheten för att göra ett riktigt bra möte. En glädjande sak var att årets inflöde av abstracts (både oral och posters) var större än någonsin. Tyvärr innebar ju detta att en del bra abstracts fick ratas i år men det

finns inget som hindrar att man skickar in dem tillsammans med nya abstracts inför nästa möte.

Historiskt namnbyte

Svenska Kardiologföreningen bytte namn till Svenska Kardiologföreningen. Namnbytet har föregåtts av många och långa pro-con diskussioner och har varit föremål för inte mindre än 2 omröstningar vid årsmöten. Som i de flesta frågor finns det många argument både för och emot som alla är valida och vällovliga. Nu får vi alla emellertid anpassa oss till det nya namnet och använda det i fortsättningen. Det kommer säkert att inom en mycket kort framtid kännas helt naturligt.

Tidskriften Svensk Cardiologis mångåriga redaktör, Christer "Kide" Höglund, avtackades och hans stora insatser för föreningen belönades med ett välförtjänt hedersledamotskap i densamma. Kide kommer att även i fortsättningen med jämna mellanrum dyka upp i tidningen med reportage och inte minst med sina många och viktiga fotografier då han till vår stora glädje accepterat att stanna kvar i redaktionen som senior editor.





De 12 som passerade Bengt Johanssons nålsöga och som ärades på årsmötet var: Alexandra Georgiadis, Motala. Marie Jernvald, Stockholm. Roland Söderholm, Södertälje. Camilla Barth, Borås. Giorgios Panayi, Linköping. Jenny Stenudd, Stockholm. Ulrika Reistan, Stockholm. Mats Wistrand, Stockholm. Anette Jemtrén, Stockholm. Maria Nastase Mannila, Stockholm. Karolina Ericsson, Umeå. Helena Rohman, Stockholm.

Specialistexamen

Förra årets specialistexamen i Kardiologi ägde rum i Umeå under Bengt Johanssons ledning. Inte mindre än 12 antal nyexaminerade specialister godkändes och merparten av dessa erhöill sina diplom vid årsmötet. De nya specialisterna hälsades med rungande applåder. Det är viktigt att vi medlemmar uppmuntar våra blivande kollegor att ta specialistexamen även i framtiden. Detta är en bra självförtroendeboost och ett kvalitetsmärke för vår specialitet. Vad gäller kardiologispecialiteten så återkommer vi i nästa nummer till det fantastiskt viktiga arbete som utbildningsutskottet och inte minst Viveca Frykman-Kull gjort för att Kardiologin ska återta sin rättmätiga plats som egen specialitet i Socialstyrelsens ögon.

Symposier

Bland de många föredrag och symposier på vårmötet vill jag speciellt nämna några som fick min speciella uppmärksamhet.

På onsdagen presenterade Fredrik Gadler och David Mörtzell intressanta uppgifter om regionala skillnader i frekvensen av ICD och CRT implantationer samt data på devicerelaterade komplikationer, särskilt infektioner. Det är alltid intressant med skillnader i frekvens särskilt i ett så litet land som vårt. Är patientklientelet verkligen så olika i de olika landsändarna eller läser och tolkar vi studier och riktlinjer på helt olika sätt för att motivera dessa skillnader? Det kan väl i alla fall inte vara så det är olika ekonomiska parametrar som styr implantationsfrekvensen i de olika landstingen???

Den viktiga frågan om utredning, uppföljning och



Peter Sleight – årets Werkö-föreläsare.

behandling av torakala aortaaneurysm diskuterades vid två olika symposier. Det följde en intressant diskussion om profylaktisk medicinsk behandling, allmän sekundärprevention och hur man bäst organiserar en Aortaklinik. Utredning av thorakala aortaaneurysm är en företeelse som åtminstone i min kliniska vardag har blivit allt mer frekvent. Identifieringen av familjeanhopning av sjukdomen, även utan välkända syndrom som Marfan och Loeys-Dietz är uppenbar och kräver allt mer samarbete med våra kliniska genetiker.

Årets Werköföreläsning hölls på excellent Queen's English av en verklig nestor inom kardiologisk forskning och kliniska prövningar: Professor Peter Sleight från the Radcliffe Infirmary i Oxford. Det är svårt att nämna en stor klinisk prövning utan att han varit med i styrkommittén till den. Hans forskningsintresse sträcker sig till så olika (?) ämnen som carotisbaroreceptorernas påverkan på blodtrycket som musikens inverkan på hjärthälsan. Det torde vara oomtvistat att Peter Sleight är en värdig Werkö-föreläsare.

Andra viktiga ämnen som avhandlades i symposier och abstracts var behandling med device för att sluta förmaksörat (LA occluders) i syfte att minska tromboembolirisken vid förmaksflimmer, ekokardiografiska tips och trick vid undersökning av patienter med medfödda hjärtfel och nya rön för hur vi ska få våra kranskärlspatienter att fortsätta sin sekundärpreventiva behandling. Kanske kan den nya tekniken med smartphones och appar hjälpa oss. Det pågår i Sverige flera intressanta projekt som syftar till att utvärdera huruvida en nätbaserad individualiserad uppföljning kan öka följsamheten.



Oscar Braun



Sara Själander

Stipendier

Ett flertal forskningsstipendier delades ut till unga lovande kardiologiska forskare.

Astrazenecas stipendium för forskning kring akuta koronara syndrom gick till Oscar Braun, Lund för sin forskning kring "Nya effekter av trombocythämning vid AKS".

Sara Själander från Sundsvall erhöill Boehringer Ingelheims stipendium inom koagulationsområdet för sin forskning kring "Betydelsen av antikoagulation vid elkonvertering och lungvensisolering"

Båda gratuleras och önskas lycka till i sin framtida forskargärning.

Världens snabbaste allsång

Galamiddagen på Swedbank arena på torsdagen förtjänar ett speciellt omnämnande. Jag tror att ingen som deltog kommer att glömma hur det är att plötsligt hamna i "Världens snabbaste allsång". Att se och höra 700 kollegor stå upp och i ett närmast hysteriskt tempo sjunga med i nya och gamla låtar är en svåröverträffad upplevelse.

Vi kan se tillbaka på ett vetenskapligt fullspäckt vårmöte med ett stort deltagarantal och se fram emot nästa års möte i Örebro med stor tillförsikt. De saker som tagits upp var är naturligtvis bara ett axplock och många viktiga och intressanta föredrag och abstracts har måst gå onämnda. Det bästa sättet att tillgodogöra sig hela vårmötet program är att redan nu planera in ett deltagande i nästa års möte den 22-24 april. Vi ses i Örebro!



