

Svensk

KARDIOLOGI

nr. 2 | 2016

Reportage från vårmöte i Göteborg

Kardiologföreningen hyllar
Bengt W Johansson

Rapport från
EuroHeartCare



NU INGÅR HJÄRTSVIKT MED JÄRNBRIST I SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER

Socialstyrelsen rekommenderar att symtomgivande kronisk hjärtsvikt behandlas med intravenöst järn (järnkarboxymaltos) vid järnbrist, med eller utan anemi.¹



Fyll snabbt på järndepåerna

Referens: 1. Socialstyrelsen, nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, 2015.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Ferinject® 50 mg Fe/ml, injektions-/infusionsvätska, lösning (järnkarboxymaltos) (B03AC - järn, parenteralt preparat), Rx (F). **Indikation:** för behandling av järnbrist, när orala järnpreparat är ineffektiva eller inte kan användas. Diagnosen järnbrist måste vara baserad på laboratorieprov. Produktresumén uppdaterad 2015-10-22. **TLV:** Ferinject ingår i läkemedelsförmånen med begränsningen, ej för patienter i hemodialys. För ytterligare information, förpackningar och priser, se www.fass.se

SE/FER/15/0035

Vifor Pharma Torshamnsgatan 30 A • 164 40 Kista • Tel 08-558 066 00 • info.nordic@viforpharma.com • www.viforpharma.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

CA Andersson - Ystads Centraltryckeri
Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: prod_ystad@caandersson.com
Projektsansvarig: Niclas Ohlsson (niclas.ohlsson@caandersson.com)
Produktionsansvarig: Annette Ohlsson (annette.ohlsson@caandersson.com)
Layout: Ing-Marie Wennergrund (ingmarie.wennergrund@caandersson.com)

UTGIVNING 2016

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

ANNONSFÖRSÄLJNING

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

ANNONSMATERIAL

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

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

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

ADRESSÄNDRING

E-post: info@mkon.se



- 5-9 Ledare
- 10 Vårmöte i Göteborg
- 16 Aktuell debatt
- 20 European Society of Cardiology del 2
- 24 Stipendiater
- 26 Aortamottagning
- 30 Kardiologföreningen hyllar
- 32 HRG
- 34 Arytmiprofilen
- 38 Klinisk forskning
- 41 Krönikan
- 42 Gastronomins hjärta
- 44 Aktuella avhandlingar
- 50 Ledaren
- 52 Avhandling Ghassan Mourad
- 53 Avhandling Nana Waldréus
- 54 Rapport från EuroHeart Care
- 56 Reserapport från Vårmötet Göteborg

IMPROVED OUTCOMES START HERE^{1,2}

New
extended indication

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

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

New extended indication

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

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



BRILIQUE®
tikagrelor

redefining antiplatelet performance

*In combination with ASA.

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

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

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

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

Subvention: Brilique 90 mg ingår i läkemedelsförmånen. Brilique 60 mg ingår ej i läkemedelsförmånen.

Senaste översyn av produktresumén: 2016-02-18. För ytterligare information och priser se www.fass.se.

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

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

Hej!

Detta är min första ledare i Svensk Idrottskardiologi, som ny ordförande i svenska Kardiologföreningen. Det är med stolthet som man accepterar ett uppdrag som ordförande i denna ärorika förening, inte minst med tanke på alla framstående företrädare (ingen nämnd, ingen glömd) och med tanke på föreningens långa historia.

Det är dock inte historien som är allra viktigast, utan istället vad föreningen och dess medlemmar vill med föreningen och kardiologins utveckling nu, och i framtiden.

Svenska Kardiologföreningen har utvecklats under ledning av förre ordföranden, professor Frieder Braunschweig (Grattis till professuren!). Hemsidan har blivit uppdaterad och det kaosartade medlemsregistret har kommit i ordning, bland mycket annat. Tack, Frieder och övriga i styrelsen som nu tackat för sig; Stella Cizinsky, Christina Christersson och Eva Strååt!

Vi i den nya styrelsen måste nu fortsätta jobbet. Nye vice ordförande Stefan James, vetenskaplig sekreterare Sofia Lawesson, kassör Mika Skeppholm och facklig sekreterare Eva Mattsson hälsas alla välkomna till styrelsen, medan Ulf Näslund, Niklas Ekerstad och Martin Stagmo (adj) fortsätter sitt värv i styrelsen tillsammans med undertecknad. Högt på listan står att tillse kansli-funktionen i föreningen. Ett kansli brukar vara hjärtat i en förening och också ansiktet utåt och första kontakt med medlemmarna i frågor stora som små. Föreningen har påbörjat arbetet med denna fråga, bl.a. tillsammans med Hjärtförbundet. En möjlighet (och förhoppning) är att föreningen som del i Hjärtförbundet får en kanslifunktion på Läkaresällskapet, från 2017...

En av föreningens huvuduppgifter, kanske den viktigaste, är att medverka till och anordna utbildningsverksamhet inom kardiologi. Vi deltar i det Kardiovaskulära vårmötet, som den största medlemmen i Hjärtförbundet. Våra (helt) egna utbildningsmöten inkluderar Fortbildningsdagarna i februari årligen, Forskarutbildningsdagarna i november och Nationella Utbildnings-symposier (NUS) på 5 orter, varje höst. Varmötet slog nytt deltagarrekor, med över 1500 deltagare och övriga möten har varit mycket populära. En kombination av faktorer har medverkat till att Kardiologföreningen räknar med att vår roll inom kardiologiutbildningen på olika nivåer, snarast kommer

att öka under de kommande åren. Ekonomiska realiteter ute i hälso- och sjukvården innebär kortsiktigare beslut som påverkar viljan att fortbilda personalen, som riskerar att minska. Socialstyrelsen aviserar också bristande resurser för att klara av sin utbildningsuppgift. Sammantaget får vi rusta oss för ett minst lika stort framtida utbildningsansvar för Kardiologföreningen.

För att detta skall vara möjligt, så måste det stora engagemanget och expertkunnandet i våra olika arbetsgrupper utnyttjas lika bra som hittills. Arbetsgrupperna ansvarar regelmässigt för symposier på våra utbildningsmöten och detta är själva ryggmärgen i föreningen. I samråd med arbetsgrupperna och i möte med vår moderorganisation ESC (Europeiska Kardiologföreningen), kunde vi under vårmötet föreslå att arbetsgrupperna kommer att vara de som går igenom eventuella nya ESC-guidelines inom sina respektive fält, och att föreningen därefter kan ställa sig bakom riktlinjer, kanske med vissa undantag eller kommentarer i den svenska kontexten. Detta förfarande är helt enligt ESC:s riktlinjer och intentioner och kan förhoppningsvis leda till att Sverige, som traditionellt ställt sig bakom få riktlinjer under ett antal år, i framtiden kan ställa sig bakom fler guidelines, med eventuella kommentarer tillfogade.

Nu hoppas vi bara på ett härligt sommarvader! I Rio senare i sommar, hoppas väl alla på svenska framgångar. Självt hoppas jag på medalj för damfotbollslandslaget och på så få kardiologiska insatser under vistelsen där, som möjligt. Oavsett om man följer spelen framför TV'n eller inte, så kan förhoppningsvis OS inspirera till allehanda motionsaktiviteter för oss alla. Det är ju nyttigt, säger vetenskapen...

Och därefter så hoppas styrelsen träffa så många av er som möjligt under ESC i Rom i slutet av augusti!

Hälsningar Mats

”En av föreningens huvuduppgifter, kanske den viktigaste, är att medverka till och anordna utbildningsverksamhet inom kardiologi.”



STROKEPREVENTION VID ICKE-VALVULÄRT FÖRMAKSFLIMMER

Evidens för Xarelto® i klinisk studie¹ styrks av resultat från klinisk vardag²

Säkerhet och effektivitet

Förekomst av såväl stroke som allvarliga blödningar följdes hos 6 784 Xarelto-behandlade patienter i studien XANTUS.²

Studerad över CHADS₂-spektrumet 1–6^{1,2}

Xarelto 15/20 mg –
strokeprevention med
en tablett om dagen³

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

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

Xarelto®
rivaroxaban

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 15 mg, 20 mg. **Indikation:** 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 (TIA). **Dosering:** 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. **Särskilda patientpopulationer:** För patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Patienter med förmaksflimmer som genomgår konvertering: Behandling med Xarelto kan initieras eller fortskrida hos patienter som kan behöva konvertering. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller 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. 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:** 15 mg: 28 tabl. (F), 42 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). 20 mg: 28 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). För ytterligare information och prisuppgift var god se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén juli 2015. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

▼ Detta läkemedel är föremål för ökad övervakning.

I denna ljuva sommartid

Så har den då äntligen kommit, sommaren! Nu väntar vi alla på vår välförtjänta semester med tid att ladda batterierna och umgås med familj och vänner. Den kardiologiska våren har varit lika intensiv och händelserik som vanligt. I slutet av april samlades vi till Kardiovaskulärt vårmöte i Göteborg. Denna gång slogs besöksrekordet då mer än 1500 deltagare besökte mötet. I detta nummer finns som vanligt en artikel om mötet.

Även inom Kardiologföreningen skedde stora förändringar då en stor del av styrelsen, bland annat ordförande, kassör, vetenskaplig och facklig sekreterare byttes vid årsmötet. Den nya ordföranden och vetenskapliga sekreteraren presenterar sig närmare i sina respektive ledare.

Den andra delen av reportaget om ESC bjuder på inblickar i spelet bakom kulisserna rörande de högsta posterna i den europeiska kardiologföreningen. Det är min personliga övertygelse att det är viktigt att vi svenskar fortsätter att engagera oss i ESC och kämpa för den nordiska öppenheten och transparensen som organisationen så väl behöver.

Jag hoppas att så många som möjligt av er har möjlighet att delta i ESC mötet i Rom där kardiologföreningen har reserverat ett antal rum. Det brukar vara både praktiskt och uppskattat att bo på samma hotell som andra kollegor från Sverige. Det skall också bli spännande att se hur den Eviga Staden klarar att logistiskt hantera de över 30.000 kardiologer som beräknas delta i ESC i år.

Jag vill än en gång uppmana er att använda tidningen till att berätta om er verksamhet, såsom Hjärtcentrum i Umeå som i detta nummer beskriver sin fina och mycket välorganiserade Aortamottagning. Det finns säkert massor av liknande initiativ runt om i landet som skulle kunna tjäna som förebild för oss andra. Hör av er till mig i så fall!

Den kardiologiska hösten bjuder på många möjligheter till fort- och utbildning. Ni kan i detta nummer hitta annonser för såväl Kardiologföreningens forskarkurs, HRG:s fortbildningsdagar och de nationella utbildningssymposierna för att bara nämna några.

Jag vill avsluta med att önska alla en lång, varm och välförtjänt sommarsemester så hörs och ses vi igen i höst.

Martin Stagmo
Eder redaktör



"Personally, I am
always eager to
learn although I do
not always like
being taught"

Winston Churchill



NY BEHANDLINGSPRINCIP FÖR ATT SÄNKA LDL-KOLESTEROL



- **Kraftfull sänkning av LDL-C**
LDL-C sjönk med 55-75% under första veckan och effekten höll i sig över tid
- **Full effekt efter första sprutan**
En dos, 140mg, injektion varannan vecka
- **Upp till 95% av patienterna når LDL C<1,8 mmol/l**

Instruktionsfilm för dina patienter som behandlas med Repatha® finns på medicininstruktioner.se

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

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

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

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som är intoleranta mot statiner, eller för vilka statiner är kontraindicerade.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

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

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

ESC-feber i landet!

I skrivande stund råder det ESC-feber i landet, f.a. Stockholm där jag förstått att t.o.m. Herr Gåman spelar schlagermusik när man ska korsa gatorna. Man har kunnat hissa och dissa bidrag i veckor och nu har precis the grand finale avgjorts. Inte helt utan förbjudna politiska budskap – som vanligt. Jag pratar förstås om världens största musiktävling. Den som delar upp oss svenskar i två läger – de som älskar den och de som hatar den. Mina barn, framför allt sonen, tillhör den första kategorin och motvilligt måste jag erkänna att jag också har haft rätt kul när vi suttit och ömsom förfasat oss och ömsom diggat gillande i TV-soffan. (Men säg inte det till någon...)

Annars går tankarna oftast till ett annat ESC när den förkortningen kommer på tal. För oss kardiologer står den ju snarare för European Society of Cardiology än för European Song Contest. I forskargruppen gläder vi oss just nu över besked om accepterade bidrag till den stundande ESC-kongressen i Rom – numera världens största hjärtekongress med över 30000 deltagare per år. Rummen är bokade via Svenska Kardiologföreningen, men flygbiljetter är hög tid att ordna. Vi svenskar kan vara stolta över våra prestationer på ESC-kongresserna. Medan snittet för accepterade abstract totalt låg på drygt 40 % till förra årets ESC-kongress i London så låg den klart högre för oss – hela 67 % av våra inskickade arbeten accepterades för posterföreläsning eller för oral presentation. Glädjande är också att våra yngre kollegor visar framfötterna. Till ESC-kongressen i Rom har vi nu 25 st av "Framtidens Kardiologer" som erhållit gratis registrering till kongressen. En bra möjlighet nu efter förändrade regelverk avseende våra relationer till läkemedelsindustrin. Forskning innebär mycket slitgöra, oändligt tålamod, en hel del motgångar och i bland framgångar. Åtminstone för mig ger deltagande på kongresser extra grädde på moset. Att årets kongress går av stapeln i landet med den läckraste maten och godaste vinerna gör förstås inte saken sämre, och någon ledig kväll för att beundra romarnas huvudstad får det förstås bli!

Vi ska dock inte glömma att ESC – vår moderorganisation – har så mycket mer att bjuda på än den årliga kongressen. Via escardio.org och My ESC har vi tillgång till en mängd utbildnings- och fortbildningsaktiviteter med webinars, clinical case galleries och inte minst ESC guidelines som vi i mångt och mycket lutar oss på i kliniken och när våra nationella riktlinjer ska utformas. ESC har också flera sektioner samt ett stort antal arbetsgrupper där möjligen svenskt deltagande kunde vara ännu lite högre, med tanke på den mångfald av meriterade och

mycket kompetenta kliniker och forskare vi har i landet. Möjligheten att bli fellow (FESC) är också underutnyttjad, och här kommer nu reglerna ändras för vad som krävs.

Vår egen nationella hjärtekongress, SKVM, har också nyligen gått av stapeln – med all time high vad gäller antalet deltagare. Som vanligt var mötet mycket välordnat och fullt med spännande sessioner att välja emellan. Extra roliga tycker jag att de modererade postersessionerna är där en lång svans av intresserade lyssnare får följa med moderatorn till utvalda arbeten och poster-presentatören ska klara utmaningen att summera essensen av sitt forskningsarbete på en minut följt av ett par minuters frågestund. Det är roligt att se vilken bredd av forskning vi bjuder på och vilken hög kvalitet den generellt har. Själv var min vistelse på SKVM något rumphuggen i år. En elak ÖLI lamslog stämbanden under måndagens HIA-arbetande och hög feber gjorde att min vistelse fick förkortas betydligt. Visa personer i min närmaste omgivning tyckte nog att jag borde stannat hemma helt – men tacka vet jag Treo! Det är inte bara våra patienter som då och då har glädje av acetylsalicylsyra – och så klarade jag t.o.m. att delta på festen. Men så mycket dansande blev det inte i år. Tur att det kommer fler vårmöten.

Innan jag släpper tangenterna vill jag påminna alla doktorander med handledare att anmäla sig till det kardiologiska forskningsmötet som i år går av stapeln i Rosersberg 23–25 november. Ta chansen att diskutera ditt projekt med andra forskare och knyt nya kontakter! Anmälan nås via www.mkon.se/forskningsmote

Nu tänkte jag använda en tredje betydelse av esc-knappen längst upp till vänster på tangentbordet och snart stundar en efterlängtd semester. Kanske blir lite artikelskrivande mellan varven på en solig berghäll i Bohuslän. Fast mest sol, bad och en och annan bättur längst ut till havsbandet.

Med hopp om en skön sommar och på återhörande!

Sofia Sederholm Lawesson
Vetenskaplig sekreterare SvKF



"Annars går tankarna oftast till ett annat ESC för oss kardiologer."



Vårnöte i Göteborg 2016

Text och Foto: Martin Stagmo

Svenska Hjärtförbundets Kardiovaskulära vårnöte hölls i år på Svenska Mässan i Göteborg. Eftersom undertecknad var mötesgeneral kommer jag av jävsskäl inte att göra någon djupare recension av mötets kvalitet. Det överlåter jag till andra. Jag vill redan här uppmana alla att utvärdera

mötet, antingen genom appen eller direkt i mail eller telefonform till mig eller till Hjärtförbundets ordförande, Per Tornvall. Jag nöjer mig med att konstatera att vi i deltagarantal slog all time high med över 1500 deltagare.

Årets Werköpris gick till Lynn Warner Stevenson från Boston som höll en fantastisk föreläsning med titeln "taking the congestion out of heart failure". Det stod för oss alla som lyssnade klart att även om vi kommit långt med att behandla hjärtsvikt så är vi ännu långt ifrån målet.

För övrigt var mötet som alltid fullt med föreläsningar och symposier som försöker täcka alla de ämnesområden och yrkeskategorier som utgör Svenska Hjärtförbundet. Det är för organisationskommittén alltid en delikat uppgift att fördela de tider vi har för att i största möjliga mån balansera olika specialiteter, yrkeskategorier och göra en rimlig avvägning mellan bred och djup i de olika symposierna och föredragen.

Svenska Kardiologföreningen höll traditionsenligt årsmöte under Värmötet. Ett protokoll och styrelsens årsberättelse kan i sin helhet läsas på föreningens hemsida www.kardio.se

I år skedde en del relativt stora förändringar i styrelsen. Vår hårt arbetande ordförande under två år, Frieder Braunschweig avgick efter väl förrättat värv för att ta sig an än större utmaningar inom ramen för Nya Karolinska Sjukhuset. Frieder har lagt ner ett enormt arbete för föreningen och har bland annat fått ordning på medlemsförteckningen, utvecklat hemsidan och företrätt föreningen i många viktiga frågor. Även föreningens vetenskapliga sekreterare, Christina Christersson avgår efter lång och trogen tjänst. Christina har gjort stora insatser med bland annat den utmärkta forskningskursen som uppmanar alla forskningsaktiva att gå med sina doktorander. Två andra stöttepelare som lämnar styrelsen är vår Kassör Eva Strååt och fackliga sekreterare Stella Cizinsky som båda har varit mycket aktiva och viktiga i styrelsen. Jag hoppas alltså alla läsare vill förena sig med mig och tacka den avgående styrelsen för ett väl utfört arbete.

Å andra sidan kommer det in nya friska krafter i styrelsen som säkerligen kommer att fortsätta det framgångsrika arbetet för föreningens bästa. Vice Ordförande Mats Börjesson från Göteborg blir ordförande. Mats är välkänd idrottskardiolog och har tidigare varit ordförande i Svensk idrottsmedicinsk förening. Som ny vice ordförande valde årsmötet Docent Stefan James, en för alla välbekant Uppsala profil med invasiv kranskärlsinriktning. Till ny vetenskaplig sekreterare valdes Sofia Sederholm Lavesson från Linköping och Mika Skeppholm från Danderyd tar över den viktiga rollen som föreningens kassör. Eva Mattsson, GUCH-inriktad kardiolog från Stockholm valdes till ny facklig sekreterare.



Årets Werköpristagare, Lynn Stevenson med hjärtförbundets ordförande Per Tornvall.



Avgående och tillträdande ordförande.



Kardiologföreningens nya styrelse.

