

Svensk

KARDIOLOGI

nr. 2 | 2018

Reportage från vårmötet i Stockholm

Att spå väder är svårt...

Carlos reflektioner -
"Är det farligt?"





*Maximal tolererbar dos statin + ezetimib



Till patienter med mycket hög kardiovaskulär risk

TA NÄSTA STEG

- **Repatha**[®] sänker LDL-kolesterolet med upp till 75%**
- **Repatha**[®] minskar den kardiovaskulära risken hos patienter med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom.

Repatha[®] subventioneras som tilläggsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som har ett kvarstående LDL-kolesterol ≥ 4 mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib. Repatha[®] subventioneras också som tilläggsbehandling för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Se www.fass.se

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

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha[®] är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigerig av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

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

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

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

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

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen maj 2018, se www.fass.se

**Patienter med hyperkolesterolemi som fick Repatha[®] 140 mg varannan vecka, i tillägg till atorvastatin 80 mg

SVENSK KARDIOLOGI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Professor Stefan James
Uppsala Akademiska Sjukhus
751 85 Uppsala

EDITOR-IN-CHIEF

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

SENIOR EDITOR

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

PRODUKTION

CA Andersson
Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: prod_ystad@caandersson.com
Produktionsansvarig: Annette Ohlsson
(annette.ohlsson@caandersson.com)
Layout: CA Andersson

UTGIVNING 2018

Nr 1: vecka 16
Nr 2: vecka 26
Nr 3: vecka 41
Nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

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

ANNONSMATERIAL

CA Andersson
E-post: prod_ystad@caandersson.com

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

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

ADRESSÄNDRING

E-post: info@mkon.se



- 5 Ledare
- 10 Jubileumsvårsmöte i Stockholm 2018
- 16 Etiskt forum
- 21 2017 års stipendierapport
- 24 Reseberättelse
- 26 Nytt från HjärtRytmsgruppen
- 28 Vad gör Arbetsgruppen
för hjärtsvikt och klaffsjukdomar?
- 30 Nytt från arbetsgruppen
för kranskärslssjukdom
- 32 Arytmiprofilen
- 35 Krönikan
- 36 Porträttet
- 38 Gastronomins hjärta

- 41 Ledare
- 42 Reseberättelser
- 44 Avhandling

Svenska Kardiologföreningen inbjuder till

ESC Highlights

i samband med ESC-kongressen i München

Förtur för föreningens medlemmar fram till 2 juli!

Plats: Filmcasino Odeon, Odeonplatz 8, München

Tid: måndag 27/8, 2018, kl. 18.30

Anmälan: www.cardio.se

Denna utbildningssatsning har gjorts möjlig via stöd från industrin



Pradaxa[®]
dabigatranetexilat

Praxbind[®]
idarucizumab

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



PRADAXA[®] 150 mg x 2 minskar signifikant risken för ischemisk stroke jämfört med warfarin hos patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer^{3,4}

PRADAXA[®] – lika många patienter studerade i de två godkända doserna, 150 mg och 110 mg³



PRAXBIND[®] (idarucizumab) häver omedelbart och fullständigt den antikoagulerande effekten av PRADAXA[®]²

Referenser: 1. Pradaxa[®] produktresumé, fass.se. 2. Praxbind[®] produktresumé, fass.se. 3. Connolly SJ, et al. New Eng J Med 2009;361:1139–51 [Erratum: New Eng J Med 2010;363:1875–6 and New Eng J Med 2014;371(15):1464–5]. 4. Connolly SJ, et al. Circulation 2013;128(3): 237–43.

Pradaxa[®] (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVAF), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass \geq II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått elektiv total protesoperation i höft- eller knäled. **Styrkor och förpackningar:** 60x1 samt multiförpackning 3x60x1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance < 30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itraconazol och dronedaron. Mekanisk hjärtklaffprotes. För senaste prisuppgift samt övrig information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 01/2018.

