



Svensk CARDIOLOGI

Jubileumsutgåva | 2007

SVENSKA CARDIOLOGFÖRENINGEN

60 ÅR
30 SEPTEMBER 2007

KARDIOLOGINS HISTORIA
OCH FRAMTID I SVERIGE

STOCKHOLM
GÖTEBORG OCH MALMÖ
LINKÖPING, UMEÅ OCH VÄXJÖ



Hjärt ♥ Lungfonden



Grattis

Svenska Cardiologföreningen

Räkna med oss de kommande 60 åren också

Vi är glada och stolta över att erbjuda ledande läkemedel inom hjärt-kärl-området. Några av dessa ser du i detta nummer. Men vi vill och kan göra mer än bara tillhandahålla läkemedel. Vårt mål är att sanofi-aventis ska vara en naturlig del av svensk sjukvård. I samarbete med andra vill vi ta vår del av ansvaret för att förbättra hälsan i vårt land, en förutsättning för välfärd och tillväxt. Vår roll handlar framförallt om att förmedla kunskap så att var och en kan påverka sin livssituation till ett sundare liv.

I linje med detta utvecklar vi utbildningar för både patienter och läkare, anordnar tvärvetenskapliga möten, utvecklar patientstödsprogram och kvalitetssäkringsprogram m.m. Samtidigt letar vi ständigt efter nya vägar framåt. Har du synpunkter, frågor och idéer om hur vi kan arbeta tillsammans, kontakta Sven-Åke Lööv på 08-634 53 56, 0706-85 12 69.

Vi ses i framtiden!





60 år av svensk hjärtsjukvård

EKG-remsan fortsatte oavbrutet att producera sida efter sida inne på sjuksköterskeexpeditionen på HIA. Vad hade hänt? Hur stängde jag av EKG-maskinen? Svetten började långsamt tränga sig ut i huden. Hade jag gjort något fel? Efter några minuter kom underläkaren in – mycket efterlängtat – och informerade mig om att låta EKGt gå. Han höll nämligen på att skriva ut de senaste timmarnas EKG-övervakning. Detta var min första kväll på en hjärtavdelning, fortfarande inte klar doktor.

Ganska kort därefter insåg jag att jag skulle bli hjärtläkare. I dag, 30 år senare, är jag fortfarande lycklig att jag valde kardiologi som min specialitet. Den har och ger mig så mycket glädje dagligen. Det är därför med stor entusiasm jag vill dela med mig av mina kollegers erfarenheter de senaste 60 åren av svensk hjärtsjukvård.

Docent Bengt W Johansson – bland annat känd som vår matskribent – träffade jag första gången i början av 1980-talet på hans rum på Malmö Allmänna Sjukhus. Han var

kardiologins utveckling i Sverige. Han avgick nyligen som professor från Karolinska sjukhuset. Lars Rydén har varit ordförande i Svenska Cardiologföreningen samt också varit president i European Society of Cardiology, en post han har gemensamt med en annan svensk, nämligen Gustav Nylin. Eftersom Lars Rydén fortfarande är mycket aktiv inom ESC och mycket eftersökt föreläsare, presenteras hans erfarenheter och reflektioner från de senaste 40 åren i Sverige.

Docent Per Tornvall, nuvarande ordförande i Svenska Cardiologföreningen, har slutat att vandra i Nepal och titlar nu in i kristallkulan och presenterar framtiden inom kardiologin. Han är nyligen 50 år fyllda och har verkligen framtiden framför sig bland annat på Karolinska sjukhuset. Kanske vår nästa professor? Jag ser något i kristallkulan, nämligen.

Efter snart åtta år som redaktör för Svensk Cardiologi har ni ohejdat kunna följa mina tankar i min hjärna men



Christer Höglund
Redaktör

”Mina största gratulationer till Svenska Cardiologföreningen!”

överläkare på kardiologkliniken. Inne i hans rum ”klättrade” det över 200 igelkottar (porcelain) och efter några besök förklarade han allt om hibernering. Han är en kollega med många kunskaper inom olika kunskapsområden och han är ytterst lämplig att beskriva bildandet av Svenska Cardiologföreningen.

Docent Stig Persson, bördig från slätten utanför Lund, har en sångröst som glatt många kardiologer i Sverige. Han har också intresserat sig för undervisning och skrivit en mycket uppskattad lärobok i kardiologi. Vem är därför bättre lämpad att skriva om undervisning än vår hedsledamot?

Professor Lars Rydén – Mister Kardiologi – är en del av

också inom en mängd olika områden i kardiologi. Visst har det också varit spännande att höra att så många blivit vän med sin olivolja och fler blir det. Det låter som ljuv musik för en livsnjutare.

Det är med stor glädje jag kan presentera detta nummer som har kunnat bli möjligt med stor hjälp av Hjärt-Lungfonden. Ett stort tack.

Mina största gratulationer till Svenska Cardiologföreningen på 60-årsdagen!

Enjoy life!

SVENSK CARDIOLOGI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Per Tornvall
adress: Hjärtkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna,
171 76 Stockholm
tel: 08-585 800 00
e-post: per.tornvall@karolinska.se

REDAKTÖR

Christer Höglund
adress: cityheart, Sveavägen 17, 8tr, 111 57 Stockholm
tel: 08-546 91 000
fax: 08-546 91 001
e-post: kidde.noninvas@pi.se

PRODUKTION

Greenwood Communications AB
adress: Box 49021, 100 28 Stockholm
tel: 08-411 85 11
fax: 08-411 07 14
projektansvarig: Elisabet Tapio Neuwirth, vikarierande
(elisabet@greenwood.se)
layout: Jessica Bladh (jessica@greenwood.se)

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.svenskacardiologforeningen.org/foreningen/
medlemskap

ADRESSÄNDRING

CASAB: www.svenskacardiologforeningen.org
fax: 08-644 14 00
VIC: www.v-i-c.nu e-post: ulf.nilsson@vll.se

Den kardiologiska utbildningen – va



Professor Malte Ljungdahl i kretsen av medicinska kliniken underläkare i mitten av 1940-talet. Från vänster Hans Krook, Hans Östberg (svärson till Malte Ljungdahl), Yngve Nilsson, Edvard Ljungberg (tf överläkare i perioden mellan Malte Ljungdahl och Jan Waldenström), Malte Ljungdahl själv, Ole Berg, ej identifierad person, Inge Edler (välkänd ultraljudsforskare), ej identifierad, samt Hjalte Hulthén. Fotot kommer från boken "Från lasarett till universitetssjukhus. En hundraårskrönika om Universitetssjukhuset MAS.

Vi lever i en föränderlig värld. Det som var sant i går är ofta inte sant i dag, och dagens sanning behöver inte gälla i morgon. Utvecklingen pågår oavbrutet och leder till ständiga behov av omvärderingar – inte minst inom kardiologin. Stig Persson tittar både bakåt i historien och framåt.

Vem kunde fram till början av 1990-talet, då nitroglycerin fortfarande var kontraindicerat vid hjärtinfarkt, tro att man före sekelskiftet skulle ge intravenöst nitro till de flesta infarktpatienter? Vem kunde för tio, femton år sedan tro att beta-blockerare skulle få en solklar indikation vid hjärtsvikt, för att ta några exempel bland många? Och – tanken har ofta drabbat mig – om man på 1960- och -70-talen, då man som värnpliktig bataljonsläkare öste minst tre till fyra gram acetylsalicylsyra dagligen över alla bassar som klagade över förkylning eller ryggont; om man då hade föreslagit att ge 75 milligram dagligen till alla kärlsjuka patienter – ja, då hade nog läkarlegitimationen hotats.

Har man, som jag själv, dristat sig till att skriva en lärobok inom medicinen blir man ständigt påmind om detta faktum. Den första upplagan av boken "Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna" kom ut 1982. Det är

bara att konstatera att den vill man helst inte kännas vid – den innehåller inte mycket som representerar den kardiologi som bedrivs i dag, och den gör därför störst nytta genom att förpassas till papperskorgen eller, i bästa fall, till ett medicinhistoriskt bibliotek. Författarens tröst ligger i att den sjätte upplagan nu är på väg, och att resan dit medfört

ett angenämt tvång att hela tiden bevaka och följa med i utvecklingen för att kunna leva upp till kravet på att hålla boken up to date.

Kardiologin under utveckling

Den närmast explosionsartade utvecklingen, som vi hela tiden måste ta del av och omsätta i det dagliga praktiska arbetet, gäller inte bara

Den närmast explosionsartade utvecklingen gäller våra behandlingsmöjligheter, diagnostiska resurser och inte minst, vår syn på de patofysiologiska skeendena.



d har krävts och hur har det gått?

våra behandlingsmöjligheter utan i lika hög grad våra diagnostiska resurser och, inte minst, vår syn på de patofysiologiska skeendena. Den kardiologiska farmakologin omfattade på 1950-talet, då min egen medicinska bana startade, några digitalispreparat, kinidin, nitroglycerin och mot slutet av decenniet de första tiaziderna. 1960-talet blev betablockerarnas decennium, 70-talet kalciumantagonisternas, 80-talet ACE-hämmarnas. Sedan har med allt tätare mellanrum lanserats allt mer effektiva statiner, AII-blockerare och andra kärlaktiva ämnen. På 1980-talet revolutionerade trombolysen infarktbehandlingen och har följts av andra trombocytaktiva terapimöjligheter. PCI introducerades på allvar i vårt land först under senare delen av 1980-talet och invasiv behandling av akut hjärtinfarkt har väl fortfarande inte fullt ut blivit var mans egendom. Ekokardiografins imponerande utveckling saknar egentligen bara en enda ingrediens – ett Nobelpris i medicin och fysiologi till föregångsmännen Inge Edler och Helmuth Hertz. Datortomografin och magnetresonansen nobelprisbelönades i all ära, men de kommer aldrig att uppnå ekokardiografins lättillgänglighet. Det är också värt att uppmärksamma hur vår syn på hjärtsviktens patofysiologi drastiskt förändrats, bland annat genom ökade kunskaper om det neurohumorala samspelet mellan hjärta och periferi, och inte minst hur kunskaperna om kärlväggens och aterosklerosens dynamik har förändrat vår syn på de åderförkalkade blodkärlen som stela cementrör till vad vi i dag känner som högaktiva organ med förmåga att såväl producera som reagera på mängder av kärlaktiva ämnen. Uppräkningen av vad utvecklingen har givit oss kan göras lång.

Mot denna bakgrund behöver behovet av en gedigen utbildning och fortlöpande vidareutbildning för den kardiologiskt verkssamma läkaren knappast ytterligare poängteras. Hur har då detta behov tillgodosetts genom åren?

Först som sist kan slås fast att sjukvårdshuvudmännen på ett flagrant sätt har åsidosatt det ansvar man rätteligen skulle ha kunna avkräva dem. Fortbildning utanför den rena läkar- och specialistutbildningen som initierats och genomförts av stat eller landsting har varit utomordentligt sällsynt genom åren. Uppenbarligen har man från huvudmannahåll förlitat sig till och varit nöjd med att andra engagerat sig i dessa nödvändiga aktiviteter. En blick i backspegeln avslöjar tydligt

Ekokardiografins imponerande utveckling saknar egentligen bara en enda ingrediens – ett Nobelpris till föregångsmännen Inge Edler och Helmuth Hertz.

att läkemedels- och den medicintekniska industrin i stället har iklätt sig ett självpåtaget ansvar för läkarkårens fortbildning, det vill säga fram till dess att detta i stort sett omöjliggjordes genom det avtal som trädde i kraft för några år sedan mellan Landstingsförbundet, Läkarförbundet och läkemedelsindustrins samarbetsorgan. Givetvis fanns en uträkning med detta engagemang från industrins sida – kurser och symposier ordnades ofta kring ett företagsrelaterat tema, men så gott som alltid gavs utrymme för ett brett kunskapsutbud som omfattade betydligt mer än det aktuella företagets intressen i sammanhanget.

Jag vill nog påstå att jag undantagsvis har upplevt någon mer påträngande reklam i störande mening eller en alltför tillrättalagd information i samband med sådana utbildningar. Som flitig föreläsare i sammanhanget kan jag inte påminna mig att jag någonsin utsatts för påtryckningar för att gå andras ärenden i stället för mina egna – det vill säga att förmedla kunskap på ett objektivt och helt obundet sätt.

Stjärnföreläsningar

Var och hur kommer då vår egen specialistförening, Svenska Cardiologföreningen, in i bilden? Botaniserar man i vårt eget ännu inte helt uppordnade arkiv kan man konstatera att föreningen utan tvekan har tagit ett stort ansvar för den kardiologiska fort- och vidareutbildningen i landet. Det tog dock ett antal år innan denna verksamhet tog fart. I mötesprotokoll från åren 1947 till 1965, då föreningen hette Svensk Förening för Cardiologi, redogör man för att det vid de månatliga mötena så gott som alltid hade ett eller flera föredrag över aktuella teman inom vårt ämnesområde, vanligen hållna av de egna medlemmarna. Ett problem var dock att mötena alltid avhölls i Stockholm och därför sannolikt inte var till så stor direkt nytta för kollegor med intresse för

hjärtsjukdomar i landet i övrigt. Protokollen anger att mellan 25 och 40, ej namngivna, läkare deltog, och det finns nog anledning att förmoda att de flesta av dessa var verksamma i och i närheten av huvudstaden.

Från och med början av 1960-talet kan en ökad aktivitet vad gäller utbildningsfrågor märkas inom föreningen. Redan 1961 tillkom de så kallade Gustav Nylin-föreläsningarna genom en donation till Svenska Läkaresällskapet. De fick arrangeras genom Cardiologföreningens försorg vart tredje år och har möjligheten att många internationella kardiologcelebriteter har fått förmedla sina budskap till ➤

Utvecklingen inom kardiologin går ständigt framåt

1950-talet

- Digitalispreparat
- Kinidin
- Nitroglycerin
- Tiazider

1960-talet

- Betablockerare

1970-talet

- Kalciumantagonister

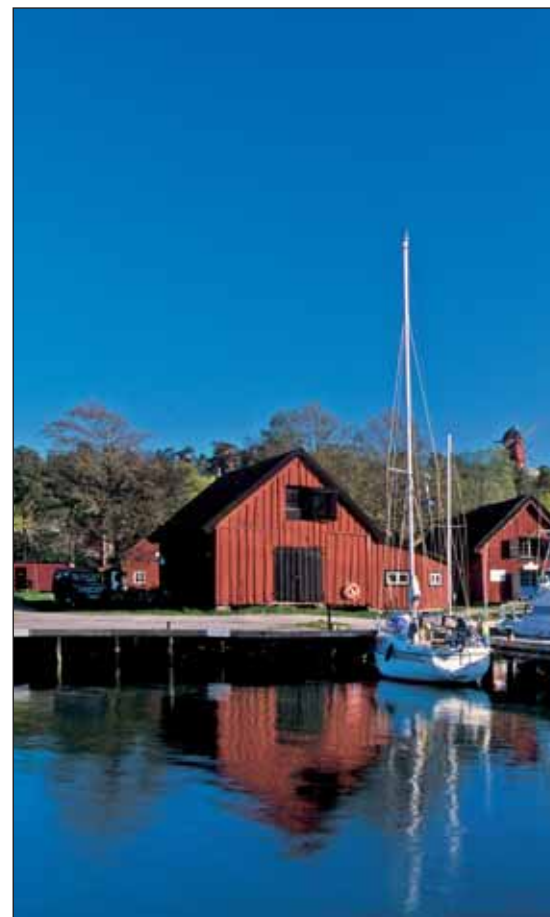
1980-talet

- ACE-hämmare
- Trombolys
- PCI
- Invasiv behandling av akut hjärtinfarkt



Foto: MATTIAS JONSSON

Riksgränsen.
Under många år arrangerades flerdagarskurser på olika platser i landet, ofta valda så att utbildningen kunde varvas med andra aktiviteter, gärna av fysisk art i naturskön miljö.



► de svenska kollegorna. Den förste att beträda scenen var Irving Wright från New York, som talade om "*A critical evaluation of the treatment of arteriosclerosis*". Man kan med fog anta att denna föreläsning från tidigt 60-tal hade ett innehåll som var väsensskilt från vad en föreläsning med samma titel skulle förmedla i dag. Dock var presentationen med all säkerhet högklassig med den tidens mått mätt. Wright har följts av många stora namn både från in- och utlandet, och Gustav Nylin-föreläsningarna har genom åren bidragit som en tongivande institution till den kardiologiska utvecklingen i landet. Från och med mitten av 1990-talet återkommer dessa föreläsningar årligen i samband med Vårmmötet som sedan några år genomförs i Svenska Hjärtförbundets regi.

En annan föreläsningsserie som rönt stor uppskattning är RHL-föreläsningarna som tillkom 1976 sedan Cardiologföreningens styrelse kontaktat Riksföreningen för Hjärt-Lungsjuka om stöd för återkommande "stjärnföreläsningar". Riksstämman fick bli arenan för dessa evenemang. Först ut på scenen var Jean-Pierre van Durme som 1976 föreläste om "*Malignant arrhythmias and sudden death*". Året därpå var det Desmond Julians tur att äntra talarstolen och sedan har många celebriteter som exempelvis Milton Packer, Eric Topol och Douglas Zipes avlöst varandra. År 1985 fick man emellertid mässfall, då



Foto: OVE NILSSON

Utö, Stockholms skärgård.

Magdi Yacoub från Harefieldsjukhuset utanför London tvingades utebli för att genomföra en hjärtransplantation på hemmaplan. Året därpå gick det bättre, då han ostörd kunde genomföra sin föreläsning "*Cardiac transplantation – state of the art*". I början av 1990-talet faller benämningen NHL-föreläsning bort ur Riksstämmeprogrammen och ersätts med den mer obundna titeln Gästföreläsning. Även under denna rubrik har en mängd tunga internationella kardiolognamn fått delge de svenska kollegorna sina forskningsresultat och sin syn på den kardiologiska utvecklingen.

Utbud på svensk mark

På 1970-talet tog verksamheten med att anordna kurser i Cardiologföreningens regi fart på allvar. 1978-79 genomfördes sådana bland annat i samarbete med Svensk Förening för Klinisk Fysiologi. Det kom så småningom att handla om flerdagarskurser på olika platser i landet, ofta valda så att utbildningen kunde varvas med andra aktiviteter, gärna av fysisk art i naturskön miljö. Som exempel kan nämnas kurserna på Utö, där den första hölls 1979 med internationell medverkan av Alfred Pick och Richard Langendorf. Kursen hölls i sin helhet på engelska och betitlades "*Advanced electrocardiology: interpretation of complex arrhythmias*". Den har sedan följts av flera femdagars postgraduate-kurser på Utö, vanligen

med svensk ledning och därför på det inhemska språket. Ett flertal kurser kring ekokardiografi som hållits på Skepparholmen i Stockholm har lockat många kollegor. De har genom att vara mycket välordnade med ett givande, praktiskt inriktat innehåll rönt en välförtjänt stor uppskattning. Kurser med ekokardiografiskt innehåll har också arrangerats vid flera tillfällen i Karlstad, också dessa populära genom sin praktiska inriktning.