Under årsmötet delas det ut stipendier från Kardiologföreningen i samarbete med läkemedelsindustrin. I år belönades, i hård konkurrens, Margret Leosdottir från Malmö med Astrazenecas stipendium för forskning om kranskärlssjukdom och Helga Skuladottir från Stockholm fick Boehringer-Ingelheims stipendium om förmaksflimmer. Ett hjärtligt grattis till båda för välförtjänta forskningsstipendier. I nästa nummer av Svensk Kardiologi kommer de båda pristagarna att beredas möjlighet att presentera sin forskning närmare.

Ett antal nyblivna specialister som klarat Kardiologföreningens specialistexamen erhöll också under jublande ovationer sina namnbrickor i guld som tecken på att de klarat nålsögat och nu är fullfjädrade specialister, grattis!

Till slut kunde avgående ordförande, Frieder Braunschweig, glädjande meddela att till ny hedersledamot i Svenska Kardiologföreningen utnämndes

en för alla välkänd och mycket välförtjänt kollega, nämligen Professor Eva Swahn från Linköping.

Eva har under många år arbetat mycket aktivt för föreningen och bland annat varit dess ordförande 2003–2006. Eva har också varit, och är, aktiv i den europeiska kardiologföreningen. Ni kan alla läsa om hennes erfarenheter där i en annan artikel i detta nummer.

Den lokala organisationskommittén hade gjort ett fantastiskt arbete med att organisera morgonaktiviteter, där jag förstod att Segwayåkning blev mycket populärt samt den stora galamiddagen på Eriksbergshallen. En fantastisk tillställning med underbart god mat och högklassig underhållning.

Nästa år går Värmötet av stapeln i Malmös nya och jättehäftiga konsert/kongresspalats, Malmö Live!

Jag hoppas att få se alla där då!



Eva Swahn och Frieder Braunschweig.



Helga Skuladottir.



Lugnet före stormen.



Margret Leosdottir.



Tre nyblivna specialister och utbildningsutskottets ordförande Stella Cizinsky.



Vi ses på Malmö Live nästa år!

”Det mest oetiska är att inte kunna det man borde kunna”

Personliga reflektioner av en just avgången ordförande för Utbildningsutskottet.

Text: Stella Cizinsky, Verksamhetschef Hjärt-lungkliniken, Universitetssjukhuset Örebro.
Avgående ordförande i Kardiologföreningens utbildningsutskott.

”Vi vet att ingen är ofelbar, under vissa situationer och betingelser kan alla göra fel.”

Ovanstående citat är tillskrivet Nils Söderström, professor i internmedicin i Lund under åren 1966–1977, och gäller i lika hög grad idag. Kraven på god kompetens finns i de olika etiska riktlinjer och eder som läkare i hela världen relaterar till. Redan i den hippokratiska eden betonas förhållandet till den som varit ens läromästare, och att man är skyldig att fortsätta utbilda de som kommer efter oss. Vi har – som alla högre utvecklade arter – en lust och förmåga till lärande. Människan är här unik genom sin förmåga till en omfattande kunskapsinhämtning, ständiga lärande och förmåga att genom erfarenhet ändra beteende och utveckla olika problemlösningar. Det handlar mer om gradskillnad än om artskillnad – och vi liknar kanske andra däggdjur mer än vi tror.

I vårt lärande, liksom i alla andra komplexa handlingar, påverkas vi både av inre motivatorer och av omgivningens krav. Dagens yrkesutövning präglas av regler, riktlinjer och myndigheters ständiga kontroll. Kanske ännu starkare styrning sker genom vår inre etiska kompass – vilken vi utvecklar under hela livet. Ett fel begånget under yrkesutövning glöms sällan bort och man grubblar länge kring den egna rollen, kompetensen och hur felet kunde ha undvikits.

Vi vet att ingen är ofelbar, under vissa situationer och betingelser kan alla göra fel. Inget system eller rutiner kan helt ta bort det faktum att yrkesutövning inom sjukvård är en riskabel sysselsättning, där man måste ta in mycket information, vara närvarande mentalt och emotionellt samt – inte minst – förstå sig själv och sina begränsningar. Det egna ansvaret är därför centralt för att man skall utvecklas till bästa möjliga läkare, och ha kraft att fortsätta bli allt bättre under ett långt och krävande yrkesliv.

De formella krav som ställs på läkare under utbildning, specialister, huvudman, verksamhetschef, studie-rektor och handledare framgår av Socialstyrelsens riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd. På Svenska Kardiologföreningens hemsida hittas länkar till väsentliga dokument kring utbildning.

Läkaryrket i ett historiskt perspektiv – och lite kritiska synpunkter på nutiden: Läkaryrket är till sin karaktär närmast unikt – och delar sin komplexitet endast med andra yrken där man i ett föränderligt sammanhang får andra människors förtroende och tillit att ta hand om deras liv och hälsa. Liknande roll har alla inom sjukvården, men även inom barnomsorg, äldreomsorg och utbildningsväsende. Skillnaden mot övriga yrken inom sjukvården är att läkare oftast har ett direkt ansvar för sjukvårdens process och resultat.

Läkarutbildningen har traditionellt setts som något som kan beskrivas som mästare–lärling. De legendariska centralgestalterna inom medicinen har utvecklats i en miljö präglad av andras kunskap och erfarenhet, de har livet igenom hänvisat till sina lärare på samma sätt som man fortfarande kan se inom idrott och konstnärligt skapande. Även inom läkaryrket är detta vanligt i de specialiteter där färdigheter är särskilt väsentliga, exempelvis inom opererande specialiteter och komplex diagnostik. För kardiologi gäller också detta då vi genomför både device-operationer, kateterburen diagnostik och behandling, samt svåra non-invasiva utredningar på exempelvis GUCH-patienter.

Yrkets komplexitet har emellertid påtagligt ökat under senaste decennierna, vilket i mycket beror på förändringar i organisation och styrning. Samtidigt

som ansvaret och uppdraget förefaller bli externt styrt i allt större detalj, så blir också avståndet mellan föreskrifter/regler och vardagens realiteter allt större. En omfattande apparat för mätning och styrning har påverkat sjukvården och i viss utsträckning tagit ifrån professionerna makt och ansvar över verksamhetens uppdrag och utförande, men tyvärr även över den egna arbetssituationen. Denna från produktions-industri och marknadsretorik importerade kontroll-metod har kallats för NPM – New Public Management – och har både påverkat utförandet av det dagliga arbetet, men även utbildningen. Förändringen har skett långsamt, och vi har duktigt och lydigt anpassat oss till detta. Mycket har blivit bättre, men en del har kanske blivit sämre eller riskerar att bli sämre framöver.

Sjukvårdens nuvarande kris kan till stor del förklaras av att professionerna numera inte upplever att det egna ansvaret kan kopplas till den makt som krävs för att man skall kunna utöva sitt arbete på rätt sätt. Detta sker i hela samhället, där vuxna människor i beslutsfattande positioner tenderar att skylla ifrån sig på externa faktorer när något inte blir som det är tänkt (för mer kring denna fråga rekommenderas läsning av Ann Heberleins bok ”Det var inte mitt fel”). Men den enskildes ansvarstagande är ofta ett resultat av de betingelser som skapas av omgivningen.

Omfattande forskning finns kring hur organisationskulturen kan påverka lednings- och medarbetaransvar, kompetensutveckling, arbetsmiljö och resultat av det utförda arbetet. Ett stort antal studier visar att det handlar om långsiktighet, samsyn, transparens, trygghet och minimering av stress. Tyvärr ger den nuvarande organisationen sällan utrymme för de möten och tid för reflektion som behövs för att denna organisationskultur skall utvecklas och stärkas.

Mätningar av verksamheten handlar oftast om process – dvs. vad man gör – och inte om resultat. Härvidlag är utbildning inte ett undantag, utan tanke-sättet präglas av samma grundfilosofi som präglar hela den offentliga sektorns arbetssätt.

Sjukvården beskrivs i termer hämtade från storskalig produktionsindustri, fastän sjukvårdsforskare och verksamhetsansvariga i mycket är eniga om att den snarast kan beskrivas som ett konglomerat av mindre hantverkarsamhällen med stor variation sinsemellan. En uppifrån tillämpad kontroll och styrning tenderar därför att misslyckas genom sin önskan om ”one-size-fits-all”, förenklingar och krav på snabba lösningar. Tyvärr innebär också kriser som den nuvarande att de flesta sjukvårdsledningar blir stressade och ökar den ovanifrån kommande styrningen. Exempel på detta är alla omorganisationer som minskar effektiviteten både på kort och lång sikt, och en hård ekonomistyrning som ökar kostnader och aldrig hämtar in förlusterna av medarbetares motivation och kompetens.

Grundutbildning och nya utmaningar i den rörliga världen: Stora förändringar har skett inom vår egen grundutbildning under den senaste tiden. Den traditionella katedrala undervisningen varvad med place-

ringar i sjukvården var dominerande fram till för något decennium sedan. Många äldre läkare berättar med viss förtjusning om excentriska överläkare och hierarkiska miljöer med chefssköterska i stärkt mössa och med hårda nypor. Stora grupper av studenter fick hålla till i små skrubbar med dålig luft, följa med på ronder till undergivna patienter och tillbringa flera timmar med att stadigt hålla hakar på operationssalen medan en stressad kirurg grälade på alla.

Nuvarande utbildning ger givetvis mer utrymme för den enskilda studentens utveckling och behov. Stora resurser behövs för att möta den nya utbildningens krav också inom den kliniska verksamheten. Ibland saknas dessa resurser personellt, inte minst på mindre kliniker och mindre sjukhus. Verksamheterna får ofta ”trolla med knäna” för att skapa utrymme för exempelvis PBL – Problembaserat lärande – som kräver tid och utbildning av handledare. Även här finns möjlighet till lateralt tänkande i hur organisationen kan möta studentens behov. Jag går inte närmare in på detta i denna artikel, utan hänvisar till all den kompetens som finns hos de som tar hand om studenter under verksamhetsförlagd utbildning.

En stor skillnad mot tidigare – och som också påverkar fortsatt utbildning – är att vi numera har många som fått sin grundutbildning i andra länder. Gruppen nyligen examinerade läkare är mer heterogen än tidigare. Utbildningens innehåll, pedagogik och kultur skiljer sig mycket mellan olika länder. Erfarenheten är att svenskar som läser på andra ställen i Europa får en mycket god teoretisk utbildning, och att kraven inte sällan är mycket höga vid den kliniska utbildningen. Dessa personer har höga egna krav och motivation för att genomgå alla svårigheter det innebär att läsa en lång utbildning utomlands. De har ofta insikter om det egna ansvaret, men kan vara uppfostrade i en hierarkisk struktur som ter sig ålderdomlig för oss. De kan ofta berätta om skillnader mellan kulturer avseende bemötande av patienter, anhöriga och studenter. Denna erfarenhet är värdefull för oss att ta del av. Den inhämtade ”kulturkompetensen” från andra samhällen ger kloka inspel vid etiska diskussioner om yrkesrollen.

Viktigt är att vi inom svensk sjukvård i så stor omfattning som möjligt tar emot dessa kolleger för praktik under deras utbildning. Det ger dem värdefulla kontakter för fortsatt karriär och ger oss goda framtida medarbetare.

Långt mer komplicerat är att värdera den grundutbildning som skett i utomeuropeiska länder. Företrädare för läkarutbildningen har beskrivit hur varierande kunskaperna är mellan olika individer. Teoretiska prov (ex. TULE-provet) visar att många har mycket bristfälliga kunskaper. Detta är en fråga som behöver diskuteras, inte minst nu när vi får in många läkare och sköterskor från länder utanför Europa och Nordamerika. De länder som under lång tid haft en situation av sönderfallande samhällsstrukturer och utbildning är svårast att värdera avseende utbildningsnivå. Bland läkare från dessa länder finns både synnerligen



kompetenta personer med stor förmåga till anpassning, men även personer vars formella meriter kan ifrågasättas. Länder som präglas av korruption och mutor har givetvis inte kunnat hålla ens högskoleutbildningar fria från dessa avarter. Vi behöver sannolikt skapa nya sätt att integrera läkare från andra länder. Härvidlag har vi inom professionen stort ansvar för att detta blir bra. Ingen kan bedöma våra kolleger bättre än vi. En tydlig ledning kan skapa förutsättningar för snabb och korrekt värdering av kompetensen hos en läkare. Vissa opererande specialiteter har tagit fram metoder för att göra denna professionella bedömning. Kardiologi är sannolikt en specialitet som kan använda sig av samma metoder, inte minst för att kunna ta in läkare inom diagnostiska och terapeutiska subspecialiseringar. Anpassningen till det svenska samhället, till våra teambaserade och jämlika arbets-sätt och till patienternas annorlunda krav tar längre tid – men det är först i kontakten med sjukvården som detta kan läras och förstås.

För integrering av nyligen invandrade kolleger krävs ett engagemang från läkare vilka själva har sin utbildning från utomeuropeiska länder. Vi behöver deras erfarenheter och synpunkter på hur vi bäst och snabbast skapar en god förutsättning för våra nya kolleger.

Läkares specialistutbildning har varit föremål för ett antal omformuleringar under senaste decennierna. Det har skapat en osäkerhet kring vad som krävs av en specialist. Inte ens vår egen tillsynsmyndighet vet alltid hur man skall bedöma en ansökan för specialistkompetens. Att kardiologi (och flera andra tidigare subspecialiteter till invärtesmedicin) har blivit en egen specialitet kommer att påverka sjukvårdens framtid, och kräver en noggrann uppföljning av konsekvenserna av en kortare utbildningsgång och snabbare subspecialisering. Utbildningsutskottet har under 2015 tagit fram en skrivelse som beskriver den gemensamma kunskapsbasen (s.k. common trunk) för de internmedicinska specialiteterna. Skrivelsen finns på hemsidan, och vi uppmuntrar alla som deltar i utbildning och fortbildning att ta del av den.

Fortsatt lärande, CME: Begreppet ”Ständigt lärande” är mer aktuellt för läkare än för många andra yrken. Kunskapsmängden har mångfaldigt ökat under senaste decennierna, och accelerationen i förändringen är krävande för oss alla. Vi behöver uppdatera oss inom nya grundläggande rön, förändringar i övriga specialiteter och inte minst den egna

specialiteten. Många är aktiva inom en smal subspecialitet och forskning, och kan där jämföra sig med kolleger både nationellt och internationellt.

Många länder ställer krav på CME – Continuous Medical Education – och har satt mål för antal timmar som skall tillbringas på möten/utbildningar/kongresser. En riktlinje brukar vara 80 CME-poäng (lika många timmar) per specialist och år. Det är ett rimligt mål, och de flesta av oss avsätter med stor sannolikhet mer tid än så på den egna fortbildningen. I Sverige har våra myndigheter och kontrollorgan hittills inte krävt obligatorisk fortbildning. Frågan drivs nu av flera specialistföreningar och även av vår moderförening, Svenska Läkaresällskapet.

Svenska Kardiologföreningen har skapat en modul för frivillig egenrapportering av fortbildning. Den hittas på hemsidan, och är enkel att använda. I den kan man årligen notera sitt deltagande vid möten, men även i lokala aktiviteter inom fortbildning – exempelvis falldiskussioner, journal club och dylikt.

Våra medlemmar bör uppmannas att arbeta för egen professionell utveckling, men även att medverka till att förutsättningar skapas för ett lärande klimat på den egna kliniken. Detta kan göras med små medel – men det kräver ansvar av oss alla! I dagsläget har huvudmän inom flera regioner/landsting utfärdat restriktioner för möten och utbildningar. Anledningen är skenande kostnader i kombination med bristfällig bemanning. Detta är kortsiktiga lösningar som på sikt kommer att vara kontraproduktiva. Det finns massor med administrativa slöserier inom sjukvården och annan offentlig verksamhet, men utbildningar är inte en av dem. Vi borde istället gemensamt ta makten över hur vi styrs och minska de administrativa krav som vi inte själva ser som meningsfulla.

Som läkare sedan mer än 30 år, och som verksamhetschef sedan mer än 10 år, så vill jag avsluta denna något polemiska text om utbildning med en förhoppning att läkargruppen fortsätter föra en öppen diskussion om vad vi vill – med vår profession, vår utveckling och vårt ansvar över den sjukvård vi förväntas skapa i framtiden. För detta krävs i allra högsta grad en gott utbildningsklimat.



Stärk professionens röst i samhället!



Bli medlem!
För 60 kr/mån är du med och bidrar till en förbättrad vård och hälsa!

Svenska Läkaresällskapet – din vetenskapliga och professionella organisation

Vi arbetar med frågor baserade på vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Vårt syfte är att verka för en förbättrad hälso- och sjukvård för dagens och morgondagens patienter.

Vilka frågor tycker du är viktiga i din läkarroll och gärning?

Vill du också vara med och göra skillnad, påverka och förbättra?

Bli medlem i Svenska Läkaresällskapet!

Läs mer på www.sls.se

European Society of Cardiology

– en fortsatt framgångssaga eller splittring?

Text: Set Mattsson



Lars Rydén

I december 2015 publicerades en artikel i European Heart Journal författad av ett tiotal företrädare för European Society of Cardiology (ESC). Gemensamt för författarna är att de representerar organisationens presidentskap under de senaste tjugo åren. Artikeln handlar om etik och redogör för den policy som ska gälla för arbetet inom föreningen vad det gäller patientvård, utbildning, forskning och finansiering. Den bjuder inte på några sensationer, snarare självklarheter. Men arbetet bakom artikelns tillkomst och orsaken till att den skrevs, är desto mer intressant.

– Det är bara några av de som står som medförfattare som skrev artikeln. Från början möttes den av motstånd från vissa av de som slutligen satte sina namn under den, säger Lars Rydén, professor vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna och en av initiativtagarna till artikeln.

En avgörande anledning till att artikeln skrevs var att kontakterna mellan läkemedelsindustrin, särskilt ett franskt läkemedelsbolag och ledande företrädare för ESC, under de senaste tio åren fördjupats på ett sätt som riskerade att skada förtroendet för organisationen. Enligt artikeln har enskilda medlemmar i ESC avskedats eller suspenderats från sina universitet på grund av ekonomiska eller forskningsrelaterade oegentligheter. Ett faktum som väcker frågor om medlemmarnas kopplingar till kommersiella intressen. Om ESC ska lyckas behålla sin världsledande roll inom hjärtsjukvård får det inte finnas några tveksamheter kring organisationens objektivitet när exempelvis guidelines utarbetas.

– Jag och andra anser att relationen varit ensidig under de senaste tio åren. Som företrädare för ESC ska man vara försiktig med vilka förbindelser man har, säger Lars Rydén.

Det gäller inte minst de av ekonomisk karaktär. Nu riktas det krav på att alla ekonomiska förbindelser ska redovisas öppet för att undvika otillbörlig påverkan från läkemedelsindustrin.

Eva Swahn, professor vid kardiologiska kliniken vid universitetssjukhuset i Linköping, är mycket kritiskt till att ersättningar upp till 10 000 euro i nuläget inte behöver specificeras.

– Jag är rädd för att det händer mycket under bordet som vi inte känner till, säger hon och anser att den som sitter som ordförande i guidelinesgrupperna inte ska ha kontakter med läkemedelsindustrin som ger ekonomisk ersättning.

Tidigt i våras fylldes nyhetsmedia av den så kallade Panamaskandalen. Reaktionerna som följde fick bland annat Islands regeringschef att avgå. Skandalen, som vi ännu inte sett slutet på, är ännu en bekräftelse på det nära släktskapet mellan makt, pengar och korruption som är ett reellt hot mot alla mäktiga och rika organisationer. Redan i mitten av 1990-talet insåg Lars Rydén, som då var sekreterare för ESC, tillsammans med dåvarande president Philip Poole-Wilson, att regelverket för organisationen behövde stramas upp.