Pia Lundman och Cathrine Edström-Plüss



Professorerna Erlinge och Wallentin



Ole Fröbert och Marcus Carlsson



Per Johansson

En perfekt grillad kyckling

Text: Carl Johan Höjer



”En ekologisk kyckling smakar mer och har levt ett gladare liv”

Efter förra numrets filosofiska utsvävningar tänkte jag att det kan vara dags att återgå till lite mer handfasta matlagningsinstruktioner och därför en kort instruktion i konsten att laga en perfekt grillad kyckling med tillbehör. Detta recept kommer sedan, att via kycklingbuljongen som tillagas av resterna, leda fram till framtida kulinariska höjder. Hav förtröstan.

Första steget är att köpa en kyckling och sällan sammanfaller väl etik och gastronomi så tydligt som i fallet hel kyckling. En KRAV-märkt, ekologisk kyckling smakar mer, är större och har levt ett gladare liv än sina industriellt uppfödda broilersläktingar. Framförallt så smakar en ekologisk kyckling så mycket bättre och ett gott samvete är ju också den bästa kryddan, som man brukar säga.

En kyckling på ca 1,5 kg är lagom till 4 personer och tiden i ugnen på 225 grader är ca en timme per kilo. Hemligheten bakom den perfekta kycklingen är två; Kryddsmöret och det faktum att potatisen tillagas i samma form som kycklingen.

Börja med att skala potatis, det ska vara en mjölig sort. Koka potatisen i ca fem minuter, bara så att ytan blir mjuk. Häll av vattnet och rör runt med en träslev

så att ytan på knölna bli uppruggad. Detta är mycket viktigt för potatisens förmåga att absorbera smöret så att man får den perfekta ytan.

Gör därefter kryddsmöret: Ca 100 gr smör, rumsvarmt, en finhackad charlottenlök, en likaledes finhackad vitlöksklyfta och salt och peppar blandas med en näve hackade färska kryddörter. Ta vad ni hittar i trädgården, jag brukar ha oregano, dragon, timjan och lite rosmarin.

Dissekera loss skinnet från bröstet utan att det går sönder. Göres lättast trubbigt med fingrarna, faktiskt exakt samma manöver som att göra en dosficka för en pacemaker. Gör ett snitt i skinnet på varje lår och lossa även där. Lägg sedan in ett tjockt lager av kryddsmöret under skinnet på bröst och lår. Avsluta med att lägga det som blir över utanpå, salta och peppra och till sist, dela en citron i fyra delar och stoppa in den inuti skrovet.

Lägg kycklingen i en form och fördela potatisen omkring. Stek ca 20–30 min på ena sidan, vänd sedan kycklingen och stek undersidan lika länge, vänd en sista gång och låt den ligga så tills den är färdig. Varje gång man vänder så rör man också runt bland potatisen och öser dem med det smälta smöret och saften från kycklingen och citronen. I slutet kan man ösa ca var tionde minut.

Dela kycklingen i vingar, ben, lår och bröstbitar och servera. Potatisen kommer att vara helt ljuvliga, gyllenbruna och krispiga på ytan och mjukt fluffiga inuti.

Dock; Potatisen blir bäst på ca 1 ½ timme, om ni har en större kyckling på ca två kilo, vänta en halvtimme innan ni lägger in potatisen.

Spar sedan alla ben och framför allt skrovet. Lägg det i frysen tills ni har tid att koka buljong på det. Var god se tidigare nummer för detaljerade instruktioner angående fondkokning. Fonden kommer att spela en avgörande roll i nästa nummers recept så se till att få det gjort till dess.

Smaklig måltid!

Hitta flimmer – stoppa stroke

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

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

En nyligen publicerad studie ¹ från Skövde visar att en utredning med Zenicor-EKG i tre veckor hittar tysta förmaksflimmer hos 11,4% av strokepatienterna jämfört med 2,8 % med 48h Holter.

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

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

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



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.

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

SANOFI

Om betablockad inte räcker till vid icke-permanent förmaksflimmer

MULTAQ®
dronedaron

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 amiodon samt patienter som samtidigt behandlas med dabigatran. För ytterligare kontraindikationer, se www.fass.se.

Nytt vårdprogram om trombocythämning

Text: Oscar Braun

"Tikagrelor är den mest förskrivna ADP-receptor-hämmaren i Sverige"

De senaste åren har vi kardiologer ökat förskrivningen av potenta perorala trombocythämmare markant i och med lanseringen av prasugrel (Efient) och tikagrelor (Brilique). Tikagrelor är nu den mest förskrivna ADP-receptorhämmare i både STEMI- och NSTEMI-grupperna i Sverige. Många av våra patienter är multisjuka och det är mycket annat som händer under den period de tar dubbel trombocythämning. Detta har resulterat i en klart ökad mängd frågor kring hanteringen av trombocythämning i samband med operationer, ingrepp och komplikationer i form av blödningar etc. Våra koagulationsjourer har också märkt en klart ökad mängd frågor på detta ämne det senaste året.

I ljuset av detta föddes idén att skriva ett vårdprogram som belyser frågor kring hur peroral trombocythämmare kan hanteras i olika situationer, t.ex. akut kirurgi, anestesi och blödning. Arbetet med vårdprogrammet har utförts av en arbetsgrupp med Oscar Braun, VO Hjärt- och Lungmedicin i Lund, som ordförande. Övriga medlemmar har varit Håkan Wallén, Danderyd, och David Erlinge, Lund, som representanter från kardiologin, Peter Svensson, Malmö, och Anders Själander, Umeå-Sundsvall som representanter från koagulationsmedicin samt Anders Jeppsson, Göteborg, som representant för thoraxkirurgi. Råden om trombocythämmande behandling är framtagna på uppdrag av Svenska Kardiologföreningen och Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas (SSTH). Vårdprogrammet har också varit ute på en remissrunda till en mängd specialistföreningar som bidragit med många värdefulla kommentarer och viktiga aspekter att beakta.

Upplägget är inspirerat av de skrifter som SSTH gett ut om nya orala antikoagulation (NOAK). Målgruppen är främst icke-kardiologer som av olika



anledningar stöter på våra patienter i andra delar av sjukvården. Skriften är kort och koncist skriven, mycket i tabellform. Det ska vara lätt att hitta, även för en nyväckt nattjour. I brist på vetenskapliga studier är många av råden resultatet från diskussioner och kliniska avvägningar inom gruppen. De första kapitlen är av en mer allmän karaktär där de olika trombocythämmarnas karakteristika beskrivs. Efter detta presenteras kortfattade indikationer för de olika läkemedlen samt allmänna principer kring behandling av blödning. Därpå följer konkreta råd hur man kan agera i olika kliniska situationer, som akuta operationer, stora blödningar, cerebrovasculära händelser samt en rad mindre akuta medicinska ingrepp där blödningsaspekten bör beaktas.