Redan 1980 planerades en samnordisk kardiologisk efterutbildningskurs i Riksgränsen, men den fick dessvärre ställas in på grund av dåligt gensvar från de övriga nordiska länderna. I stället genomfördes kurser i Riksgränsen i helsvensk regi under ett antal år från och med 1982. Kurserna hade genomgående ett brett innehåll för att kunna täcka så mycket som möjligt av kardiologiska aktualiteter. Man började vanligen med ett morgonpass mellan klockan 8 och 10.30. Sedan vidtog fysisk spontanaktivitet, för de flesta i skidbacken, fram till 16.00, då nästa utbildningspass tog vid. Efter en god och närande middag vid 19-tiden var alla i utmärkt form för livliga och givande diskussioner kring förutbestämt tema. Dessa var sällan slut före klockan 23 – således ett fulländat utnyttjande av tiden! Samma kursupplägg gick för övrigt igen även i andra sammanhang, bland annat vid liknande kurser i Hemavan 1994 och 1995.

Själv har jag i gott minne den första Riksgränsenkursen, som genomfördes under pågående flygstrejk 1982. Resan fick företas med tåg till Umeå och därifrån i buss till Riksgränsen. De inställda flygen hade gjort att tågen norr om Umeå var överfulla. Några sydsvenskar, bland annat jag själv, led av vanföreställningen att i Umeå, där var vi väl nästan framme. En blick på kartan upplyste oss om att vi i själva verket bara var ungefär halvvägs, vilket gjorde oss en aning nedstämda. Den långa tåg-/bussresan hade dock det goda med sig att vi föreläsare var sällsynt väl förberedda – man hade ju inte mycket mer att göra än att läsa på och ordna sina bilder.

Internationella kontakter

Svenska Cardiologföreningen har alltid riktat ögonen utåt och uppmanat sina medlemmar att med liv och lust delta i internationella kongresser och symposier. De årligen återkommande mötena med European Society of Cardiology, American Heart Association och American College of Cardiology, som har vuxit till jättearrangemang med närmare 30 000 deltagare, har lockat åtskilliga svenska kollegor genom årens lopp. Deras enorma utbud med upp till 25 parallella sessioner har nog gjort att många drabbats av svår beslutsvanda – vilken ska jag besöka nu? De allra flesta har dock säkert kunnat återvända hem med nyttig lärdom i bagaget, kanske framför allt genom de mer övergripande och praktiskt inriktade symposier som alltid finns i programmen, och inte minst genom de "hot line"-sessioner som presenterar senaste nytt från den kliniska forskningsfronten. En viss nedgång i det svenska deltagarantalet har tyvärr kunnat förmärkas sedan det tidigare omtalade avtalet med läkemedelsindustrin kraftigt försvårat eller omöjliggjort extern sponsring av resorna. Mindre och mer specialinriktade symposier kring begränsade ämnesområden, ofta arrangerade av samma stora kardiologföreningar, har för många varit väl så lockande som de årliga kongresserna. Ett mycket inbjudande resmål för kunskapstörstande kardiologer har sedan första hälften av 1990-talet varit European Heart House i Sophia Antipolis nära Nice i Frankrike. Där har man ett stort och väl upplagt kursutbud varje år, och deltagandet kan underlättas av stipendier som är direkt öronmärkta för vistelsen där.

För svensk kardiologis del har de internationella kontakterna vid några tillfällen också tagit sig uttryck i samarrangemang med andra länders kardiologföreningar. Exempelvis ägde ett mycket uppskattat "joint meeting" med den engelska kardiologföreningen rum 1975, lyckat ur såväl veten-

► skaplig som social synpunkt. Ett annat väl genomfört möte var ett nordiskt arytmsymposium 1981. Vi ska i sammanhanget inte glömma de nordiska kardiologmötena som vandrar runt mellan Sverige, Norge, Danmark, Finland och på senare tid även Island. Kvaliteten på dessa har varit ganska varierande genom åren. En något begränsande faktor är att de måste genomföras på engelska, framför allt genom finnarnas deltagande. En oomtvistad erfarenhet är att detta i hög grad begränsar och hämmar frågor och diskussioner i samband med föreläsningarna. Vi nordbor är utan tvekan mest talföra då vi får tala vårt eget tungomål. Inte desto mindre har mötena genom åren lockat många svenska kollegor till god vetenskaplig och inte minst trevlig social samvaro.

Specialistutbildningen

Men det är inte bara genom kurs- och symposieverksamhet som Kardiologföreningen har bidragit till att föra den kardiologiska utvecklingen vidare. Att först få till stånd och sedan vidmakthålla en gedigen specialistutbildning

behovet av denna form av utbildning långt ifrån alltid kunde tillgodoses.

1985 tillsatte så regeringen en utredning om läkares specialistutbildning, LSU 85. Här kom en stor insats att göras från såväl Läkarförbundets som Läkaresällskapets och specialistföreningarnas sida. Kardiologföreningen lade ned mycken möda på att utforma en så detaljrik och konsekvent målbeskrivning som möjligt för den framtida kardiologiska specialistutbildningen. Resultatet av LSU 85 blev att AT-utbildningen förlängdes med tre månader till 24 månader och att den tidigare tidsfixerade specialistutbildningen ersattes av en mer flexibel specialiseringstjänstgöring (ST). NLV-kurserna ersattes av SK-kurser, och deltagande i ett bestämt antal kurser blev obligatoriskt i utbildningen. För att genomföra SK-kurserna krävdes ett fortsatt engagemang från arrangerande kliniker, ungefär på samma sätt som under NLV-kursernas tid. Tyvärr innebar förändringen också att en tendens till minskning av kursutbudet kunde förväntas. De ansvariga klinikernas engage-

lämpligen ännu bättre förberedd. Intresset för att genomgå specialistexamen har genom åren tyvärr inte varit överväldigande. En förklaring är säkerligen att sjukvårdshuvudmännen varit njugga med att erkänna värdet av att ha examinerade specialister i sin tjänst – lönepåslaget har oftast varit minimalt eller helt uteblivit. En avsikt med att införa specialistexamen var att den skulle utgöra en merit vid tjänstetillsättningar och en annan att underlätta ett internationellt läkarutbyte, i varje fall inom Europa. Nu efter snart 20 år kan man tyvärr konstatera att dessa ambitioner långt ifrån har infriats fullt ut.

Gott hopp inför framtiden

Mycket har således gjorts såväl från Kardiologföreningen som från dess medlemmar för att vidmakthålla och ständigt vidareutveckla den kardiologiska kompetensen i landet. Det ska dock poängteras att stöd utifrån ingalunda har saknats. Det stora intresse som de större läkemedels- och medicintekniska företagen visat för att, som redan nämnts, genomföra kurser och symposier

Föreningen har utan tvekan tagit ett stort ansvar för den kardiologiska fort- och vidareutbildningen i landet.

har genom åren engagerat styrelsen liksom många kardiologkollegor med intresse för utbildning och undervisning. Svenska Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet initierade redan i slutet av 1960-talet Nämnden för läkares vidareutbildning som under 1970- och -80-talen samordnade så kallade NLV-kurser på nationell bas. I utformningen av dessa engagerade sig Kardiologföreningen, liksom andra specialistföreningar, mycket aktivt för att hjälpa till med att förbättra och utveckla specialistutbildningen. Tillvägagångssättet var att olika kliniker, huvudsakligen de som redan var engagerade i medicinarutbildningen, föreslog innehåll i kurserna genom ansökan hos NLV, som sedan valde ut och fördelade kursverksamheten över landet. Respektive klinik fick sedan ansvar för arrangemang och genomförande. Programmet måste alltid vara up to date, vilket givetvis starkt bidrog till att kursdeltagarna och de arrangerade klinikerna, som måste servera det aktuella kunskapsutbudet, kom stärkta ur engagemanget. Det handlade inte bara om kurser för blivande kardiologer. Översiktskurser i kardiologi för bland andra blivande internmedicinare och allmänläkare var mycket populära, och det kunde förekomma 140 till 150 sökande till kurser med 25 platser. Resurserna hos NLV var begränsade, varför

mang har dock inte sviktat genom åren. På de kliniker som bedriver specialistutbildning har, utöver klinikchefen, även andra specialister blivit engagerade i ST-utbildningen genom att fungera som handledare med ansvar för att kraven i målbeskrivningen uppfylls av den enskilde ST-läkaren. Det torde inte råda något tvivel om att detta utbildningssystem har höjt kvaliteten på specialistutbildningen på ett såväl önskvärt som nödvändigt sätt.

En annan följd av LSU 85 var att man införde begreppet specialistexamen, som dock inte blev obligatorisk utan krävde ett frivilligt individuellt engagemang, något som gäller fortfarande. Kardiologföreningen var en av de första specialistföreningarna som införde specialistexamen. Den första ägde rum i Linköping 1988. Den har sedan återkommit i stort sett varje år och förlagts till olika utbildningsjukhus i landet, varierande år från år. Genomförandet kräver ett stort engagemang inte bara från examinand utan också i högsta grad från de ansvariga kollegorna. Examinationen omfattar vanligtvis två dagar och innehåller såväl praktiska prov som skriftlig och individuellt muntlig tentamen. Det är långt ifrån givet att det hela slutar med en godkänd examen, men ingenting hindrar att man återkommer nästa år, då

understryks av det faktum att ett flertal företag även bidragit med stipendier för såväl forskning som utbildning inom och utom landet. Genom dessa har många framför allt yngre kollegor fått hjälp med och stimulans för sin förkovran, vare sig det gäller ren forskning eller utbildning med speciell inriktning inom kardiologin. Det finns all anledning att rikta en varm tacksamhetens tanke till dessa insatser från den privata företagsidan.

Slutligen känns det tillfredsställande att blicka tillbaka på Kardiologföreningens 60-åriga tillvaro, ställa den vid sidan av den samtidiga närmast explosionsartade utvecklingen inom alla kardiologins områden, och konstatera att den förra med framgång har svarat mot de höga krav på utbildning och vidareutbildning som den senare ställt under årens lopp. Att engagemanget och aktiviteten inom utbildningsområdet inte tycks ha mattats hos föreningen och dess medlemmar under senare år ger oss ett mycket gott hopp och en stor förtröstan inför framtiden. Behovet av en fortsatt högkvalitativ utbildning inom kardiologin kommer med all säkerhet inte bara att bestå utan snarare att accelerera under kommande år. ■

*Stig Persson,
docent i kardiologi och
författare.*



De första 50 åren – 1947-1997

Bengt W Johansson har dammat av protokoll och brev från tiden då Svenska Cardiologföreningen såg dagens ljus. Idel ädla herrar från den svenska och internationella arenan lyfts fram i ett eko från förr.

Svenska Cardiologföreningen konstituerades den 30 oktober 1947. Svensk kardiologi föddes den 27 september 1859 – eller kanske redan 1775.

Beskrivning av hjärtinfarkt

Bakgrunden till att svensk kardiologi föddes 1859 är att den första detaljerade kliniska och patologiskt-anatomiska beskrivningen av en hjärtinfarkt ägde rum 27.IX.1859 i Svenska Läkaresällskapet. Fallbeskrivningen presenterades kliniskt av PH Malmsten och patologiskt-anatomiskt av GWJ von Düben. Hjärtinfarkt var så sällsynt att ett enstaka fall ansågs värt att presentera. Beskrivningen innehöll ett flertal – även ur dagens synvinkel – aktuella karaktäristika: den uppträdde kort tid efter ett psykiskt trauma i form av hustruns bortgång,

var initialt atypisk – förkylning är fortfarande en vanlig lekmanaförklaring och även doktorer gör ej sällan denna feltolkning av hjärtsvikt betingad av hjärtinfarkt – och komplicerades med en hjärtruptur.

Bakgrunden till året 1775 ovan är följande:

Svenska Cardiologföreningen ville fira 100-årsminnet av den första väldokumenterade hjärtinfarktbeskrivningen av Malmsten och von Düben och inviterade professor Erik Warburg från Köpenhamn, som i sin presentation påpekade att mötet utan större överdrift skulle kunna kallas ett 174-årsminne. Han syftade då på en annan svensk beskrivning, som kom redan 1775. Det var Peter Gustav Tengmalm, som i sin avhandling i Uppsala redogjorde för ett fall av myomalaci och hjärtruptur.

Att hjärtinfarkt vid denna tid var sällsynt framgår av att nästa fall- ➤

Den första detaljerade kliniska och patologiskt-anatomiska beskrivningen av en hjärtinfarkt ägde rum 1859 i Svenska Läkaresällskapet. Hjärtinfarkt var så sällsynt att ett enstaka fall ansågs värt att presentera.



Gunnar Biörck, Edgar Mannheimer, Lars Werkö och Gustav Nylin blev den grupp som tog initiativ till en kardiologförening.

Den första sammankomsten äger rum måndagen den 28/4 kl 19.30 på Svenska Läkaresällskapet (lilla salen).

► presentation kom nästan 20 år senare, och detta trots att Malmsten och von Dübens beskrivning översatts till tyska – det då ledande medicinskt/vetenskapliga språket – och publicerades i, som titeln anger, den ansedda Preussische Medizinal-Zeitung. Neue Folge. IV. Jahrgang, sid 270-271. Berlin 1861. Den svenska publikationen översattes också till engelska och publicerades i BMJ 1982;284:88 ff med avsikt bland annat att avslöja andra hittills ej observerade fallbeskrivningar, dock med negativt resultat.

Att hjärtinfarkt fram till första delen av 1900-talet var ovanlig framgår av de frekvenssiffror som förutvarande generaldirektören för den tidigare Medicinalstyrelsen – Arthur Engel – presenterade för Boden, Falun och Serafimerlasarettet. Det kunde gå flera år på 1930-talet utan att diagnosen hjärtinfarkt ställdes vid en så stor medicinklinik som den i Falun. På min fråga vid Engels föreläsning i Malmö över detta material, om den låga incidensen kunde bero på att doktorerna inte kände till hjärtinfarkten och dess klinik fick jag ett mycket enfatiskt svar, att så inte var fallet. Engel påpekade att Erik Warburgs och Anton Jervells monografier kommit 1930 i Danmark respektive 1935 i Norge. Dessa hade i hög grad stimulerat intresset för hjärtinfarkts klinik och man var därför mycket inställd på att finna fall av hjärtinfarkt men utbytet blev magert.

Ytterligare stöd för att hjärtinfarkt var sällsynt för ett knappt sekel sedan kan hämtas från malmöstatistik. Vi har i Malmö en unik möjlighet att över mer än ett halvsekel kunna följa hjärtinfarktincidensen i en definierad population, som betjänas av enbart ett sjukhus, där alla patientjournaler bevaras. Incidensen av förstagångsinfarkter ökar från 1935 till omkring 1980 då kurvan flackas av. Förvisso tillkom under 1950- och 1960-talen förbättrade diagnostiska hjälpmedel i rutindiagnostiken, i form av enzymanalyser med isoenzymbestämningar, ett ökat antal EKG-avledningar och radionuklider. Men när jag använde 1950 års diagnostiska hjälpmedel med enbart 4 EKG-avledningar I, II, III och V4, och inga enzymer på drygt 100-talet hjärtinfarkter, som diagnostiserades 1972, visade det sig att den ökning av hjärtinfarktfrekvensen som ägt rum under motsvarande tidsperiod, inte kunde förklaras enbart med hjälp av förbättrade diagnosmetoder.

Även om svensk kardiologi föddes med beskrivningen av hjärtinfarkt och ischemisk hjärtsjukdom i dag står i fokus för svensk kardi-

ologi, så var detta inte fallet när Svenska Cardioloföreningen kom till för 60 år sedan.

In statu nascendi

De uppgifter, som ligger till grund för den beskrivning av Svenska Cardioloföreningens tillblivelse, som jag redogör för i boken *Hjärtat - inblickar i svensk cardiolohistoria*, är baserade på artiklar av Gunnar Biörck, Harald Eliasch, Henrik Lagerlöf och Lars Werkö i olika tidskrifter, bland annat Läkartidningen, Nordisk Medicin och Nationalföreningens Kvartalsskrift. Detta är en fördel eftersom informationen kommer från "de som var med". Likväl saknar man de ursprungliga handlingarna med protokoll och uppgifter om hur diskussionerna gick. Det var därför som jag var ofin nog att rekommendera att Svenska Cardioloföreningen borde tillsätta en arkivarie. Alltså befann jag mig ganska snart som nyutnämnd arkivarie i källaren till GV:s Forskningsinstitut, där föreningens handlingar förvarades.

Det var onekligen med en viss känsla av förväntan, spänning och till och med vördnad som jag stod och betraktade de pappersbemängda hyllorna. Kontakt hade tagits med Riksarkivet som samarbetsvilligt lovat härbärgera arkivmaterialet, ordnat efter deras önskemål. Det tog inte så lång tid för att inse att det var en formidabel arbetsuppgift som jag tagit på mig. Den tog sig närmast sisyfosoida dimensioner.

Mer än en gång dök tanken upp att använda den metod som Herakles tog till när han fick i uppgift att mocka Augeias smutsiga stall. Trots att vattenledningarna i GV:s källare var i stort behov av översyn, var den herkuliska metoden inte användbar, eftersom arkivets redan gulnade papper med svag text då skulle helt förstöras. Arbetet fick därför fortskrida på sedvanligt sätt och skedde i nära samarbete med Svenska Cardioloföreningens styrelse, som med jämna mellanrum fick lägesrapporter med förslag till fortsatt verksamhet som regelmässigt godkändes, dels för att rapportören då ej behövde desavoueras, dels – och kanske minst lika viktigt – för att styrelsemedlemmarna inte skulle behöva ägna allt för mycket arbete åt detaljer. Till slut var arbetet slutfört och arkivhandlingarna transporterades till Riksarkivet, där handlingarna finns tillgängliga för hugade intressenter.