– Vi insåg att det var mycket pengar i omlopp och noterade saker som kanske inte var helt okej.

Det ledde till att bolagsdelen av ESC, European Heart House, fick en öppen redovisning. Nu är det dags att ta nästa steg och försöka se till att alla ekonomiska transaktioner som sker inom ESC redovisas. Trots det initiala motståndet mot artikeln om etik är Lars Rydén hoppfull.

– Det har varit trögt, men till sist har det gått bättre än förväntat, säger han.

Ett exempel som han lyfter fram är införandet av en etisk kommitté inom ESC. Exakt när det sker är oklart eftersom organisationens stadgar först måste ändras, men Lars Rydén menar att kommittén kommer att bli



ett viktigt instrument för att hålla organisationen på rätt etisk kurs.

Men det finns också andra strukturer inom ESC som behöver genomlysas. Det anser Carina Blomström Lundqvist, professor i kardiologi vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

– Rekryteringsprocessen vid val av organisationens president och medarbetare i styrelsen behöver moderniseras och bli mer professionell, säger hon och menar att ledaregenskaper ska prioriteras mer vid tillsättningen med tanke på det stora ansvar som följer med höga positioner inom ESC.

– Presidenten ansvarar för en organisation som ger ut riktlinjer och förmedlar utbildning, men företräder även professionen gentemot sjukvårdsmyndigheter och politiker inom EU.

Hon får medhåll av Eva Swahn, vicepresident för ESC mellan 2010 och 2012 och nominerad som kandidat vid valet av president 2014.

– Jag blev kallad till ett möte med valberedningen som bestod av tolv män med en tidigare president som ordförande, säger hon och menar att det hela var en fars eftersom det i praktiken redan var avgjort vem som skulle väljas till ny president.

– Valet av personer till viktiga positioner ska inte filtreras via ett gäng gubbar och där den sittande presidenten godkänner vad som ska släppas igenom.

För ESC är det ett besvärande faktum att under organisationens sjuttio år har ännu ingen kvinna valts till president. Eva Swahn är inte heller överdrivet optimistisk om att det ska ske inom överskådlig tid. Hon är övertygad om att det förekommer vänskapskorruption inom ESC och tvekar inte att jämföra processen med det högaktuella valet av president i USA.

– Ledningen av ESC är en värld av gubbar som reser runt och värvar röster till sina kandidater, säger hon.

Även Carina Blomström Lundqvist är kritisk mot kvinnans ställning inom ESC.

– Organisationen förlorar mycket kompetens genom att kvinnor varit en sällsynt företeelse i den högre maktstrukturen, säger hon.

Att inneha en ledande position inom ESC ger inte bara prestige. Den kan också utgöra en lukrativ karriärmöjlighet. Lars Rydén, som varit verksam inom ESC sedan 1980-talet, menar att det är ett faktum att många idag eftersträvar höga positioner inom organisationen eftersom det gynnar deras karriär och att de sätter sina egna intressen före organisationens.

– Det är klart att det inte är bra för ESC när personliga intressen får företräde, säger han.

Det finns med andra ord ett starkt behov av att göra ESC mer transparent. Carina Blomström Lundqvist anser också att samarbetet med de nationella kardiologföreningarna behöver utvecklas.

– En modernisering är nödvändig inom ESC, särskilt nu då industrin inte längre direkt får sponsra läkares deltagande i kongresser och därmed bidra till deras fortutbildning. Det är en verksamhet som tidigare haft stor betydelse för organisationens ekonomiska utveckling, säger hon och anser att förändringsarbetet skulle kunna genomföras på kort tid genom att rekrytera erfarna ledare från de nationella kardiologföreningarna till ESC.

Artikeln om etik heter **”How can the European Society of Cardiology ensure compliance with ethical standards?”** och publicerades i **European Heart Journal 18 december 2015.**



Det finns i dag sex associationer samlade under ESC och femton arbetsgrupper.

De olika associationerna ordnar sina egna, årliga kongresser.

ESC har idag drygt 70 000 medlemmar. Lars Rydén oroas över att organisationen kan drabbas av växtvärk och är kritisk mot planerna på att expandera österut, mot Asien.

– Vi har fortfarande problem med att skapa en fungerande relation med en del av nationerna i Europa, framför allt de som inte är med i EU. Jag tycker att man ska arbeta med dem först, säger han och efterlyser även han en starkare förankring hos de nationella kardiologföreningarna från ESC:s sida.

– Speciellt i de forna öststaterna där behovet av god kardiologisk utbildning är störst. De måste känna sig hemma i ESC, annars kan det komma ett utbrytningsförsök därifrån.

Ett annat utbrytningsförsök kan komma från de olika associationerna inom ESC. Från att ha startat som relativt små arbetsgrupper, har de nu växt sig starka, inte minst ekonomiskt. Lars Rydén har under sin tid i styrelsen för ESC sett tecken på att vissa av associationerna börjat se mer till sina särintressen än till organisationen i stort. Om ESC inte lyckas hålla samman sin paraplyorganisation utan bryts sönder till mindre, självständiga enheter, exempelvis inom arytmier eller hjärtsvikt, finns det en risk, enligt Lars Rydén, att den ställning och det inflytande som ESC under många år arbetat mot och lyckats uppnå riskerar att gå förlorat.

– Vi ska företrädare patientens rätt till god hjärtsjukvård, säger han och menar att det kräver ett övergripande synsätt.

– Men som moderorganisation måste ESC samtidigt vara lyhörd och tillgodose de olika associationernas behov i rimlig omfattning.

Lars Rydén hoppas i stället att utvecklingen går i motsatt riktning, att ESC i framtiden också inbegriper områden som exempelvis perifer kärlsjukdom, thoraxkirurgi och hypertoni inom ramen för en kardiologisk organisation. Exempel på en sådan utveckling är British Cardiac Society som numera heter British Cardiovascular Society. Ändringen kom till stånd då man insett att flera organisationer arbetade parallellt inom liknande intresseområden och att en samverkan skulle stärka dem.

I slutet av augusti samlas ESC för årets kongress som äger rum i Rom. Då kommer holländaren Jeroen Bax att väljas till ny president. Det finns redan nu stora förhoppningar om förändringar under hans mandatperiod. Eva Swahn hoppas exempelvis att insynen inom ESC ska bli bättre. Men frågan är hur mycket som hinns med under den relativt korta tiden, två år, som en president sitter. Carina Blomström Lundqvist menar att organisationen borde överväga att göra presidentskapet till en fast anställning under upp till fyra år i stället för att som i dag låta presidenten ha ett oavlönat och relativt kort förordnande.

– Presidenten kan då ägna sig helhjärtat åt ESC. Det skulle öka möjligheterna att genomföra förbättringsarbetet mot en öppnare och mer effektiv organisation, säger hon.

Men trots alla farhågor och hot inför framtiden, är Lars Rydén optimistisk och tror att valet av Jeroen Bax är första steget mot ett öppnare ESC.

– Under förutsättning att det sker ett klokt presidentval efter honom kommer vi att rätta till många av de övertramp som har skett när personer utnyttjat sin position inom ESC. Jag är övertygad om att organisationen har framtiden för sig, säger han.



Den Europeiska Kardiologföreningens logotyp



Välkommen till Svenska Kardiologföreningens
Nationella Kliniska Utbildningssymposier.
Kursen kommer att hållas på fem olika platser under 2016

Vuxna med medfött hjärtfel

14.00 - 14.30 Registrering och kaffe

14.30 - 15.10 Medfödda hjärtfel som upptäcks i vuxen ålder
Aleksandra Trzebiatowska-Krzynska/Christina Christersson

15.10 - 15.40 Fysisk aktivitet hos vuxna med medfödda hjärtsjukdomar
Mikael Dellborg/Peter Eriksson

15.40 - 16.00 Kaffe

16.00 - 16.30 Endokarditprofylax – vem behöver förebyggande behandling?
Ulf Thilén/Per Kvidal

16.30 - 17.00 Att tänka på vid graviditet om det finns en medfödd hjärtsjukdom hos mamman
Eva Mattsson/Eva Furenäs

17.00 - 17.30 Uppföljning av patienter med bikuspid aortaklaff
Bengt Johansson/Peder Sörensson

17.30 - 17.50 Diskussion

18.00 Mingel/middag

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

• LINKÖPING 15/9 • STOCKHOLM 5/10 •
• GÖTEBORG 20/10 • LUND 30/11 • UMEÅ 8/12 •

FORTBILDNINGSDAGAR i KARDIOLOGI 2017

9-11 februari 2017 • Stockholm
www.mkon.se/update



Förmaksflimmer är den vanligaste kliniska arytmin

Johan Engdahl, Docent, Överläkare, Medicinkliniken, Hallands Sjukhus Halmstad



Johan Engdahl

Docent, Överläkare
Medicinkliniken, Hallands Sjukhus
Halmstad

Förmaksflimmer är den vanligaste kliniska arytmin, trots det är det många som har flimmer utan symptom och därmed inte kommer att kontakta sjukvården och inte heller få behandling. Hur stor denna andel är som har flimmer utan symptom är inte säkert definierat men det rör sig åtminstone om ytterligare en tredjedel utöver alla kända fall.

Förmaksflimmer ökar risken för hjärtsvikt, sjukhusinläggning och demens men den allra tråkigaste komplikationen är utan tvekan ischemisk stroke. Vi har tillgång till mycket effektiv läkemedelsbehandling som minskar risken för stroke vid flimmer, men det förutsätter förstås att diagnosen är känd och att behandlaren följer aktuella riktlinjer.

Skulle man inte kunna minska strokerisken genom att försöka leta upp de fall som inte har symptom av sitt flimmer? Vår forskargrupp är övertygad om att så är fallet, och vi hoppas också kunna övertyga andra med hjälp av data från de studier som vi bedriver.

För drygt fem år sedan startade jag en pilotstudie som bjöd in alla 75- och 76-åringar i Halmstads kommun till stegvis screening av förmaksflimmer. Bland de som hade en riskfaktor utöver sin ålder diagnosticerades flimmer hos 7 % med hjälp av tum-EKG, i de allra flesta fall hos personer som var helt utan symptom. Av 40 nydiagnosticerade patienter startade 38 AK-behandling, på den tiden uteslutande warfarin.

Tidigare studier har varit ganska nedslående när det gäller hur AK-behandling retineras över lång tid, åtminstone med warfarin. Detta var en av frågeställningarna inför den femårs-uppföljning av Halmstad-kohorten som jag nu med stöd av stipendium från

kardiologföreningen och Boehringer Ingelheim snart avslutat. Stipendiet har varit ett mycket välkommet tillskott och inneburit att jag kunnat avsätta den tid för patientbesöken som krävdes för att i lugn och ro gå igenom anamnes för de senaste fem åren.

Den insats som minskar strokerisken vid screening av förmaksflimmer är förstås AK-behandling hos patienter med flimmer och riskfaktorer, och den långsiktiga följsamheten till behandlingen och även eventuella komplikationer är centrala för att skatta storleken på nyttan med screeningen. En annan frågeställning har förstås varit om patienter med tyst, paroxysmalt flimmer med tiden utvecklar symptom, detta är i alla fall den hälsande uppfattningen om sjukdomen. Kommer de med paroxysmalt FF att utveckla permanent arytmi?

Metoden bestod av läkarbesök med EKG erbjudet till samtliga 121 patienter som hade tidigare känt eller nyupptäckt flimmer inom pilotstudien 2010–2012. Cirka 30 % av de med tyst paroxysmalt flimmer har efter fem år permanent arytmi, vilket är en större andel än jag förväntat och stärker tesen om att tyst förmaksflimmer förekommer och utvecklas genom alla flimmertyper. Glädjande nog är det hittills bara två av de 70 patienter som jag hittills träffat som avslutat sin AK-behandling, i ett fall på grund av upprepade allvarliga blödningar och i ett fall på grund av patientens val.

Att ta fram data som styrker nyttan av screening för förmaksflimmer innehåller många komponenter varav en är att studera de långsiktiga effekterna och följsamhet till behandling. Denna pilotstudie var inte dimensionerad att studera den strokeförebyggande effekten i kohorten och har heller inte någon kontrollgrupp, men ger oss viktiga data om sjukdomen då jag tack vare kohortens storlek haft möjlighet att träffa alla patienter vid personliga besök och i detalj gå igenom anamnesen för symptom, följsamhet till behandling och eventuella komplikationer.

Vår forskargrupp, som leds av professor Märten Rosenqvist har efter denna pilotstudie genomfört

populationsbaserad screening för flimmer bland 75- och 76-åringar i Stockholms och Hallands län under 2012–2014, en randomiserad studie som är dimensionerad att kunna påvisa långtidseffekter av screening på förekomst av ischemisk stroke (STROKESTOP 1) och är bland annat del av Emma Svennbergs (Hjärtkliniken, Danderyds Sjukhus) kommande avhandling. Denna studie kommer att genomgå registerbaserade uppföljningar 2017 och 2019.

Vår grupp har innevarande år startat ett uppföljande studie i Stockholms län, även den randomiserad och populationsbaserad men där mängden EKG-screening avgörs av nivån på biomarkören NT-proBNP vid indexbesöket (STROKESTOP 2). En substudie till STROKESTOP 1 visade att förhöjt NT-proBNP innebar en ökad risk att diagnosticeras med flimmer. STROKESTOP 2 kommer att ha patientbesök till och med hösten 2017 och därefter följas upp med hjälp av registerdata.

Jag vill med detta också rikta ett tack till kardiologföreningen och Boehringer Ingelheim för möjligheten att genomföra projektet!

Octogenarians studien (80+)

Text: Berglind Libugan

Populationen blir äldre, efter 2050 kommer en stor andel av svenska populationen att vara över 80 år. Kranskärlsjukdom är vanligaste dödsorsaken i alla ålderskategorier över 40 år.



Berglind Libugan

I en yngre population finns övertygande bevis på att patienter med hjärtinfarkt har överlevnadsvinst med invasiv behandling jämfört med konservativ behandling. Detta har man inte kunnat påvisa i en äldre population (>80 år).

Forskning av äldre individer behövs. Äldre individer skiljer sig en hel del jämfört med yngre, framförallt vad gäller fysiologi, farmakokinetik, co-morbiditet. De har även högre risk för dåligt utfall samt komplikationer.

Octogenarians studien (80+) är en randomiserad klinisk prövning där patienter över 80 år med NSTEMI/UAP randomizeras till invasiv alternativt konservativ behandling.

Stipendium som Svenska Kardiologföreningen delade ut 2015 i samarbete med Astra Zeneca för *Octogenarians studien* har använts till att publicera studieprotokollet i "Trials" samt till övriga driftkostnader som brukar tillkomma när det är randomiserad studie (t.ex. monitorerare, forskningspersonal, datainmatning och overheadkostnad).

Inklusion av studiepatienter pågår fortfarande, men förhoppningen är att under 2017 kommer alla 200 patienter att bli inkluderade. Då kommer data kunna analyseras, och därefter studieresultat publiceras.

Så handlägger vi Thorakal aortasjukdom

Erfarenheter från aortamottagningen vid Norrlands Universitetssjukhus

Text: Bo Carlberg



Bo Carlberg

Docent, Överläkare
Hjärtcentrum,
Norrlands Universitetssjukhus
Umeå

Kunskap och evidens för handläggning av icke-aterosklerotisk kärlsjukdomar har till skillnad från atherosklerotiska sjukdomar länge varit begränsade. Vi har i samarbete över klinikgränser försökt bygga upp rutiner för handläggning av Thorakal aortasjukdom vid Norrlands Universitetssjukhus.

Med thorakal aortasjukdom menas vanligen dilatationer/aneurysm och dissektioner. Det finns ovanliga orsaker till dessa sjukdomar som trauma, infektioner och inflammatoriska sjukdomar. Dessa kommer inte att beröras närmare här.

Det är vanligt att abdominella aorta-aneurysm, som ur riskfaktorsynpunkt mer liknar kranskärlssjukdomen, sammanblandas med den thorakala aortasjukdomen.

De thorakala aneurysmen och dissektionerna är i stället oftast kopplade till degenerativa tillstånd eller har genetiska orsaker. Översiktligt kan man säga att ju längre från aortaklaffen man kommer i aorta desto vanligare blir det med atherosklerotisk aortasjukdom. Det finns dock klara överlappningar mellan dessa bakgrundsorsaker. Atherosklerotiska plaque kan vara säte för aortadissektioner i aorta ascendens och monogenetiska aortasjukdomar kan ge isolerade abdominella aortadissektioner. Särskilt i distala delen av aorta descendens ser man att de atherosklerotiska och icke-aterosklerotiska bakgrunderna ofta möts.

Incidensen av aortadissektioner ligger kring 6–8/100 000 invånare och år, något högre för män än för kvinnor. Aortadissektion är ett tillstånd med hög akut mortalitet, även om kirurgi kan genomföras.

I de flesta fall föregås dissektionen av en succesiv vidgning av aorta, vanligen i aorta ascendens men dissektioner förekommer även i kärl med ringa eller ingen föregående dilatation.

Ungefär 20 % av alla individer som drabbas av aortadissektioner har första- eller andragsläkningar med dissektioner eller thorakala aortavidgningar. Av dessa får man idag en specifik diagnos vid molekyलगenetisk analys hos c:a 25 % av familjerna. Att lokalisera vilken genskada som orsakar sjukdomen hjälper oss med prognostisk information, att identifiera eventuella andra yttringar av sjukdomen och i ställningstaganden kring när profylaktiska operationer bör erbjudas. Dessutom förklarar och förbättrar ett fynd av en genskada i en släkt möjligheterna att identifiera vilka som har risk att utveckla sjukdomen och vilka som inte har sådan risk.

Vi har en välfungerande thoraxkirurgisk verksamhet på sjukhuset men upplevde att vi inte kunde erbjuda patienter med thorakal aortasjukdom ett rimligt stöd och uppföljning och att handläggningen varierade mycket mellan olika läkare. Med denna bakgrund, startade vi vid Norrlands Universitetssjukhus 2010, en särskild mottagning för patienter med thorakal aortasjukdom – TAM (thorakal aortamottagning). Vi hade vissa svårigheter i att definiera vilka patienter som skulle följas på mottagningen och hur vi skulle handlägga dem. Lyckligtvis kom nordamerikanska riktlinjer samma år som kunde hjälpa oss något men bristen på kunskap om klinisk handläggning hos patienter som inte hade något akut tillstånd var uppenbar¹. Sedan dess har kunskapsmassan ökat och det har tillkommit ytterligare internationella guidelines^{2–4}. Trots att detta är ett område med stor



Norrlands Universitetssjukhus.

brist på kunskap, underlättar strukturerade guidelines handläggningen – att försöka förena evidens med klinisk erfarenhet för att skapa rimliga handläggningsrutiner. Vi har på vår mottagning, så långt det är möjligt, försökt arbeta efter en syntes av tillgängliga guidelines och har tillsammans med thoraxkirurgi, kardiologi, radiologi och klinisk genetik skapat ett lokalt handlingsprogram. Det finns tillgängligt på sjukhusets websida⁵. Handlingsprogrammet tar upp operationsindikationer för thorakal aortasjukdom, uppföljning av patienter med aortadilatationer, dissektioner och efter profylaktiska operationer. Vi har försökt definiera hur aortadiametrar skall mätas med ekokardiografi, datortomografi och magnetresonanstomografi. Detta är särskilt viktigt i en verksamhet där många sjukhus är inblandade. Handlingsprogrammet tar även upp medicinsk handläggning och indikationer för genetisk provtagning. Här kommenteras mer översiktliga frågor. För detaljer kring handläggning hänvisas till handlingsprogrammet.

Vilka patienter?