Vi hoppas att vårdprogrammet ska komma till nytta och bli använt ute i landet. Det finns upplagt på Svenska Kardiologföreningens hemsida (www.kardio.se) och kommer inom kort också finnas tillgängligt på SSTH:s hemsida. Vårdprogrammet finns även i form av ett häfte. Vid frågor vänligen kontakta Oscar Braun (oscar.braun@med.lu.se).

Kardiologiskt Kalendarium 2014-2015

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

2014

ESC kongress

Europeiska Kardiologföreningens årliga kongress går av stapeln i Barcelona 30 augusti–3 september. Mer info finns på ESCs hemsida. www.escardio.org/congresses/esc-2014

Nordiskt Elektrofysiologiskt möte

18-19 september står arrytmisektionen vid Skånes Universitetssjukhus värd för detta nordiska möte. Program och anmälan: www.malmokongressbyra.se

Medfödda hjärtfel hos vuxna - GUCH

Hjärtligt välkommen till Lund 22–25 september 2014 och postgraduate kurs i GUCH-medfödda hjärtfel hos vuxna. Kursen riktar till specialister eller ST-läkare i slutet av sin utbildning inom kardiologi, anestesi, thoraxkirurgi eller klinisk fysiologi. Kursen kan också vara av värde för sjuksköterskor som har eller siktar på specialisering inom GUCH.

För program och anmälan:

www.malmokongressbyra.se/guch

HRG:s Utbildningsdag

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

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

Specialistexamen i kardiologi

Årets specialistexamen i kardiologi går av stapeln i Umeå 16-17 oktober 2014. Anmälan görs till Monica Magnusson, Svenska Kardiologföreningen (e-postadress se nedan):

Monica Magnusson

Monica.magnusson@med.lu.se

Sista anmälningsdag: 2014-09-25

Kliniskt kardiologiskt forskningsmöte

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

Välkomna!

2015

Fokus kranskärl 2015

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

Kardiologföreningens fortbildningsdagar i kardiologi

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

Kardiovaskulärt Vårnöte 2015

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



Natriuretiska peptider och mikrocirkulation hos patienter med hjärtsvikt

Text: Marie-Louise Edvinsson, doktor, medicinsk vetenskap, Institutionen för kliniska vetenskaper i Lund, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet.
Foto: Roger Lundholm

”Kronisk hjärtsvikt utgör en enorm utmaning”

Avhandlingen ”Natriuretic peptides and the microcirculation in heart failure patients” försvarades den 21 februari 2014 av Marie-Louise Edvinsson vid Lunds Universitet.

Avhandlingen fokuserar på äldre patienter med varierande svårighetsgrad av kronisk hjärtsvikt, mätt med biomarkören NT-proBNP, och kliniska symtom (NYHA-klass). Vidare studerades den vasoreaktiva responsen i den kutana mikrocirkulationen på olika stimuli, med Jontofores-Laser Doppler metod, en icke-invasiv teknik som lämpar sig bra även för den svårt sjuka hjärtsviktspatienten på sjukhuset.

Bakgrund

Den ökande prevalensen av kronisk hjärtsvikt utgör en enorm utmaning för hälso- och sjukvården och samhället i stort. Trots att vi idag har effektiva behandlingar av akut hjärtsvikt, bättre farmakologisk behandling för specifik neurohormonell intervention och bättre diagnostiska hjälpmedel, i form av biomarkörer för natriuretiska peptider, så är morbiditeten och mortaliteten vid hjärtsvikt fortfarande hög.

Hjärtsvikt leder till vaskulär dysfunktion i den centrala cirkulationen; den kliniska betydelsen av denna är emellertid svårtolkad. Denna avhandling lägger fokus på att definiera funktionen i mikrocirkulationen hos hjärtsviktspatienter, såväl endotelial som glatt muskelcells funktion. Vi studerade ifall den perifera mikrocirkulationen hos hjärtsviktspatienter var förändrad och om detta kunde korrelera till olika sjukdomstecken och grad av hjärtsviktsstadium. Våra studier visar att kronisk hjärtsvikt är förbundet med

kärl dysfunktion som innebär en försämrad förmåga för blodkärlen att vidga sig och att denna förändring är korrelerad till en låggradig inflammation (Andersson et al., 2003) som är en del av hjärtsviktsyndromet. Vidare undersöks i denna avhandling den äldre patienten med olika grader av kronisk hjärtsvikt. Vi har mätt homocystein och natriuretiska pro peptiden NT-proBNP som utsöndras i stigande grad från myocyter i det sviktande hjärtat.

Subkutana blodkärl

De små blodkärlen i huden är lättillgängliga för mekaniska studier och därför lämpade för forskning kring kärlfunktionen hos svårt sjuka patienter med hjärtsvikt. Blodflödesmätningarna i dessa kärl görs med laser Doppler teknik och detta innebär inget obehag för patienterna. Ett bra exempel är hur kärlens svar på lokal värme minskar med stigande ålder. De kutana (hud) blodkärlen, som är av resistenstyp, har stor betydelse för blodtrycksreglering och för värme-reglering, vilket är en specialiserad funktion, men som däremot inte drabbas av ateroskleros. Den generella mikrovaskulära dysfunktionen vid hjärtsvikt spelar en viktig roll i patofysiologin även i den perifera hud cirkulationen. Men det är oklart om det är i periferin dysfunktionen startar eller om det är ett svar på progression av hjärtsviktssjukdom. T.ex. vid hypertension, ses i resistanskärl, små artärer, strukturella förändringar med förtjockad kärlvägg. Endotellets centrala roll vid reglering av vasomotor tonus, har noggrant studerats och är tänkt som en underliggande orsak men är ändå inte ansedd som den viktiga

gaste orsaken vid essentiell hypertoni (Lindstedt et al., 2006). Hos patienter med hjärtsvikt beskriver (Kumar och Clark, 2005) försämrade endotelial reglering med både reducerad vasodilator förmåga av kväveoxid och minskad vaso konstingerande förmåga på substansen, endothelin-1. Nivån på ET-1, korrelerar också med graden av hjärtsvikt (Valdemarsson et al., 1994).

Frågan om hur mikrocirkulationen i huden reflekterar hjärtsviktssjukdom i inre organ behöver ytterligare studeras. För att bringa klarhet i denna fråga och för att förstå bakomliggande orsaker till hjärtsviktssjukdomen, har vi använt denna metod som är atraumatisk och helt utan obehag vilket gör den tillgänglig även för de svårast sjuka patienterna och i slutstadiet av hjärtsviktssjukdomen. Patienter i NYHA klass IV, med NT-proBNP nivåer > 5000

ng/L, sänkt njurfunktion och med låga EF%, kan undersökas med denna teknik när de vårdas på avdelning, ”bed-side”. Med en laser Doppler ”probe”, som fästes på utanpå huden, på underarmens dorsalsida, mättes blodflödet genom att studera röda blodkroppars rörelse med samtidig lokal jontofores av vasoaktiva substanser som acetylcholin (endotel beroende dilator) och nitroprusside (glatt muskelcell).