I arkivhandlingarna hittade jag bland annat kallelsen till ett första möte i en klubb för kardiologiskt intresserade kollegor. Gunnar Biörck, Edgar Mannheimer och Lars Werkö hade alla haft förmånen att efter

andra världskrigets slut i USA få studera nya metoder. Det var därför naturligt att just de blev den grupp som tog initiativet till en förening. Gunnar Biörck vill minnas att det var Edgar Mannheimer som på våren 1947 uppsökte Gustav Nylin och föreslog bildandet av en cardiologförening. Man gick försiktigt fram och tog steget över en informell cardiologklubb, som sammanträdde 28/4 1947. Inte bara för att visa hur mat- och spritpriser har infladerat, utan framför allt för att ge ett intryck av tidsandan och hur inställningen till det aktuella projektet tedde sig återges kallelsen in extenso:

"Årade kollega!

Cardiologiens utveckling på senare tid såväl internationellt som här i landet gör för varje dag behovet av ett forum för dem, som är särskilt intresserade av denna medicinska specialitet, mera trängande. Undertecknade ha därför velat försöka under blygsamma former samla cardiologer och för cardiologi intresserade kollegor till en klubb för regelbundet, informellt dryftande av gemensamma frågor rörande cirkulationssjukdomarnas diagnostik och terapi.

Den första sammankomsten äger rum måndagen den 28/4 1947 kl 19.30 på Svenska läkarsällskapet (Lilla salen), varvid G.Nylin talar om "Paul Whites syn på specialiseringsfrågan" samt om "Intryck från den andra interamerikanska cardiologkongressen i Mexico." Efter föredragen serveras enkel supé à kronor 7:30 (inkl. snaps o. kaffe).

Intresserade torde anmäla sig före den 25 april till G.Biörck, Södersjukhuset.

Stockholm den 12 april 1947.

*G. Nylin H. Berglund E. Ask-Upmark C. Crafoord
G. Jönsson E. Mannheimer"*

Från klubb till förening

Av "Protokoll fört vid konstituerande sammanträde med Cardiologiska Klubben på Läkarsällskapets lilla sal måndagen den 28 april 1947" undertecknat av Gunnar Biörck och justerat av Gustav Nylin, framgår att ett femtiotal intresserade deltog. Enligt §2 utsågs herr Nylin att såsom ordförande leda aftonens förhandlingar.

Mötet var väl förberett, något som framgår av Nylins bevarade "Koncept till anförande vid cardiologklubbens 1:a sammankomst 28/4". Nylin höll en kortare inledning till en öppen diskussion om den blivande klubbens uppgifter och avslutade sitt anförande med att föredraga en

översättning av Paul D Whites artikel "Cardiology as a specialty" (publicerad i American Heart Journal 1942). Nylin påpekade att förutom de som undertecknat kallelsen till mötet hade det bildats ett litet arbetsutskott bestående av Nylin, Biörck och Grewin men att det ingalunda var avsikten att försöka monopolisera cardiologin till gruppen på Södersjukhuset. Nylin underströk betydelsen av samarbete mellan representanter för olika specialiteter och samarbete inom specialiteterna mellan dess olika utövare. Nylin föreslog därför att han trodde det skulle vara lämpligt att utöka det lilla arbetsutskottet med några representanter för de kliniker eller institutioner som företrädde ett starkare intresse för saken.

Härefter diskuterades klubbens uppgifter och den lämpliga formen för verksamhetens ledning. Man beslöt att tillsätta ett arbetsutskott, som skulle representera olika synpunkter inom det cardiologiska arbetsfältet. Icke oväntat uppstod nu en diskussion om arbetsutskottets sammansättning. Slutligen enades man om att till arbetsutskottet utse herrar Sjöstrand, Mannheimer, Bjerlöv, Crafoord, Jönsson, Nylin och Biörck. På förslag av herr Lagerlöf beslöts utse en sammankallande ledamot, nämligen herr Biörck. Upptogs också frågan om namn å klubben och hänsköts denna fråga till det bildade arbetsutskottet. Även frågan om en eventuell årsavgift, ställd av herr Mannheimer, hänsköts till arbetsutskottet. Avslutningsvis tackade herr Nylin för det intresse som ägnats klubbens tillkomst. Därefter höll herr Nylin ett föredrag med ljusbilder från sin resa till den panamerikanska cardiologkongressen i Mexico och härefter intogs supé på Sällskapet.

Ovanstående formuleringar visar klart att de är extrakt ur ovan nämnda protokoll. Därmed torde det vara uppenbart för en nutida ung gringoläsare att formuleringarna i G V (Grönköpings Veckoblad som utkommer en gång i månaden) inte är så ålderdomliga som många kunde tro. Orsaken till att jag inte satt citationstecken kring exakta citat är att jag kortat ner den ursprungliga texten förutom att delvis omformulera den till dagens skrivsätt. I och med detta hoppas jag undvika den passionerade diskussion som nyligen utspelade sig i Sveriges sydliga nejder under temat: Vad är plagiat? Genom tidigare given referens till Riksarkivet står det var och en fritt att gå till källorna.

Den nystartade klubben visade sig snart vara både aktiv och livaktig, både nationellt och internationellt. Den 2/6 1947 närvaro ett 40-tal medlemmar och gäster för att på Södersjukhuset lyssna till professor J Lequime, Bruxelles, som talade om "The Reflex of Bainbridge in Human Physiopathology", herr Karnell om "Diagnosis of the Coarctation of the Aorta and Results from its Operative Treatment" och dr Mahaim som demonstrerade en serie histologiska snitt från His'ska buntens och retledningssystemet i ett fall av grenblock. Protokollföreläsaren Gunnar Biörck skrev också att herr Nylin i sin välkomsthälsning särskilt ►



Idel ädla män som var och en på sitt sätt har bidragit till den svenska kardiologins utveckling. Från vänster: Hilding Berglund, Bo Ewert, Clarence Crafoord och Sven-Ivar Seldinger.

► vände sig till dr F van Dooren, Bruxelles, dr P W Duchosal, Genève, dr Secheyne, Genève och dr Naef bland de utländska gästerna.

Den 5/8 kl 19.30 på Läkaresällskapet var professor E H Hoore från Johns Hopkin's Hospital, Baltimore, USA, inbjuden av Svenska Läkaresällskapets neurolog- och dermatologsektioner samt cardiologklubben att föreläsa om ämnet: "Penicillins betydelse vid behandling- en av tidig och sen syfilis."

Den 20 augusti 1947 kl 19.30 sammanträdde cardiologklubben på Södersjukhuset tillsammans med ett 25-tal medlemmar och gäster för att lyssna på professor Braun Menendez från Buenos Aires som redogjorde för sina senare forskningsresultat beträffande hypertoniens biokemi. I herr Nylins frånvaro, hälsade herr Biörck, tillika protokollfö- rare, alla välkomna och överlämnade ordet till professor v Euler, vil- ken gav en personlig och informell presentation av aftonens före- dragshållare.

Den 22 september kl 19.30, höll Cardiologklubben sammanträde på Kronprinsessan Lovisas Barnsjukhus med följande program:

1. A. Lichtenstein, "The distribution of our cases of congenital heart disease. 10 min."
2. Helen Taussig, "Some special group of congenital heart disease. 15 min. (Title not yet decided)."
3. G. Nylin, "Some words about aortic coarctation. Diagnosis and treatment. 10 min."
4. E. Mannheimer, "Further experiences of the hypoxia tolerance test of the heart in children. 10 min."
5. S. Eck, "Heart index or heart volume determination in the diagnosis in blue babies? 10 min."

Förutom dessa för en nystartad cardiologklubb anmärkningsvärt många (inter-)nationella vetenskapliga aktiviteter, hann klubbens arbetsutskott med ett viktigt grundläggande sammanträde 9/6 1947. Ur protokollet från detta sammanträde, undertecknat av Gunnar Biörck 11/7 1947, hämtas att de närvarande syntes eniga "därom att en mera organiserad form för sammanslutningen än en klubb vore önskvärd och att namnet Svensk förening för Kardiologi syntes att i första hand värt att överväga. Herrar Sjöstrand och Mannheimer framhöll, att Kardiologi bör stavas med K, herr Björck föredrog C." Styrelsens storlek diskuterades ingående. Sjöstrand ville ha en mindre styrelse, under det att "herr Nylin framhöll att om man vill göra en Svensk förening för cardiologi och eventuellt taga på sig ansvaret för ordnandet av en internationell kongress, måste styrelsen innehålla ett tillräckligt antal internationellt representativa svenska forskare." På denna punkt kunde man inte uppnå enighet och Sjöstrand såg då endast två alternativ att framlägga för klubben, nämligen:

- "1. en styrelse av mindre omfattning i enlighet med herr Sjöstrands mening.
2. en större representativ styrelse, sådan som herr Nylin skisserat."

Detta var förpostfäktningar till cardiologklubbens arbetsutskotts sammanträde 10/10 1947 på Södersjukhuset, i vilket deltog herrar Nylin, Crafoord, Jönsson, Mannheimer, Björck och Biörck, och med den sistnämnde som protokollskrivare. Vid detta möte var de närva- rande, enligt protokollet, "eniga om, att föreslå bildandet av en Svensk förening för cardiologi. Man enades också om att stava cardiologi med C med hänsyn till de internationella, anglo-saxiskt betonade kontak- terna". Man enades också om att föreslå bildandet av en styrelse på ungefär 10 personer med ett arbetsutskott inom styrelsen på 3-4 perso- ner för att handlägga mindre och löpande ärenden. "Det framhölls under diskussionen, att cardiologföreningens styrelse borde innefatta representanter för olika discipliner av cardiologiskt intresse. Sålunda



Hellmuth Hertz (t v) och Inge Edler (t h) med den första ultraljudsutrustningen, reflektoskopet Ultraschall-Impulsegerät, oktober 1953.

borde förutom invärtesmedicinare finnas representanter för bl a kirurgi, pediatrik, röntgenologi och fysiologi. Det vore vidare önskvärt att till styrelsen knyta representanter för universitetsstäderna och Göteborg."

Med anledning av den kritik som framförts mot förslag som fram- lagts vid cardiologklubbens arbetsutskotts sammanträde 10/10 1947 på Södersjukhuset, hölls ett nytt sammanträde på Svenska Läkaresällskapet den 21/10 1947, där herr Sjöstrand hade anmält för- fall på grund av sjukdom. Vid detta möte diskuterades bland annat stadgarna som utarbetats av Gunnar Biörck. Han hade i ett tidigare brev av den 13 oktober förklarat att "Stadgarna äro i all enkelhet kopierade på kirurgföreningens stadgar, vilka synt mig mest användbara, eftersom det binder verksamheten så litet som möjligt". Av särskilt intresse för dagens situation är att "man icke borde sammanblanda cardiologföreningens årsmöte med de övriga förening- arnas årsmöten utan i stället hålla detta vid en helt annan tidpunkt". Det kan noteras att både sammanträdet den 10/10 och 21/10 avslu- tades utan efterföljande supé.

Så har vi då kommit fram till det historiska mötet, den 30 oktober kl 19.30, då Cardiologklubbens medlemmar kallades till sammanträ- de på S:t Eriks sjukhus. Här beslutades att bilda en svensk förening för cardiologi samt att denna skulle begära anslutning till Läkaresällskapet som sektion för cardiologi. Man diskuterade också förberedelser för att planlägga för den internationella kongress för cardiologi, som möjligen kan komma att erbjudas Stockholm år 1950. Efter diskussion beslöts att "cardiologi skulle stavas med c med hän- syn bl a till frågan om internationell registrering av sällskapets namn och ev därifrån kommande publikationer".

Styrelsens sammansättning hade varierat när man jämför med tidi-

Herrar Sjöstrand och Mannheimer framhöll, att Kardiologi bör stavas med K, herr Bjerlöv och Biörck föredrog C.

gare protokoll. Efter diskussion beslöts att styrelsen skulle ha följande sammansättning:

Ordförande på 2 år G. Nylin
Sekreterare G. Biörck
Ledamot för 2 år Ewert, Göteborg
för 3 år L Werkö, Stockholm och för 4 år Mannheimer Stockholm
Till revisorer utsågs Sjöstrand och Sandblom

Uppenbarligen var stämningen god, eftersom man avslutar med supé.

Den nya föreningen var mycket aktiv med att sprida kunskap om sin födelse. Finland meddelade att där inte finns någon förening för cardiologi. Erik Warburg på Rigshospitalet i Köpenhamn var ingen vän av specialisering och skriver i ett svarsbrev till Nylin:

"Jeg var med till Gigtkongressen i Sommer, det var Forføngelighed og Aandsførførelse. Jeg frygter for Cardiologien, naar den bliver specialiceret men jeg forstaaer, at Udviklingen gaar den Vej og at jeg er et gammelt og konservativt Fjols, der blot ikke har villet lægge Ryg til at støtte dette.

*Med venlig hilsen til Dig og fru
Din hengivne
Erik Warburg"*

Den amerikanska reaktionen var desto positivare. American Heart Association Inc, skrev via sin Medical Director Charles A R. Connor: "It is indeed gratifying to us in this country to learn of this progressive step in Sweden". Och Louis N. Katz, President, med Richard Langendorf, Secretary, för III Interamerican Cardiolog Congress såg fram emot ett stort svenskt deltagande 13-17 juni i Chicago.

Bakgrund

För många yngre läsare, och säkerligen också för en del äldre, är åtskilliga av de namn som figurerat tidigare i den här artikeln inte eller enbart litet kända. Jag ska därför ge en kort beskrivning av de olika personerna med deras mycket skiftande personligheter. De stora herrarna lyckades på det hela taget – om än med en viss självdisciplin – samsas med varandra i cardiologföreningens tecken. Mellan deras yngre medarbetare var däremot kontakterna öppna och kamratliga. Låt oss börja sist i alfabetet.

Lars Werkö behöver ingen närmare presentation, varken hos yngre eller äldre läsare. Hans arbetsplats var på S:t Eriks sjukhus hos Hilding Berglund som tillsammans med Gustav Nylin på Södersjukhuset blev två av de mest dominerande gestalterna för tillkomsten av Svensk förening för cardiologi. Båda hade ett omfattande internationellt kontaktnät.

Berglund var beläst och intensiv och hade erfarenheter från många år i USA och Kina. Han hade på med klin IV initierat forskning på en rad områden, bland annat kardiologi, men var också intresserad av patienter med "vanliga sjukdomar mitt i kroppen". Werkö skriver att han också var en besvärlig person med ett hetsigt humör. Jag frågade en gång en närstående om Berglund tillhörde den grupp akademiker, ej

ovanlig varken i dag eller tidigare, som omfamnade en kollega med orden "Käre Bror" och samtidigt stack kniven i ryggen. Jag fick till svar att han stack kniven i ryggen direkt utan att ta omvägen med "Käre Bror".

Andra världskriget isolerade Sverige även vetenskapligt men Hilding Berglunds kontakter med USA gjorde att han med generalläkaren Lindsjös hjälp redan före krigets slut kunde anordna en föreläsningsserie vid svenska kliniker för professor Walter Bauer från Massachusetts General Hospital. Läkaresällskapet skickade en utbildningsdelegation till USA, dit även Gunnar Biörck och Lars Werkö åkte och där man lärde sig hjärtkateteriseringens möjligheter för hemodynamiska studier. Henrik Lagerlöf fick Berglunds sanktion att införskaffa nödvändig apparatur och hjärtkateterisering på patienter kunde börja. Lagerlöf och Werkö kunde 1949 publicera tekniken för att genom Pulmonary Capillary Pressure, PCV, få en för vänster för-mak typisk tryckkurva.

Gustav Nylin hade börjat som praktiker i Spånga och disputerat på blinda barns tillväxt. Han sammanflätade fysiologi och klinik på ett sätt som skulle visa sig bli mycket fruktbar. Hos honom arbetade bland annat Gunnar Biörck och Karl-Erik Grewin. Nylin hade goda internationella kontakter, inte minst i England och USA och ansågs där på goda grunder vara en stor man. I Sverige såg man det inte så. Att Nylins internationella anseende var stort framgick inte minst vid den andra Europeiska Cardiologkongressen, som hölls i Stockholm 1956 och där Nylin var president. Det var med en naturlig värdighet och grandezza som han imperatoriskt i ensamt majestät intog scenen för att för okunniga utfrågare förklara fördelarna med att beräkna den relativa hjärtvolymen.

Varken Nylin eller Berglund tilldelades en professur, vilket inte hindrade att de i internationell korrespondens ofta titulerades professor – ett inte helt okänt fenomen för internationellt kända svenskar som inte i hemlandet rönner samma uppskattning som i utlandet.

En kardiologisk smältdegel

Som framgår av det material som dokumenterar det arbete som ledde fram till bildandet av Svensk förening för cardiologi så var avsikten hela tiden att inte vara begränsad till den rena kardiologin utan ha öppna kontakter med angränsande aktuella discipliner, till exempel röntgen, klinisk fysiologi och thoraxkirurgi.

Som inkörsport till dessa discipliner må det tillåtas att räkna barn- ➤



Stig Radner utförde den första koronararteriografien på människa redan 1945.



Den helt första implanterbara pacemakern. Patienten överlevde både konstruktören och implantören.



Åke Senning (i mitten) opererade in den första helt implanterbara pacemakern, konstruerad av Rune Elmqvist (t v i bild). Till höger ses Arne H W Larsson.

► kardiologin där Mannheimer tillhörde det ledande skiktet. Edgar Mannheimer: denne store, naive, idealistiske entusiast, som det inte fanns plats för i vårt land och som miste sitt liv i det Afrika där han fann en ny och större uppgift, för att använda Gunnar Björcks karaktäristik. Mannheimer samarbetade med Sven Roland Kjellberg, den embryologiskt intresserade röntgenologen och Bengt Jonsson och Ulf Ruhde, vilket resulterade i en unik bok, den första där embryologi, patologisk anatomi, kliniska fynd, fysiologiska mätvärden och förstklassig angiografi sammanställdes till en organisk och logisk enhet. Boken hade ett omslag i blått och rött och var betitlad "Diagnosis of Congenital Heart Disease. A Clinical and Technical Study by the Cardiologic Team of the Pediatric Clinic, Karolinska Sjukhuset, Stockholm". På min första resa i USA skakade man förståelse på huvudet när jag frågade om man kände till en bok med nyssnämnda titel. Men "The Blue-Red Book" var lika välkänd som Mingografen.

Klinisk fysiologi är en annan disciplin med viktiga svenska bidrag. Även om klinisk fysiologi föddes på Södersjukhuset under Nylin's tid så var det senare – Nylin hade oturen att vara före sin tid: han var en klinisk fysiolog innan detta begrepp hade uppfunnits med Torgny Sjöstrand, kunnig och idérisk fysiolog, och hans disciplinar som klinisk fysiologi utvecklades.