Frågan om vid vilken grad av aortadilatation man bör fortsätta följa upp patienten kommer ofta upp, men det finns inget bra svar. Det finns inga tydliga riktlinjer som svarar på denna fråga och den har även tagits upp bland ”auktoriteter” i paneldebatter under internationella konferenser utan att något konsensus har nåtts. Först måste man relatera aortamåten till värden normerade för ålder, kroppsstorlek och kön. Dessutom måste man relatera till patienten. En lätt vidgning av aortadiametern hos en ung individ har betydligt större prognostisk betydelse än hos en gammal individ. Ett gränsvärdesmått i aorta ascendens hos

en 20-åring med familjeanamnes för aortadissektion innebär att patienten måste följas upp framgent o.s.v.

Vid vår aortamottagning följs i huvudsak följande patientgrupper:

Patienter med genomgångna aortadissektioner.
Patienter som genomgått interventioner för thorakala aortaaneurysm.
Patienter med thorakala aortavidgningar.
Konstaterade anlagsbärare för familjära aortasjukdomar.

Syftet med mottagningen är förutom att ge stöd och information till patienterna, att försöka förebygga aortadissektion med medicinsk behandling och att genom specifika kontrollprogram kunna identifiera allvarliga aortavidgningar eller komplikationer i tid för att kunna erbjuda förebyggande ingrepp.

Kontrollintervall

Det finns ofta rätt tydliga rekommendationer i guidelines om hur ofta man behöver följa patienter med aortasjukdom. Dessa har kanske en viss nordamerikansk prägel med tätare uppföljningar än vad som är brukligt i vårt land. Evidensen för dessa rekommendationer kommer närmast från klinisk erfarenhet men har i vissa fall stor betydelse. Kontrollintervall beror naturligtvis på patientens sjukdomsbild. Särskilt viktigt är att ta hänsyn till om patienten har en familjär aortasjukdom. Således kan aortadilatationer hos patienter med Loeys-Dietz syndrom tillväxa mycket snabbt. Det gäller både patienter som inte tidigare opererats eller haft dissektioner och aneurysmutveckling i tidigare dissekerad aorta. Vi får i dag en genetisk diagnos i högst 25 % av de familjer som har ärftlig aortasjuk-



dom. Patienter från denna grupp har större risk att utveckla nya aneurysm och dissektioner än andra.

En vanlig men svårbesvarad fråga är hur uppföljning skall ske av individer från familjer med ärftliga aortadissektioner men där genetisk utredning varit negativ. Endast ett fåtal anlagsbärare uppvisar aortadilatationer vid 20 års ålder. Ännu vid 40 års ålder kan aortamåtten vara normala trots att man är anlagsbärare. Vi har här valt att rekommendera uppföljande undersökning vart 5:e år hos dessa individer. Det är dock svårt, för att inte säga omöjligt, för sjukvården att hålla i ett kallelse-system för sådan uppföljning, särskilt som många familjemedlemmar flyttar och hamnar inom andra landsting. Vi har i stället valt att utrusta dessa individer med ett informationsblad som kan visas upp för att få undersökningen utförd.

Lämplig metod för uppföljning av aortamått varierar med sjukdomens utbredning. I de flesta fall har patienten en aortavidgning som är lokaliserad till aorta ascendens. Dessa patienter kan med fördel följas med ekokardiografi men det är värdefullt att initialt kartlägga hela aorta och medelstora kärl i thorax och buk. Det finns en klart ökad förekomst av aneurysm i andra kärlområden hos dessa patienter. Valet mellan datortomografi (DT) och magnetresonanstomografi (MRI) beror mycket på det egna sjukhusets kapacitet med de båda metoderna. För att reducera strålningsbördan bör dock antalet röntgenundersökningar begränsas, särskilt hos patienter under 50 år.

När skall patienten erbjudas förebyggande interventioner?

Även här är det viktigt att försöka få en tydligare diagnos/prognos på aortasjukdomen. Några ärftliga aortasjukdomar ger aortadissektioner vid klart mindre aortadiametrar än andra tillstånd. Man rekommenderas profylaktiska operationer vid Loeys-Dietz syndrom redan när aorta ascendens har en diameter på 42–45 mm. Vid icke-familjär sjukdom väntar man vanligen till 55 mm i diameter.

Andra åtgärder för att förebygga aortadissektion

Kunskapsområdet kring icke-kirurgisk behandling efter det akuta skedet av aortadissektioner eller för att förhindra dissektioner hos patienter med aortavidgningar är mycket begränsad. Eftersom högt

blodtryck är en riskfaktor för aortavidgning i thorax är det rimligt att anta att blodtryckssänkande behandling kan motverka aortavidgning och dissektion. De flesta guidelines rekommenderar ett lägre behandlingsmål än <140/90 mm Hg. Sedan många år har särskilt betablockerare rekommenderats med utgångspunkt från teoretiskt mindre påverkan på aortaväggen. Den underliggande evidensen i form av randomiserade studier är dock mycket bräcklig. I den klassiska studien på patienter med Marfan's syndrom av Shores et al. sågs fyra aortadissektioner i kontrollgruppen mot två i gruppen som erhöll propranolol⁶. Under de senaste åren har det kommit randomiserade studier på patienter med Marfans syndrom som visat att effekten av losartan är jämförbar med effekten av atenolol på tillväxthastigheten av aortadilatationer. Dock har andra studier nu visat att losartan inte är bättre än placebo. Sammanfattningsvis är behandlingsläget oklart, studier pågår, men det är rimligt att ge blodtryckssänkande läkemedel och med fördel betablockerare eller angiotensinreceptorblockerare men då fr.a. på teoretiska grundval.

Ett svårighet i uppföljningen av patienter med thorakal aortasjukdom är att aortamått är en viktig faktor i ställningstagandet till interventioner. I en verksamhet där patienter remitteras från många sjukhus ser man att aortdiametrar har mätts på olika sätt och med tre olika metoder (ekokardiografi, DT, MRI). Vi har i vårt handlingsprogram försökt föra fram enhetliga sätt att mäta aortadiametrar på.

Familjär aortasjukdom

Vår aortamottagning är nära kopplad till vår kardiogenetiska verksamhet (Centrum för kardiovaskulär genetik) där patienter och familjer med monogenetiskt orsakade kardiovaskulära sjukdomar utreds. Denna enhet var starkt bidragande till att vår aortamottagning startade då vi i våra familjer med aortasjukdom blev varse om brister i uppföljningen av dessa patientgrupper.

Vid misstanke om familjär aortasjukdom är det viktigt att undersöka patienten för att identifiera tecken till binvävssyndrom m.m. Släktanamnesen central och kräver en hel del letande i gamla journaler, obduktionsprotokoll och röntgenutlåtanden. Vi har många gånger hittat att den släkting som sades ha avlidit i "hjärtinfarkt" hade en obduktionsverifierad aortadissektion. Lika vanligt är motsatsen, att den i

släkten som också "lär ha haft" en aortaruptur visade sig vara en helt annan sjukdom. Det vanligaste är dock att familjen och även sjukvården blandat samman ruptur av bukaortaaneurysm med thorakal aortadissektion.

Det finns idag ett dussintal kända gener som orsakar aortadissektioner genom autosomalt dominant nedärvning. Genetisk provtagning på en individ som inte har kliniska tecken till sjukdom har litet värde och riskerar att ge falskt positiva fynd. De vanliga indikationerna för genetisk provtagning vid aortasjukdom är:

Patient med påvisad aortasjukdom från en familj med verifierad familjär sjukdom.

Patient med påvisad aortasjukdom och kliniska tecken till syndromsjukdom (Marfans syndrom, Loeys-Dietz syndrom, Vaskulärt Ehlers-Danlos syndrom etc.)

Patient under 50 år med aortadissektion eller påtagligt aortaaneurysm men utan familjeanamnes.

Observera att för provtagning för genetisk analys krävs särskild information och vägledning och skriftligt patientmedgivande. Kontakta lämpligen kardiovaskulärt centrum eller klinisk genetisk enhet inför provtagning.

Vi saknar fortfarande viktig kunskap kring thorakala aortasjukdomar och vår kunskap om handläggning och behandling är därför bristfälliga. Utvecklingen inom området, särskilt kring de genetiska orsakerna, har varit snabb under de senaste åren. Uppbyggnad av särskilda mottagningar för denna patientgrupp är en förutsättning för att skapa erfarenhet från patientgruppen och en bas för vidare forskning.

Referenser

- Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al. ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. Circulation. 2010;121(13):e266-369.
- Boodhwani M, Andelfinger G, Leipsic J et al. Canadian Cardiovascular Society Position Statement on the Management of Thoracic Aortic Disease. Can J Cardiol 2014; 30:577-89
- 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014; Aug 29
- Svensson LG, Adams DH, Bonow RO et al. Aortic Valve and Ascending Aorta Guidelines for Management and Quality Measures. Ann Thorac Surg 2013;95:S1-S66
- Carlberg B, Johansson L, Holmner F, Nyberg P, Johansson B, Hannuksela M. Handläggning av Thorakal Aortasjukdom vid Norrlands Universitetssjukhus. <https://www.vll.se/default.aspx?id=31801&refid=31802&parid=1953>
- Shores JS, Berger KR, Murphy EA, Pyeritz RE. Progression of aortic dilatation and the benefit of long-term β -adrenergic blockade in Marfan's syndrome. N Engl J Med 1994;330:1335-41



Kardiologföreningen hyllar Bengt W Johansson

Text: Martin Stagmo

Den 27 maj i år promoverades en av svensk kardiologis verkliga nestorer, Docent Bengt W Johansson, under sedvanlig lundensisk pompa och ståt till jubeldoktor i Lunds domkyrka. För 50 år sedan disputerade han på avhandlingen "Complete Heart Block" där han för första gången lyckades visa att pacemakerbehandling verkligen påverkade överlevnad. Detta uppmärksammades tidigt i världen och Bengt blev inbjuden till många länder för att presentera sina resultat. I Sverige tog det dock längre tid innan hans upptäckter blev allmänt accepterade, illustrerande det välkända uttrycket att det är svårt att bli profet i eget land!



Bengt Johansson läste medicin i Malmö/Lund och blev sedan Malmö trogen under hela sin karriär där han slutade som chef för hjärtavdelningen. Malmö Allmänna Sjukhus var under 50-talet mycket nydanande inom kardiologin. Kända namn som Jan Waldenström, Gunnar Biörck, av de som arbetade med honom kallad GB, och kirurgen Helge Wulff bröt ny mark avseende thoraxkirurgisk operation av mitralisstenoser. Ett problem, innan hjärt-lungmaskinens uppkomst var att tiden innan hjärnskador uppkom vid det cirkulationsstillestånd som var nödvändigt under operationen var mycket kort. Man kunde visserligen förlänga tiden något genom hypotermi men om kroppstemperaturen blev för låg uppkom letala arytmier. Bengt Johansson berättar att GB sade sig ha 3 stora frågor kvar att besvara: – Vem är gud? Vad är själen? och hur klarar igelkottar sin hibernering med så låg kroppstemperatur utan att få arytmier?

De två första frågorna tog GB hand om själv och den tredje överlämnade han till Bengt Johansson att lösa! Detta blev början på ett livslångt intresse för igelkottarnas cirkulationsfysiologi. Bengt och några likasinnade startade även ett igelkottssällskap, societetas erinacea, där inträdesavgiften var att hålla en föreläsning där ordet igelkott nämndes minst en gång.

Även vid införande av hjärtinfarktavdelningar och långtidsregistrering av EKG var Bengt ledande.

Bengt W Johansson har också varit mycket aktiv inom Svenska Kardiologföreningen och var bland annat dess ordförande under åren 1975–77. Förutom sitt intresse för kardiologi är Bengt Johansson en välkänd gastronom och vinkonässör som under många år gladdde och utbildade läsarna av denna tidskrift med sitt matkunnande.

Jag är övertygad om att hela KardiologSverige förenar sig med mig i ett trefaldigt lundensiskt leve för vår jubeldoktor, docent Bengt W Johansson!

Förebyggande av stroke/systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer

Även godkänt för behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE) samt förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna¹

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

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

Eliquis®
apixaban

ENBART ELIQUIS® UPPVISAR BÅDA

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

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

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

finns som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 26 februari 2015.

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

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

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

Referenser: 1. Eliquis® (apixaban) produktresumé. Tillgänglig på: <http://www.ema.europa.eu>. Senast läst 14 juli 2014. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992. **Publiceringsdatum:** juni 2015 **Jobbkod:** EUAPI724 **www.eliquis.se**



Bristol-Myers Squibb



Eliquis®
apixaban

Nytt från HjärtRytmGruppen

Text: Tord Juhlin

Titeln för temadagen i år är ”Förmaksflimmer och syncope, hur räddar vi fler liv?”

Sedan HRGs internat i januari då riktlinjerna drogs upp för höstens temadagar har gruppen haft två telefonmöten och ett fysiskt möte i samband med Kardiovaskulära vårmötet i Göteborg. Bozena Ostrowska har utgått ur gruppen. Bozena har genomfört ett mycket värdefullt arbete för HRG och svensk kardiologi. Framförallt har hon genomfört ett enormt arbete kring dokumentet angående ackreditering för deviceimplantationer. Tack Bozena, du är redan saknad! Bozena kommer att ersättas av Afsaneh Mohii-Oskarsson från St Görans sjukhus i Stockholm som hälsas varmt välkommen!

Flera av gruppens medlemmar bidrog aktivt som moderatorer och föreläsare på vårmötet.

En stor del av arbetet under våren har fortsatt vara detaljplaneringen kring höstens temadagar. Missa inte denna unika möjlighet att ta del av kunskap från flera av Sveriges ledande auktoriteter inom området. Separat annans finns på annan plats men en sammanfattning följer här.

Temadag 2016

Temadagarna kommer att äga rum enligt följande; 161006 Malmö, 161020 Stockholm och 161027 Umeå. Titeln för temadagen i år är ”Förmaksflimmer och syncope, hur räddar vi fler liv?” Ämnena under dagen blir, Kan förmaksflimmer förebyggas? Förmaksflimmer och kranskärlssjukdom.

Magnus Forsgren, Pyotr Platonov, Dritan Poci och Carina Blomström Lundqvist lägger upp HRGs fortsatta arbete i samband med Vårmötet.



Hur ska ”benigna” förmaksflimmer handläggas? Förmaksflimmer och antikoagulantabehandling hos äldre och multisjuka. Hur gör vi med antikoagulantia inför, under och efter interventioner? Är fladder samma sak som flimmer? Har det någon betydelse? Syncope – en hjärtefråga på akutmottagningen. Syncope som förebud till plötslig död.

Elfysskolan 2016

Elfysskolan 2016 är nu bestämd till fredag 161125. I kursledningen ingår nu också förutom Anders Jönsson och Jonas Schwieler också Helena Malmberg.

Websidan

Arbetet med websidan har inletts och kongressrapporter, kommentarer kring guidelines och andra dokument har börjat läggas in. Besök gärna sidan och kom med synpunkter eller egna bidrag

Ackrediteringsarbetet

Det tidigare aviserade arbetet med ackreditering för deviceimplantationer är slutfört och har godkänts av Kardiologföreningen och har skickats till Socialstyrelsen. Hela dokumentet finns tillgängligt på hemsidan. Riktlinjerna avseende kompetens och standarder ut enligt följande.

1. Utarbetade Riktlinjer avseende kompetens för implantation av CIED

1. **Kompetenskrav för pacemakerimplantation**
 - a. Minimum 1 års implantationsträning under ett mentorskap på ett högvolumscentrum (dvs. klinik med >200 pacemakerimplantationer per år)
 - b. Skall ha genomfört minimum 50 pacemaker operationer varav 30 som primär operatör de senaste 2 åren
 - c. Skall ha självständigt genomfört minimum 250 pacemaker uppföljningar/programmeringar de senaste 2 åren
 - d. Bör ha fått slutgiltigt ackreditering genom EHRA-examen eller motsvarande (t.ex. IBHRE-exam)

- e. Rekommenderas minimum 50 nya pacemaker operationer per år (dosbyten ej inräknat) för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen
- f. Rekommenderas minimum 100 pacemaker uppföljningar per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen

En mentor skall ha kompetens i pacemaker, ICD och CRT implantationer och minst 5 års erfarenhet inom detta område.

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

1. Kompetens för pacemakerimplantationer enligt ovan.
2. Skall ha genomfört minst 30 ICD operationer de senaste 2 åren varav minst 15 som primär implantatör
3. Skall ha självständigt genomfört minst 100 ICD uppföljningar/programmeringar de senaste 2 åren
4. Rekommenderas minimum 30 nya ICD operationer per år (dosbyten ej inräknat) för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen
5. Rekommenderas minimum 100 ICD uppföljningar per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen

3. Kompetenskrav för CRT implantation

- a. Kompetens för ICD implantationer enligt ovan.
- b. Skall ha genomfört minst 20 CRT implantationer senaste året varav minst 10 som primär implantatör på ett högvolumscentrum (dvs. klinik med >50 CRT implantationer per år)
- c. Skall ha självständigt genomfört minst 50 CRT uppföljningar de senaste 2 åren
- d. Rekommenderas minimum 25 nya CRT operationer per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen
- e. Rekommenderas minimum 50 CRT uppföljningar per år för att upprätthålla kompetensen efter ackrediteringen

Ackrediteringsbevis utfärdas av Svenska Kardiologföreningen

Inom HRG har man utan total enighet beslutat att godkänd EHRA-examen för device implantationer t.v. skall vara ett bör-krav för i Sverige verksamma ICD- och CRT-implantatörer.

2. Förslag på Standards för implantation av pacemaker, ICD och CRT

1. Lokal

Operationssal skall finnas på en operationsavdelning alternativt skall ett dedikerat interventionslaboratorium/operationssal med motsvarande hygienkrav, finnas i klinikens lokaler.

Infektionsförebyggande rutiner för städning, peroperativ hygien, sterilgoods, omhändertagande av material, tvätt etc. skall finnas och tillämpas.

2. Tillgänglighet

Akuta/subakuta implantationer skall kunna utföras utan fördröjning beroende på klinisk indikation, dvs. samma dag för pacemaker hos pacemaker beroende patient, inom 24–48 timmar för CRT behövande relaterat till medicinskt behov och inom tidsgräns som inte medför ökad risk för plötslig död för ICD behövande patienter. Kliniker med hög volym, definierat som >200 procedurer/år, skall kunna planera sina procedurer självständigt. Delas resurser med opererande specialiteter, skall device procedurerna prioriteras dagtid likvärdigt som övriga elektiva operationer.

3. Personella resurser

Sterillklädd assistent: sjuksköterska med operationssköterskekompetens alternativt sjuksköterska på kardiologienhet med utbildning i instrumentering, sterilteknik och operationsrutiner skall finnas och vara specifikt utbildad för implantationsverksamheten.

Assistent på salen: minimum 1 person med adekvat utbildning och träning för att hantera device inställning (PSA) för peroperativa mätningar, sköta patienten och ta fram utrustning skall finnas.

Kompetens för programmering av implanterad device skall finnas i salen. Operatören skall vara utbildad i programmering, se rekommendationer för operatörskompetens.

Rutiner och resurser för akut ekokardiografi hjärta och perikardiocentes skall finnas.

4. Röntgenutrustning

För pacemaker/ICD: genomlysningsutrustning med god bildkvalitet för säker elektrodplacering skall finnas.

För CRT: genomlysningsutrustning med bildkvalitet som ger god framställning av ledare och låga stråldoser skall finnas. Vridprojektioner snett framifrån höger och vänster skall kunna utföras enkelt. Genomlysningssekvenser med god bildkvalitet skall enkelt kunna sparas och spelas upp. Röntgenutrustning med samma kvalitet som angiolog./kranskärls lab rekommenderas och skall finnas för CRT implantationer.

5. Strålskydd

Samtliga personalkategorier som arbetar på sal skall ha utbildning i strålskydd.