Laser – Doppler med jontofores blodflödesmätning, utgör en surrogat modell för den perifera mikrocirkulationen och är ett komplement till andra invasiva metoder som innebär större risker för dessa sköra patienter med kronisk hjärtsvikt. Den är enkel och utan obehag för patienten, och kan upprepas för att följa prognos och effekt av läkemedelsbehandling t.ex. via sjukhusmottagning eller i primärvård.



Sammanfattning av huvudfynden

”Svaret reflekterar väldigt väl det stressade och uttänjda hjärtat.”

Klassifikationen vid hjärtsvikt med NYHA funktionsskala I-IV, ger inget precist mått men har visat sig över tid, vara ett mycket säkert mått på symtom och som korrelerar väl med överlevnaden. NYHA klass III-IV har sämre överlevnad. Styrkan med denna skala är att patienten beskriver och berättar om sina symtom och läkaren/sjuksköterskan observerar synliga tecken på hjärtsvikt. Denna dialog ger en holistisk uppfattning om var i sjukdomsförloppet hjärtsviktpatienten befinner sig och också mycket kan utläsas om prognosen. Sen lägger man till mer information från andra undersökningar som t.ex. LVEF och hjärt-lung-röntgen. Det är ett välkänt faktum att den neurohormonella aktiveringen vid hjärtsvikt, som ANP och BNP är mycket starka markörer för en dålig prognos under sjukdomsförloppet vid kronisk hjärtsvikt. Det neurohormonella svaret reflekterar väldigt väl det stressade och uttänjda hjärtat och visar sig i patientens symtom. Denna krävande metabola situation för hjärtmuskeln avspeglas inte på samma sätt med Echo kardiografi och EF, men säger mycket om den kliniska försämringen.

BNP och NT-proBNP är numera ”gold-standard” biomarkörer för utvärdering av prognos vid kronisk hjärtsvikt. I denna avhandling konkluderar vi att NT-proBNP nivån tillsammans med NYHA klass symtom, visar den bästa prognostiska informationen för 1 års överlevnad vid kronisk hjärtsvikt.

Surrogat teknik

Vi har bristande kunskaper om vilken roll den perifera cirkulationen har vid kronisk hjärtsvikt och för att råda bot på detta introducerade vi mätning med jontofores och laser – Doppler flödesmetri. Denna non-invasiva metod, utan obehag eller biverkningar och med möjlighet att mäta upprepade gånger, ger oss möjlighet att undersöka hudens mikrovaskulära kärlbädd, även hos de allra sjukaste hjärtsviktpatienterna. Dessa patienter studerades inläggande på sjukhus, ofta med hög ålder, NYHA klass IV symtom och med NT-proBNP > 5000ng/L samt med

co-morbiditet och multi farmaci behandling. Vi tog tekniken till patienten i sjuhus sängen och i en randomiserad studie fann vi att ålder och inflammation påverkar den vaskulära reaktiviteten negativt. Att det till en del beror på endotel dysfunktion och till en del av reducerad glatt muskelaktivering vid hög ålder men att hjärtsvikt signifikant försämrade förmågan till vasodilatation. Vi har med detta arbete visat att denna non-invasiva metod utgör ett gott surrogat till dagens invasiva metoder som är behäftade med risk för komplikationer för denna patientgrupp.

Låg grad av inflammation

Inom hjärtsviktsforskningen rapporteras ofta om inflammation i samband med sjukdomsgrad och co-morbiditet. Vi har i våra studier gång på gång observerat att hjärtsviktpatienterna har förhöjda värden av CRP, urat och cytokiner (IL-6 och sIL-2r). Särskilt, interleukin 2 receptor nivån verkar vara specifikt förknippad med hjärtsvikt. Detta behöver studeras ytterligare för att förstå mekanismen och för att kunna översätta detta i klinisk betydelse.

Höga nivåer av homocystein i plasma har beskrivits var associerat med högre risk för kardiovaskulära, cerebrovaskulära och perifera kärlsjukdomar. Frågan om hur höga homocystein nivåer (hos en subgrupp av våra patienter) påverkar kronisk hjärtsvikt har dock inte tidigare tillräckligt studerats.

I vår studie fann vi att hjärtsviktpatienterna hade nytta av B-vitamin behandling i form av att homocystein nivåerna normaliserades, blodtrycket sänktes signifikant efter intervention och att det kärldilaterande svaret på acetylkolin ökade signifikant. Detta tolkar vi som att B-vitamin behandling kan vara gynnsamt för den vasodilaterande förmågan hos hjärtsviktpatienter. En annan möjlig förklaring är att homocystein är en inflammationsmarkör för den låg gradiga inflammationen som är förknippad med kronisk hjärtsvikt och att det kan vara av kliniskt värde för att följa progressionen vid kronisk hjärtsvikt.

BNP som behandling

I progressen av det sviktande hjärtat, där nuvarande läkemedelsarsenal inte är tillräcklig, söker man nya substanser för att hjälpa denna stora sjukdomsgrupp. BNP per se har använts som ”ett sista utvägen” preparat. Det finns idag inga klara bevis för att denna behandling är av godo vid behandling av mycket svår hjärtsvikt, främst pga. svåra biverkningar med hypertension. För att öka kunskapen i detta fält designade vi en studie för att utvärdera de mikrovaskulära effekterna av BNP hos hjärtsviktpatienter. Vår hypotes var att de höga nivåerna av BNP i cirkulerande blod kanske kan resultera i en mättnad av BNP-receptorer i blodkärlen och av en nedreglering av natriuretiska receptorer vasodilatations förmåga på jontoforetiskt tillfört BNP.

Detta visade sig vara en god hypotes. Förmågan till vasodilatation för BNP hos hjärtsviktpatienter var markant nedsatt ($p < 0,001$) i jämförelse med ålders matchade friska kontroll personer. Den kärlrelaxerande effekten av BNP medieras troligen via NO (nitric oxide), vilket konfirmerades med att det blockas med L-NAME. Dessa nya fynd stärker vår hypotes att den vaskulära kärlvidgande responsen på BNP är kraftigt reducerad hos patienter med kronisk hjärtsvikt.