Hjärtkirurgin centrerades först på Sabbatsberg sedan på Karolinska sjukhuset och leddes av Clarence Crafoord och hans team. Crafoord blev den förste att operera en förträngning på stora kroppspulsådern, coarctatio aortae. Crafoords personlighet bidrog till att han utan svårighet samarbetade med alla andra aktörer i det kardiologiska spelet i Stockholm, som var centrum för svensk kardiologi under Svenska Cardioloföreningens första skede.

Denna bakgrund är säkerligen en del av orsaken till att en nybildad Cardiolofklubb var så aktiv omedelbart efter starten. Vidare bidrog de ledande personernas goda internationella kontakter till att man lyckades få så prominenta föreläsare som framgår av de program som jag tidigare har detaljredovisat. Men säkerligen spelade andra faktorer också in. Forskningen vid denna tid försiggick under helt andra förhållanden än i dag. Entusiasmen, energin, uppfinningsförmågan och initiativkraften hos föreningsmedlemmarna behövdes förvisso. Hur många skulle i dag ställa upp på ett kvällsmöte, som började kl 19.30 och ofta drog långt ut på småtimmarna, även om syftet var behjärtansvärt och supé inklusive snaps och kaffe enbart kostade kronor 7:30? Tidsandan har ändrats avsevärt, inställningen till arbetstider likaså.

Det är lätt att associera kardiologins Stockholm efter andra världskriget till kulturens Berlin efter första världskriget: en sjudande, bubblande, kreativ smältdegel, som erbjöd otaliga chanser för många – men också undergång för kanske fler som inte kunde hävda sig i konkurren-

sen. Svensk kardiologi och Cardioloföreningen nådde sin höjdpunkt med den Europeiska Cardiolofkongressen i Stockholm år 1956 med Nylin som president.

Det har sagts att det då fanns en svensk kardiologisk skola med solid fysiologi i botten, den statistiska signifikansen som trosbekännelse och en påfallande tendens till samhällstillvändhet. Men på samma sätt som Tyskland bestod inte endast av Berlin så bestod svensk kardiologi inte enbart av Stockholm och detta var helt i Svenska Cardioloföreningens anda: redan vid konstituerandet ville man ha med representanter för centra utanför Stockholm. Mycket hände till exempel i Göteborg och detta redan innan Werkö tog kommandot där. Likaså i Skåne, Sveriges Peloponnesos. Stig Radner utförde den första koronararteriografi på människa redan 1945. Gunnar Björck flyttade till Malmö och etablerade ett nära samarbete med Helge B Wulff som med sitt team med hjälp av hypotermi gjorde den första operationen i Skandinavien på öppet hjärta, slutning av en förmaksseptumdefekt, strax innan Crafoord med sitt team använde hjärt-lungmaskinen för att plocka bort ett myxom.

I Lund etablerade Inge Edler samarbete med Hellmuth Hertz och utvecklade ultraljudtekniken till ett värdefullt diagnostiskt hjälpmedel, så värdefullt att det förärades Laskerpriset som har kallats för det amerikanska Nobelpriset. Många har undrat varför de inte har fått Nobelpriset för sina insatser. En förklaring som getts är att det, enligt formuleringen i Nobels testamente, ska tilldelas för en upptäckt. Och ultraljud fanns ju redan. Man kan då fråga sig varför datortomografi, CT, hedrades med ett Nobelpris. Teknikerna för CT fanns men applikationssättet var nytt.

1900-talets svenska kardiologi

Någon tid efter millennieskiftet fick jag i uppdrag av Svenska Cardioloföreningen att plocka ut namn på tio svenska kardiologer, som varit verksamma under 1900-talet. Avsikten var att Cardioloföreningen skulle presentera dessa namn för föreningens medlemmar, som skulle rösta fram vem de ansåg vara den främste svenska kardiologen under 1900-talet. Omröstningen resulterade i att Inge Edler fick detta hedersbetyg. Han fick resultatet kort tid före sitt fränfalle.

Redan vid 30-årsjubileet 1977 kunde man kanske ana att svensk kardiologi började trona på minnen från fornstora dar. Vid 40-årsjubileet blev detta markant, något som också uppmärksammades bland annat i USA. När Jan Sievers deltog i det årliga möte som anordnades av American College of Cardiology skrev han i en reseberättelse 1987 att avgående presidenten John Ross avslutade sitt inledningstal med ungefär följande mening:

"Trots att det finns många välutbildade kardiologer i Sverige, visar



det anförda vart hårt central- och budgetstyrd sjukvård kan leda även ett högutvecklat västland vad gäller inadekvat omhändertagande av patienterna". Jan Sivers hade betitlat sin rapport "Pinsamt för Sverige".

Även presidenten Lars Rydén och den vetenskaplige sekreteraren, Rolf Nordlander, medger i sin 40-årshistorik att det finns orosmoln. De konstaterar visserligen att Svenska Cardiologföreningen hedrades med att vara värd för den Europeiska Cardiologkongressen 1956 och de Skandinaviska Cardiologkongresserna 1976 (vilken jag som president fick äran att organisera; stort deltagarantal och efterföljande publikationer) och 1985. Föreningen deltog också i organiserandet av det fjärde "European Symposium on Cardiac Pacing" 1989. Nämnas bör också att de svenska och brittiska cardiologföreningarna höll ett gemensamt möte i Stockholm 1975, en gemenskapsmanifestation som upprepades i London.

Men Rydén och Nordlander skriver också, att det tycks som om Sverige numera har förlorat sin framträdande position inom kardiologi och anger som tecken härpå det minskade deltagarantalet i internationella vetenskapliga möten samt ävenledes bristen på resurser för omhändertagande av patienter med framför allt kranskärslssjukdom. Även om de betraktar inrättandet av professurer i kardiologi både vid Karolinska institutet och Lunds universitet (Göteborg hade redan fått den första professuren i kardiologi 1983) som goda födelsedagspresenter för Svenska Cardiologföreningen, så är det likväl så att den svenska kardiologin av i dag är en invärtesmedicinare med kardiologisk erfarenhet, snarare än en kardiolog mätt med internationell måttstock. Det är intressant att konstatera att denna tillbakagång ägde rum trots inrättandet av professurer i kardiologi under det att svensk kardiologis uppgång inklusive tillkomsten av Svensk förening för kardiologi, skedde utan någon akademisk professorlig förankring: den personliga entusiasmen och de enskilda aktörernas initiativ var avgörande komponenter.

Även om Rydén och Nordlander är medvetna om de mörka molnen vid horisonten så betraktar de dem som varningstecken, snarare än som äkta tecken på tillbakagång och förfall. De pekar på svensk kardiologis insatser inom det kardiovaskulära-farmakologiska fältet, något som gjorde det lätt att välja titeln "40 years with cardiovascular drugs" som tema för 40-årsjubileet.

Andra internationellt välkända svenska bidrag inom kardiologin kanske också bidrog till Rydéns och Nordlanders nostalgiska tillbakablick, till exempel seldingertekniken. Det är inte så många i dag, inte ens i Sverige, som tänker på att seldingertekniken är en svensk uppfinning, som fått sitt namn av en svensk röntgenolog, som sedermera flyttade till Mora. Eller att Åke Senning opererade in den första helt implanterbara pacemakern, konstruerad av Rune Elmqvist, något som var så framgångsrikt att för-

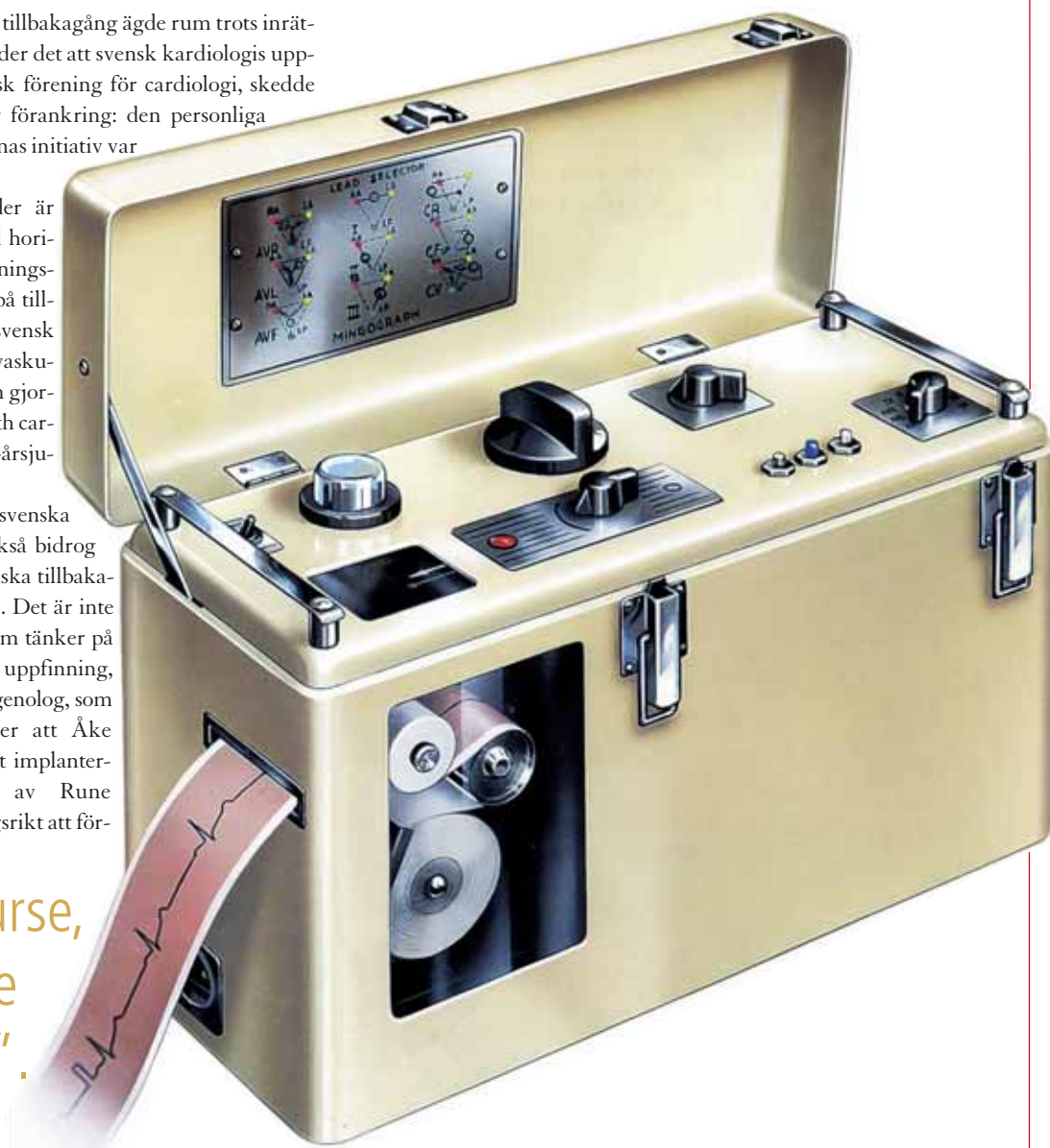
farandet renderade Senning en spontan applåd från auditoriet vid den thoraxkirurgiska kongressen i Los Angeles och att patienten överlevde både konstruktören och implantatören. Eller att Rune Elmqvists Mingograf inte bara dominerade den svenska marknaden utan också var välkänd och i flitigt bruk utomlands. Under min första USA-resa 1959 med besök och studier vid ett flertal kliniska centra, fick jag ofta frågan vilken EKG-apparat som vi använde. Ofta kom svaret från den frågande själv: "Oh yes, of course, you have the Mingograph".

Med tanke på ovanstående kan man hoppas på insatser för svensk kardiologi av entusiaster av samma kaliber som på 1940-talet, när Svensk förening för kardiologi bildades. Resultatet av internationella studier med viktiga svenska kontributioner pekar i denna riktning. Likaså tycks tilltron till svensk kardiologi vara i stigande, något som avspeglar sig i att Lars Rydén fick äran att presidera över en europeisk cardiologkongress och Sverige blev värd även för den Europeiska Cardiologkongressen 1997.

Men härom samt om dekadens efter Svensk Cardiologförenings 50-årsjubileum kan Lars Rydén utan hybris förtälja mer. ■

*Bengt W Johansson,
kardiolog och författare.*

Fotnot: Bilder är hämtade ur boken "Hjärtat – inblickar i svensk cardiologihistoria" skriven av Bengt W Johansson. Förlag: Historiska media i Lund.



"Oh yes, of course,
you have the
Mingograph".



”Lite mikroalbuminuri kan väl aldrig skada...?”

Visste du att risken för en diabetespatient med högt blodtryck att få en hjärt-kärlhändelse som till exempel en hjärtinfarkt eller stroke ökar med ungefär 30% om patienten samtidigt har mikroalbuminuri.¹

Visste du att Aprovel har indikationen ”Behandling av njursjukdom hos patienter med hypertoni och typ 2 diabetes som en del av en antihypertensiv behandling.”²

Visste du att med hjälp av Aprovel 300 mg till din diabetespatient med högt blodtryck kan du inte bara sänka blodtrycket effektivt³ utan även normalisera mikroalbuminläckage i ett av tre fall.⁴

Aprovel 300 mg – du kan förändra framtidsutsikten för din diabetespatient!

Referenser: 1. Hertz G., et al. JAMA. 2001;286:421-426. 2. www.fass.se 3. Neutel JM et al., J Clin Hypertens 2005;7:578-586. 4. Parving H-H., et al. N Engl J Med. 2001;345:870-878. **Aprovel är en AT₁-receptorantagonist med indikation:** Essentiell hypertoni. Behandling av njursjukdom hos patienter med hypertoni och typ 2 diabetes mellitus som del i en antihypertensiv läkemedelsregim. **Indikation för CoAprovel:** Essentiell hypertoni. Denna kombinationstablett är indicerad för patienter vars blodtryck ej är tillfredsställande kontrollerat på irbesartan eller hydroklortiazid i monoterapi. **Förpackningar:** Aprovel; 75 mg 28 st, 150 mg 28 st, 98 st, 300 mg 28 st, 98 st. CoAprovel; 150 mg/12,5 mg HCTZ 28 st, 98 st, 300 mg/12,5 mg HCTZ 28 st, 98 st, 300 mg/25 mg HCTZ 28 st, 98 st. För ytterligare information se www.fass.se

APROVEL®
(irbesartan) Tabletter
150mg 300mg

CO APROVEL™
(irbesartan hydroklortiazid) Tabletter
150/12,5mg
300/12,5mg

NYA
CO APROVEL™
(irbesartan/hydroklortiazid) Tabletter
300mg/25mg

Minskar patientens risk att drabbas
av nya ischemiska händelser.

Mer

skydd

idag

Indikationerna för insättande av behandling med Plavix (clopidogrel) är följande: Förebyggande behandling av atero-
trombotiska händelser hos: Patienter med hjärtinfarkt (från några få dagar till mindre än 35 dagar), ischemisk stroke
(från 7 dagar till mindre än 6 månader) eller etablerad perifer arteriell sjukdom. Patienter med akuta koronara
syndrom utan ST-höjning (instabil angina eller icke-Q-vågsinfarkt) inklusive patienter som genomgår stentbehand-
ling efter koronarangioplastik (PCI), i kombination med acetylsalicylsyra (ASA). Akut hjärtinfarkt med ST-höjning,
i kombination med ASA hos medicinskt behandlade patienter lämpliga för trombolytisk behandling. Plavix 75 mg
förpackas om 28, 50 eller 100 tabletter. För mer information se www.fass.se

Sanofi-aventis, Box 14142, 167 14 Bromma, 08-634 50 00
Bristol-Myers Squibb, Box 15200, 167 15 Bromma, 08-704 71 00, www.plavix.se

sanofi aventis



Bristol-Myers Squibb

Plavix

Clopidogrel 75mg

Ingen vill drabbas igen.

40 ÅR SOM HJÄRTLÄKARE – MINA ERFARENHETER



Röntgenrund vid Uppsala Akademiska Sjukhusets medicinklinik 1961.

Professor Erik Ask-Upmark framåtlutad på första raden med hjärtspecialisten Elis Mahlers till höger, docent Stina Björk till vänster och vid hennes sida blivande hjärtspecialisten Ebba Enghoff. Professor Folke Knutsson sitter till höger i bild med ryggen mot kameran och kandidat Rydén återfinns inringad långt bak till vänster.

Såväl despoter som förebilder har kantat Lars Rydéns karriär inom kardiologin. De viktigaste ingredienserna har dock varit hans brinnande intresse för kardiologins utveckling och vikten av ett gott ledarskap.

Att ha fått följa utvecklingen av svensk och internationell kardiologi under de senaste 40 åren är något att vara tacksam för. Att ha erbjudits en möjlighet att i någon mån vara en del av denna beror på chefers tillika förebilders generositet med erfarenheter och kunskaper kombinerad med viljan att stimulera sina medarbetare att lita på dem. En senare, minst lika viktig förutsättning har varit mina egna medarbetares och många andras, i olika positioner inom hälso- och sjukvården, vilja att i många sammanhang hjälpa till. Men om detta visste jag föga när jag hösten 1957 inledde mina medicinska studier vid Uppsala universitets Anatomiska Institution.

Nu ombedd att redogöra för och reflektera över mina fyra decennier som hjärtläkare har

jag valt att utgå från upplevelser från tjänstgöringsperioderna vid Falu lasarett, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Kärnsjukhuset i Skövde och Karolinska Sjukhuset och Institutet. Vad som där tilldrog sig kom att prägla min syn på svensk kardiologi och påverkade mitt och andras engagemang i den svenska kardiologins utveckling. Utgångspunkten för mina reflektioner kan alltså ligga långt tillbaka i tiden men, där det passat, har jag valt att diskutera inte bara ursprunget till ett händelseförlopp utan också dess fortsatta utveckling. Andra skildrar de stora framstegen inom kardiologin mer i detalj medan jag har valt att fokusera på utvecklingen av en modern, internationellt gångbar kardiologi i Sverige. Jag har försökt ge min syn på revirstriders nedbrytande kraft samt det goda ledarskapets stora

betydelse och även att förmedla att forskning är att värna om.

1960-talets kardiologi

Uppsala universitet 1957 – 1965 och Karolinska Institutet 1965

För dagens läkare kan det vara svårt att förstå hur kardiologin tedde sig i början av 1960-talet. Bilden från en röntgenrund på Akademiska sjukhuset visar hur professor Erik Ask-Upmark omgiven av sina överläkare, med underläkarna närmast bakom och de medicine kandidaterna längst bak får dagens röntgenbilder demonstrerade av professor Folke Knutsson, en av svensk radiologis förgrundsgestalter.