Strålskydd i lokalen skall finnas och utformas av medicinteknisk enhet. Rutiner för mätning av strålexposition skall finnas och tillämpas.

Motsvarande arbete med ackreditering för ablationer har inletts under hösten och kommer att färdigställas senare under våren 2016.

Tord Juhlin



Arytmiprofilen

Stefan Lönnerholm

Text: Tord Juhlin



Stefan Lönnerholm

Arytmienheten, Verksamhets-
området hjärt-lungmedicin
och klinisk kardiologi.
Medicinskt ledningsansvarig ÖL,
arytmienheten, Uppsala

Hur kom det sig att du blev arytmiolog?

Under min AT-tjänstgöring i Västerås träffade jag på en otroligt entusiastisk kardiolog, Göran Nilsson, som brann för specialiteten och gärna ville få yngre läkare att välja kardiologspåret. När jag sedan kom till kardiologkliniken i Uppsala 1994, träffade jag Per Blomström som snabbt involverade mig i några studier rörande arytmiopatienter. Jag anade att här fanns massa spännande att lära sig. En rolig sak var att Per Blomström ordnade så att jag efter bara 2 månader i Uppsala kom iväg till NASPE-konressen (nuvarande Heart Rhythm Society) i USA. Jag som inte visst något om arytmier hade bokat mig för basala föreläsningar men Per ändrade till sådant han tyckte var mer spännande. På så vis hamnade jag på sessioner som avhandlade monopolär kontra bipolär chockvektor vid ICD chocker. Jag som aldrig hade sett en ICD förstod inte så mycket men begrep ändå från mötet att arytmivärlden var spännande.

Vad är det inom arytmiologin som tilltalar dig?

Det som tilltalar mig som elektrofysiolog är att jag kan kombinera klinisk kardiologi, avancerad signaltolkning och manuellt arbete. Det har också skett och sker kontinuerligt en fantastisk snabb teknisk utveckling som gör att vi idag kan behandla och bota de flesta arytmier. Det är tveklöst så, att möjligheten att kunna bota något från långvariga hjärtbesvär på 1–2 timmar är otroligt tillfredsställande. Samtidigt finns det ett så stort antal olika arytmier att behandlingen aldrig blir rutinmässig.

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

Det finns ett stort behov av att sprida kunskaperna om modern arytmi behandling till övriga specialister och kollegorna inom primärvården. Många som borde komma aldrig för bedömning till t.ex. ICD, CRT, antikoagulantia som profylax vid förmaksflimmer eller för förmaksflimmerablation. Dessutom finns fortfarande en klar underkapacitet inom landet för kateterablationer med otillfredställande långa väntetider.

Hur ser du på arytmiologins framtid?

Jag tror att vi kommer att få allt mer att göra då möjligheterna till olika behandlingar fortsätter att utvecklas snabbt. Yngre generationer kommer nog inte heller att acceptera att vänta länge på behandlingar. En stor utmaning är att förhindra en fortsatt ökning av antalet förmaksflimmerpatienter genom prevention av övervikt, hypertoni och sömnapné. Om du inte blivit läkare, vad hade du då jobbat med?

Biolog. Jag var helt inne på att utbilda mig till biolog, men mina föräldrar övertalade mig till att utbilda mig inom ett område där det fanns bra möjligheter att få arbete och ha biologin som fritidsintresse.

Vad gör du på din fritid?

Träffar vänner, motionerar, tittar på fåglar och jobbar i trädgården.

Vilken bok läser du just nu?

Lewisjäserna av Peter May.

Vilken film såg du senast?

Lunchbox (en mycket charmig indisk film).

Tack!

HRG's Utbildningsdag

Malmö - 6/10

Clinical Research Center

Stockholm - 20/10

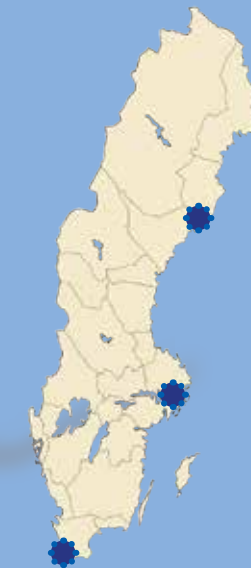
Svenska Läkaresällskapet

Umeå - 27/10

Rådhusets Rex festsal

Förmaksflimmer och syncope: hur räddar vi fler liv?

- Kan förmaksflimmer förebyggas? (Vad betyder vikt, sömnapné, rökning, alkohol, träning?)
- Förmaksflimmer och kranskärlssjukdom: antikoagulantia - trombocythämmare - hjärnan eller hjärtat eller båda?
- Koagulations experten kommenterar
- Förmaksflimmer och antikoagulantibehandling hos äldre och multisjuka - vilka rekommendationer?
- Koagulations experten kommenterar
- Hur gör vi med antikoagulantia inför, under och efter interventioner? (flimmer ablation, device operation, bukkirurgi, tandextraktioner)
- Koagulations experten kommenterar
- Hur ska "benigna" förmaksflimmer handläggas? (En passant upptäckta, device detekterade, infektiösa, tyreotoxikos relaterade??)
- Är fladder = flimmer? Har det nån betydelse?
- Syncope – en hjärtefråga på akutmottagningen och svår differentialdiagnostik mellan reflexsyncope, cardiogen syncope, och POTS?
- Syncope som förebud till plötslig död - när EKG talar.



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



HjärtRytmGruppen



Zenikor
MEDICAL SYSTEMS

Nu med tolkningsstöd för ännu enklare och effektivare diagnostisering av arytmier

Effektivare
arytmiutredning

Ref) Hendrikx T, Rosenqvist M, Wester P, Sandström H, Hörnsten R. Intermittent short ECG recording is more effective than 24-hour Holter ECG in detection of arrhythmias. BMC Cardiovascular Disorders. 2014; 14:41

www.zenikor.se



Hjärtischemi och vänsterkammarmfunktion - detektion och gradering

En översiktscurs i hjärtischemi och vänsterkammarmfunktion som riktar sig till både ST-läkare och nyblivna specialister. Den tar upp vilken bild- och diagnostikmetod som bör användas när och för vem, för att kunna ställa rätt diagnos och möjliga differentialdiagnoser.

Målgrupp

Kursen riktar sig till läkare under specialistutbildning främst inom allmänmedicin, internmedicin, kardiologi, radiologi, nuklearmedicin, akutsjukvård, klinisk fysiologi, och thoraxkirurgi, men även till nyblivna specialister inom dessa specialitetsområden.

Ur kursinnehållet

För val av metod bör remitterande läkare vara insatt i för- och nackdelar med metoderna, styrkor och svagheter, prognosvärde, sensitivitet och specificitet, genusperspektiv samt möjligheten till att ge svar på differentialdiagnoser. Förutom ett arbetsprov på cykel/gångmatta finns det idag ett flertal non-invasiva diagnostiska metoder med högre sensitivitet och specificitet samt bättre prediktivt värde:

- Nukleärmedicinsk avbildning (SPECT)
- Datortomografi (DT, DT-kranskärl, DT-FFR)
- Magnetisk resonanstomografi (MR)
- Ekokardiografi i vila eller under stress
- Multimedial bildfusion

Invasiva metoder:

- Koronaangiografi med invasiv flödes- och tryckmätning (FFR)

Tid och plats

23-25 november 2016
Cario S:t Görans sjukhus

Pris

9 500 SEK
Priset inkluderar kaffe, lunch och undervisningsmaterial.

Kursledare

Jens Jensen
Specialist i kardiologi, docent och överläkare vid hjärtsektionen, Cario S:t Görans sjukhus.

Nils Witt
Specialist i kardiologi, Med Dr. överläkare, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset (KI SÖS).

Anmälan

Läs mer och anmäl dig på
www.ki.se/uppdagsutbildning



Lipus har granskat och godkänt denna kurs. Fullständig kursbeskrivning finns på www.lipus.se
Lipus-nr: 20150200



Kursen är godkänd av Svenska Kardiologiföreningen



Karolinska Institutet



FOR TRULY OPTIMIZED PCI, IT'S LOCATION, LOCATION, LOCATION

OPTIS™ integrated system ger exakt den information du behöver, precis där du behöver det - för mer välgrundat beslut och förbättrad procedureffektivitet, särskilt hos patienter med komplexa stenoser.

OPTIS™ integrated system med angio co-registrerad OCT förenklar användningen och tolkningen vilket ger dig möjlighet att visualisera ett bättre resultat. Läs mer på sjm.com/optis

Kort sammanfattning: Innan du använder dessa enheter bör du läsa bruksanvisningen för en komplett lista över indikationer, kontraindikationer, varningar, försiktighetsåtgärder, möjliga biverkningar och anvisningar för användning. Om inget annat anges, (tm) indikerar att namnet är ett varumärke som tillhör, eller är licensierat till, St. Jude Medical eller något av dess dotterbolag. St. Jude Medical och nio rutor symbolen är varumärken och tjänster märken i St. Jude Medical, Inc. och dess närstående företag. (C) 2016 St. Jude Medical, Inc. All Rights Reserved. EM-OPS-0316-0011 | Artikeln är enbart godkänd för Sverige.

ST. JUDE MEDICAL

Socialstyrelsen har tagit ut riktningen!

- Väldokumenterad rytmreglerande effekt
- Minskar risken för akut kardiovaskulär sjukvård
- Låg risk för allvarliga biverkningar och proarytmi

MULTAQ® (dronedaron) rankas högst av alla antiarytmika vid symptomgivande paroxysmalt eller permitterande förmaksflimmer, när betablockerare inte räcker till.

(Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, oktober 2015)



MULTAQ® (dronedaron) ingår i högkostnads skyddet 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. **Indikation:** MULTAQ®, C01BD07, Rx, F, är indicerat för bibehållande av sinusrytm efter framgångsrik konvertering hos vuxna, kliniskt stabila patienter med paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer. Beroende på säkerhetsprofilen (se avsnitt 4.3 och 4.4 i produktresumén), bör MULTAQ endast förskrivas efter det att alternativa behandlingsmetoder har övervägts. MULTAQ ska inte ges till patienter med systolisk vänsterkammardysfunktion eller till patienter med tidigare eller pågående episoder av hjärtsvikt. **Dosering:** För vuxna, tablett 400 mg två gånger dagligen i samband med måltid. **Kontraindikationer:** Permanent förmaksflimmer som pågått 6 månader eller längre (eller med okänd duration) och där försök att återställa sinusrytmen inte längre bedöms vara aktuella, anamnes på tidigare eller pågående hjärtsvikt eller systolisk vänsterkammardysfunktion, patienter med lever- eller lungtoxicitet relaterad till tidigare användning av amiodaron samt patienter som samtidigt behandlas med dabigatran. För ytterligare kontraindikationer, se www.fass.se. **Varningar och försiktighet: samt ytterligare information**, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** MULTAQ tillhandahålls av Sanofi AB, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. **Datum för senaste översyn av produktresumé:** september 2015. **För mer information, se <http://multaq.sanofi-aventis.se>**

Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, Sverige www.sanofi.se

SANOFI



Klinisk forskning

Kausalitet

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



Johan Sundström
Professor i epidemiologi,
Scientific Director, Uppsala
Clinical Research Center

Oavsett forskningsfält är det svårt att dra slutsatsen att det samband man observerat är kausalt. För att kunna fastställa kausalitet skulle man behöva observera en mängd objekt (personer, celler, försöksdjur) under två kontrafaktiska omständigheter. Det betyder att man samtidigt skulle behöva både exponera och inte exponera de objekt man vill studera (t.ex. för någon ny intervention eller en genotyp). Detta är förstås omöjligt. Inom medicinsk forskning brukar man försöka närma sig dessa kontrafaktiska omständigheter på lite olika sätt. Ett alternativ är att först behandla objekten (t.ex. genom att ge dem aktiva läkemedels-tabletter) och därefter, i ett likadant försök, inte behandla objekten (t.ex. ge dem placebotabletter). Detta kallas en cross-over-studie. Ett annat alternativ är att parallellt behandla två olika grupper av objekt med de två kontrafaktiska behandlingarna. Båda dessa sätt har dock sina begränsningar; i cross-over-studien kan ju andra omständigheter än behandlingen ha ändrat sig mellan försöken, och i parallellgruppstudien kan andra omständigheter än behandlingen skilja mellan grupperna. Med interventionsstudier kommer man närmast de kontrafaktiska omständigheterna, medan man är längre ifrån och har svårare att dra slutsatser i observationsstudier. Den engelska epidemiologen Sir Austin Bradford Hill (1897–1991) pekade ut dessa svagheter med observationsstudier och föreslog 1965 att resultat från observationsstudier bara ska tolkas som associationer och inte som kausalsamband. Ironiskt nog har hans nio föreslagna kriterier

för kausalsamband (Faktaruta 1) ibland använts som ”bevis” för kausalitet, trots att han själv tyckte tvärtom: ”Here then are nine different viewpoints from all of which we should study association before we cry causation.” Bradford Hills kriterier används flitigt, och det kan vara en bra idé att använda dessa eller reviderade kriterier (t.ex. Howick, Glasziou & Aronson 2009) om man i diskussionen av fynd vill styrka ett kausalsamband. Konceptet omvänd kausalitet är också viktigt att känna till (Faktaruta 2). Det innebär att det man definierar som ”utfall” i själva verket orsakar det man kallar ”exponering”. I exempelvis en kohortstudie har man noterat att folk som vid en tidpunkt motionerar mycket lite (exponering) har en ökad risk för att senare bli inlagd på sjukhus för hjärtsvikt (utfall). En tolkning skulle kunna vara att kausalsambandet är ”motion minskar risken för hjärtsvikt”. En minst lika viktig tolkning skulle kunna vara att ”folk som har mild men odiagnostiserad hjärtsvikt motionerar på grund av det mindre och löper samtidigt större risk att senare bli inlagda för denna hjärtsvikt”. Den sistnämnda tolkningen innebär alltså omvänd kausalitet, dvs. att hjärtsvikten i sig (”utfallet”) orsakar den låga motionen (”exponeringen”). Mer klassiska exempel rör livsstilsfaktorer i fallkontrollstudier. Om man frågar hjärtinfarktpatienter (fall) och icke-hjärtinfarktpatienter (kontroller) om deras kost kommer hjärtinfarktpatienterna troligen att rapportera en nyttigare kost. Det beror helt enkelt på att de lagt om kosten efter infarkten. Om hypotesen är att en bristfällig kost orsakar hjärtinfarkt kommer resultatet att bli förvånande om denna information används för att studera hypotesen.

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

1. Bradford Hills kriterier för kausalitet

Styrka	En svag association betyder inte att det inte finns något kausalsamband, men ju starkare samband, desto större sannolikhet att det är kausalt.
Konsistens	Om samma samband observeras av olika personer på olika platser i olika urval ökar sannolikheten för att sambandet är kausalt.
Specificitet	Ett kausalsamband är troligare om en sjukdom uppstår i en mycket specifik population på ett specifikt ställe och det saknas andra troliga förklaringar. Ju mer specifikt ett sådant samband är, desto större sannolikhet att det är kausalt.
Temporalitet	Utfallet måste inträffa efter exponeringen och effekten måste komma efter eventuella väntade fördröjningar i effekt.
Biologisk gradient	Kallas även dos-responssamband. En större exponering leder i allmänhet till ett större utfall, men ibland kan det vara en tröskel-effekt – det kan räcka med att bara ha exponering över en viss nivå för att få effekt. Ibland är sambandet inverst, dvs. högre exponering leder till ett mindre utfall.
Plausibilitet	En plausibel mekanism mellan exponering och utfall stödjer ett kausalsamband (men detta kriterium begränsas av den befintliga kunskapen).
Koherens	Samstämmighet mellan epidemiologiska och experimentella observationer ökar sannolikheten för att ett samband är kausalt.
Experiment	Om man kan visa att utfallet minskar om man tar bort exponeringen stödjer detta kausalitet.
Analogi	Kausala samband som rör liknande faktorer kan beaktas.

2. Omvänd kausalitetet

Var extra försiktig i fallkontrollstudier. Tänk på tidsförloppen; exponeringen måste ha inträffat innan utfallet. Inte ens då kan man vara säker, något som följande exempel visar: Du är bjuden till ett bröllop på lördagen. På fredagen går du till frisören. När du sitter där i frisörsstolen påverkar framtiden nutiden. Bröllopet har inte inträffat ännu. Det kanske aldrig kommer att inträffa. I detta exempel är alltså frisörbesöket orsakat av bröllopet, trots att det inträffar före bröllopet.

”The only reason for time is so that everything doesn’t happen at once.” (Albert Einstein).



KARDIOLOGISKT FORSKNINGSMÖTE 2016



Datum: 23-25 november 2016

Plats: Rosersberg



Välkommen på svenska kardiologföreningens 7:e möte med fokus på kardiologisk forskning!

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

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

www.mkon.se/forskningsmote



Fokus Kranskärl 16-17 januari, 2017 Sigtuna

Kursen arrangeras av Kardiologföreningens arbetsgrupp för kranskärlssjukdom och riktas i första hand till specialistläkare i kardiologi. I mån av plats erbjuds dessa till ST läkare i slutet av sin utbildning inom kardiologi eller thoraxkirurgi, alternativt internmedicin med speciellt intresse för kardiologi.

Syftet med kursen är att deltagarna ska få en uppdatering och genomgång av valda delar inom området kranskärlssjukdom.

Programmet kommer bland annat att innehålla:

- Modern lipidbehandling och diabetesbehandling vid kranskärlssjukdom
- Behandling vid kardiogen chock
- Utredning av stabil angina samt viabilitetsbedömning
- Hjärtinfarkt utan signifikant kranskärlstenosering

Utöver givande föreläsningar ges möjligheter att träffa kollegor från hela landet, knyta kontakter och utbyta erfarenheter.

Hjärtligt välkommen till Sigtuna 16-17 januari 2017
och fortbildningskurs i kranskärlssjukdom!

www.mkon.se/kranskarl

CARLOS REFLEKTIONER



Carlos Valladares

SHAMANISM, KOLESTEROL OCH STATINER

Text: Carlos Valladares

Under utbildningen i Guatemala fick vi läkarstudenter jobba 6 månader i bergen bland indianbefolkningen. Ett av de första och viktigaste uppdrag var att ta reda på vem områdets "shaman" var, för det var han/hon som var vår främsta konkurrent – och tvärtom. En strategi var att närma sig den personen och försöka utöva "skadekontroll" genom att övervaka och begränsa hans/hennes inflytande, vilket tyvärr inte alltid lyckades.

Nuförtiden verkar shamanismen finnas överallt, om än i en annan skepnad. När patienterna berättar om bloggar eller när jag läser kvällspressens rubriker känns det som att fenomenet har tagit en ny, modern form och att det sprider sig som löpeld som är svår att släcka...

Medians negativa bild på statiner och dess biverkningar är inte nytt, detta har jag delvis tagit upp i en tidigare krönika ("Kommunikation, motivation och compliance"). Nuförtiden är det nästan lika svårt att få en patient att acceptera statinbehandling som det var för några år sedan att få patienter med förmaksflimmer och riskfaktorer för tromboembolism att acceptera Waran. Statiner verkar ha blivit det nya "rättgiftet".

Det är glädjande att kardiologföreningar i både Europa och Amerika har uppmärksammat detta och även släppt speciella rapporter om statiner och medias dåliga inflytande på compliance. På *European Heart Journal* (2016) 37, 908–916 rapporterar Nielsen och Nordestgaard om hur negativ statinpropaganda leder till ökad risk för hjärtinfarkt och kardiovaskulär mortalitet i Danmark. Även på ACC i Chicago i år diskuterades ämnet livligt. På ett möte där

fick vi tips om *American College of Cardiology's* app "Statin Intolerance" för att utvärdera om myalgin i det misstänkta fallet verkligen beror på statiner. Appen har ett högt utbildningsvärde för vårdgivare. Den är värt tiden att gå igenom. Denna veckas JACC har publicerat en mycket bra *State of the Art Review* "Statin-Associated Side Effects" som rekommenderas (*J Am Coll Cardiol*. 2016;67(20):2395-2410).