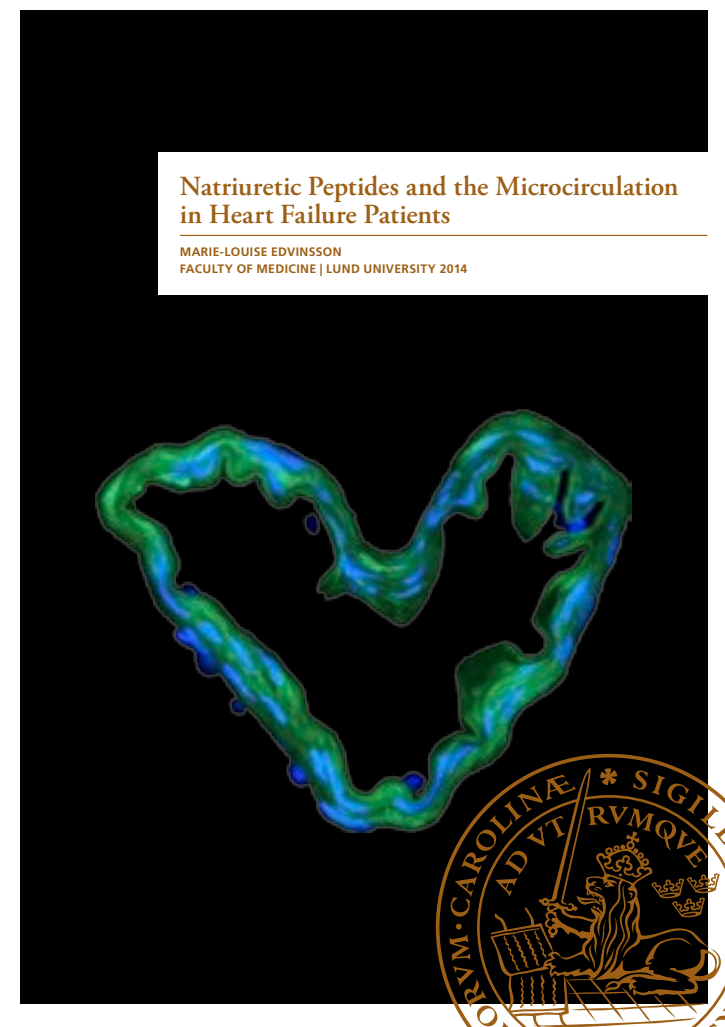
Nu fortsätter vi vår forskning med fördjupade farmakologiska studier där vi ämnar karakterisera de bakomliggande mekanismerna för natriuretiska peptiders förändrade uttryck genom att först studera och karakterisera natriuretiska receptorer i den humana mikrocirkulationen med *in vitro* myografi och med molekylär biologiska metoder.

Originalartiklar:

I. High NT-proBNP is a strong predictor of outcome in elderly heart failure patients. Andersson SE, Edvinsson ML, Björk J, Edvinsson L. Am J Geriatr Cardiol. 2008 Jan-Feb; 17(1):13-20. **II.** Cutaneous vascular reactivity is reduced in aging and in heart failure: association with inflammation. Andersson SE, Edvinsson ML, Edvinsson L. ClinSci (Lond). 2003 Dec; 105(6):699-707. **III.** Reduction of homocysteine in elderly with heart failure improved vascular function and blood pressure control but did not affect inflammatory activity. Andersson SE, Edvinsson ML, Edvinsson L. Basic ClinPharmacolToxicol. 2005 Nov; 97(5):306-10. **IV.** Deteriorated function of cutaneous microcirculation in chronic congestive heart failure. Edvinsson ML, Uddman E, Andersson SE. J GeriatrCardiol. 2011 Jun; 8(2):82-7. **V.** Brain natriuretic peptide is a potent vasodilator in human microcirculation but the response is down regulated in heart failure patients. Edvinsson ML, Uddman E, Edvinsson L, Andersson S.E. J GeriatrCardiol. 2014,Mar; 11:1-7.

Natriuretic Peptides and the Microcirculation in Heart Failure Patients

MARIE-LOUISE EDVINSSON
FACULTY OF MEDICINE | LUND UNIVERSITY 2014



”Förmågan till vasodilatation för BNP hos hjärtsviktpatienter var markant nedsatt”

CARLOS REFLEKTIONER

Kommunikation, motivation och compliance

Text: Caros Valladares

”Kommunikation är nyckeln till motivation”

sin senaste ledare tog Christer upp en mycket viktig aspekt av mötet mellan läkare och patient, nämligen kommunikation. Man kan vara en vass kliniker eller en framstående forskare men utan en lyckad kommunikation når man inte långt. Kommunikation är inte bara ord, det är också kroppsspråk, det är ögonkontakt – som Christer väl påpekade – det är attityd. Patienterna märker när man bryr sig och när man är med dem. Minst lika viktigt som vad vi dokumenterar och hur vi dokumenterar är att ta del av patientens berättelse och försöka nå dem med våra råd och empati. Vi kan ha tillgång till det finaste stetoskopet eller den senaste ekokardiografi maskinen men om vi inte lyckas lyssna på patientens berättelse och/eller framföra våra kunskaper på ett begripligt sätt, går en möjlighet till att hjälpa en människa förlorad. Kommunikation är nyckeln till motivation, och hur vi lyckats motivera våra patienter speglas i viss mån i våra register och kvalitetsmått och i de samhällskostnader som ohälsa genererar.

Bristande compliance vanligt

Det senaste året har jag haft möjlighet av följa upp många patienter och den behandling jag – eller andra – satt in. Även om det är ett känt faktum att bristande compliance förekommer, har jag blivit förvånad över dess utsträckning, framför allt när förutfattade meningar präglar patientens bild av vissa mediciner. Statiner är för mig, ett typiskt exempel av de mest ökända läkemedlen. Det finns en rädsla för framför allt muskelbiverkningar, och flera patienter slutar så fort de känner det minsta obehag som inte nödvändigtvis beror på medicinen. Media har förstås spelat en stor roll i detta och kvällstidningar har skrämt många med alarmerande rubriker. På internet finns

dessutom ”bloggar” om allt, och det saknas inte de som sprider hur deras liv blev ett elände när de fick en eller annan statin. Det finns patienter som lätt tar till sig skrämselfpropaganda, och det är just genom kommunikation man lär känna på sig vem ska behöva den där extra insatsen. Personligen har jag exempelvis rätt vissa av mina patienter att avstå från att läsa biverkningsdelen i bipacksedeln, åtminstone under de första veckorna. Hos vissa patienter kan biverkningsdelen bli en självuppfyllande profetia. Till dem tycker jag är bäst att noggrant informera om de vanligaste biverkningarna och lämna dörren öppen för att höra av sig om de märker något ovanligt. När jag jobbade på sjukhuset trodde jag att compliance med just statiner var väldigt bra, men siffran ändrar sig efter det att patienterna blivit utremitterade från hjärtmottagningen. Med tiden, när de mår bra och börjar glömma deras tid på en hjärtintensivavdelning kan motivationen svikta och därför behöver mötet med patienten vara en påminnelse om varför varje medicin är lika viktigt idag och imorgon, som det var igår.

Hur förklara kolesterolsänkande?