Praxbind[®] (idarucizumab), Rx, EF, ATC-kod V03AB. **Indikation:** För vuxna patienter behandlade med Pradaxa[®] (dabigatranetexilat) när snabb reversering av Pradaxas antikoagulerande effekt krävs: Inför akut kirurgi/brådskande procedurer; Vid livshotande eller okontrollerad blödning. **Styrkor och förpackningar:** 2 injektionsflaskor à 2,5 g/50 ml injektions-/infusionsvätska, lösning. **Varningar och försiktighet:** Känd överkänslighet (t ex anafylaktisk reaktion) mot idarucizumab eller något av hjälpämnena eller ärftlig fruktosintolerans är tillstånd som noga måste vägas mot den potentiella fördelen med behandlingen. Genom att reversera dabigatranbehandlingen utsätts patienterna för den risk för trombos som är knuten till deras underliggande sjukdom. För att minska denna risk skall återinsättning av behandling med blodförtunnande medel övervägas så snart det är medicinskt lämpligt. För fullständig förskrivarinformation se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 11/2017.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se



Låt mig presentera mig...

I denna min första ledare som ordförande för Kardiologföreningen vill jag börja med att tacka för det stora förtroende som föreningen och dess medlemmar gett mig att leda föreningen under en tid. Det är hedersamt och känns viktigt att företräda Svensk Kardiologi internt och externt i Sverige och Europa.

Föreningen som firade 70 år förra året är mycket välskött, har stabil ekonomi och god sammanhållning. Mycket tack vare goda tidigare ordföranden och engagerade styrelseledamöter. Ett stort tack till tidigare ordförande Mats Börjesson för ditt trevliga och engagerade arbete. Stort tack också till avgående vetenskaplig sekreterare Sofia Lawesson samt ledamöterna Ulf Näslund och Niklas Ekerstad. Tillsammans med sittande kassör Mika Skeppholm, facklig sekreterare Eva Mattsson och adjungerade redaktören Martin Stagmo hälsar jag Pyotr Platonov, Annica Ravn-Fischer och Lars Svennberg hjärtligt välkomna till styrelsen. Vi har verkligen förutsättningar för rikt fortsatt arbete med bra spridning i åldrar, kön, erfarenheter och subspecialiteter i den nya styrelsen.

I en tid i samhället av individualism och populism med enkla svar på komplexa problem och offentligt ifrågasättande av fakta och forskning tror jag att föreningar som vår behövs mer än någonsin. Vi är en förening som verkar för att främja svensk kardiologi genom utbildningar, kurser, examinationer, utdelning av stipendier och priser, riktlinjer, vetenskaplig aktivitet och stimulans, offentliga diskussioner och remissyttranden. Vi vill värna om våra medlemmars och vår specialitets speciella intressen men också vara en del i samhällsdebatten som läkare i ett bredare perspektiv när det gäller styrning av sjukvården, etik och vetenskaplig grund med patienten bästa i fokus.

Vi gör mycket av detta arbete genom våra nio arbetsgrupper, med en rad kurser där nationella kliniska utbildningssymposier, fortbildningsdagar, forskarutbildningskurs och många specialkurser står i centrum. Hjärtförbundet som vi är en del av tillsammans med andra föreningar inom hjärt-kärlområdet skapar ett av Sveriges största medicinska möten; Kardiovaskulära vårmötet som i år igen slog deltagarrekorde och visade hur viktigt det är för att höja kunskapsnivån och forskningen i Sverige inom det kardiovaskulära fältet.