Jag undrar om vi inom vården har varit för passiva och låtit "icke-vetenskapliga" krafter ta över. Kanske borde expertgruppen i läkemedelskommittéer vara mer "på hugget" och skicka insändare med vetenskaplig information till media så fort avskräckande rapporter förekommer? En grundtext eller mall kan vara bearbetad och godkänd i förväg så att den kan skickas omgående. Regioner och privata vårdgivare har hemsidor där man kan ägna utrymme åt att informera allmänheten om vikten av att sänka det onda kolesterolet. Man kan på respektive mottagning också skriva ett eget infoblad om kolesterol, kardiovaskulär risk och statiner, så att patienter får enkel och tydlig information där man adresserar vanliga missuppfattningar. Där kan man bland annat nämna hur många som slipper få hjärtinfarkt eller stroke tack vara dessa mediciner, något som borde stå men inte gör det i seriösa informationskällor.

Jag själv nämner inte längre kolesterolet när jag förklarar varför jag rekommenderar en statin, åtminstone inte när jag inleder diskussionen. Säger jag att det är en medicin som sänker kolesterolet, kommer ofta svaret "jag har alltid haft bra kolesterol har min doktor sagt" fram. Efter ett sådant påstående

blir patienten föga mottagligt om man inte förklarar att ett visst kolesterolvärde innebär en helt annan risk när man är frisk, jämfört med exempelvis när man haft en stroke. När man förklarar och skriver på receptet att det är en medicin som förebygger åderförkalkning, minskar risken för hjärtinfarkt och tidig död, då kanske når budskapet hem på ett annat sätt. Att säga att statiner "sänker fetthalten i blodet" har en annan semantisk impact än att säga "sänker kolesterolet". Fett i blodet vill ingen ha, det känns orent, smutsig, kladdig. Man får inte heller glömma påpeka att statiner är ett komplement till sund kost och fysisk aktivitet, annars riskerar man skada patientens förtroende för en. Vårdgivaren kan bli betraktad som en pillerförskrivare som vill "tjäna pengar" på alla mediciner man skriver ut, vilket är det många tror.

I kampen mot förutfattade meningar gäller det att leverera sanningen på flera olika sätt. Det är dags för oss att – med alla medel vi har – vara mer aktiva i en värld där information och felinformation är lättillgängliga.

Om rökning och rimning

Text: Carl Johan Höijer



Carl Johan Höijer

Nu börjar det dra ihop sig till sommar och inte minst det svenska kökets mörkaste stund på årets ljusaste natt, nämligen midsommarmfesten. Ljummen öl, besk snaps och sur sill, äten utomhus i mulet småregnande och 7 grader varmt. Ungefär som ett kvarglönt julbord utan ris a la Malta och utan tomte att hoppas på och de enda som kan se fram emot ett smaskigt kalas är myggen.

Traditionen att dränka in fisk i lösningar med bakteriedödande lågt pH känns lite passé nu när alla har tillgång till kylskåp, men det finns andra metoder att signifikant förlänga bäst-före-datum som är betydligt mer kulinariskt tilltalande och om vi nu ska ägna sommaren åt traditionell skandinavisk mat, låt oss i stället tala om rimning, gravning och rökning, som alla tre, var för sig eller i kombination, kan producera högst delikata resultat.

Allt har sitt ursprung i olika metoder att förlänga hållbarheten. Feta fiskar som lax och sill blir dåliga tämligen snabbt eftersom de innehåller höga halter av fleromättat fett, ett fett som i och för sig, enligt alla näringsläroprofeter, är det nyttigaste för oss att äta, men som snabbt blir oxiderat av luftens syre. Ett fett är omättat om det innehåller dubbelbindningar mellan kolatomerna, enkelomättat om det har en sådan och fler-omättat om det har flera.

Genom att lägga fisken i en koncentrerad saltlösning förhindras härskning och sill saltad på detta vis kan hålla sig i upp till ett år istället för bara ett par dagar.

Tekniken att lägga in i salt kallas att rimma och är användbar för både fisk och kött. Saltet förlänger inte bara hållbarheten utan förändrar också råvarans struktur, bl.a. bryter saltet ner bindningar mellan myosinkedjorna i muskelfibrerna vilket ger köttet en helt annan textur, och i fallet med lax och parmaskinka, gör det nästan genomskinligt, förutom att det skapar helt nya smakmolekyler.

I norra Sverige var det ofta ont om salt och där utvecklades en teknik där man ersatte saltet delvis med socker och förvarade den i en syrefattig miljö, det är detta som kallas att grava.

Rökning av livsmedel är en uppfinning som förmodligen är lika gammal som upptäckten av elden. Trä består, som ni säkert vet, av i princip två ämnen, cellulosa och lignin. Cellulosa är i sin tur inget annat än aggregat av sockermolekyler medan lignin är ringar av kolatomer med diverse andra molekyler fastsatta, s.k. fenoler.

Röken i sig är antimikrobiell men som en biprodukt uppstår även en fascinerande mängd nya smaker i processen.

Röksmak uppstår när trä förbränns vid relativt låga temperaturer, d.v.s. då det ryker, därav vikten av att begränsa syretillförseln eller hålla rökspånen fuktiga. Komplet förbränning (>1000°C) ger ingen rök utan resulterar enbart i koldioxid och vatten. Vid lägre temperaturer (300–400°C) uppstår en mängd olika kemiska processer i förbränningen; Sockermolekylerna i cellulosan genomgår karamellisering vilket ger upphov till aromer av bröd, frukt och sötsaker. Fenolerna å sin sida bildar smakämnen som vanilj och kryddnejlika.

Rökning görs i princip på två olika sätt, kallrökning där röken leds från elden till en speciell rök-kammare där temperaturen hålls låg, max ca 30°C och rökningen pågår under lång tid, timmar till dagar. Kallrökning tillagar således inte råvaran genom värme och därför måste den rimmas först. Ett typiskt exempel på detta är fläsk som torrsaltas och därefter kallröks till bacon.

Varmrökning innebär samtidig upphettning och rökexponering under kort tid och är vad som sker i en utegrill med lock.

Kallrökning är således lite mer omständligt men inte desto mindre delikat och det finns små elektriska

kallrökar att köpa, eller kan man som eder skribent, bygga sin egen i uthuset av en gammal vedkamin och en vattentunna i trä med lite kreativ rördragning.

Efter denna ingress, dags för det väsentliga, nämligen receptet: Varmrökt, lätttrimmad lax med Dr Höijers patenterade spisirök!

Varför spisirök, kan man då fråga sig? Varmrökt lax finns ju i parti och minut i de flesta mataffärer? Jo, men problemet är att de tidigare nämnda aromatiska föreningarna som bildas i röken är högradigt instabila och bryts ner snabbt, vilket innebär att den sanna smaken av helt nyrökt lax är något som ni förmodligen aldrig har upplevt, men tack vare eder matsskribents idoga arbete finns nu denna möjlighet inom räckhåll för alla:

Tag en lagom bit lax. Undvik stjärtbiten, den är torrare och tråkigare, det ska vara den feta och goda framdelen.

Blanda en torrsaltningmix av 2/3 salt och 1/3 socker, samt ev. några kryddor. Krossade lagerblad och lite enbär kan vara gott.

Lägg ett lager av blandningen i en form, keramik eller plast. lägg på laxen och strö ett täckande lager ovanpå. Hur länge den ska ligga är lite efter tycke och smak. Ska den genomrivas bör den ligga i 2–3 dagar med avhållning av vätska och byte av mix var dag. Därefter är den genomsaltad och kan ätas rå och är således lämplig för kallrökning.

I detta recept ska vi varmröka laxen och den behöver därför inte färdigsaltas utan enbart lätttrimmas. Ett par timmar brukar bli lagom, lägg in den på förmidagen och laga till den på kvällen.

När det är dags, ta upp laxen, skölj av överflödigt salt/socker och klappa den torr med hushållspapper.

Nu är det dags att göra i ordning den omtalade spisiröken. Detta är min alldeles egen uppfinning och jag har använt den många gånger och kan garantera att det fungerar alldeles utmärkt. Inte bara lax utan många andra rätter blir delikata, t.ex. varmrökt ankbröst att ha i en sallad.

Man tager sin kära gamla gjutjärnsstekpanna, och i botten lägger man ett lager aluminiumfolie. Ovanpå denna strör man ett tunt lager rökspån. Detta kan man köpa i en fiske- eller friluftsbutik, det ska vara den fina sorten, som sågspån, inte grovt flis för grillen. Egentligen är det just vanligt sågspån det handlar om, men det går inte med vanligt spån från furubräddor. Barträd innehåller terpener som ger en skarp och bitter smak, så lövträd ska det vara, alspån är en mycket vanlig variant.

Sedan läger man några stycken små stenar, så att det skapas en luftspalt på ca en cm eller så. Därefter ytterligare ett lager folie, på vilket man lägger den rimmade laxen. Sedan på med ett lock och sen är det klart att röka. Man sätter helt enkelt pannan på full värme på spisen och efter ett litet tag ryker det precis lagom, inte mer än vad köksfläkten klarar och hittills har brandvarnaren aldrig gått igång.



Beroende på hur stor bit man har och hur rökt man vill ha den så låter man den bara stå och ryka på spisen, någonstans mellan 5–10 min efter att det börjat ryka brukar bli lagom.

Sedan tar man upp fisken, och det bästa av allt är att, när allt har svalnat, knycklar man bara ihop folien och slänger alltihop, så behöver man inte ens diska pannan efteråt.

Ät detta med kokt färskpotatis, lite sparris och en (hemgjord) Hollandaise och sommarkvällen är räddad!

Betydelsen av olika tekniker för kranskärlsröntgen och kranskärlsintervention för uppkomsten av procedurrelaterade ischemiska cerebrala komplikationer

Text: Juliane Jurga, leg. läkare, Med.Dr Hjärtkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet.



Juliane Jurga

Leg. läkare, Med. Dr Hjärtkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Karolinska Institutet

Bakgrund

Kranskärlsröntgen är standardundersökningen för diagnos och beslut om behandling av patienter med ischemisk hjärtsjukdom. Procedurrelaterade neurologiska komplikationer är sällsynta; 0,1–0,4 % vid kranskärlsröntgen och kranskärlsinterventioner (PCI)^{1–3}. Däremot är uppkomsten av procedurrelaterade tysta hjärninfarkter, diagnostiserade med diffusionsviktad magnetisk resonanstomografi betydligt vanligare (2–35 %)⁴. Cerebrala mikroembolier har observerats under olika kärlingrepp och är relaterade till nytillkomna tysta hjärninfarkter, men deras kliniska betydelse är omstridda^{5–7}. Kranskärlsröntgen och PCI kan tekniskt utföras på olika sätt, exempelvis via radialis- eller femoralisartären. Radialisartären användes allt oftare och har visat en mortalitetsvinst för patienter med akut ST-höjningsinfarkt genom minskat antal blödningar relaterade till access jämförd med femoralisartären⁸. Trots dessa kända fördelar är sambandet mellan kärlaccess och procedurrelaterad stroke och transitorisk ischemisk attack (TIA) och tysta ischemiska cerebrala lesioner inte genomgående studerad. Vidare saknas evidens hur ledaren skall framföras när femoralisartären används. Eftersom procedurrelaterad stroke är kopplad till hög dödlighet, betydande sjuklighet och lidande är det viktigt att undersöka vilken teknik som medför lägst risk för patientskada.

Metoder och Resultat

Studie I: 51 patienter med stabil kranskärlssjukdom randomiserades till kranskärlsröntgen via radialis-

eller femoralisartären och antalet cerebrala mikroembolier registrerades via transkranieell Doppler i bägge cerebrimediaartärerna (MCA). Transkranieell Dopplertechnik är en icke-invasiv ultraljudsmetod för mätning av blodflöde i cerebrala arterier⁹. Genom ett trans-temporal benfönster registrerades och differentierades mikroembolier automatiskt i solida- och gasembolier^{10, 11}. Vidare korrelerades mikroembolierna med specifika procedurrelaterade delmoment under kranskärlsröntgen (Tabell 1).

Tabell 1 Beskrivning av delmoment under kranskärlsröntgen

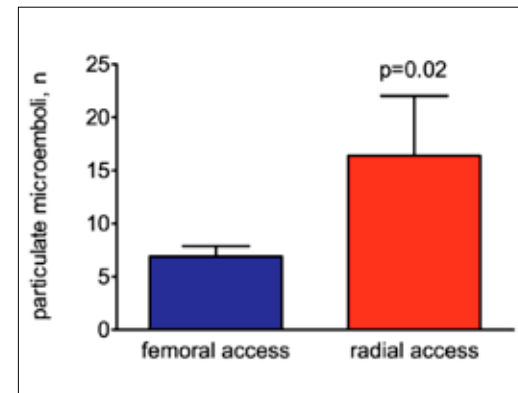
Moment	Beskrivning
1. Kärlaccess	Inläggande och flush av introducer
2. Introduktion av första katetern	Ledare in (*) Kateter in Ledare ut Aspiration av blod och flush av katetern
3. Koronarangiografi	Intubation av koronarostiet Kontrastinjektion
4. Kateterbyte	Katetern dras ur koronarostiet Ledare in Första katetern ut Nya katetern in Ledare ut Aspiration av blod och flush av katetern
5. Koronarangiografi	Intubation av koronarostiet Kontrastinjektion
6. Borttagande av katetern och ledare	Katetern dras ur koronarostiet Ledare in Ledare och kateter ut

För analys sammanfattades moment 2,4,6 till "kateterbyte" och moment 3,5 till "kranskärlsröntgen"

Medianantalet solida cerebrala mikroembolier var signifikant högre i radialisgruppen jämfört med femoralisgruppen (Figur 1). Antalet cerebrala mikroembolier var högre för båda kärlaccess vid kateterbyte jämförd med andra specifika moment under kranskärlsröntgen. Flest cerebrala mikrombolier

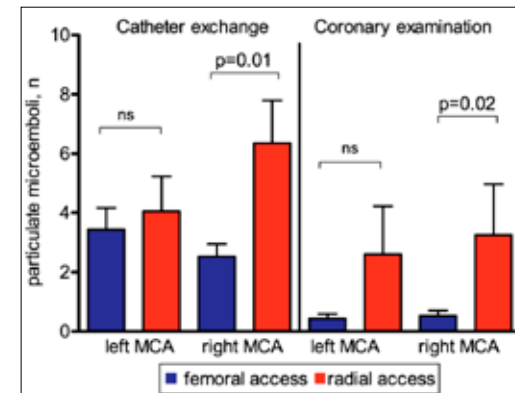
detekterades i högra cerebrimediaartären i radialisgruppen (Figur 2). Det talar för ett kausalt anatomiskt samband, eftersom katetern framförs vid instick i högra radialisartären via truncus brachiocephalicus innan den böjs i aorta ascendens.

Figur 1



Antalet solida cerebrala mikroembolier vid kranskärlsröntgen för femoralis och radialis access, Mean $\pm$ SEM.

Figur 2



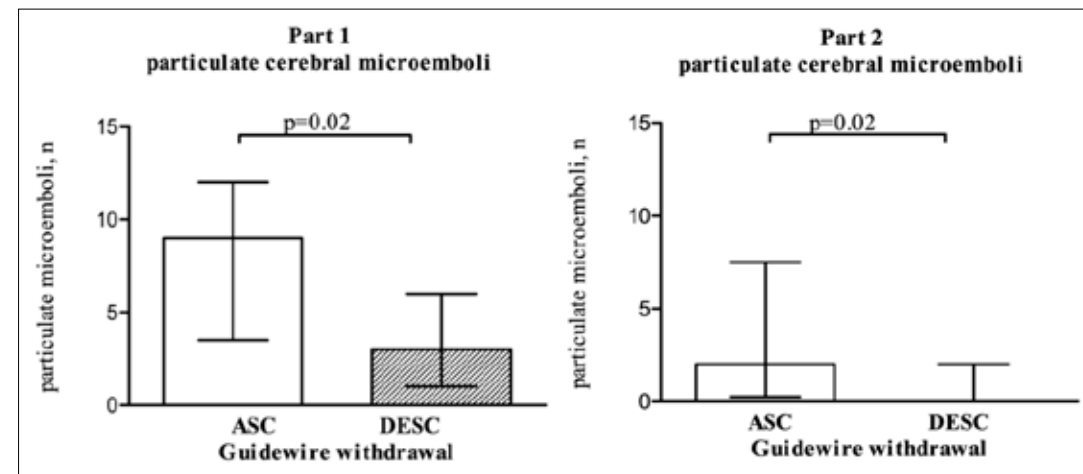
Antalet solida cerebrala mikroembolier vid kranskärlsröntgen för delmoment kateterbyte och kranskärlsröntgen för höger och vänster cerebrimediaartären (MCA) och femoralis and radialis access; Mean $\pm$ SEM, ns= icke-signifikant.

Jurga J et al. Stroke 2011;42:1475-1477

Studie II: 41 patienter med stabil kranskärlssjukdom eller icke ST-höjningsinfarkt planerad för kranskärlsröntgen via femoralisartären randomiserades till två olika kateteriseringstekniker, som innebär kateterisering med eller utan ledare över aortabågen. Judkins förordade att ledaren skulle dras och katetrarna flushas i aorta descendens¹². Med den andra metoden förs katetern med hjälp av ledare över aortabågen och man antar att risken för dislokation av aterosklerotiska plack minskar.

Efter avslutad kranskärlsröntgen, inkluderande kontrastinjektioner, genomfördes den motsatta kateteriseringstekniken på samma patient, utan nya kontrastinjektioner. Samtidigt registrerades antalet cerebrala mikroembolier med transkranieell Doppler bilateralt. Medianantalet cerebrala mikroembolier var högre när katetern fördes med ledaren över aortabågen jämfört med utan ledare, oavsett om en fullständig kranskärlsröntgen utfördes eller om enbart katetrar placerades vid kranskärlsmynningarna (Figur 3).