En annan utmaning är att förmedla budskapet om varför man rekommenderar kolesterolsänkande när patienten säger att blodfetterna har ”alltid legat bra”. Rösten och kroppsspråket avslöjar en viss skepticism till vad doktorn kommer att säga när andra vårdgivare har tidigare sagt att deras blodfetter är ”normala”. Man kan sätta kolesterolvärdet i perspektiv till deras riskprofil: ”hade du inte gjort den där ballongsprängning så skulle du inte behöva mediciner, men om vi sänker det onda kolesterolet så minskar vi risken att det händer igen, och du kan till och med leva några år till”, är ett sätt att formulera sig. ”Vi kan ge

denna medicin en chans, för de flesta får inga eller lätta övergående biverkningar”. Jag tycker att ”vi” istället för ”du” skapar en allians med patienten, så att han eller hon inte känner sig utlämnad till sitt öde och är mer öppen för våra förslag.

En annan aspekt av detta är att med ödmjukhet och empati bejaka patientens upplevelse av biverkningar. En nonchalant attityd skapar inte förtroende. Möjligheten att följa upp sina patienter ger chans till att sätta ut medicinen under en period och utvärdera vad som händer. Det finns studier som visar att de som slutat med statiner på grund av misstänka biverkningar har kunnat återuppta och behålla behandlingen om man börjar om i lägre doser och långsamma upptrappningar.

Att byta skrämmer vissa

Inom hypertoni till exempel, att byta från ett läkemedel till ett annat som har en annan styrka, är något som skrämmer vissa. Inte sällan säger missnöjda patienter som mår dåligt av en medicin, att det berodde på att doktorn byte från 20 till 100 mg! Kommunikation igen: patienten kan tro att han eller hon ska få i sig 2 eller 5 gånger mer medicin, utan att förstå att mediciner skiljer sig i styrka och effekt mellan varandra men inte i den utsträckning som siffrorna antyder. Att i förväg förklara detta minskar risken för tveksamhet och sviktande compliance.

Exempel finns massor, och jag vill bara avsluta med en av de mest utmanande tillstånd som jag stöter på i min vardag och som sätter kommunikationsförmågan på prov: förmaksflimmer. Besök på grund av förmaksflimmer –framför allt om det är nyupptäckt – tar tid och ställer krav på bra kommunikation, och ibland doserad information. Broschyrer och



Carlos Valladares

internetsajter kan hjälpa, men när det gäller flimmer, måste handläggning såväl som information skraddarsys till den enskilde patienten. Beroende på patient, kan informationen behöva upprepas och förstärkas på olika sätt. Att använda sig av visuella medel kan underlätta att budskapet når fram. Har man tillgång till en Ipad eller liknande på mottagningen finns en ”app” som heter ”Cardiosmart Explorer” från American College of Cardiology som har mycket bra bilder om flimmer och dess risker (samt andra olika tillstånd och ingrepp -värdefullt!). Det kan också löna sig att skriva egen information att dela ut till sina patienter.

Nu när semestertiden börjar är det aldrig fel att ha en bra bok till hands. ”The Undeclared Mind”, av kollegan Alex Lickerman, handlar egentligen inte om kommunikation per se, men i mötet mellan dr Lickerman och sina patienter finns en hel del att lära sig. Boken är inspirerande (om man vill låta sig inspireras).

Slutligen, vill jag passa på att tacka Christer, inte bara för att ha gett mig inspiration till dessa reflektioner, utan för alla gånger att han – med glimten i ögat – delgett oss nyheter från olika kongresser. För att hans ledare har alltid haft den där mänskliga ingrediensen som påminner oss alla om att mötet med patienter och livet i allmänhet är mycket mer än klinik och vetenskap. Tack och enjoy, Christer!

Vi kommer längre genom samverkan

Text: Maria Bäck

"Skicka in förslag på symposier inför vårmötet"

Det är lika njutbart varje år att få uppleva de första försommardagarna! Varje år den här tiden minns man också hur hektiskt det kan vara. Allting ska hinnas klart under maj och juni för att man därefter ska kunna unna sig en paus från arbetet och bara få vara mitt i sommaren.

Årets kardiiovaskulära vårmöte hölls i Malmö och blev en stor succé. Lokalernas placering gjorde mötet intimt och det gavs mycket utrymme till spontana samtal och mingel. Att återse gamla kontakter och att skapa nya är en viktig del av mötet. Tänk så mycket erfarenhet, kunskap och idéer som utbyts under dessa dagar. De symposier som VIC anordnat var mycket välbesökta, t o m så välbesökta att många åhörare fick stå längs väggarna. Att få bekräftelse på att ett tvärprofessionellt angreppssätt kring olika teman är populärt känns roligt. Vi arbetar för att belysa ett ämne ur många olika perspektiv där vi alla har en viktig roll runt patienten; allt från nya läkemedel till patientens uppfattningar om informationsmaterial eller sjuksköterskebaserade strukturerade återbesök. Som vanligt vill jag gärna uppmanera er medlemmar att skicka in förslag på symposier inför nästa års vårmöte i Örebro. Ni har så många bra idéer!

Ni som deltog på mötet passade säkert på att titta på alla fina postrar i utställningen. Det är en imponerande mängd studier vi producerar! Ordföranden i abstraktbedömningskommittén redogjorde för en enorm ökning av antalet inskickade abstrakt i år, jämfört med tidigare år. Det är roligt, men resulterade samtidigt i att konkurrensen om posterplatserna blev tuffare det här året. Med anledning av att många VIC-medlemmar hört av sig med frågor kring bedömningskriterierna kommer jag att föra en dialog med gruppen som bedömer abstrakt vad gäller förbättringsmöjligheter inför nästa år.

Annika Ingvarsson, biomedicinsk analytiker och doktorand från Lund vann – i hård konkurrens – VIC:s pris för bästa muntliga abstraktpresentation

för studien "Echocardiographic evaluation of ventricular function early after heart transplantation". Annika gjorde ett mycket säkert framträdande, såväl muntligt som bildligt. Stort grattis!

En annan höjdpunkt under vårmötet var när VIC för sjätte gången delade ut Bengt Fridlunds vetenskapliga pris som i år välförtjänt gick till Jan Mårtensson, professor och leg sjuksköterska vid Hälsohögskolan i Jönköping. Jan berättade om en exposé av olika omvårdnadsbehov och åtgärder för patienter med hjärtsvikt. Denna forskning har satt djupa och värdefulla spår, inte bara i patientens och närståendes livsvärldar, utan också i praktiska, pedagogiska och organisatoriska avtryck. Ett varmt grattis önskar vi Jan!

Under vårmötet höll också VIC sitt årsmöte. Protokoll från detta kan ni inom kort läsa på hemsidan. Catarina Svensson, sjuksköterska från Linköping blev omvald som styrelsemedlem under ytterligare en mandatperiod. Även jag tackar för ert förtroende att sitta som VIC:s ordförande under ytterligare 2 år.