Vi är anslutna till tre moderföreningar som vi avser att både utnyttja och bidra till än mer. Europeiska kardiologföreningen med 56 nationella föreningar och 95 000 medlemmar närmar vi oss allt mer genom allt större representation i bl.a. styrelsen, arbetsgrupper, riktlinje- och registergrupper. Vårt mål är att Sveriges vetenskapliga bidrag till ESC-kongressen ska synas allt mer och att våra registerdata ska få större genomslag i Europa. Sveriges läkarförbund organiserar 50 000 individuella svenska läkare. Vi kommer att arbeta mer tillsammans med dem bl.a. genom att ha vi en del möten förlagda till läkarförbundets huvudkontor och kommer att träffa deras ordförande under året. Svenska läkaresällskapet är läkarkårens oberoende, vetenskapliga och professionsorganisation. Vi har en stark koppling till dem som en av de större vetenskapliga sektionerna med våra 1100 medlemmar men ska fördjupa samarbetet ytterligare. Eva Mattsson och jag deltog nyligen på läkarsällskapets fullmäktige och valde ny ordförande, Britt Skogseid. Vi stödjer aktivt deras nya idéprogram (läs gärna på hemsidan) och förslag att stärka aktiviteten och representativiteten i sällskapet. Tack vare delfinansiering via hjärtförbundet kommer läkarsällskapet att ge oss allt mer administrativt stöd bl.a. för medlemsregister, utskick, styrelsemöten och kontakter med våra moderföreningar.

Vi har många verksamheter och aktiviteter men föreningen blir bara det som vi själva gör den till så välkomna med förslag, idéer, kritik, återkoppling och delta så mycket som möjligt och se till att så många kardiologer som möjligt är medlemmar. Tillsammans blir vi bättre.

Nu väntar en härlig sommar med välförtjänta ledigheter för många men även hårt och viktigt arbete på sjukhusen. Många av oss kommer att ses på ESC-kongressen i München där vi har gemensamt boende och många aktiva föreläsare och presentatörer. Välkomna till ESC-highlights som vi ordnar igen tillsammans med ett stort antal företag inom läkemedel och medinteknisk industri.

Stefan James
Ordförande



”I en tid i samhället av individualism och populism med enkla svar på komplexa problem och offentligt ifrågasättande av fakta och forskning tror jag att föreningar som vår behövs mer än någonsin.”



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både**:

- Bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin¹
- Bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin¹

Ref: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992





Att spå väder är svårt...

Text: Martin Stagmo

När ni läser denna ledare är midsommar över och för de flesta har kanske semestern börjat. När jag skriver den är det dock fortfarande i början av juni och vi har upplevt den mest fantastiska maj jag kan minnas på många år. I dag är det närmare trettio grader varmt i Skåne. Huruvida detta kommer hålla i sig över midsommar är svårt att sia om i skrivandes stund, men en spaning byggd på över 40 års personliga observationer, ger vid handen att så inte är fallet utan att vi fått vårt vanliga halvtas-kiga midsommarväder. Som bland annat Niels Bohr lär ha sagt. "it's difficult to predict, especially about the future".

Säkert är i alla fall att det kardiologiska året haft sitt slut och början i slutet av april i samband med Svenska Hjärtförbundets vårmöte och Kardiologföreningens årsmöte. En rapport från detta hittar ni detta nummer. Stora delar av styrelsen har bytts ut och i detta nummer finner ni premiärledare från både den nye ordföranden, Stefan James och vetenskaplige sekreteraren Pyotr Platonov. Välkomna till tidningen!

Vidare fortsätter vi vår artikelserie om etiska dilemman i vården. Denna gång är det en tankevård och måhända något provokativ artikel signerad Stella Cizinsky som sätter fingret på några av de etiska dilemman en verksamhetschef kan råka ut för.

Som vanligt får vi dela Carlos Valladares ofta underfundiga och alltid tankeväckande reflexioner över oss som doktorer och vårt möte med patienterna.

Carl Johan Höjer bidrar i detta nummer med flera artiklar. Hans uppskattade matspalt är naturligtvis med men också en fortsättning på temat palliativ medicin som startade i förra numret.

Efter en diskussion mellan undertecknad och Anders G Ohlsson på årets ACC i Orlando där bland annat min brist på kännedom om en av svensk epidemiologis stora personligheter, Haqvin Malmros, stod klar beslutade Anders sig för att det var dags att skriva några rader om denne framsynte forskare och läkare vilket resulterat i ett intressant porträtt i detta nummer.