Det vi verkligen fick lära oss var att lyssna till och ta hand om patienter. Vad vi förmådde

OCH REFLEKTIONER

var emellertid ofta inte annat än att ge tröst och i viss mån lindring. Den kurativa behandlingen var inte särskilt välutvecklad. Att ifrågasätta auktoriteter var avsevärt svårare än nu. Den dåvarande kunskapsförmedlingen bidrog till att vi som rinnande vatten kunde redogöra för alla möjliga och omöjliga detaljer ur en patients sjukhistoria och laboratoriejournal men ifrågasättande blev vi i alltför liten utsträckning. Ett exempel – på den tiden vårdades hjärtinfarktpatienter till sängs under fyra till sex veckor och matades (!) under den första av dessa av tjänstvilliga sköterskelever och vårdbiträden för att inte belastas för mycket. Dödligheten var mycket hög, 30 till 40 procent. Åtskilliga dog, inte sällan plötsligt, när de så småningom tilläts stiga upp. Vad vi informerades om var att detta skulle ses som ett bevis för sjukdomens farlighetsgrad. Vid den tiden reflekterade man inte över sambandet: långvarigt sängläge, djup ventrombos, lungemboli och inte heller över att patienternas uttalade deconditionering kunde bero på sex veckor till sängs snarare än att den förorsakas av den fruktade hjärtinfarkten. Selektiva kranskärlsröntgenundersökningar utfördes första gången 1958 på Cleveland Clinics i USA och hade inte ännu nått Sverige. Tiazid-diuretika introducerades samma år. Vården bedrevs fortfarande i mångt och mycket enligt slutsatsen i den amerikanske hjärtläkarlegenden Paul Dudley Whites i början av 1930-talet utgivna första totalomfattande lärobok om hjärt-kärlsjukdomar. Hans sammanfattning av den terapeutiska situationen var "... and for all this there is only digitalis and rest". Inte undra på att jag och många med mig vid den tiden hade föga utvecklat intresse för kardiologi som framtida yrkesinriktning.

Dåtida despoter

Till detta kom att jag, liksom åtskilliga andra läkarstuderande med en ifrågasättande attityd, kommit ihop mig med professor Ask-Upmark, gudabenådad undervisare men stor despot. För min del ledde det till att jag inte ansåg det mödan värt att ens försöka sluttentura medicinkursen i Uppsala. Liksom åtskilliga andra vände jag mig till Serafimerlasarettet vid Karolinska Institutet där professor

Gunnar Björck med sina prominenta medarbetare Lars-Erik Böttiger och Harald Eliasch skapat ett avsevärt kandidatvänligare klimat och där en hel del av den moderna kardiologikutvecklingen i Sverige så småningom ägde rum. Sålunda blev jag medicine licentiat vid Karolinska Institutet efter flera års studier vid Uppsala universitet och en månads tjänstgöring samt en tentamen vid "Serafen". Läsaren kan naturligtvis fråga sig vad detta har med svensk kardiologi och dess utveckling att göra. Vad jag vill ha sagt är att undervisningsklimatet, åtminstone vid medicinkliniken vid Akademiska sjukhuset, fostrade till en förödande frånvaro av fritt tänkande och sunt ifrågasättande av så kallade "självklara sanningar". I dag är situationen bättre och kanske har bristande respekt för auktoriteter och grundmurad kunskap gått litet för långt, men mer om detta i det följande.

Om förebilder och ledarskap

Falu lasarett 1965 – 1969

Några månader som underläkarvikarie vid Falu lasarets medicinska klinik var tillräckligt för att jag skulle ge upp en tänkt kirurgkarriär och i stället ägna mig åt invärtes medi-

cin och kardiologi. Bakom denna önskan låg mötet med en mycket stimulerande person, professor Olle Hogeman. Förutom att vara en allmänskunnig invärtesmedicinare hade han ett speciellt intresse för kardiologi. På hans initiativ förfogade kliniken över alla vid den tiden tillgängliga utredningsmöjligheter. Vi läkare erbjöds möjligheten att lära oss om och utnyttja existerande och nyttillkommande tekniker. Detta skiljde verksamheten från den på många andra ställen där den diagnostiska delen av kardiologin allt mer utfördes av kliniska fysiologer och radiologer.

I detta sammanhang vill jag utveckla mina funderingar om vad stimulans och förebilder kan betyda. För min del var möjligheten att arbeta under en person som Olle Hogeman viktig. Jag kom till insikt om att innehållet av en verksamhet kan spela en underordnad roll jämfört med personliga förebilder under vars ledning det mesta ter sig guldkantat. Vi underläkare fick en gedigen klinisk träning under överinseende av ett antal mycket kompetenta läkare. Vi arbetade hårt och delgavs redan tidigt, under vänligt och vaksamt överinseende, stort förtroende. Senare har jag haft förmånen att arbeta under professor Lars Werkö, min ➤



Olle Hogeman

Olle Hogeman, Lars Werkö och Bengt Swahn – tre mentorer tillika exempel på auktoritära men upplysta ledare.



Professor Lars Werkö (t v) och docent Bengt Swahn har båda varit stora förebilder under Lars Rydén's karriär.

► akademiske lärare och docent Bengt Swahn, min administrativ förebild.

Genom dessa tre mentorer kom jag att stå på en stadig plattform med ett kliniskt, ett vetenskapligt och ett administrativt ben. Självklart fanns hos dessa och andra av dåtidens mentorer en auktoritär inställning vilken emellertid i regel var upplyst, generös och stimulerande. Numera accepteras inte gärna ett auktoritärt ledarskap. En kraftfull ledare, med god kunskap om sin verksamhet och öppet öra för medarbetare och uppdragsgivare, är dock enligt min mening av avgörande betydelse för ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Vi har haft ett antal sådana personer inom svensk kardiologi. Den situation som nu råder med kollektivt ledarskap och/eller toppstyrda klinikledningar med kortsiktiga ekonomirapporter som huvudsaklig ledstjärna och där professionen tenderar att bli marionetter, inte sällan i mindre kompetenta ledares händer, kan om ingen ändring kommer till stånd bli förödande för den fortsatta medicinska utvecklingen. I dagens samhälle ifrågasätts auktoriteten, för vilket man kan hysa viss förståelse. Detta får emellertid inte leda till bristande respekt för kompetens och erfarenhet. Ett upplyst ledarskap bottnande i en grundmurad yrkeserfarenhet och ett genuint intresse för medmänniskor och deras utveckling torde vara den bästa jordmånen för en intressant och givande framtidsutveckling. De tre nämnda personerna får tjäna som lysande exempel på betydelsen av kompetens, vilja och ett till dem tydligt givet ledarskapsmandat. Något jag hoppas jag lärde mig och senare praktiserade var att

stödja medarbetare i svåra beslut, att personligen ta ansvar för eventuella misslyckanden men att inse att framgång praktiskt taget alltid är en produkt av medarbetares kompetens och vilja möjligen styrt av chefen – det vill säga att framgångens lagrar ska delas och inte, som alltför ofta sker, tillerkännas det ledande skiktet.

Pacemakerbehandling

En enskild patient blev incitamentet till ett mångårigt arbete med att etablera vad som ofta benämnts högspecialiserad kardiologi till kliniker belägna vid sidan av de stora region- och universitetssjukhusen. En av mina patienter, i behov av pacemaker, skulle få vänta bortemot ett år på att bli mottagen vid Akademiska sjukhuset där, enligt dåtida praxis, ingreppet utfördes av thoraxkirur-

det behövdes. Detta var en förutsättning även om det vardagskirurgiska bakom pacemakerimplantationer inte var svårare än att det kunde skötas av en kardiologiskt intresserad invärtesmedicinare. Med stöd av det Hogemanska kontaktnätet befann jag mig inom loppet av någon vecka på Karolinska sjukhusets thoraxklinik där man välvilligt delade med sig av sina kunskaper. Man instämde i att akuta ingrepp i trängande fall skulle kunna ske vid Falu lasarett. Första ingreppet vid Falu lasarett företogs 1966. Detta var i själva verket den första svenska pacemakerimplantationen utanför en thoraxkirurgisk universitetsklinik och ledde till debatt. En inte oväntad, dock oförmodat stark kritik kom från landets universitetskliniker. Några smakprov på framförda uppfattningar och ifrågasättanden följer:

”De kunskaper som krävs för pacemakerrepp är så speciella att de endast finns på universitetskliniker. Invärtesmedicinska kardiologer kommer att skada patienter på grund av bristande kompetens. Hur ska ni klara långhelger?” – och lite mer resignerat – ”Verksamheten kan möjligen accepteras men bara i blygsam skala. Rydén och hans medarbetare tar brödet ur munnen på universitetskardiologer och thoraxkirurger.”

Drygt ett år efter att vi startat pacemakerbehandlingen redovisades resultaten som var av samma standard som på universitetsklinikerna. Resultatet förvånade egentligen inte eftersom vi var några få som utförde ingreppen, det vill säga fick en betydande personlig erfarenhet samt att verksamheten försiggick i gott samförstånd mellan de kirurgiska och kardiologiska disciplinerna. Vi och andra drog slutsatsen att decentralisering av nya metoder är till godo för patienterna och borde ske snabbare än vad som varit praxis under förutsättning att tillgången på lokala resurser

”Rydén och hans medarbetare tar brödet ur munnen på universitetskardiologer och thoraxkirurger.”

gerna. Det var klart att han inte skulle må bra eller ens överleva denna väntetid (känns situationen igen?). Efter studier av den, inte minst vid Karolinska sjukhuset utvecklade tekniken för pacemakerimplantation, föreslog jag Olle Hogeman att vi skulle ta upp denna behandlingstyp vid Falu lasarett. Vi var vana vid hjärkateterisering och kirurgerna, jag vill särskilt framhålla docent Karl-Erik Arosenius, var villiga att hjälpa till om

är tillgodosedd. Det senare kräver, vilket pacemakerutvecklingen vid Falu lasarett är ett gott exempel på, ett tydligt moraliskt och praktiskt stöd från klinikledningen samt ett förtroendefullt professionellt samarbete mellan alla inblandade. Pacemakerverksamheten i Falun fick snabbt efterföljare runt om i landet.

En strukturerad introduktion av ny och väl evidensbaserad teknologi borde, enligt min

uppfattning, vara en funktion av en centraliserad decentralisering, det vill säga vara behovsstyrd, geografiskt planerad och noga övervakad rimligen av Socialstyrelsen. Förloppet bromsas av en stark professionell protektionism eller med ett annat ord skråanda. I vårt land kan spridningen av pacemakerbehandling liksom av kranskärlsröntgenundersökningar (*se nedan*) tjäna som exempel. Denna skråanda har säkert bidragit till den, när murarna äntligen rasat, inte sällan explosiva decentralisering bortom det egentliga medicinska behovet och där andra faktorer inte minst att (till varje pris) visa sig framåt även på den egna kliniken fått tilltagande betydelse. Spridningen av kranskärlsvidgning speciellt med läkemedelsavgivande stentar utgör ett aktuellt exempel. En *strukturerad introduktion* utgör en önskvärd men tyvärr inte konsekvent praktiserad utveckling. Kombinationen av onödig professionell protektionism och en exploderande decentralisering utanför det medicinska förnuftet är båda faktorer som hindrar en harmonisk utveckling. För *centralisering* talar att en sjukdom är förhållandevis ovanlig och det därmed förknippade behovet av att ackumulera och vidmakthålla kunskap inom landet och att koncentrera de kostsamma resurser som behövs för att hantera dessa tillstånd. Självfallet bidrar dessutom behovet av inhemsk, klinisk forskning inom området. Detta är inte möjligt utan tillgång till tillräckliga patientmaterial. Ett bra exempel på en gynnsam centralisering, vars genomförande inte förlöpte utan stora motsättningar, är den i 1990-talets början genomförda koncentrationen av svensk barnhjärtkirurgi från ett flertal till endast två opererande sjukhus i Lund och Göteborg. Resultatet blev att den svenska verksamheten numera inte står de bästa internationella resultaten efter.

Det enda man kan ha emot nuvarande ordning är att Mälardalsregionen, en av landets befolkningstätaste delar, saknar barnhjärtkirurgi. Att lokaliseringen blev som den blev är dock förståeligt. Som jag upplevde det var det en produkt av professionella motsättningar och ovilja/oförmåga att redovisa egna resultat på ett ärligt sätt i kombination med brist på klarsynt ödmjukhet hos ledande företrädare för vissa kliniker.

Vetenskaplig utbildning

Sahlgrenska universitetssjukhuset 1970 – 1975

Att, som underläkare, flytta till ett universitetssjukhus innebar fram till 1970 ett definitivt inkomstbortfall. På den tiden kom inkomsten till ungefär hälften från jour- och öppenvårdsarbete och den andra hälften från det sjukhus vid vilket man var anställd.



Karl Erik Arosenius



Lars Rydén

Decentraliserad pacemakerbehandling

De första erfarenheterna av pacemakerbehandling vid Falu lasarett redovisades i Läkartidningen 1968 (65; 2:121). Denna artikel följdes av andra till exempel Rydén L. *Kontroll av pacemakerbehandlade patienter*. Läkartidningen 1968 (65; 29:2877) och Rydén L, Arosenius K E och Saetre H. *Pacemakerbehandling vid Falu lasarett 1966-1969*. Läkartidningen 1970 (67; 32:3568).

Förhållandena förändrades i ett slag 1970 med införandet av den så kallade sjukronorsreformen, viken ledde till att lönen i stort blev oberoende av prestation och inkomstskillnaderna mellan underläkare vid landsorts- och universitetssjukhus försvann. Likväl var det inte lönefrågor som var viktigast för beslutet att stanna vid respektive flytta från ett landsortssjukhus. Vid den tiden var det inte möjligt att få en överordnad tjänst vid en stor klinik utan en godkänd vetenskaplig utbildning det vill säga en doktorsavhandling och gärna, om man hade chefsambitioner också en docentur. En annan bevekelsegrund var att ett underläkarförordnande i landsorten varade i maximalt sex år. Därefter måste man endera byta sjukhus, bli provinsialläkare (motsvarande distriktsläkare) eller gå till privat eller annan verksamhet. Systemet var inte speciellt trivsamt ur social synvinkel, men borgade för en migration av läkare med utbyte av erfarenhet och kompetens långt fjärran från dagens stabila för att inte säga rigida system.

De svenska doktorsavhandlingarna tjänar minst två viktiga syften: Det ena är att bibringa framtida

□ I Sverige har pacemakerbehandling hittills huvudsakligen bedrivits vid universitetssjukhusen. Behovet av denna behandlingsform torde dock vara så stort att en decentralisering till de större landsortslasarett synes motiverad.

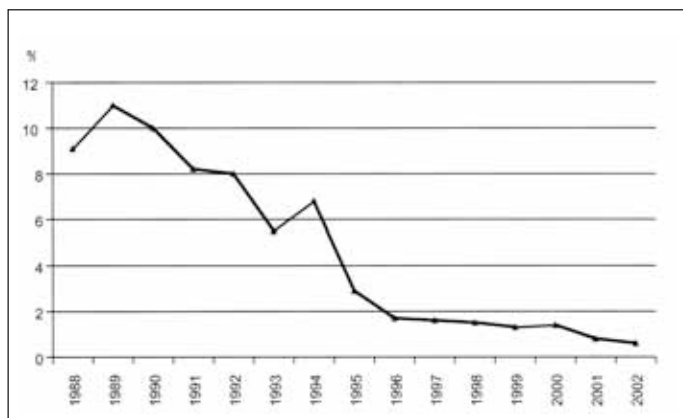
Vid Falu lasarett har sedan drygt 1½ år bedrivits pacemakerbehandling. Resultaten från denna framlägges, och författarna visar att detta gått att genomföra utan ökning av komplikationsfrekvensen eller andra olägenheter.

Författarna lämnar också en allmän översikt rörande pacemakerbehandling, speciellt i Sverige, samt diskuterar frågan om patientgruppens storlek, resultatet av olika behandlingsformer vid Adams-Stokes attacker och totala atrioventrikulära block, en del tekniska problem samt förslag till organisation av arbetet vid pacemakerbehandling på landsortslasarett.

□ KARL ERIK AROSENIUS är docent i kirurgi vid Uppsala universitet och biträdande överläkare vid kirurgiska kliniken, Falu lasarett; LARS RYDÉN är underläkare vid medicinska kliniken på samma sjukhus.

Sedan Zoll 1952 första gången beskrev en praktiskt användbar metod för pacemakerbehandling av patienter med Adams-Stokes syndrom via elektroder anbragta på patientens bröstskorg, har denna terapiform genomgått en snabb utveckling och i sin nuvarande utformning allmänt accepterats. Bidragande till detta får väl anses vara dels utveckling av den f n internationellt mest använda elektrostimulanten, den isotopbatteriet ...

ledare inom sjukvården en basal vetenskaplig kompetens, närmast omistlig i en så intensivt kunskapsorienterad och snabbt föränderlig värld som den medicinska. Det andra är att ledande forskare genom sina doktorander haft goda möjligheter att förverkliga många viktiga vetenskapliga projekt. Svensk kardiologisk forskning har haft en stark internationell position och tvivelsutan har doktorsavhandlingar bidragit i betydande grad. En given förutsättning är självfallet att seniora forskare hanterade handledarskapet med omsorg och en betydande grad av ansvarskänsla. Detta kanske inte alltid var fallet, men miljön på Sahlgrenska universitetssjukhusets medicinklinik var under Lars Werkös ledning ett föredöme i detta avseende. Min egen avhandling, en kartläggning av ►



Trettiodagarsdödligheten hos barn och ungdomar (0-18 år) som genomgått öppen hjärtkirurgi i Sverige 1988-2002 (från Socialstyrelsens Riktlinjer för hjärt-sjukvården – faktadokumentet, 2004).



Vid Kärnsjukhuset 1979 där jag tillsammans med Krister Arnman hade målsättningen att skapa en sammanhållen kardiologisk verksamhet av högsta kliniska standard i förening med en starkt kliniskt förankrad forskning.

► ett antiarytmiskt läkemedel, ledde inte till något terapeutiskt genombrott. Jag hade två skickliga kliniska vetenskapare som handledare, förutom Lars Werkö också Åke Hjalmarsson, senare professor i kardiologi i Göteborg. Min egen framtidsvision inkluderade inte en akademisk karriär. Vad jag åstundade var en bred vetenskaplig utbildning inom flera områden av betydelse för ett framtida kardiologiskt ledarskap. Avhandlingen, med sina komponenter av kasuistik, elektrofysiologi, hemodynamik, farmakokinetik och en klinisk prövning på ett relativt stort patientmaterial, fyllde tvivelsutan detta önskemål.