Några av punkterna i VIC:s verksamhetsplan för kommande år innefattar att arbeta ännu mer aktivt för att rekrytera fler medlemmar, verka för att stärka medlemmarnas inflytande inom det kardiiovaskulära området samt att bibehålla och stärka ett gott samarbete med Svenska Kardiologföreningen. Mina erfarenheter som ordförande så långt är att vi stärker vår ställning inom VIC genom en aktiv och strategisk samverkan över professionsgränserna. Detta tydliggör vår medverkan i vårdprocesserna och var vi kan finnas på nya arenor för att patienten ska få största möjliga nytta av våra insatser.

Nästa gång jag skriver ledaren blir det som postdoc i Linköping. Jag ser fram emot att få vidga mina vyer genom nya spännande samarbeten.

Med detta önskar jag er alla en riktigt skön och vilsam sommar!

Varma hälsningar från Maria Bäck



Hjärtsviktsgruppen

Text: Jonna Norman, leg sjuksköterska, Göteborg

Arbetsgruppen för hjärtsvikt inom VIC (Vårdprofessioner inom kardiologi) startades 1997 enligt önskemål från medlemmarna och på uppdrag av styrelsen. Det fanns sedan länge ett uttalat behov av utbildning och ett nationellt nätverk för utbyte av erfarenheter bland sjuksköterskor som arbetade med hjärtsviktpatienter. Det har under de år som gått sedan arbetsgruppen startades varit en fantastisk utveckling inom såväl det medicinska som vårdvetenskapliga området vid hjärtsvikt.

Den övergripande målsättningen för hjärtsviktsgruppens arbete är idag att nationellt skapa möjligheter för sjuksköterskor, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, dietister och andra yrkesprofessioner med engagemang inom området, att utbyta erfarenheter och ta del av aktuella forskningsresultat för att kunna öka sin kompetens, utveckla samarbeten och personcentrerade förhållningssätt i syfte att främja hälsa och utveckling av vården/rehabiliteringen för människor med hjärtsvikt ur ett helhetsperspektiv.

Tyngdpunkterna i gruppens arbete är att arrangera utbildningsdagar, skapa möjligheter för medlemmar i VIC att söka hjärtsviktsstipendium och att sprida kunskap via VIC:s hemsida. Av stor vikt är även att underlätta spridning av forskningsresultat inom våra olika professioner ut i praktisk verksamhet och att främja kommunikation mellan professionerna och forskare. Några av de områden som vi valt att lyfta fram under de senaste fem åren är: "Senaste nytt inom behandling vid hjärtsvikt", "Fysisk träning och dagliga aktiviteter", "Avancerad hemsjukvård och palliativ vård vid hjärtsvikt", "E-hälsa", "Personcentrerad vård", "Bemötande och vård av betydelse för att främja hälsa, hopp och människors tilltro till sin egen förmåga att uppnå ökat välbefinnande vid hjärtsvikt".

Teman på utbildningsdagarna de senaste åren där föredragsbilder finns tillgängliga på hemsidan www.v-i-c.nu är: "Gott och blandat vid hjärtsvikt" - Stockholm 2012, "Att leva med hjärtsvikt – hur finner man balans i tillvaron" – Göteborg 2011, "Att främja hälsa vid kronisk hjärtsvikt" – Göteborg 2010, samt "Tvärprofessionell samverkan i teamet och palliativ vård vid hjärtsvikt" – Göteborg 2009. Gruppen har även sedan länge ett samarbete med Riksvikt.

Förra året medverkade arbetsgruppen vid "State of the Heart" i Malmö och en kort sammanfattning av hjärtsviktsessionen föredrag finns med bilder på hemsidan. I egenskap av sammankallande i arbetsgruppen



Hjärtsviktsgruppen vid utbildningsdagarna 2010 från vänster: Helena Sköldbäck, Alicja Arasimovicz, Jonna Norman, Eva Ruberg och Anna Forssell.

skulle jag här vilja lyfta fram HOPP-modellen (Hjärtsvikt och Palliativa Programmet) som med sitt projekt lyckats med bedriften att pricka in alla de målsättningar som vi i arbetsgruppen för hjärtsvikt haft med i vår framtidsvision. En särskild sammanfattning och översikt av HOPP-konceptet finns också tillgänglig på hemsidan.

Vi är sedan 4 år fem aktiva deltagare i arbetsgruppen för hjärtsvikt: Alicja Arasimovicz, sjuksköterska, Malmö; Anna Forssell, sjuksköterska, Skellefteå; Eva Ruberg, arbetsterapeut, Göteborg och Helena Sköldbäck, sjukgymnast, Jönköping och "så jag" sammankallande Jonna Norman, specialistsjuksköterska i hjärtsvikt och doktorand, Göteborg.

Vi i arbetsgruppen för hjärtsvikt vill nu uppmana er att planera för årets händelse:

Nationella utbildningsdagar i hjärtsvikt

den 16-17 oktober 2014

"HOPP och TILLIT HELA VÄGEN VID HJÄRTSVIKT"

Folkets Hus Huddinge centrum, Stockholm

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

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

Arbetsgruppen för hjärtsvikt inom VIC



Nationella utbildningsdagar Medfödda hjärtfel

Leva med medfött hjärtfel – familjen
och professionens perspektiv

27-28 Nov 2014

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

Plats: Högskolan i Jönköping

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

Kursinnehåll: Program meddelas senare

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

Arrangör: Gruppen för medfödda hjärtfel inom VIC.

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

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

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

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



PCI-gruppen arrangerar nationella utbildningsdagar i Gävle 20-21 november 2014

Anmälan öppnar efter sommaren via VIC:s hemsida.
Varmt välkomna!

HIA-gruppen

Text: Margareta Westerberg, leg sjuksköterska, Örebro

HIA-avdelningar har funnits i lite mer än tjugo år. HIA-sjuksköterskornas arbetsuppgifter täcker flera områden - från prehospital vård till akut HIA-vård samt på många sjukhus även integrerad eftervård och uppföljande sjuksköterskemottagning. Det har under en längre tid funnits önskemål från HIA-sjuksköterskor att utveckla ett nätverk för möjlighet till utbyte av erfarenheter, forskning och kompetensutveckling.

När startades gruppen?

Hösten 1999 annonserade VIC:s styrelse i Svensk Kardiologi om att starta en arbetsgrupp inom hjärt-intensivvård och intresse för att aktivt arbeta i denna grupp efterfrågades. Gruppen består sedan dess av fem medlemmar ifrån olika delar av landet från Umeå i norr till Lund i söder. Medlemmarna byts ut av naturliga skäl mellan varven.