Vidare får vi en fascinerande inblick i hur olika hjärtsjuka orden ter sig i mindre rika delar av världen i form av ett resereportage signerat den nyligen pensionerade kollegan Christer Sjödin som under några månader praktiserade kardiologi i Zambia.

Med nedanstående rader vill jag önska alla en lång skön och vilsam sommar!



"The greatest lesson in life is to know that even fools are right sometimes"

– *Winston S Churchill*

Till sist en rättelse från förra numret. Beträffande illustrationerna till Gunnar Nybergs anmälan av Branko Furstes bok *The heart and Circulation* i nr 1:2018 av Svensk kardiologi saknades uppgifter om figurerna. Dessa, som ursprungligen publicerats av Walter Alexander i tidskriften *P&T* 2017;42(1):33-39 har av såväl författaren som av tidskriftens förlag givits tillstånd till återgivning här.

Martin Stagmo

IMPROVED OUTCOMES START HERE^{1,2}

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

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

Indication

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

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



redefining antiplatelet performance

*In combination with ASA.

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

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

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

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

Subvention: Brilique 60 och 90 mg ingår i läkemedelsförmånen. Senaste översyn av produktresumén: 2017-05-18. För ytterligare information och priser se www.fass.se.

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

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



Vetenskaplig sekreterares ledare

Det är min första ledare som vetenskaplig sekreterare i Svenska kardiologföreningen och det var med blandade känslor som jag tog emot stafettpippen från Sofia Lawesson. Hur blir det nu egentligen? Vad vill jag tillföra föreningen? Vad brinner jag för?

Jag kom till Sverige som gästforskare för lite drygt tjugo år sedan och åren som gått sedan dess har lärt mig hur mycket mer man kan åstadkomma om flera slår ihop sina idéer och krafter än om var och en av oss kämpar för att nå sina mål på egen hand. Samarbete är inte alltid lätt och sällan friktionsfritt. Det ska vara rättvist och ge möjlighet till alla att få sin röst hörd. Men när bitarna väl hittar varandra i det stora pusslet blir ett samarbetsprojekt inte bara ”strictly business” utan en inspirationskälla som lägger grund till åren av belönande samarbete, trevligt umgänge och, varför inte, utbyte av kreativa idéer över ett glas öl eller vin!

Hur hittar man varandra? I vårt postindustriella samhälle där vardagen präglas av intrång av sociala media och när diverse kommunikationsplattformar tar allt mer plats i arbetslivet kan frågan låta obefogad. Men å andra sidan, hur ofta kunde samarbetsprojekt bli en verklighet utan en personlig träff och en handskakning? Redan idag finns det flera av Kardiologföreningens initiativ som har visat sig vara framgångsrika och skapat tillfällen för utbyte av kliniska erfarenheter och forskningsresultat. Forskningsmöte i november har etablerat sig sedan flera år och lockar forskare som befinner sig i början av sina vetenskapliga karriärer såväl som erfarna mentorer och lärare. Nationella utbildningssymposia och Temadagar anordnade av Kardiologföreningens arbetsgrupper har kommit för att stanna. Redan nu ligger alla kommande möten under 2018 upplagda på föreningens web-sida och flera tar redan emot anmälningar. Glöm inte boka datum i almanackan för att inte missa ditt drömmöte i nästa schemaönskemål!