Figur 3



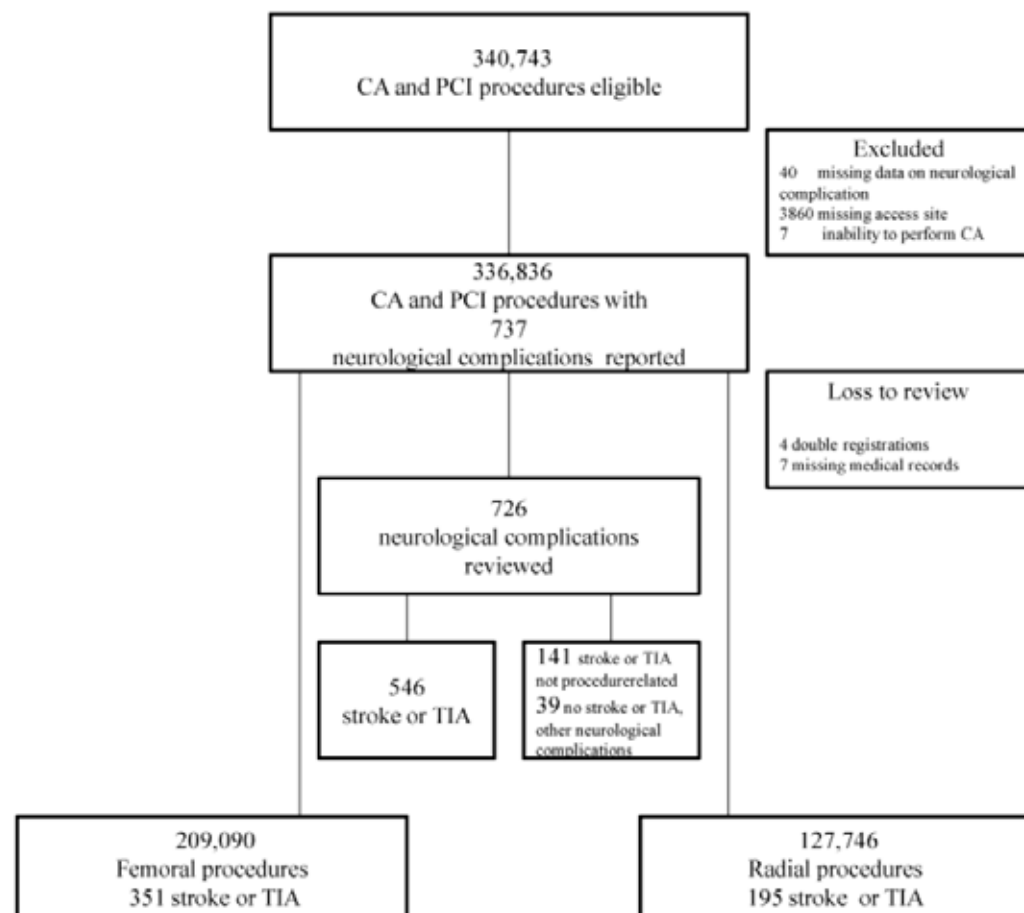
Antalet solida cerebrala mikroembolier vid kranskärlsröntgen för delfullständig undersökning och del 2 enbart katetrar förs upp, ASC= ledaren dras i aorta ascendens, DESC= ledaren dras i aorta descendens; median (kvartilstånd).

Jurga J et al. J INVASIVE CARDIOL 2014;26 (1):1-6

Studie III: Alla kranskärlsröntgen och kranskärlsinterventioner som rapporterats till det Svenska koronarangiografi- och angioplastikregistret (SWEDHEART-SCAAR) med uppgift om instickställe mellan 2003 och 2011, $n = 336836$, analyserades retrospektivt med avseende på sambandet mellan kärlaccess och procedurrelaterad stroke eller TIA. Som procedurrelaterad definierades stroke och TIA uppkomna inom 24 timmar och i frånvaro av förmaksflimmer. Efter att de rapporterade neurologiska komplikationerna hade verifierats med inhämtade journaler från respektive patient beräknades incidensen av procedur-

relaterad stroke eller TIA till 0,16 % (Figur 4). Efter justering för flera förväxlingsfaktorer var kranskärlsröntgen eller kranskärlsintervention via radialisartären associerad med ökad risk för procedurrelaterad stroke eller TIA, (risk ratio 1,30, 95 % konfidensintervall 1,04–1,62) jämfört med motsvarande undersökning via femoralisartären. Parallellt till att graden av kranskärlsröntgen eller kranskärlsintervention utförd via radialisartären ökade under observationstiden, ökade också risken för procedurrelaterad stroke eller TIA, även om det inte fanns en signifikant interaktion mellan observationstidens olika intervaller.

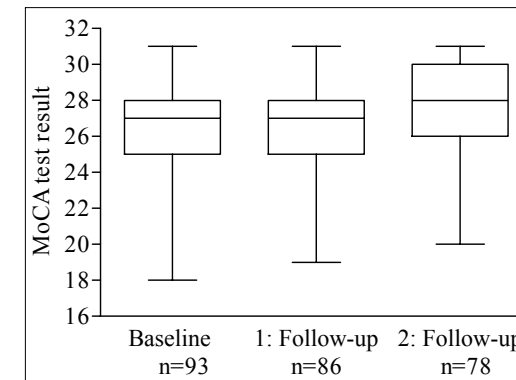
Figur 4



Flödesschema

Studie IV: 93 patienter med misstänkt eller stabil kranskärlssjukdom planerade för kranskärlsröntgen eller kranskärlsintervention testades med Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test före och två gånger efter kranskärlsproceduren för att undersöka om deras minnesfunktion hade försämrats efter ingreppet. MoCA är ett screening test för kognitiv dysfunktion med god sensitivitet och specificitet jämförd med neuropsykologiska tests¹³. I en undergrupp användes transkraniell Doppler bilateralt för att utreda ett eventuellt samband mellan cerebrala mikroembolier och minnesfunktion. Slutligen randomiserades patienterna till instickställe för att undersöka om kärlaccess hade en inverkan på minnesfunktion efter proceduren. Minnesfunktionen försämrades inte efter kranskärlsröntgen när den testades med MoCA test (Figur 5). Det fanns ingen signifikant korrelation mellan MoCA test resultaten och antalet cerebrala mikroembolier eller kärlaccess.

Figur 5



Boxplot med median, nedre och övre kvartil, minimum och maximum MoCA resultat före och efter kranskärlsröntgen eller PCI.

Diskussion och Slutsats

I motsats till procedurrelaterad stroke och TIA är uppkomsten av kliniskt "tysta" cerebrala lesioner mycket vanligare efter kranskärlsröntgen och PCI⁴. Frånvaro av stroke-liknande symptom kännetecknar patienter med tysta hjärninfarkter, men subtila neuro-

logiska tecken som depressiva symptom, synfäls bortfall, fumlighet och svaghet kan uppträda¹⁴. Tysta hjärninfarkter, diagnosticerad med diffusionsviktad magnetröntgenteknik, är associerade med ökad stroke risk, kognitiv dysfunktion, demens och depression¹⁴⁻¹⁶ och kopplade till cerebrala mikroembolier⁵⁻⁷.

Val av kärlaccess och ledarteknik vid kranskärlsröntgen och kranskärlsintervention påverkade antalet cerebrala mikroembolier. Kärlaccessstudien genomfördes 2006, där radialistekniken användes i cirka 30 % av alla kranskärlsprocedurer, och resultaten kan ha påverkats av operatörsvana. Samtidigt detekterades flest mikroembolier i operatörs-oberoende moment (kateterbyte) vilket styrkte fyndet. Mot gängse uppfattning bekräftade ledarteknikstudien Judkins åsikt från kateteriseringens början att dra ledaren i aorta descendens för att förhindrar cerebral embolisering. Den omfattande registerstudien pekar på ett möjligt samband mellan radialisaccess och ökad risk för procedurrelaterad stroke eller TIA, vilket bör studeras vidare. Tidigare studier har visat att cerebrala mikroembolier är kopplade till nytillkomna tysta hjärninfarkter⁵⁻⁷, men vi kunde inte påvisa försämrad minnesfunktion efter kranskärlsproceduren med MoCA test. Det kan bero på en relativt frisk studiekohort och låg andel PCI, men även på att minnes-testet var för okänsligt.

Ytterligare studier krävs för att bättre kartlägga den kliniska betydelsen av cerebrala mikroembolier och för att kunna minska eller förhindra uppkomsten av procedurrelaterade ischemiska cerebrala lesioner hos patienter som genomgår kranskärlsröntgen och PCI.

Avhandlingens titel:

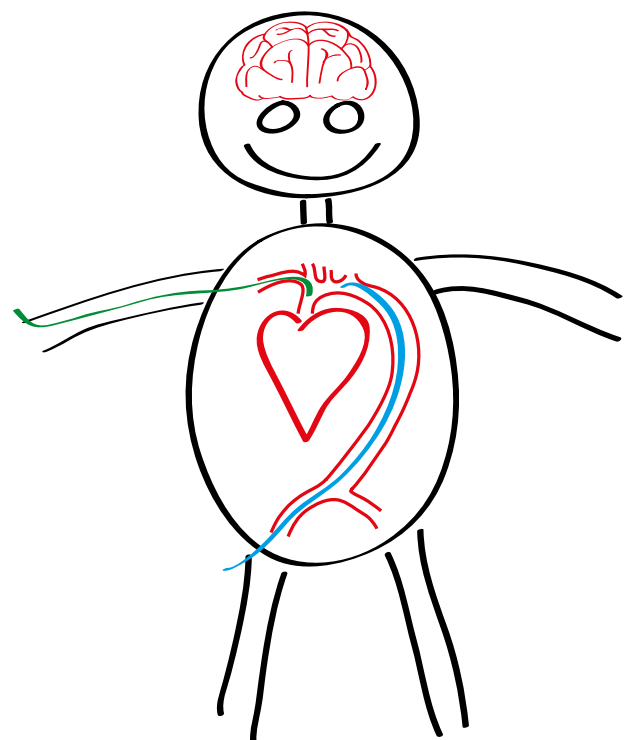
The impact of different techniques used for coronary angiography and percutaneous coronary intervention on the occurrence of procedure-related ischemic cerebral complications

<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45020>



Referenser:

- Dukkipati, S., et al., *Characteristics of cerebrovascular accidents after percutaneous coronary interventions*. J Am Coll Cardiol, 2004. **43**(7): p. 1161-7.
- Segal, A.Z., et al., *Stroke as a complication of cardiac catheterization: risk factors and clinical features*. Neurology, 2001. **56**(7): p. 975-7.
- Wong, S.C., R. Minutello, and M.K. Hong, *Neurological complications following percutaneous coronary interventions (a report from the 2000-2001 New York State Angioplasty Registry)*. Am J Cardiol, 2005. **96**(9): p. 1248-50.
- Hassell, M.E., et al., *Silent cerebral infarcts associated with cardiac disease and procedures*. Nat Rev Cardiol, 2013. **10**(12): p. 696-706.
- Almekhlafi, M.A., et al., *Malignant emboli on transcranial Doppler during carotid stenting predict postprocedure diffusion-weighted imaging lesions*. Stroke, 2013. **44**(5): p. 1317-22.
- Lund, C., et al., *Cerebral emboli during left heart catheterization may cause acute brain injury*. Eur Heart J, 2005. **26**(13): p. 1269-75.
- Wolf, O., et al., *Microembolic signals detected by transcranial Doppler sonography during carotid endarterectomy and correlation with serial diffusion-weighted imaging*. Stroke, 2004. **35**(11): p. e373-5.
- Karrow, W., et al., *Radial versus femoral access for primary percutaneous interventions in ST-segment elevation myocardial infarction patients: a meta-analysis of randomized controlled trials*. JACC Cardiovasc Interv, 2013. **6**(8): p. 814-23.
- Aaslid, R., T.M. Markwalder, and H. Nornes, *Noninvasive transcranial Doppler ultrasound recording of flow velocity in basal cerebral arteries*. J Neurosurg, 1982. **57**(6): p. 769-74.
- Russell, D. and R. Brucher, *Online automatic discrimination between solid and gaseous cerebral microemboli with the first multifrequency transcranial Doppler*. Stroke, 2002. **33**(8): p. 1975-80.
- Russell, D. and R. Brucher, *Embolus detection and differentiation using multifrequency transcranial Doppler*. Stroke, 2005. **36**(4): p. 706.
- Judkins, M.P., *Selective coronary arteriography. I. A percutaneous transfemoral technique*. Radiology, 1967. **89**(5): p. 815-24.
- Nasreddine, Z.S., et al., *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*. J Am Geriatr Soc, 2005. **53**(4): p. 695-9.
- Vermeer, S.E., W.T. Longstreth, Jr., and P.J. Koudstaal, *Silent brain infarcts: a systematic review*. Lancet Neurol, 2007. **6**(7): p. 611-9.
- DeBette, S., et al., *Association of MRI markers of vascular brain injury with incident stroke, mild cognitive impairment, dementia, and mortality: the Framingham Offspring Study*. Stroke, 2010. **41**(4): p. 600-6.
- Yamashita, H., et al., *Long-term prognosis of patients with major depression and silent cerebral infarction*. Neuropsychobiology, 2010. **62**(3): p. 177-81.



Välkommen till flimmernätverksmöte

för sjuksköterskor

Torsdag 13/10

Kl: 17:00

ANGLAIS HOTELL

Humlegårdsgatan 23, Stockholm

UR PROGRAMMET:

17:00 Inledning

Senaste nytt om antikoagulantia

Dr Kristina Hagwall

Strukturerat omhändertagande

Kaffepaus

Gruppdiskussioner

Utbyte av erfarenheter från olika kliniker

Miljöpåverkan och förmaksflimmer

Dr Petter Ljungman och Dr Marcus Dalqvist

Buffémiddag

Ta med er "erfarenhet" och frågor

Välkommen önskar:

Lena Sjölin, Dawit Abate & Kristina Hagwall

samarbete med Sanofi, Pfizer, BMI

PRADAXA® (dabigatranetexilat)
– den enda NOAK som
har en specifik antidot

NYHET: PRAXBIND® (idarucizumab)
– omedelbar, fullständig
och ihållande reversering av
PRADAXA®

Pradaxa®
dabigatranetexilat

Praxbind®
idarucizumab

Referens: 1. Pollack CV et al. N Engl J Med 2015;373(6):511–20.

Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVA), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass $\geq$ II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått elektiv total protesoperation i höft- eller knäled. **Styrkor och förpackningar:** 60 x 1 samt multiförpackning 3 x 60 x 1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance < 30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itraconazol och dronedaron. Mekanisk hjärklaffprotes. För senaste prisuppgift samt övrig information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 01/2016.

Praxbind® (idarucizumab), Rx, EF, ATC-kod V03AB. **Indikation:** För vuxna patienter behandlade med Pradaxa® (dabigatranetexilat) när snabb reversering av Pradaxas antikoagulerande effekt krävs: Inför akut kirurgi/brådskande procedurer; Vid livshotande eller okontrollerad blödning. **Styrkor och förpackningar:** 2 injektionsflaskor à 2,5 g/50 ml injektions-/infusionsvätska, lösning. **Varningar och försiktighet:** Känd överkänslighet (tex anafylaktisk reaktion) mot idarucizumab eller något av hjälpämnena eller årtlig fruktosintolerans är tillstånd som noga måste vägas mot den potentiella fördelen med behandlingen. Genom att reversera dabigatranbehandlingen utsätts patienterna för den risk för trombos som är knuten till deras underliggande sjukdom. För att minska denna risk skall återinsättning av behandling med blodförtunnande medel övervägas så snart det är medicinskt lämpligt. För fullständig förskrivarinformation se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 11/2015.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

**Boehringer
Ingelheim**

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



Glimtar från vårmötet i Göteborg

Text: Maria Bäck



Maria Bäck
ordförande i VIC

Mitt i den vackraste av årstider vill jag stanna upp för en stund. Det är nu som allt ska knytas ihop och planeras inför sommarsemestrarna. Patienter ska bokas in, vikarier rekryteras (i bästa fall), projekt ska avslutas och studenter ska examineras. Trots det måste vi ibland bli bättre på att leva som vi lär. Med vi syftar jag på alla oss som brinner för verksamheter, ämnen, frågor och framför allt människor. Vi som vill så mycket. Jag vill rikta uppmärksamheten mot oss en kort stund och önskar att vi ska minnas att självkänsla utvecklas från vem vi är. Stanna upp en stund och fundera över vad du värdesätter i ditt liv och vad som ger dig energi. Skapa utrymme för dig själv så kommer du kunna brinna än längre.

Det kardiovaskulära vårmötet i Göteborg blev en succé med nytt rekordhøgt deltagarantal. Programmet bjöd på ett stort utbud som riktade sig brett. De tvärprofessionella sessionerna som belyser ett ämne från olika perspektiv är numera många under mötet. Jag tycker att det känns kul och viktigt att vi som arbetar som olika professioner runt patienten möts och delar kunskap med varandra. Det är också fantastiskt att se alla möten som sker och nya kontakter och samarbeten som skapas. Varmötet är inte minst ett socialt möte. Detta märktes bland annat genom att många deltagare trotsade snällblåst och enstaka plusgrader genom att komma i ottan och delta i morgonaktiviteter som segway, guidad stadstur och jogging. Ni som inte hade möjlighet att vara med under mötet kan ändå gå in via hemsidan (www.varmotet.se) och ta del av videoinspelningar som finns på så gott som alla föredrag. Använd sen föreläsningarna för fortsatt diskussion hemma på kliniken och håll vårmötet levande året runt.

VIC vill gratulera Nina Lahti, legitimerad sjuksköterska som är projektanställd vid Karolinska sjukhuset i Huddinge, som vann den första upplagan av Mona Schlyters kliniska pris för arbetet med projektet "Optimerad vårdkedja för patienter med hjärtsvikt". Nina har skapat förutsättningar för att på ett bättre sätt ta hand om patienter med hjärtsvikt, då det på hennes initiativ skapats en hjärtdagvårdsavdelning.

Under många år har patienter med hjärtsvikt sökt akut redan inom 1–2 veckor efter sin utskrivning från slutenvårdsavdelningen och blivit återinlagda. Detta förekommer nästan inte alls idag då patienterna får direkt kontakt med hjärtdagvårdsavdelningen i samband med sin utskrivning. Detta har lett till ökad trygghet för patienter och deras anhöriga. Det frigör vårdplatser, minskar överbeläggningar, samt ger ett bra flöde då inläggande patienter kan skrivas ut tidigare.

Årets Fridlundpristagare var Peter Johansson, legitimerad sjuksköterska och docent vid Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping och Medicinska Fakulteten, Linköpings universitet. Peter vann priset för sina insatser inom såväl forskning som kliniskt arbete med att stödja patienter med hjärtsvikt i deras livssituation. Peter har i sin forskning ett särskilt fokus på andningsrelaterade sömnstörningar och patienternas psykosociala situation, vilket har största relevans för både den enskilda individens välbefinnande, men också för kardiologiska patienters, och närståendes, välbefinnande i stort.

VIC höll också sitt årsmöte under vårmötet i Göteborg. Kul att se att så många av er medlemmar kommer och deltar vid mötet och skapar interaktion! VIC vill finnas för sina medlemmar. I styrelsen valdes Maria Liljeroos om för 2 år som hemsidesansvarig. Jag tackar för förtroendet att få vara VIC:s ordförande i ytterligare två år, innan jag lämnar stafettpippen vidare. Min vision är att vi ska fortsätta att driva VIC:s frågor vidare tillsammans. Några highlights från nästa års verksamhetsplan är planeringen av EuroHeart-Care i Jönköping 2017, att stötta implementeringen av PROM:s och fysioterapeutiska variabler i svenska kvalitetsregister och att fortsätta arbetet med att sprida VIC:s budskap och öka antalet medlemmar. Jag hoppas att många av er som medlemmar känner er nyfikna och vill bidra i arbetet. Hör gärna av er!

Med dessa ord vill jag önska er en skön sommar. Lev väl och fänga dagen!

Varma hälsningar från Maria

HIA-gruppens nationella utbildningsdagar

28–29 september 2016



Målgrupp: Sjuksköterskor/vårdpersonal verksamma vid HIA eller liknande enheter och som är medlemmar i VIC.

Plats: Konferenslokal Havet, Hotell Björken UMEÅ.

Tidpunkt: 28–29 september 2016.

Utformning: Katedrala föreläsningar.

Kursavgift: 3000 kr för medlemmar i VIC och 3500 kr för icke medlemmar. I kursavgiften ingår två luncher, för- och eftermiddagskaffe samt gemensam middag onsdagen den 28/9.

Arrangör: HIA-gruppen inom VIC.

Anmälan: Kursanmälan är bindande och skall vara inskickad senast 2016-08-29. Platsantalet är begränsat. Bekräftelse på deltagande samt kursinformation skickas ut efter sista anmälningsdatum. Anmälningsblanketten finns att hämta på VIC's hemsida www.v-i-c.se där anmälan sker.