Arbetsgruppens målsättning

Att på nationell grund skapa möjligheter för HIA-sjuksköterskor att utbyta erfarenheter, kunskaper samt aktuell forskning och därigenom befrämja kompetensutveckling inom HIA-omvårdnaden.

Arbetets tyngdpunkt

Att skapa förutsättningar för ett nätverksbyggande mellan HIA-enheter samt integrerade HIA-avdelningar i Sverige, genom att HIA-sjuksköterskor via e-post kan skicka information till HIA-gruppen om pågående utvecklingsprojekt, forskning, erfarenheter och aktuella artiklar. Intresserade HIA-sköterskor kan också skriva till HIA-gruppen om allmänna frågor.

Utbildningsdagar för HIA-sjuksköterskor arrangeras på nationell grund med möjlighet till kompetensutveckling och med intentionen att identifiera och diskutera framtida behov av utbildning. Syftet är att ge fördjupade kunskaper och informera om aktuella nyheter inom HIA-vård/omvårdnad samt att försöka skapa en bild av hur HIA-omvårdnaden ser ut i olika delar av Sverige beroende på exempelvis geografiska förutsättningar. Utbildningsdagar hålls på olika sjukhus i Sverige för att fånga upp lokala variationer.



Kommande utbildningsdagar planeras i Umeå den 23-24/9 2014. Varmt välkomna med er anmälan! Ni hittar mer information om innehåll och anmälan via VIC:s hemsida.

Medlemmar i gruppen just nu:

Margareta Westerberg,
Sammankallande, Örebro
Sussane Järlbrant, Umeå
Sara Nyman, Göteborg
Kirsten Andersson, Lund
Monica Sterner, Uppsala

Ta gärna kontakt med oss.
Kontaktuppgifter hittar du via
www.v-i-c.nu under arbetsgrupper



En reserapport med sjukgymnastiska reflektioner kopplat till Vårmetet

Text: LiseLott Johansson, leg. Sjukgymnast, Rehabiliteringskliniken, Hallands sjukhus Halmstad

Nu har våren på allvar kommit till den södra delen av landet med sol, sommartemperaturer och grönska! Dessutom har det 16: e kardiovaskulära vårmötet ägt rum! Återigen bjöd Vårmetet på hjärtlig värme, glädje, mångfaldig kunskap, nätverkande samt en mängd varierande föreläsningar, symposium och sessioner. Det brukar vara svårt att välja vilka föredrag som man ska lyssna på och så var det även i år.

Tack vare ett resestipendie från VIC kunde jag i år delta på vårmötet, vilket jag är mycket tacksam för. Det är en bra möjlighet att kunna ansöka om stipendier, för att på så sätt kunna finansiera, helt eller delvis, ett deltagande på kongresser, om det är sparsamt med utbildningspengar från annat håll.

Det är i det dagliga arbetet som sjukgymnast inom hjärtsjukvården som jag verkar. Där träffar jag hjärtpatienter inläggande på avdelning, i den polikliniska mottagningsverksamheten samt i hjärtrehabiliteringen med fysisk träning. Vissa patienter träffar jag endast en gång med förhoppningen att de bär med sig det sjukgymnastiska budskapet om regelbunden fysisk träning vid hjärtsjukdom. En del utav patienterna följer fortsatt med i hjärtrehabiliteringen med individanpassad fysisk träning under en längre period.

Hjärtrehabilitering bör främjas

Fysisk träning är högt prioriterat som behandling och sekundärprevention vid hjärtsjukdom. Med regelbunden fysisk träning följer ofta att man vill förändra andra levnadsvanor som till exempel bättre kostvanor och rökstopp. Hjärtrehabilitering är en underutnyttjad behandling som behöver främjas och underlättas på många håll i vårt land. Det är ingen nyhet, men hur ska vi göra för att deltagarantalet ska öka i hjärtrehabiliteringen? Vi behöver finna nya

vägar och kanske kan tekniken möjliggöra att patienter som har svårt att ta sig dit hjärtrehabiliteringen finns, kan delta via den digitala tekniken. Det här är ett spännande område där det finns ett stort utvecklings- och forskningsbehov.

Bland årets alla föredrag valde jag främst att lyssna på de föredrag som i någon inriktning fokuserade på områden som intresserar mig mest och som jag har nytta av i vardagsarbetet.

Ett utav symposierna handlade om den palliativa vården för hjärtsviktpatienter. Hjärtsvikt har en dålig prognos, sämre än för cancersjuka patienter. Trots detta är den palliativa vården sämre för hjärtsviktpatienterna. Resultat från ett projekt redovisades och man fann att med den personcentrerade hemsjukvården för hjärtsviktpatienten ledde det till ökad livskvalité, mindre symptom, färre återinläggningar på sjukhus samt gav en hälsoekonomisk vinst.

Ett av flera intressanta föredrag handlade om rekommendationer för sexuell rådgivning vid hjärtsjukdom. Ett kan tyckas tabubelagt ämne, eller har varit det i alla fall. Dock verkar det som sjukvården i högre utsträckning lyfter denna viktiga fråga med patienterna. Som alltid är sekundärprevention med fysisk träning intressant. Där redovisade en kollega effekter av fysisk träning jämfört med och i tillägg till PCI. Ett annat föredrag tog upp problemet med sömnapné och sömnstörningar, stress och hjärtsjukdom.

De fria föredragen som var sammansatta av VIC hade varierad inriktning. Mest intressant ur min synvinkel var det som handlade om mindfulness träning och effekterna av fysisk aktivitet hos patienter med förmaksflimmer. Där fanns föredrag med inriktning mot motiverande samtal och KBT, modern teknologi, dopingens effekter på hjärtat, om träning kan leda till hjärtsvikt, hotet mot folkhälsan vid uteblivna livsstilsförändringar.

VIC

EXTRA STARKA. EXTRA FRISKA.



Jag skulle också vilja puffa för ett medlemskap i VIC för dig som ännu inte är medlem. Som medlem finns det flera fördelar, med bland annat möjlighet att söka stipendier för resa till en kongress, som jag gjorde. Dessutom anordnar de olika sektionerna inom VIC utbildningsdagar under året. Värmt att bli medlem, tveka inte!

Avslutningsvis vet alla som någon gång deltagit på ett vårmöte att det innehåller så mycket mer förutom föredrag och symposier. Det uppstår många nya

intressanta möten och diskussioner, det är ett nätverkande inom våra olika professioner och kollegor sinsemellan från hela Sverige. Det är viktigt att vårmötet fortsätter med samma positiva riktning som i år samt att Vårmetet håller den höga kvalitet som det gör, för att främja den kardiovaskulära vården. Tillsammans ger vi bra vård och omsorg!

Med dessa ord önskar jag en härlig sommar!

JÄRN- KOLL PÅ DINA HJÄRTSVIKTS- PATIENTER?

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



Fyller snabbt på järndepåerna

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

SE/FER/2014/0001