Värdet av doktorsavhandlingar har dessvärre kommit att urholkas såväl beträffande innehåll som för betydelsen i en karriärsgång. Det är numera lätt att bli överläkare och verksamhetschef utan att ha tjänstgjort åtminstone i ett par verksamhetsmiljöer, ja ibland kan man drabbas av den hädiska tanken att en god vetenskaplig utbildning snarare betraktas som en black om foten till och med vid chefsrekryteringar på våra universitetssjukhus. Dåtidsens utbyte av idéer och kompetens mellan universitetskliniker, som fick kliniskt välutbildade läkare till sitt förfogande, och i gengäld sände vetenskapligt utbildade kollegor till ledande positioner vid landsortssjukhusen, har varit av stor betydelse inte minst för den kardiologiska sjukvårdens utveckling. Av olika skäl, inte minst sociala, ter sig denna typ av systematisk förflyttning inte längre intressant eller kanske inte ens möjlig. Däremot är det förvånande för att inte säga skrämmande att samhället kan tänka sig individer utan formell vetenskaplig utbildning som chefer över en så kun-

skapsintensiv verksamhet som den medicinska. Den vetenskapliga utbildningens värde för karriären (och lönesättningen) bör tvivelsutan återupprättas. Den har varit av stor betydelse för vår framstående svenska hjärtsjukvård. Naturligtvis kan vi rida på den vågen ytterligare en tid men inte hur länge som helst.

Andra krav

Ett annat bekymmer är att avhandlingen numera förändrats i en riktning där denna, den högsta akademiska utbildningen, fått en tilltagande grad av traditionell skolmässighet. Att uppfylla formella krav ter sig viktigare än den egna kreativiteten och den självständiga förmågan att söka den kunskap man behöver för ett givet forskningsprojekt. Det individuella ansvaret har minskat avsevärt till förfång för utvecklingen av fritänkande och vetenskapligt sinnade kollegor. Antagningsseminarier, halvtidskontroller och poänguppfyllelse fanns inte på min tid och det är väl tveksamt om jag lyckats doktorera, än mindre bli docent i dagens värld. Min brist på formell handledarutbildning har dragit ned mina poäng som handledare vilket försvårat för några aktuella doktorander att få bidrag från Karolinska Institutet. Dock ställdes på min tid som doktorand klart större krav på egen drivkraft och förmåga. Ett annat bekymmer har varit bestämmelsen att en avhandling skulle innehålla fem, numera fyra vetenskapliga delarbeten förutom en ramberättelse. Dessa krav, det vill säga ett formellt krav på antal snarare än ett hänsynstagande till innehåll, ledde till en fragmentering av en hel del forskning till MPes (minsta publiceringsbara enheter) och att arbeten som, sammanhållna skulle kunna ha nått de bästa kardiologiska

tidskrifterna, i stället har letat sig till klart mindre värdefulla publikationer. Här tillåter jag mig att anse att det i stort var bättre förr.

Klinikbygge

Kärnsjukhuset i Skövde 1976 – 1987

För mig med ett starkt kliniskt intresse och en vilja att leda sådan verksamhet tedde sig Kärnsjukhuset i Skövde som en intressant arbetsmiljö. Ett nytt sjukhus som inte, som traditionen ofta bjuder, uppfördes på gammal grund utan placerades på jungfrulig mark mitt i sitt geografiska upptagningsområde. Strider om det nya centralsjukhuset i Skaraborgs län pågick för fullt med Lidköping, Falköping och Mariestad som huvudaktörer. Harald Pettersson, senare landshövding i Östersund men då pragmatisk, centerpartistisk ledare av Skaraborgs län, menade att patienternas behov av kortast möjliga transportväg till sitt sjukhus borde styra positioneringen snarare än historiska hänsyn. Sålunda valdes ett område strax utanför Skövde. Jag har uppehållit mig vid denna historik eftersom den harmoniserar med min uppfattning om vilka argument som bör styra sjukvårdsutveckling men inte är genomförbara utan modiga, kraftfulla och visionära ledare. En annan tilltalande sak var att man inte planerat för en klinisk fysiologisk klinik utan erbjöd mig möjligheten att etablera en kardiologi som en total specialitet. Nyckeln till ett framgångsrikt klinikbygge låg i denna möjlighet att integrera laborieteknologi med det traditionella patientarbetet. Kärnsjukhuset i Skövde blev några år senare ett av landets första sjukhus med en egen kardiologisk klinik, det vill säga en självständig kardiologi utbruten ur den invärtesmedicinska verksamheten och med kombinationen av patient- och laborativt arbete som en trygg grund. Detta vittnar i sin tur om Bengt Swahns ledaregenskaper. Många hängivna och skickliga medarbetare, inte minst min närmaste medarbetare under många år Krister Arnman, måste i detta sammanhang ges en eloge för sitt hängivna arbete med att utveckla en kardiologisk verksamhet, på sin tid unik i landet.

Svenska kardiologer typ 1 och 2

Den svenska kardiologin utvecklades under 1960- och 70-talen i en annorlunda riktning än den internationella. Starka invärtesmedicinska företrädare, däribland professorerna Nanna Schwartz, Lars Werkö och Gunnar Björck värnade om sin disciplins odelbarhet vilket resulterade i att tekniskt inriktade och oförvägna personer byggde vårt lands internationellt sett unika imperier för klinisk fysiologi och thoraxradiologi. Onekligen bidrog svenska kliniska fysiologer under

Lyckligtvis kan de flesta kardiologer numera rubriceras som typ 2 – de behärskar diagnostiska undersökningar och terapeutiska ingrepp och är därmed förmögna att personligen ta ett totalt ansvar för sina patienter.

denna period med betydelsefulla bidrag till utvecklingen av olika för kardiologin betydelsefulla undersökningsmetoder. Intressant nog gjorde dock professor Inge Edler, eko-kardiografins fader, och den internationellt sett störste svenske nydanaren i ett fält, som på de flesta svenska sjukhus kom att hamna inom den kliniska fysiologins revir, sin upp-täckt som kardiolog i samarbete med ingenjören Helmut Hertz. Dessa två tilldelades 1977 Laskerpriset, näst Nobelpriset den finaste utmärkelsen en klinisk forskare kan få. Den svenska thoraxradiologins bidrag till den moderna kardiologin var däremot mindre betydelsefulla bortsett från den av Sven-Ivar Seldinger 1953 beskrivna tekniken för perkutan kateterisering.

Frånvaron av teknisk kompetens bidrog till att en generation svenska kardiologer inte kunde annat än att lyssna till sina patienters sjukhistorier och sammanfatta dem i remisser för klinisk fysiologisk och thoraxradiologisk utredning. Med svaren i hand sammanfattade man alltsammans, närhelst det var möjligt, i en ny remiss till thoraxkirurgerna för åtgärd. I ett föredrag delade jag upp svenska kardiologer i typ 1 och 2 i enlighet med principerna för andra gradens atrioventrikulära block. Typ 1, en remisskrivande och datainsamlande hjärtläkare, behövde egentligen bara en väl vässad penna och skulle ha kunnat ersättas med en sekreterare. Kardiologen typ 2 var det relativa fåtal, som behärskade diagnostiska undersökningar och terapeutiska ingrepp och därmed var förmögna att personligen ta ett totalt ansvar för sina patienter. Självfallet motogs detta synsätt med åtskilliga, delvis högljudda kritiska röster. Lyckligtvis har utvecklingen gått i riktningen mot att de flesta kardiologer numera kan rubriceras som typ 2.

Vetenskap på centrallasarett

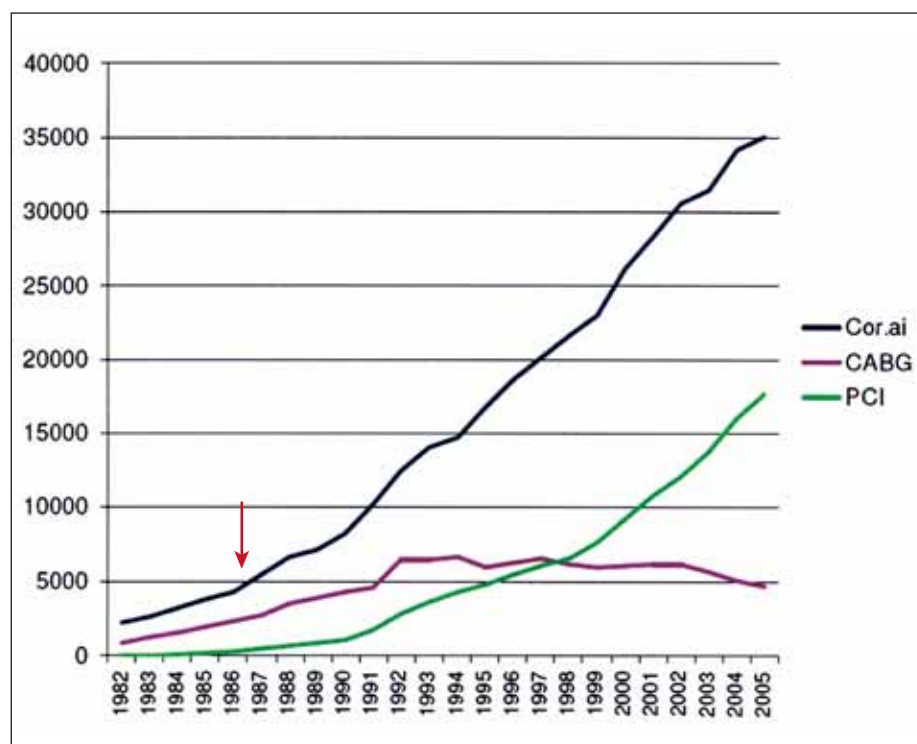
Möjligheten att förfoga över laborativa tekniker var en förutsättning för den vetenskap som integrerades med den kliniska verksamheten vid Kärnsjukhusets invärtesmedicinska och senare kardiologiska klinik. Våra forskningsinsatser berörde ett antal områden bland vilka märktes några som resulterade i doktorsavhandlingar: Sköterskebaserat omhändertag-

ande av hypertoni (Lennart Råstam), modern pacemakerteknologi (Ib Kruse och Bo-Eric Kristensson), förmaksflimmer (Torbjörn Lundström) och diabetes och hjärt-kärlsjukdom (Klas Malmberg). Intet av dessa kliniskt orienterade vetenskapliga projekt hade kunnat genomföras utan en välutvecklad känsla för att man vid det "lilla" sjukhuset måste samarbeta för att nå resultat. Ett av de mest utpräglade exemplen på brist på revirhävande var pacemakerverksamheten, tidigare under anestesilogernas huvudmannaskap. Chefen för anestesikliniken, Ib Kruse, en tekniskt mycket innovativ kollega insåg styrkan i att förena kardiologisk kunskap med denna tekniska färdighet vilket resulterade i en internationellt mycket uppmärksammas doktorsavhandling. Vid Skövde implanterades exempelvis världens första sensorstyrda, frekvensvariabla pacemaker, utvecklad i tekniskt samarbete med den amerikanska firman Medtronic sedan den svenska firman Siemens-Elementa tackat nej till vetenskapligt samarbete med en

icke universitetsklinik. Tillsammans utvecklade vi också teknik för implantation av förmakselektroder och gjorde den sannolikt första prospektiva, dubbelblinda kliniska prövning där förmakssynkron jämfördes med dåtidens standard fast frekvent pacing.

Svensk kranskärlssjukvård

Som redan framgått blev den svenska kardiologins bekymmersamma situation allt tydligare under 1980-talet. Dess identitet var inte tryggad, någon formell specialistutbildning eller examination av kardiologspecialister förekom inte och att integrera kardiologi med klinisk fysiologi och thoraxradiologi var i det närmaste otänkbart främst på grund av de kraftigt revirhävande ämnesföreträdarna i de senare specialiteterna företrädna av skickliga yrkesutövare, tillika stridbara personer. Bland dem kan nämnas professor Håkan Westling, som opponerat sig mot utvecklingen i Skövde, och Alfred Szamosi överläkare vid thoraxradiologen vid Karoli-



Kranskärlsröntgenundersökningar och interventioner i Sverige 1982–2003. Den röda pilen anger tidpunkten för den första koronarangiografien utförd vid Kärnsjukhuset i Skövde, landets första sjukhus utanför universitetssjukhusen att utföra sådana utredningar (Källa Nationella riktlinjer för kranskärlssjukvården i Sverige).



► nska sjukhuset samt docent Christer Hellekant, då verksam vid Malmö allmänna sjukhus och senare Szamosis efterträdare. Detta blev en anledning för mig att tacka ja till erbjudandet att ingå i Svenska Cardioloföreningens styrelse, en lämplig plattform för arbete med dessa frågor. I Sverige hade vi halkat efter i den internationellt mycket snabba utvecklingen av kranskärlsinterventioner. I en rapport från Socialstyrelsen meddelades att kranskärlsröntgen 1986 utfördes vid åtta svenska sjukhus. Ingreppet betraktades som en synnerligen högspecialiserad procedur, som endast kunde utföras på universitetskliniker av thoraxradiologer (i regel helt utan kardiologisk kompetens). Antalet utförda angiografier var i omkring 2 500 per år men behovet vida större. Intressant nog var det en thoraxkirurg, Torkel Åberg från Umeå, som framför allt drivit frågan om underproduktion av kranskärlsundersökningar och därmed sammanhängande låga substrat för den kirurgiska by pass-verksamheten, vid den tiden den förhärskande interventionsmöjligheten för kranskärlssjuka, läkemedelsrefraktära patienter. Vid Kärnsjukhuset planerade vi att börja kranskärlsröntgenundersökningar men avråddes på det bestämdaste av Socialstyrelsen. Till sist, ställda inför ett fullbordat

faktum, accepterade man att "en begränsad aktivitet under en kortare tidsperiod skulle få prövas vid Kärnsjukhuset". Det visade sig snart att denna decentralisering fungerade utmärkt och kom att stimulera många sjukhus till efterföljd.

"Vi kan om vi vill"

I detta sammanhang sökte och fick Cardioloföreningen möjligheten att stå bakom öppningsmötet vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämma 1987 med temat: "Vi kan om ni vill". För en gångs skull fick jag, då ordförande i Cardioloföreningen, kardiologer, kliniska fysiologer, thoraxradiologer och thoraxkirurger att låta sig registreras till en unison och slående manifestation om behovet av resurser till landets kranskärlssjukvård. Knepet var att få dessa vardagskombattanter att inse att vi var benägna att slå varandra blodiga utan att ha ett byte (läs: resurser) att dela på och att vi nu som omväxling erbjudits en möjlighet att slåss gemensamt för resurser, vilka vi senare kunde diskutera på det sätt vi fann lämpligt. Ett annat knep var att fokusera hela symposiet kring en ung, till medias stora belåtenhet *in persona* närvarande, infarktpatients möjligheter inom existerande resursknappa hjärtsjukvård. Parallellt före-

kom en del debattartiklar i ledande svensk dagspress. En person av betydelse för dessa manifestationer och annat hängivet arbete för denna goda saks skull var docent Staffan Ahnve, numera professor vid Karolinska Institutet. Resultatet lät heller inte vänta på sig. Isen var bruten och en enastående utveckling hade inletts.

Denna händelseutveckling stimulerade också Socialstyrelsen under ledning av överdirektörerna docent Olof Edhag och senare professor Nina Rehnqvist att tillsätta en medicinsk rådsgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar under ordförandeskap av en klarsynt eldsjäl professor Per-Olof Wester. I arbetet deltog förutom jag själv professorerna Bertil Olsson i Lund, Lars Wallentin i Uppsala, Stig Wall och docent Torkel Åberg, bägge från Umeå och senare professor Leif Erhardt, Malmö. Ett antal skrifter gavs ut om kardiologins behov omfattande främst koronarsjukvård men där också bland annat epidemiologi, transplantation, arytmivård och prevention behandlades.

Under tiden med detta arbete övertygade Per-Olof Wester oss om att landet behövde nationella riktlinjer för sin hjärtsjukvård. En första del, fokuserad på kranskärlssjukvård, publicerades av Socialstyrelsen 2001 och då inte bara för professionen utan även för sjuk-

Några av skrifterna från Socialstyrelsens rådsgrupp för hjärt-kärlsjukdomar. Dessa kom att bli av stor betydelse för kardiologins utveckling i Sverige och arbetet resulterade så småningom i Socialstyrelsens första riktlinjer för den svenska hjärtsjukvården.

Uppföljning av kranskärlssjukvårdens utbyggnad

Socialstyrelsen

1989

vårdspolitiker och administratörer samt för allmänheten anpassade versioner. 2004 utvidgades riktlinjerna till att omfatta hjärtsjukvård i en vidare bemärkelse och en del om prioriteringsbehov tillkom.

Professur i kardiologi

Karolinska sjukhuset 1988 till dags dato

Från 1988 utnämndes jag till professor i kardiologi vid Karolinska Institutet. Vad fick då mig, starkt kliniskt förankrad och med rätt negativa känslor för den akademiska miljön men däremot inte för akademisk verksamhet, att ta detta steg? Att vara professor är inget självändamål, något man skulle kunna tro taget på senare års inflation i professurer i beaktande. Det är vad man uträttar snarare än hur man tituleras, som är det väsentliga. Förbättrad ekonomi var inte heller ett argument, tvärtom. Flytten från Skövde medförde ett väsentligt ekonomiskt avbräck med hänsyn till att bostadskostnaderna i Stockholm vida översteg de i Skövde. Detta kompensades på intet sätt i lönesättningen. Intressant nog möttes jag med argumentet att jag borde vara stolt över att få komma till Karolinska Institutet och därmed inte ha så dryga löneanspråk trots att jag hade begränsat mig till att få behålla den lön jag haft vid

Kärnsjukhuset i Skövde. Så småningom löste sig detta, men något säger det om hur den akademiska världen högaktar sig själv utan att egentligen, åtminstone vad avsåg kardiologi, ha en lyskraft som i sig skulle kunna betraktas som lön nog. Forskningsmöjligheterna var till en början inte bättre än de vi redan etablerat i Skövde. Jag möttes av en forskningsekonomi i obalans och fick, från kollegor på min egen nivå, höra att resurser skapar man själv och anslag ska man söka fast helst inte från källor som de redan etablerade storheterna, det vore att korsaderas vägar. För att citera en numera framliden kollega, för vilken jag alltid haft den djupaste respekt: "En äkta professor gläder sig mer åt andras motgång än egen framgång". Dessvärre och ett antal föredömliga undantag till trots, nödgades jag inse att även om uttrycket kan te sig drastiskt saknades inte en kärna av sanning. Vilka var då mina egentliga bevekelsegrunder för denna flytt? Arbetet med att via Cardiologföreningen, Socialstyrelsen och på andra sätt sätta kardiologi på kartan försvårades av min position i Skövde. Jag fick höra att en person som flytt den akademiska världen utan att ha förmått meritera sig till en akademisk topp tjänst inte var den rätte att kritisera universitetskliniker och deras berättigade monopol på vad man vid den tiden ansåg högspecialiserad verksamhet. En annan aspekt var utbildning. För att komma någon vart med den svenska kardiologin behövde vi utbilda unga intresserade och duktiga medarbetare till att bli kompletta kardiologer. Specialistutbildningen var vid den tiden fokuserad kring universitetsklinikerna och en ändring av dess inriktning behövde komma till stånd. Sålunda var min önskan att skapa förutsättningar för en kardiologi värd namnet en viktig drivkraft. Dessutom hade jag erbjudits möjligheten att arbeta och så småningom bli ordförande i Hjärt-Lungfondens vetenskapliga nämnd. Eftersom det var uppenbart att den kliniska kardiologiska forskningen behövde förstärkas var detta ett intressant

gi, thoraxanestesi och thoraxkirurgi. Den ursprungliga och framsynta tanken var att thoraxkirurgerna, vid tiden för byggnadens uppförande ledda av den framstående professor Clarence Crafoord, behövde support av dessa discipliner för att fungera på den höga internationella nivå man då gjorde.