Frågor: Susanne Jälmlbrant, HIA-gruppen inom VIC. Tel. 090-785 14 14. susanne.jalmlbrant@vll.se

Kursinnehåll:

- Tavi / ÖL. Johan Nilsson
- Fördröjningstider vid hjärtinfarkt hos patienter med diabetes. / Ssk. Karin Hellström Ångerud
- GUCH / ÖL. Stellan Mörner
- PAH - Högt tryck i lungartärerna Ny Sjukdom / ÖL. Stefan Söderberg
- Hjärtebarnen som växer upp. / ÖL. Anette Sandström
- ECMO / Perfusionist Daniel Johagen
- Arytmi ÖL. Folke Rönn
- kuta Coronara Syndrom / ÖL. Per Ottander
- Att gå från pump till nytt Hjärta Patientfall ur patientens egna perspektiv.
- Hjärt eko / ÖL. Johan Ljungberg
- Vt Ablationer ssk föreläsning
- Cronic total occlusion CTO / ÖL. Jonas Andersson

OKEJ med samarbete vid hjärtsvikt

Nationella utbildningsdagar i hjärtsviktsvård arrangeras av arbetsgruppen för hjärtsvikt inom VIC den 20–21 oktober 2016

Målgrupp: Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och kuratorer som möter med patienter med hjärtsvikt såväl inom slutenvård, primärvård, hemsjukvård eller palliativ vård.

Plats: Folkets Hus Huddinge Centrum, Stockholm.

Program och möjlighet att anmäla sig sker via hemsida:
http://www.malmokongressbyra.se/vic/kommande_moten

Tema: "OKEJ med samarbete vid hjärtsvikt"
(Omtanke, Kompetens, Effektivitet, Jämställdhet)



Bättre vård för patienter med ospecifik bröstsmärta

Text: Ghassan Mourad Med Dr, Leg sjuksköterska, Linköpings universitet



Ghassan Mourad

Med Dr, Leg sjuksköterska,
Linköpings universitet

Majoriteten av dem som söker vård för bröstsmärta har ingen hjärtsjukdom. Patienter som inte får någon tydlig förklaring till bröstsmärtan är oroliga för att ha en oupptäckt hjärtsjukdom och undviker därmed fysisk aktivitet som de tror kan vara skadlig för hjärtat. Detta kan bidra till ökad vårdkonsumtion och höga samhällskostnader. Syftet med avhandlingen var att förbättra vården av patienter med ospecifik bröstsmärta genom att beskriva förekomst av psykisk ohälsa (såsom hjärtrelaterad ångest, rädsla och depression), vårdkonsumtion och samhällskostnader, samt genom att utvärdera genomförbarheten och effekten av ett kort guidat internet-baserat självhjälpssystem baserat på kognitiv beteendeterapi. Programmet innefattade utbildning om ospecifik bröstsmärta, exponering för fysisk aktivitet, samt avslappning. I delar av avhandlingen gjordes jämförelser med patienter med kardiell bröstsmärta. Data samlades in med hjälp av frågeformulär och register.

Patienter med ospecifik bröstsmärta hade återkommande bröstsmärta och psykisk ohälsa, samt hög sjukfrånvaro och vårdkonsumtion, men skiljde sig inte från patienter med kardiell bröstsmärta. Psykisk ohälsa sammanhängde med ökad vårdkonsumtion, men hjärtrelaterad ångest var den drivande faktorn till vårdsökande. På grund av ett större antal patienter med ospecifik bröstsmärta var den sammanlagda årliga nationella samhällskostnaden mer än dubbelt så stor som för patienter med kardiell bröstsmärta. Självhjälpssystemet verkade genomförbart och visade goda effekter på bröstsmärta, hjärtrelaterad ångest, rädsla och depression, men patienterna skiljde sig inte signifikant från kontrollgruppen som erhöll rutinvård.

Patienter med ospecifik bröstsmärta bör screenas och behandlas för psykisk ohälsa. Genom att reducera hjärtrelaterad ångest kan patienterna få bättre möjlighet att hantera sin bröstsmärta och minska dess negativa effekter. Självhjälpssystemet behöver testas i större patientgrupper och med längre uppföljning för att kunna utvärdera dess effekt.

Länk till avhandlingen:
<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:868342/FULLTEXT01.pdf>

Törst hos patienter med hjärtsvikt

Text: Nana Waldréus, Med Dr, Leg sjuksköterska

Törst har i tidigare studier beskrivits av patienter med hjärtsvikt som ett bekymmer i deras vardag och som en besvärande upplevelse. Syftet med avhandlingen var att beskriva törstupplevelsen hos patienter med hjärtsvikt och att beskriva sambandet av törst med fysiologiska, psykologiska och situationsbundna faktorer.

Avhandlingens fyra delarbeten består av en tvärsnittsstudie och tre prospektiva studier, alla med kvantitativa metoder. Patienterna med hjärtsvikt rekryterades på akutsjukhus och hjärtsviktsmottagningar. De besvarade enkäter om törstintensitet, törstbesvär och depressiva symtom. Kliniska data, läkemedel, vätskerestriktion och tecken på dehydrering insamlades.

Resultaten visade att törst upplevdes av 20 % av patienter i ett stabilt hjärtsviktsstillstånd. Patienter som rapporterade törst vid det första besöket på en hjärtsviktsmottagning var oftare törstiga även vid uppföljningsbesöken på mottagningen jämfört med de som inte rapporterade törst vid första besöket. Av patienter med försämring av hjärtsvikt upplevde 63 % måttliga till svåra törstbesvär. Resultaten visade också

att de som hade hög grad av törstbesvär vid sjukhusankomsten, fortsatte att ha högre grad av törstbesvär i jämförelse med de som hade lägre grad av törstbesvär vid sjukhusankomsten. De patienter som hade vätskerestriktion hade högre grad av törstbesvär över tid i jämförelse med de som inte hade vätskerestriktion. Depressiva symtom var mer förekommande hos de med ihållande törst. Patienter som kände sig deprimerade hade högre törstintensitet över tid i jämförelse med de som inte kände sig deprimerade. Logistisk regression visade att törst var associerat med vätskerestriktion och en högre koncentration av serum urea.

Vårdpersonal bör fråga patienter med hjärtsvikt om de är törstiga och följa upp de med törstbesvär över tid. För varje patient bör en individuell utvärdering göras om vätskerestriktion behövs, om patienten är uttorkad och behöver dricka mer och om patienten behöver behandling för depression.



Nana Waldréus

Med Dr, Leg sjuksköterska

Länk till avhandlingen:
<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:912008/FULLTEXT01.pdf>

Rapport från EuroHeartCare i ett soligt Athén

Text: Maria Liljeroos, sjuksköterska, Mälarsjukhuset i Eskilstuna.



Maria Liljeroos
Sjuksköterska,
Mälarsjukhuset i Eskilstuna

Årets upplaga av EuroHeartCare, Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) årliga konferens gick av stapeln i ett sommarvarmt Athen. Temat var Excellence in patient care: the heart of EuroHeartCare, och ca 450 personer från både Europa och USA deltog. Programmet var som vanligt varierat; sessioner, muntliga abstraktpresentationer och poster-sessioner varvades med workshops.

Jag vill ta tillfället i akt och göra reklam för de Masterclasses som vanligtvis hålls eftermiddagen innan EuroHeartCare startar. I år var titlarna på masterclasses "Applying theory to the care we give to our patients", en

praktisk genomgång om hur man bäst implementerar guidelines i den kliniska vardagen, och "Writing a successful research grant proposal" som var mer forskningsinriktad.

Under första dagen gavs många spännande föreläsningar, bl.a. pratade Professor Barbro Kjellström från KI om samband mellan tandhälsa och hjärt-kärlsjukdom och under ett satellitsymposium fick vi höra mer om ett 3-i ett piller som innehåller ASA, ACE-hämmare och statiner. Att ge detta piller, istället för tre olika tabletter som vi gör nu, ökar patientens följsamhet till behandlingen.

På lördagen var ett symposium vikt till doktorander där de fick presentera sina forskningsresultat. En svensk doktorand deltog, Nana Waldreus från Linköpings universitet. Titeln på Nanas presentation var Fluid restriction predicts thirst distress in patients with heart failure. Nana Waldreus forskning visar att många patienter med hjärtsvikt upplever törstbesvär. De viktigaste faktorerna för törstbesvär var vätskerestriktion, en högre koncentration av plasma urea, och depressiva symtom. Sjuksköterskor bör fråga patienter med hjärtsvikt om de är törstiga och mäta deras törstintensitet och grad av törstbesvär, samt att fråga dem om törst besvärar dem. Varje patient bör utvärderas om en vätskerestriktion verkligen behövs, det gäller att ta reda på om patienten är uttorkad, och behöver dricka mer eller måste behandlas för depression.

Första dagen avslutades med mingel och dansuppvisning av lokala dansare och även vi i publiken blev inbjudna att delta.

På lördagen handlade en session om palliativ vård vid hjärtsjukdom och professor Tiny Jaarsma från Linköpings universitet gav en presentation om varför vårdpersonal upplever det så svårt att prata om prognos. Patienter och närstående vill gärna prata om detta men behöver få information och möjlighet till samtal på ett enkelt sätt. Sjuksköterskor som tillfrågats varför de inte tar upp ämnet i mötet med patienter svarade att det berodde på att sjukdomsförloppet är oförutsägbart, tiden räcker inte till för dessa samtal eller att man inte vill ta bort hoppet från den drabbade.

Ekaterini Lambrinou från Cypren ställde frågan hur övergången från kardiologisk vård till palliativ vård bäst ska ske och menade att vårdkedjan redan tidigt behöver samordna sina resurser och samtala med patient och närstående för att höra deras önskemål om hur och var vården ska ske i olika stadier av sjukdomen.

På eftermiddagen deltog jag i en session med namnet "Heart failure: aftercare post discharge".

Min presentation hade titlen "Managing the challenge of polypharmacy in heart failure patients for further development".

Multimedicerering brukar beskrivas som ett intag av mer än fyra mediciner/dag och är väldigt vanligt, framför allt hos äldre. Multimedicerering innebär en risk för interaktioner mellan olika läkemedel och minskar ofta patientens följsamhet till behandlingen. Det är heller inte ovanligt att biverkningar av olika läkemedel ger symtom som i sin tur behandlas med nya läkemedel. Det är viktigt att fundera i termer kring risk-nytta innan nya behandlingar startar.

Till sist tillkännagavs att 2017 års upplaga av EuroHeartCare kommer att hållas i Jönköping, 19–20/5 och jag hoppas att många svenska sjuksköterskor, fysioterapeuter, biomedicinska analytiker och andra vårdprofessioner kommer att skicka abstrakts och komma dit!



Vi tre hade förmånen att få resestipendium från VIC för att delta i det kardiovaskulära vårmötet i Göteborg.

Text: Elin Lundberg, sjukgymnast på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Lena Tengvall, hjärtsjuksköterska på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Karin Lärkeryd, Sjuksköterska, Kard/HIA/CKG, Norrlands universitetssjukhus

Elin Lundberg, sjukgymnast på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, deltog vid SWEDEHEART:s årsmöte som hölls dagarna före vårmötet i Göteborg. Under SEPHIA:s årsmöte presenterades det att fysioterapidelen äntligen är färdig och fr.o.m. 1 maj kan alla sjukgymnaster/fysioterapeuter mata in fysioterapivariabler i SEPHIA.

Jönköping har sedan nyår varit ett av pilotsjukhusen för registreringar och Elin redogjorde för erfarenheten av de första månadernas registreringar i samband med SEPHIA:s årsmöte. Erfarenheten är att rent tidsmässigt har själva patientbesöket inte medfört så stora förändringar. Fysioterapeuterna i Jönköping känner sig positiva och motiverade till att fortsätta utföra testerna och registrera i SEPHIA då de upplever ett tydligare och mer strukturerat patientbesök. Det känns häftigt att alla sjukgymnaster/fysioterapeuter i Sverige kommer arbeta på liknande sätt med denna patientgrupp framöver. Tänk på lång sikt, vilka data vi kommer att kunna få ut!

Elin lyssnade också till flera intressanta föreläsningar under Värmötets tre dagar, bla TAVI, rekommendationer om levnadsvanor, "Ursäktat att jag stör men jag är skör", GUCH och livsstilsmodifiering vid förmaxflimmer.

Lena Tengvall, hjärtsjuksköterska på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping valde främst att fokusera på de sessioner som handlade om hjärtsvikt.

Trots nationella riktlinjer är det enligt socialstyrelsen endast tre landsting som når målnivån för behandling av patienter med kronisk hjärtsvikt. Underbehandlingen med mediciner leder till att var tionde patient med hjärtsvikt läggs in på sjukhus igen inom en månad. För de äldsta och sköraste patienterna, i NYHA klass IV är det svårt med bieffekterna av alla hjärtsviktsläkemedel. Ett annat problem är att det inte finns tillräckligt med vårdplatser eftersom omsättningen är för hög och en del patienter skrivs hem för tidigt. För att komma vidare tittade man i Lund på Sörmlands 5-dygns modell. Flera professioner samarbetar utifrån ett helhetsperspektiv inom den specifika vården och anpassar den efter patienternas behov. Patienten erbjöds ett "öppenvårdsbesök" och fick träffa samma läkare och sjuksköterska som under vårdtillfället. Ett gott resultat har framkommit av detta via ett antal patienter som har berättat om ökad kunskap, delaktighet och bättre livskvalitet. Hjärtsvikt med järnbrist var ett annat intressant ämne att lyssna till. Järnbristen leder till anemi och försämrad syretransport. Detta är förenat med sämre livskvalité och ökad dödlighet. Det är viktigt att skilja på anemi och järnmättnad. Studier har visat att intravenös järnbehandling ökar prestationsförmågan och förbättrar livskvalitén.



Karin Lärkeryd, sjuksköterska, Kard/HIA/CKG vid Norrlands universitetssjukhus lyssnade bl.a. på VIC:s abstraktsession.

Karin Hellström Ångerud, sjuksköterska och med dr, Umeå presenterade resultaten från tvärsnittsstudien Differences in symptoms in relation to myocardial infarction type och det blev en av Värmötets prisbelönade presentationer. Enkätstudien med 690 inkluderade patienter jämförde skillnader i symtom mellan NSTEMI och STEMI. Resultaten visade att enbart bröstsmärtans karaktär inte kan ge säker indikation på vilken typ av hjärtinfarkt som patienten misstänks ha. Det visade sig att förekomsten av kallsveit i samband med insjuknandet var signifikant högre bland STEMI-patienterna. Karin Hellström Ångerud poängterade betydelsen av att vårdpersonal frågar om andra symtom än bröstsmärtan t.ex. vid första kontakten under samtalet till 1177. Anneli Ohlsson, sjuksköterska i Lund, presenterade studien Patients with acute myocardial infarction are positive to trial enrollment and wish to be asked before randomization – a VALIDATE-SWEDHEART substudy. Lund, Umeå och Örebro deltog och de inkluderade patienterna följdes upp med ett telefonsamtal efter sju dagar då de utfrågades om inkluderingsstillfället på PCI-lab efter akut insjuknande. 93 % kommer ihåg att de tillfrågats och inkluderats i den situationen. 83 % upplevde det som positivt och 60–70 % vill bli tillfrågade

innan inkludering. Umeå inkluderade 60 patienter till substudien och endast en patient upplevde det negativt att bli tillfrågad innan. Det var två studier vars resultat har påtaglig betydelse i det dagliga arbetet på Kardiolagen/HIA.

Gå gärna in och läs den fullständiga reseberättelsen på VIC:s hemsida.

En helt ny typ av kolesterolsänkare

för patienter som inte når
LDL-målen med statiner

PRALUENT
75 mg



PRALUENT
150 mg



**Praluent (alirokumab) är den första PCSK9-hämmaren
med möjlighet till individuell dosanpassning**



~50 % ytterligare LDL-reduktion
som tillägg till maximalt tolererad statindos



~60 % ytterligare LDL-reduktion
som tillägg till maximalt tolererad statindos

Referens: 1. PRALUENT produktresumé, 2015.

PRALUENT® (alirokumab) Rx (EF) förfyllda pennor 75 mg och 150 mg. **Indikation:** Praluent är indicerat hos vuxna med primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär samt icke-familjär) eller blandad dyslipidemi, som tillägg till diet: i kombination med en statin, eller statin i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som ej når målvärdet för LDL-kolesterol med högsta tolererade statindos eller, ensamt eller i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som är statinintoleranta, eller när statinbehandling är kontraindicerad. **Varningar och försiktighet:** Praluent ska användas med försiktighet till patienter med gravt nedsatt njur- och leverfunktion. Effekten av Praluent på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För ytterligare information: se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** PRALUENT tillhandahålls av Sanofi AB, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com, 08-634 50 00. Datum för senaste översyn av produktresumé: september 2015.

Praluent®
alirokumab

SANOFI

Sanofi. Besök: Lindhagensgatan 120, 112 51 Stockholm. Box 30052, 104 25 Stockholm. Tel 08-634 50 00. Fax: 08-634 50 01 www.sanofi.se



Vårdprofessioner Inom Cardiologi



PCI-gruppen VIC inbjuder till

PCI-dagarna 2016

17-18 November, Elite Hotell Ideon, Lund



PCI-gruppen VIC är stolta att kunna presentera den femte upplagan av PCI-dagarna som 2016 går av stapeln i Lund. Med föreläsare som David Erlinge, Göran Olivecrona, Patrik Tydén och David Sparv (Zughaft) erbjuder vi en komplett PCI-kurs från novis till expert, där det multidisciplinära hjärtteamet är i fokus.

Plats: Elite Hotell Ideon, Lund

Tidpunkt: 17-18 november 2016

Anmälan: Den 1 september öppnar vi anmälan på www.v-i-c.se. Din anmälan ska vara inskickad senast 2016-10-15. Antal deltagare är begränsat.

Information: David.Sparv@skane.se, 046-17 37 52

FÖR PATIENTER MED PRIMÄR HYPERKOLESTEROLEMI, SOM INTE ÄR KONTROLLERADE PÅ EN STATIN ENBART

ATOZET® (ezetimib 10mg and atorvastatin 80 mg)

KAN HJÄLPA DIG SÄNKA LDL KOLESTEROL YTTRELLIGARE¹



ATOZET® tabl (ezetimib/atorvastatin), tabletter, 10mg/80mg. (Rx (F); SmPC februari 2016). Kolesterolabsorptionshämmare och HMG-CoA-reduktashämmare i kombination. Subventioneras endast för patienter som har provat generisk statin och inte uppnått behandlingsmålet.

Indikationer: Hyperkolesterolemi – Atozet är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär (heterozygot familjär och icke-familjär) hyperkolesterolemi eller kombinerad hyperlipidemi när användning av ett kombinationspreparat anses lämpligt:

- patienter som inte är adekvat kontrollerade med en statin enbart
- patienter som redan behandlas med en statin och ezetimib

Homozygot familjär hyperkolesterolemi (HoFH): Atozet är indicerat som tilläggsterapi till diet hos vuxna med HoFH. Patienter kan även få andra kompletterande behandlingar (t ex low-density lipoprotein (LDL) aferes).

Prevention av kardiovaskulära händelser: Atozet är indicerat för att minska risken för kardiovaskulära händelser (se Farmakodynamiska egenskaper) hos patienter med kranskärlssjukdom som har akut koronarsyndrom (AKS) i sjukdomshistorien. Atozet kan användas både till patienter som tidigare behandlats med en statin och till patienter som inte tidigare behandlats med statin.

Kontraindikationer:

Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne som anges i Innehåll. Behandling med Atozet är kontraindicerat under graviditet och amning och hos kvinnor i fertil ålder som inte använder preventivmedel. Atozet är kontraindicerat hos patienter med aktiv leversjukdom eller kvarstående förhöjning av serumtransaminaser som överstiger 3 gånger den övre gränsen för normalvärdet utan känd orsak.

För mer information vid förskrivning samt priser och förpackningar, se www.fass.se

Referens: ATOZET SPC februari 2016

Copyright © 2014 MSD International GmbH, a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved.



Atozet®
(ezetimib och atorvastatin, MSD)