Årets största kardiologmöte, ESC 2018 i Munchen, närmar sig med stormsteg. För några veckor

sedan fick många svar på sina abstrakt som skickades in till kongressen. Vissa med glädje och vissa med besvikelse. Det är inte lätt att komma in och ibland är det svårt att förstå varför vissa resultat av mångårigt arbete accepteras för presentation på en stor internationell kongress och inte till en annan. Det blir dock spännande att se svensk forskning under de fem fullspäckade augustidagarna innan höstscheman på våra kliniker börjar på riktigt. ESC årsmöte är dock inte bara ett forum för forskare utan ett enastående utbildningstillfälle för alla. Vem får åka? Vem stannar hemma och håller ställningarna medan de andra får chansen i år? Ansträngd ekonomi och åtstramningen av regelverk som styr finansiering av läkares deltagande i utbildningsmöten har påverkat negativt även möjligheter att resa till ESC och lära sig. Desto mer glädjande är det att träffa glada kollegor från kliniker och sjukhus som hittar lösningar som ger möjlighet för flera att delta. Ni som planerar att resa till Munchen på ESC, glöm inte ESC-Highlights sessionen, ett utbildningstillfälle som anordnas av Kardiologföreningen och ger inblick i det viktigaste som avslöjas under kongressen. I år planeras sammankomsten måndagen den 27 augusti – mer information om programmet och anmälan kommer.

Sommaren står för dörren! Låt semestersäsongen ge det efterlängta uppehållet i vår hektiska vardag och skapa utrymme för att vila, reflektera och få tid med våra nära och kära – det mest värdefulla av allt som vi aldrig får tillräckligt mycket av.

Pyotr Platonov
Vetenskaplig sekreterare



”Det ska vara rättvist och ge möjlighet till alla att få sin röst hörd.”



Jubileumsvårnöte i Stockholm 2018

Text och foto: Martin Stagmo





Mötet hölls i Stockholm Waterfront

Med växlande väderlek mötte Kungliga Hufvudstaden oss för Svenska hjärtförbundets 20:e vårmöte i slutet av april. Under suverän ledning av mötesgeneralen Lena Jidéus från Uppsala anordnade organisationskommittén, med sedvanligt benäget bistånd av MKON och Charlotta Ekheim, ett fantastiskt intressant och synnerligen välordnat årsmöte. Det är med blandade känslor, dock mest glädje, jag ser mitt eget gamla deltagarrekorde från Göteborg 2016 slås med hästlängder. Över 1600 av hjärt-Sveriges främsta inom olika discipliner och professioner samlades på det strategiskt belägna Stockholm Waterfront för tre intensiva dagar av föreläsningar, symposier och diskussioner. De interprofessionella kontakter som sluts och upprätthålls vid ett möte som detta är ovärderliga. Detta tydliggjordes av det inledningsanförande som Professor Lars Wallentin från Uppsala höll då han betraktade vårmötets utveckling under 20 år. Lars var själv primus motor i det första mötets tillblivelse och han beskrev livfullt och underhållande de problem och konflikter det medförde att försöka bringa samman de olika professionerna till ett gemensamt möte. Den betydelse för Svensk Hjärtsjukvård som detta haft kan knappast överskattas och den kraft och styrka vårt gemensamma handlande har är sannolikt en anledning till att svensk hjärt/kärlsjukvård allmänt befinner sig i en relativt gynnsamt situation där resultaten lätt kan mäta sig med de bästa centra i världen. Även det goda samarbetet med den innovativa och forskade läkemedelsindustrin är härvidlag av stor betydelse och ligger helt i linje med statsmakternas uttalade strävan att stärka landets position inom life science och göra Sverige världsledande inom detta område.

Årets organisationskommitté har med den äran, från alla de utmärkta symposieförslag som inkommit, satt ihop ett intressant och allsidigt program täckande de flesta intresseområden. Det är viktigt att vi inser att ett möte av denna storlek och art måste sortera och fördela utrymmet och att om just mitt specifika intresseområde inte fått all den uppmärksamhet jag tycker det förtjänar så tänker ju alla andra likadant om sitt område och att om alla skulle få som de vill i denna fråga så skulle mötet bli allt för stort och omöjligt att organisera. Dessutom ger det en utmärkt möjlighet att bredda och uppdatera sin kunskap inom ämnen som man kanske inte till fullo behärskar eller sysslar med dagligdags.