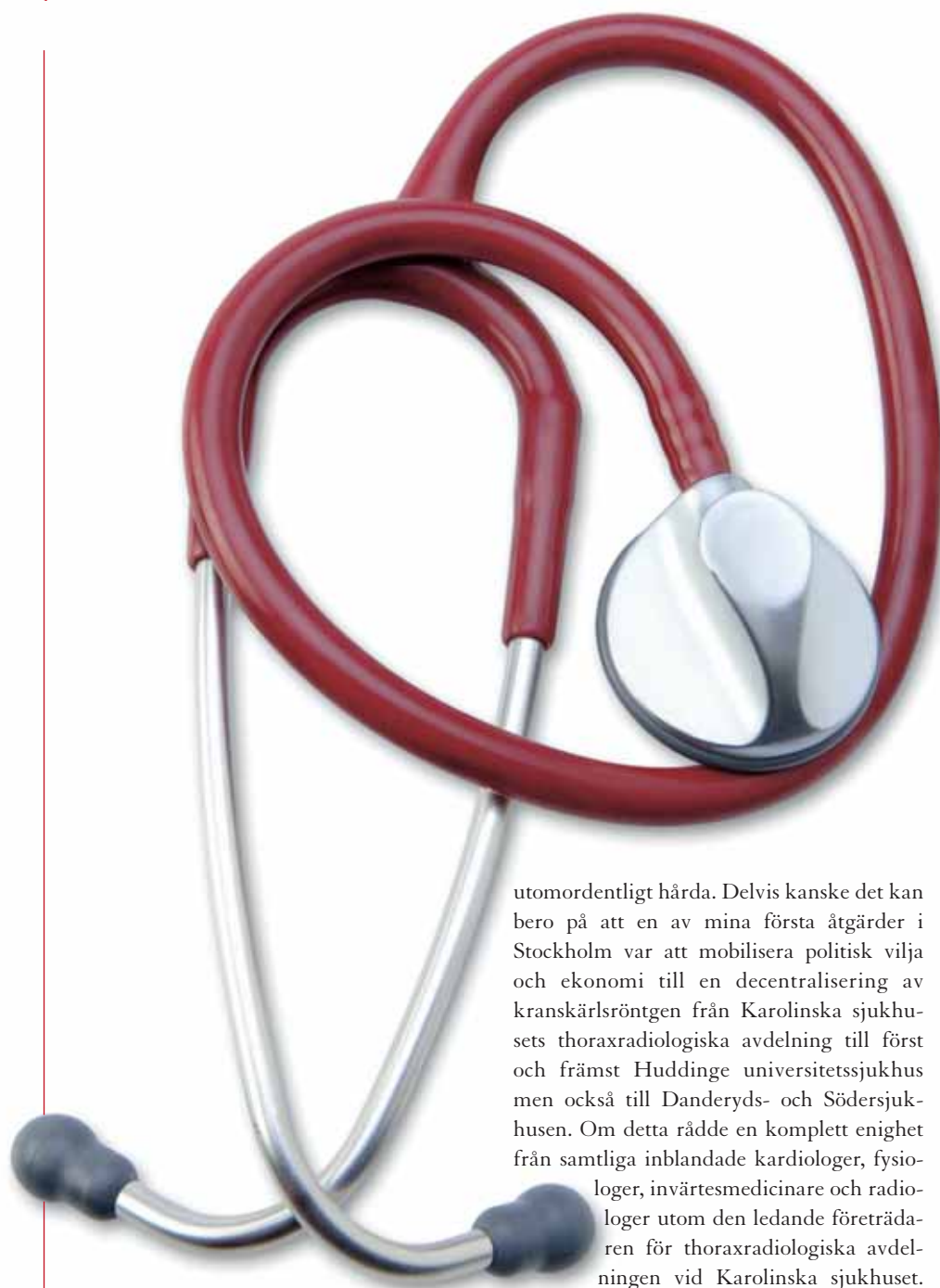
Kardiologin på frammarsch

Kardiologi var en servicedisciplin och motsättningarna mellan klinisk fysiologi och kardiologi var till en början obefintliga eftersom man utsåg en från början i klinisk fysiologi verksam läkare som chef för hjärtverksamheten, den erkänt skicklige docent Bengt Jonsson. Under åren hade emellertid kardiologin utvecklats sig på ett annorlunda sätt än i Sverige. Man hade alltså tidigt förstått behovet av att sammanföra diagnostik och terapi med den traditionella kliniska verksamheten, men detta skedde med thoraxkirurgernas behov som drivkraft. När nu kardiologin var på frammarsch med berättigade krav på större livsrum, tillgång till laboratorier för diagnostik och kateterburna kranskärls-ingrepp och dessutom ville förfoga över pacemakerverksamheten samt bygga ett djurexperimentellt laboratorium var det en revolution och man kan hysa viss förståelse för att en del motkrafter skulle aktiveras. Den för vissa kollegor negativt upplevda förändringen skulle emellertid medföra klara fördelar för patienterna och modernisera kardiologin vid Karolinska sjukhuset. Försvaret av det egna reviret och oförmågan att se till framtida utvecklingstendenser var dock till en början utpräglade. Vad jag och mina medarbetare behövde kämpa mot var professionell skråanda och intern resurskonkurrens inom sjukhuset, samt som det utvecklade sig över åren dessutom förenade med en upprepade re-, eller snarare desorganisationsbenägenhet inom sjukhus- och landstingsledning. Till detta kom en periodisk brist på ledarskap såväl på sjukhus-, landstings- som politisk nivå. Framsynt var emellertid professor Göran Holm, då chef

Det är vad man uträttar snarare än hur man tituleras, som är det väsentliga.

erbjudande och för att arbeta med dessa frågor var jag i behov av akademisk position. Karolinska sjukhuset hade ingen hjärtklinik. Verksamheten sorterades under den invärtesmedicinska kliniken, fast formellt placerad i thoraxklinikernas byggnad tillsammans med lungmedicin, thoraxradiologi, thoraxfysiologi

för medicinkliniken. Han insåg att det vore bättre att släppa kardiologin till thoraxdivisionen som en självständig klinik och accepterade att så blev fallet, därtill på ett generöst sätt. Även annat stöd för en modern kardiologisk utveckling stod till buds. Jag vill särskilt framhålla den sjukhusdirektör vid ➤



utomordentligt hårda. Delvis kanske det kan bero på att en av mina första åtgärder i Stockholm var att mobilisera politisk vilja och ekonomi till en decentralisering av kranskärlsröntgen från Karolinska sjukhusets thoraxradiologiska avdelning till först och främst Huddinge universitetssjukhus men också till Danderyds- och Södersjukhusen. Om detta rådde en komplett enighet från samtliga inblandade kardiologer, fysiologer, invärtesmedicinare och radiologer utom den ledande företrädaren för thoraxradiologiska avdelningen vid Karolinska sjukhuset.

Ställd inför en imponerande namnlista fann han emellertid för gott att signera det upprop till politikerna, som så småningom ledde till dessa strukturella förändringar i kranskärlsjukvården. Detta var ett betydande steg mot minskade väntetider och gav bättre möjligheter att utbilda kardiologer även vid andra Stockholmssjukhus. Att ovanpå detta släppa till utrymme i angiografilaboratorierna och

utbilda kardiologer i koronarangiografi och än mindre kateterburen kranskärlsvidgning blev för mycket. Det hela slutade med att Jan Lindsten tvingade chefen för thoraxradiologin att skriva på ett avtal där kardiologiska kliniken tillförsäkrades 25 procent av alla koronarangiografier och ett antal kateterburna kranskärlsingrepp. De första kardiologerna aktiva inom koronar angioplastik utbildades hos utländska kollegor i England och Australien, där man förvånat såg på de svenska problemen. Samtidigt erbjöds thoraxradiologerna rand-utbildning i kardiologi, något som i praktiken ingen av dem betraktade som egentligen intressant. Vår principiella inställning var att envar som utför ett kateteringrepp i hjärtat ska ha full träning och erfarenhet att ta hand om tänkbara komplikationer och dessutom kunskaper om hur patienten ska skötas före och efter ingreppet. Den senaste tidens utveckling har dessvärre blivit att thoraxradiologer kommit att bli allt färre. I dag har kranskärlsverksamheten på många håll i landet mer eller mindre helt hamnat i kardiologernas händer. Detta har minskat möjligheterna till korsfertilisering mellan två olika viktiga discipliner. För patienterna är emellertid dagens kardiologi fortfarande att föredra framför gårdagens.

På samma sätt har klinisk fysiologi kommit att bli en disciplin med, åtminstone i sin kardiovaskulära del, svårigheter. Det är en självklarhet att kardiologer måste ha tillgång till sådana arbetsprov och ekokardiografi och det vid patientsängen. Inköpet av en ultraljudmaskin blockerades av thoraxfysiologerna men välvilliga företag och framsynta ledare lät oss inhandla en apparat för bruk på hjärtintensivvårdavdelningen. Tyvärr utvecklades en viss parallellverksamhet som emellertid på sikt blev mer till förfång för thoraxfysiologerna än kardiologerna. I dag existerar ett fritt utbyte inom dessa verksamhetsdiscipliner.

Utvecklingen i landet

Även om redogörelsen för problemen med att skapa en modern svensk kardiologi skildrats i hur den tedde sig i de verksamheter jag verkat i, fanns de i mer eller mindre tydlig omfattning runt om i landet, dock av varierande

► Karolinska sjukhuset som jag mer än några andra högaktat, professor Jan Lindsten. Striderna med thoraxradiologerna om att ändra verksamheten från att kardiologer tvingades till passiv närvaro under koronarangiografier och koronara kateterburna ingrepp för att stå till tjänst vid eventuella komplikationer till att de deltog i dessa blev

Patienterna är inte betjänta av en läkare som är specialist på en förträngning i en gren av ett kranskärl. Kranskärlet sitter i ett hjärta, hjärtat i en person och det är det totala omhändertagandet som är det substantiella.



Trots en del vardagliga problem erbjuder den akademiska miljön sina högtidliga och festliga stunder. Här en bild från en disputation 2001. Jag sitter på första radens mitt omgiven av handledaren Lennart Bergfeldt (längst till vänster) och av betygsnämndens ledamöter.

grad och karaktär. I Lund, där ekokardiografins vaggastod, hade teknikutvecklingen skett av kardiologer och ekokardiografi förblev en kardiologisk angelägenhet. På andra ställen anammades metoden snabbare av de teknikerorienterade kliniska fysiologerna än dåtidens "typ 1-kardiologer" och det bäddades för de framtida skärmytslingar som denna skildring redovisat. I Göteborg hade Lars Werkö sett till att hjärtkateterisering utfördes vid ett laboratorium, som sorterade under hans egen klinik och när kranskärlsröntgen och kateterburna kranskärlsinterventioner utvecklades skedde detta, åtminstone till en början i samförstånd mellan kardiologer och radiologer. Senare uppstod en del gränstvister, men Göteborg måste ändå anses vara det ställe i landet som snabbast fick en rimligt väl fungerande kardiologi av modernt snitt inte minst sedan den invasiva elektrofysiologin utvecklades där under ledning av Bertil Olsson, senare professor i kardiologi vid Lunds universitet. Därmed kom denna verksamhet direkt i kardiologernas händer och har så förblivit. I Uppsala hade professor Lars Wallentin, en av landets mest internationellt kände forskare inom den akuta kranskärlsjukdomen, länge stora problem med att få den koronara utredningsverksamheten att fungera på grund av thoraxradiologiska motkrafter.

Något om framtiden

Vad man kanske kan ta till sig av denna skildring är att för att en verksamhet ska utvecklas måste dess företrädare med öppna ögon inse att gårdagens organisation och arbetsformer inte med säkerhet är det bästa i en föränderlig framtid. Att envist försvara revir, såsom skedde under utvecklingen av en modern kardiologi i Sverige fördröjer, men kan inte till sist hindra en nödvändig utveckling. Bäst vore väl att se till att den verksamhet man är satt att förvalta

också utvecklas i en riktning som får den att blomstra och stå stark även framåt i tiden. Men detta kräver starka ledare med visioner och ett helikopterperspektiv på sin tillvaro och som också framgått har dessa inte alltid varit befintliga. Klinik- och verksamhetschefer hade en mycket stor makt inom vårt sjukvårdssystem, ofta men inte alltid på gott. I vissa situationer måste sjukhusledning och politiker agera i samband med gränsdragningsproblem.

Företrädare för verksamhetsgrenar har ett ansvar för dessa och kan inte alltid fatta beslut som går den egna verksamheten emot även om de är nödvändiga för en progressiv utveckling. Exempel på sådana situationer har givits från stridigheterna om kranskärlsröntgen i Skövde och på Karolinska sjukhuset.

Andra problem är att definiera olika klinikers verksamhetsuppgift. Universitetsklinikens roll måste tydliggöras och dessa kliniker förses med tillräckliga och dessutom varierade patientflöden och resurser för utbildning och forskning, inte minst den med tydliga kliniska förtecken. Centralisering och decentralisering av verksamhet kommer även i framtiden att vara aktuella frågeställningar och här vill man se en mycket bättre genomlysning av behov och konsekvenser än den jag upplevt under mina år inom kardiologin. En återupprättad respekt för forskningens betydelse är andra viktiga framtidsområden inom en disciplin fortfarande stadd i en stark och intressant utveckling.

Man kan tycka att svensk kardiologi i dag har nått en nivå där dessa problem inte är bekymmersamma. Intet är mer felaktigt. Jag noterar tyvärr att de kardiologer som ägnar sig åt interventioner huvudsakligen intresserar sig för detta och betydligt mindre för att allmänskunnigt arbeta såväl med diagnostiska undersökningar och ingrepp som med direkt patientvård. Den uppenbara risken är att vi utbildar kardiologer med exklusiv kunskap om en begränsad del av kardiologin. På motsvarande sätt kan vi inte acceptera att ha kardiologer som uteslutande sysslar med noninvasiv teknik eller andra subfraktioner av verksamheten. Den tekniska och medicinska utvecklingen är så pass omfattande att man från en bredbasig utbildning i invärtes medicin med kardiovaskulär inriktning måste lägga en teknisk spetskompetens. Detta får inte hindra att man vidmakthåller känslan av

att vara kardiolog i denna disciplins vida bemärkelse. Andra sjukdomsområden, inte minst diabetes, kommer att bli en stor artikel inom den kardiovaskulära medicinen. Framtida patienter behöver personer med stor kompetens i riskbedömning och omhändertagande av kardiovaskulär risk. Sålunda breddas behovet av basala kunskaper. Ingen inom den kardiologiska sfären ska frångå sig kompetens till den grad att det känns oroligt att tjänstgöra som jour eller bakjour, det vill säga ha en bred kardiologisk kunskap som sin verksamhetsplattform. Farorna för en utveckling i felaktig riktning är störst inom de stora regionala och sannolikt även en del av länssjukhusen. Patienterna är inte betjänta av en läkare som är specialist på en förträngning i en gren av ett kranskärl. Kranskärllet sitter i ett hjärta, hjärtat i en person och det är det totala omhändertagandet som är det väsentliga. Patienten vill gärna ha en eller ett fåtal personer att kommunicera med och anförtro sina problem till. Således är en viktig framtida arbetsuppgift för ledarna inom kardiologin att värna om denna kunskapsmångfald utan att för den sakens offra spetskompetensen, en intressant arbetsuppgift för de som planlägger såväl specialist- och fortsatt kompetensvidmakthållande. ■

Lars Rydén, professor emeritus. Enheten för kardiologi, Institutionen för Medicin, Karolinska Institutet Stockholm.



"Ju längre man kan se bakåt"

När jag skrev detta tänkte jag som vid några andra tillfällen på Winston Churchills ord den 2 mars 1944 till läkarna i Royal College of Physicians: "The longer you can look back, the further you can look forward...". Min förhoppning är att ha förmedlat erfarenheter, nu kanske betraktade som historiska, men inte desto mindre viktiga att ha med sig in i framtiden. Bilden är från det tillfälle när jag öppningstalade vid den Europeiska kardiologföreningens 50-årsjubileum den 26 augusti år 2000. Talarstolen tillhörde en gång i tiden den berömda läkaren Karel F Wenkebach.

Fotnot: Bilden på Lars Werkö är hämtad från en intervju inom ramen för folkhälsosatsningen Det Goda Livet, Landstinget Kronoberg som finns att läsa på www.ltkronoberg.se.



År 2017 – en blick in i framtiden

Utvecklingen inom kardiologin är i ett expansivt skede. Hur ser vardagen ut för läkare och patienter om tio år? Per Tornvall ger sig i kast med en kvalificerad gissning.

Jag har fått nöjet att spå de närmaste tio årens utveckling inom kardiologin. Helt säkert är att jag kommer att spå fel på många punkter, inte minst när det gäller hastigheten på utvecklingen. Jag kommer att belysa såväl teknisk som farmakologisk utveckling som vikten av livsstilsförändring. Jag kommer också att beröra vår syn på hur vi utövar läkekonsten. Att jag börjar med teknikutveckling beror på att denna är inne i en snabb utvecklingsfas för närvarande.

Teknikens utveckling

Som inom alla delar av samhället, inte minst inom IT-området, sker en explosionsartad utveckling. Sannolikt följer utvecklingen inom medicinsk teknik till stor del av IT, då många framsteg beror på utvecklingen av mjuk- och hårdvara. Samtidigt uppvisar denna utveckling samma brister som inom IT-området, framför allt vad gäller utvärdering av resultaten. Det mest tydliga exemplet på detta är utvecklingen av spiral-CT för non-invasiv

koronarangiografi där man i dag på många ställen med bristande erfarenhet börjat använda denna i sig lovande teknik på kliniska frågeställningar. I dag fungerar tekniken endast tillfredsställande på några enstaka centra med stor erfarenhet. Läkare är ibland väl snabba att ta till sig ny teknik, särskilt som pressen är stor från tillverkarna som ser en enorm marknad framför sig inom till exempel hälsoundersökningar.

Det paradoxala är dock att det sannolikt är hälsoaspekter i form av strålskydd som kommer att begränsa en sådan utveckling. En brist är att färre läkare väljer att forska och det bidrar till risken att vi tar till oss ny teknik okritiskt. En forskarutbildning är nog den bästa försäkringen mot att ny teknik accepteras alltför okritiskt.

Hur som helst är non-invasiv spiral-CT av kranskärl något som kommer de närmaste tio åren. Tekniken har stora möjligheter och kommer säkert att användas till exempel före klaffkirurgi i stället för konventionell korona-

rangiografi. En annan möjlighet är att identifiera instabila plack med non-invasiv spiral-CT. Denna teknik behöver väsentligen förbättras och framför allt prospektiva undersökningar utföras. Som med andra tekniker för avbildning av ateroskleros så är värdet ofta bara marginellt bättre än summan av riskfaktorerna för ateroskleros.

En annan teknik som kommer att användas mer det närmaste decenniet är magnetresonans (MR). I motsats till spiral-CT ger denna teknik ringa information om kranskärlen. Fördelen med tekniken är att man med stor säkerhet kan påvisa hjärtmuskelskador ner till gramnivå. Vidare kan man med kontrast med sen förstärkning visa om skadan är irreversibel. Även med denna teknik är man beroende av kvalificerade tolkare av undersökningarna. Jag ser dock framför mig att denna teknik kommer att vinna framsteg före ekokardiografi efter hjärtinfarkt. En begränsning är att det finns relativt sett lite erfarenhet av hjärt-MR i Sverige och det är stor konkur-

rens mellan olika specialiteter avseende maskintid. I detta sammanhang måste jag också påpeka att även den traditionella ekkardiografin utvecklas starkt och ger oss nya kunskaper om hjärtats funktion.

Nya landvinningar

Den tekniska utvecklingen påverkar inte bara utredning av hjärtsjukdomar utan även dess behandling. Den kvantitativt största gruppen av patienter är den med ischemisk hjärtsjukdom där utvecklingen hittills har varit påtaglig både avseende traditionell kirurgi i form av by-passoperationer och perkutana interventioner. Sannolikt är potentialen för by-passoperationer nådd och i dag är det en allmänt accepterad metod för behandling av utbredd kranskärlsjukdom med nedsatt vänsterkammerfunktion och/eller diabetes mellitus. Utvecklingen av koronarstentar som appliceras via perkutan teknik har gått framåt starkt men uppvisar brister avseende utvärdering av de kliniska resultaten. Denna brist gäller såväl obehandlade som behandlade stentar. Med större och bättre kliniska prövningar, med lång uppföljning, kommer stenttekniken att fortsätta utvecklas. Utan tvekan kommer perkutana interventioner till stor del att ersätta by-passoperationer med tiden. En faktor som bidrar till detta är att patienterna undersöks mer aktivt i dag och upptäcks därmed oftare i ett tidigare skede innan kranskärlssjukdomen har progredierat. Detta innebär att behandling kan ske med stentimplantation och sekundärprevention påbörjas. Med perkutan teknik kommer man de närmaste tio åren även kunna behandla klaffsjukdomar framför allt aortaste-

närmaste tio åren kommer helt säkert antalet implantationer som primärprofylax att öka. Vidare kan ICD kombineras med biventrikulär pacing som har visat sig vara ett bra komplement till läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt. Denna åtgärd påverkar framför allt livskvaliteten då den fysiska arbetsförmågan ökar. Liksom vid stentbehandling med läkemedelsbehandlade stentar vill jag varna för att långtidseffekterna är okända. Vid svår hjärtsvikt kanske detta spelar en mindre roll, men när man nu börjar pröva tekniken även vid måttlig hjärtsvikt bör man bättre utreda riskerna med metoden. Sannolikt kommer en liten del av elektroden i sinus koronarius att trombotisera med en potentiellt negativ inverkan på hjärtats venösa återflöde och därmed funktion.

Farmakologisk utveckling

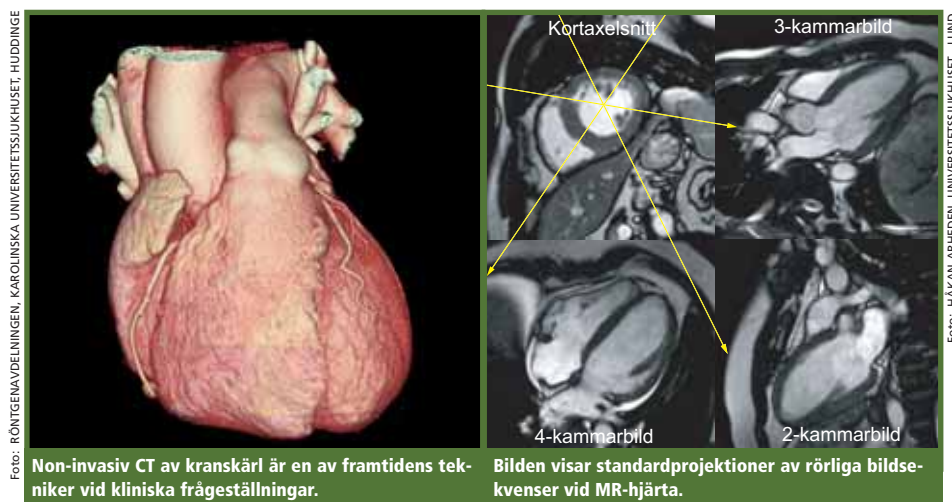
Den farmakologiska utvecklingen har varit enormt stark under de senaste 20 till 30 åren men på senare år har nya läkemedel inte kunna uppnå de framgångar som tidigare läkemedel haft. I dag är ASA, betablockerare och statiner etablerade läkemedel för den kranskärlssjuka patienten. Vidare är betablockerare och ACE-hämmare/AII-blockerare etablerad behandling vid hjärtsvikt samt warfarin vid förmaksflimmer. Den trombocythämmande effekten kan i viss mån förbättras på kort sikt med tillägg av thienopyridiner, men försök med mer specifik receptorblockad (glykoprotein IIb/IIIa) har misslyckats varför ytterligare trombocythämning sannolikt inte kommer att ha någon påtaglig långsiktig effekt på insjuknande i kranskärlssjukdom. Under de närmaste tio åren kommer sanno-

ling vid hjärtsvikt som kan bli aktuell är ytterligare hämning av renin-angiotensinsystemet som dock sannolikt kommer att ha marginella effekter. De blodfettssänkande statinerna har haft goda effekter på återinsjuknande i hjärtinfarkt och död. Det finns ett starkt samband mellan effekten och kolesterolsänkningen varför de flesta läkemedelsföretagen i dag satsar på effektivare statiner samt läkemedel som kompletterar dessa.

En grupp läkemedel som det satsas stort på i dag är HDL-höjare. Bakgrunden till detta är att ett högt HDL-kolesterol är associerat till en god prognos. Infusion av HDL-kolesterolets bärarprotein apolipoprotein-AI har i en mindre studie visat på en gynnsam effekt på progressen av ateroskleros i kranskärlen mätt med intravaskulärt ultraljud. Dessa och andra resultat har gjort att man har extrapolerat nytan av att höja HDL-kolesterol oberoende av farmakologisk princip. Nyligen avbröts en studie med en så kallad CETP-hämmare, som höjer HDL-kolesterol, på grund av ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Samma preparat hade i en annan studie visat på en ogynnsam effekt på intima-mediatjocklek som är ett aterosklerosmått, vilket gör det sannolikt att denna princip att höja HDL-kolesterol inte fungerar. CETP-hämmare påverkar inte bara HDL-partikeln utan även andra lipoproteiner då CETP är ett enzym som styr utbytet av kolesterol mot triglycerider mellan lipoproteiner. Sannolikt är ursprunget för det förhöjda HDL-kolesterolet inte det rätta – det borde komma ifrån aterosklerosplack – eller så ökar man aterogenciteten för de andra lipoproteinerna. Detta utsluter inte att andra HDL-höjande läkemedel med andra verkningsmekanismer kommer att fungera. Bortsett från direkta trombinhämmare och HDL-höjare är avsaknaden av nya läkemedel med nya angreppssätt sällsynta. Det finns ett stort behov av att klarlägga nya mekanismer, till exempel bakom orsakerna till plackruptur, för att kunna ta fram helt nya läkemedel mot hjärt-kärlsjukdom. Läkemedelsindustrin har tyvärr ägnat sig för mycket åt utveckling och marknadsföring av redan kända kategorier av preparat som till exempel statiner och ACE-hämmare/AII-blockerare. Vinsterna på kort sikt har varit stora även för det företag som kommit in på marknaden som nummer tre eller senare.

Hälsa och livsstil

De i dag sannolikt största vinsterna vid behandling av hjärt-kärlsjukdom kan man göra genom att se till att våra patienter får en adekvat utredning och behandling. Även om vi har blivit bättre finns det fortfarande stora brister i hur vi följer upp behandlingen av våra patienter trots olika kvalitetsregister. Vi ►



Non-invasiv CT av kranskärl är en av framtidens tekniker vid kliniska frågeställningar.

Bilden visar standardprojektioner av rörliga bildsekvenser vid MR-hjärta.

nos och mitralisinsufficiens. Tekniken finns i dag men måste testas i större skala.

Ytterligare ett område där teknikens landvinningar påverkat behandlingen är vid hjärtsvikt. Prognosen vid denna svåra åkomma kan påverkas positivt med ICD-behandling. De

likt warfarin att ersättas med trombinhämmare som gör att patienten sannolikt slipper dagens täta INR-kontroller. En viss osäkerhet finns dock om blödningskomplikationerna som är påtagliga med warfarin kommer att minska. Ytterligare farmakologisk behand-



► måste i framtiden se till att våra patienter verkligen tar sina läkemedel i adekvata doser för att uppnå de målvärden vi har satt.

I detta sammanhang kommer betydelsen av att försöka stödja patienterna i deras förändring av livsstilen in. Vi är experter på att skriva olika riktlinjer som ofta uppdateras med täta mellanrum. Vi är däremot sämre på att implementera de nya riktlinjerna. Det närmaste decenniet måste vi lägga mer krut på att se till att riktlinjerna når slutanvändarna, det vill säga patienterna. Förutom att arbeta på individnivå med riskpatienter eller friska med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom har vi hjärt-läkare ett ansvar att försöka förändra samhället för att förebygga sjukdom. Vi måste arbeta med allmänheten, politiker och beslutsfattare för ett förbättra matvanor, minska rökning samt öka graden av motion. Sannolikt måste det till en attitydförändring som lämpligen börjar redan i skolan.

Ett framsteg är att man i dag inte pratar om gymnastik, som ämnet tidigare hette, utan om idrott och hälsa. Skolan måste sannolikt satsa mer pengar för att skolmaten ska bli bättre så att alla elever får i sig ett välbalanserat mål per dag och framför allt en förebild för fortsatta måltider resten av livet. I detta sammanhang ser jag en utmaning de närmsta åren i form av att vi måste visa enighet avseende vad som är en lämplig diet. Debatten i dag om olika dieters för- och nackdelar är förvirrande. Exakt hur det ska gå till vet jag inte, men det är viktigt att såväl hjärtläkare som politiker, myndigheter och beslutsfattare är tydliga i detta avseende. En renässans för en fettrik kost är lika med en återgång till den situation man hade i Finland på 1970-talet med en hjärt-kärl dödlighet som var enorm. Med ett strategiskt angreppssätt, som framför allt innebar en minskning av kostens fettinnehåll, lyckades man vända detta och man har i dag i stort sett samma dödlighet i hjärt-kärlssjukdomar som i Sverige.

Utåtriktat arbete

I detta sammanhang vill jag berätta att den europeiska Cardiologföreningen tillsammans med nätverket för Hjärtfonder, WHO och EU har tagit fram en plan för förbättrad hjärthälsa i Europa där målet är att man inte ska behöva drabbas av hjärt-kärlsjukdom före 65 års ålder. För att nå detta mål måste vi som hjärt-läkare tillsammans med andra läkare, politiker, myndigheter och beslutsfattare gemensamt arbeta för att vår livsstil förbättras samt att de som redan insjuknat får en optimal behandling.

Som alla sannolikt vet är nu kardiologi en subspecialitet till internmedicin. Kardiologkollektivets inställning till detta är säkert delad och beroende på vilken typ av sjukhus



”Min övertygelse är att vi kardiologer är bättre rustade med en internmedicinsk utbildning i botten.”

man arbetar på. Många av oss arbetar på stora sjukhus där kranskärlsröntgen är lika lätt att beställa som en lungröntgen och patienterna är redan selekterade genom speciella akutläkare. Det är lätt att generalisera att alla i Sverige har det på detta viset. Visserligen görs det kranskärlsröntgen på många ställen i Sverige men den absolut vanligaste är att sjukhus och mottagningar inte har fri tillgång till denna och andra invasiva tekniker utan är beroende av en bra icke-invasiv teknik i form av arbetsprov och ekokardiografi. Till detta kommer konsten att kommunicera, eller ta anamnes som vi säger, med patienten – mer om detta lite senare i texten. Det är därför av största vikt att vi utbildar bra icke-invasiva kardiologer då vi i Sverige har ett stort behov av detta. I specialistutbildningen bör strukturerad utbildning ges i koronarangiografi som framför allt inriktar sig på indikationer, risker samt tolkning inklusive behandlingsalternativ. Alla ST-läkare bör inte och kan inte ges möjlighet att till exempel utföra 100 koronarangiografier under sin utbildning. Alla som vill bör få chansen att prova invasiv kardiologi efter en formaliserad utbildning som bör innehålla träning i simulator.

Ett område där ST-utbildningen bör förbättras i framtiden är handhavandet av pacemakers då våra patienter i allt högre grad får denna behandling inklusive biventrikulär pacing och ICD. Som sagt ovan är vi numera en subspecialitet till internmedicin, vilket jag tror är bra då vi i dag möter allt äldre patienter med andra komplicerande sjukdomar. Till exempel kranskärlssjukdom är starkt överrepresenterat hos patienter med diabetes

och vi måste därför ha adekvata kunskaper inom detta område. Andra exempel på internmedicinska sjukdomar som är associerade med såväl kranskärlssjukdom som atrioventrikulära överledningsrubbningar är reumatiska sjukdomar. Min övertygelse är att vi kardiologer är bättre rustade inför framtiden med en internmedicinsk utbildning i botten.

Jag vill i detta sammanhang avslutningsvis varna för ett alltför mekaniskt tänkande där vi i dag är benägna till att remittera våra patienter till diverse, ofta invasiva, undersökningar och behandlingar utan att ha pratat igenom utfallet av dessa med patienten. Ofta kommer samtalet, ett arbetsprov och till och med en ekokardiografi i bakgrunden i utredningen av våra patienter. Guidelines är viktiga men inom ramen för dessa måste vi individualisera utredning och behandling. Jag skulle i detta sammanhang vilja rekommendera en bok som i mitt tycke bör ingå i ST-utbildningen av kardiologer ”The lost art of healing – practicing compassion in medicine” av Bernard Lown (The Ballentine Publishing Group, www.randomhouse.com). Läs den och bli en bättre läkare, kardiolog och sannolikt också en bättre människa! ■



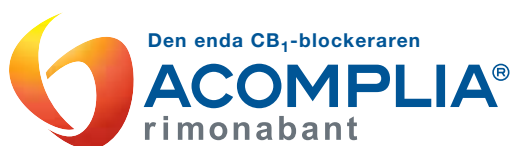
Per Tornvall, docent och överläkare
Kardiologiska kliniken, Karolinska
universitetssjukhuset, Solna och ordförande
Svenska Cardiologföreningen.

Det behövs mer än ett läkemedel



Patienter som får Acomplia skall genomföra livsstilsförändringar¹, men dåliga vanor är svåra att bryta på egen hand. Därför finns det kostnadsfria stödprogrammet Livsstilsguiden. Våra livsstilsvägledare och sjuksköterskor arbetar för att goda föresatser skall omsättas i goda vanor. Alla patienter som anmäler sig till Livsstilsguiden blir uppringda av sin personliga livsstilsvägledare, som arbetar utifrån individens förutsättningar med information, stöd och uppmuntran. Livsstilsguiden kan göra stor skillnad för många patienter – något att hålla i minnet när du förskriver Acomplia nästa gång.

Mer om Livsstilsguiden får du veta om du ringer 020-100 111.



Acomplia ingår i läkemedelsförmånerna endast för behandling av feta patienter som har BMI över 35 kg/m² eller överviktiga patienter som har BMI över 28 kg/m² och som samtidigt lider av diabetes typ 2 eller höga blodfetter

Acomplia® (rimonabant) är en CB₁-receptorblockerare. **Indikation:** Som tilläggsbehandling till diet och motion för behandling av feta patienter (BMI ≥ 30 kg/m²), eller överviktiga patienter (BMI > 27 kg/m²) vid samtidig förekomst av riskfaktor(er), såsom typ 2-diabetes eller dyslipidemi. Man uppskattar att ungefär hälften av de observerade förbättringarna i HDL-C, triglycerider och HbA_{1c} hos patienterna som erhöll rimonabant 20 mg översteg vad som kan förväntas vid enbart viktminskning. Acomplia® finns som tablett 20 mg i förpackningarna 28 och 98 st. För vidare information se www.fass.se.

Ref. 1. www.fass.se

FÖR BIDRAG TILL BILDER TACKAR SVENSKA CARDIOLOGFÖRENINGEN:

Universitetssjukhuset MAS

Strömma Kanalbolaget

Fotograf Ove Nilsson

Södersjukhusets bildavdelning

Professor emeritus Lars Rydén

Landstinget i Kronoberg

Jonaz Ripsweden, Röntgenavdelningen,

Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Håkan Arheden, Universitetssjukhuset, Lund