Även de vetenskapliga presentationerna i form av postrar och fria föredrag var mycket intressanta och välbesökta. I år provades ett nytt koncept med modererade postrar vilket föll ut mycket väl. Uttagna posterpresentatörer fick 1 minut på sig att med hjälp av en eller ett par slides presentera sin poster i ett mindre mötesrum med ca 10–15 åhörare. Därefter vidtog 2 minuters modererad diskussion innan det var dags för nästa presentation.

Årets högtidstalare och mottagare av Werköpriset var den för oss alla välkända Annika Rosengren från Göteborg som höll en lysande föreläsning om kar-



Annika Rosengren.

diovaskulär epidemiologi med såväl framtidsspaningar som historiska tillbakablickar.

Årets kongressmiddag hölls i Stockholms stadshus med middag i den fantastiska Blå hallen och dans i gyllene salen. Maken till 20-års fest har vi väl sällan skådat. Undertecknad fick en liten känsla av hur det skulle vara att få komma hit den 10 december...

Traditionsenligt höll Svenska Kardiologföreningen sitt årsmöte i anslutning till vårmötet. Protokollet från detta finns inom kort att läsa på föreningens hemsida www.cardio.se. Nedan följer några viktiga punkter från årets möte:

Avgående ordförande Mats Börjesson presenterade föreningens årsberättelse och beskrev alla de aktiviteter och utbildningar vi genomfört under året. Därefter beskrev kassören Mika Skeppholm föreningens ekonomi som kortfattat kan beskrivas som god! Styrelsen beviljades därefter glädjande nog ansvarsfrihet för föregående verksamhetsår. Därefter skedde val till ny styrelse då ett flertal ledamöter i år avgått då de sttit ut sin stadgade tjänstgöringstid. Detta gäller bland annat Mats Börjesson som under två år, på ett föredömligt sätt, lett styrelsens arbete liksom de båda rutinerade ledamöterna Ulf Näslund och Niklas Ekerstad som under flera år bidragit till styrelsens arbete. Härvidlag ska särskilt nämnas de nationella utbildningssymposierna och fortbildningsdagarna som fallit på deras lott och som varit ytterst uppskattade. Även den vetenskapliga sekreteraren Sofia Lawesson som framgångsrikt organiserat Kardiologföreningens forskningsmöte, avböjde omval p.g.a. utlandsvistelse.

Ett förslag till ny styrelse presenterades av valberedningen under Frieder Braunschweig och valdes



Wallentin, Ekheim, Tornvall och yours truly.

av årsmötet. Ordförande blev Stefan James från Uppsala, vice ordförande Bengt Johansson från Umeå, vetenskaplig sekreterare Pyotr Platonov från Lund, kassör Mika Skeppholm från Stockholm, facklig Sekreterare Eva Mattsson från Stockholm, övriga ledamöter Annika Ravn-Fischer från Göteborg och Klars Svennberg från Gävle. Närmare presentation av dessa kommer i nästa nummer.

Till hedersledamot i föreningen utnämndes mycket välförtjänt forskningssekreterare Monica Magnusson från Lund som under många år och mycket skickligt och hängivet hjälpt styrelsen och föreningen med allt från utbildningsmaterial till hemsida och som arkivarie för föreningens skrifter och protokoll. Grattis Monica!

Föreningen har, tillsammans med de forskande läkemedelsföretagen AstraZeneca och Boehringer Ingelheim möjlighet att dela ut två forskningsstipendier varje år. I år gick dessa till Tove Fredriksson, Danderyd (BI) och Robert Edfors, karolinska (AZ). Grattis! I detta nummer kan du även läsa om vad förra årets pristagare gjort med stipendiet.

De nya kollegor som genomgått och klarat Kardiologföreningens specialistexamen hyllades och hedrades som vanligt under årsmötet. I år var det inte mindre än 9 personer som genomgick de svåra prov och utmaningar som Viveca Frykman och kollegor på Danderyd utsatte dem för. Ett stort grattis från hela föreningen och välkomna in i de gyllene namnbricksbehängda specialisternas skara till Jana Bjarby, Camilla Settergren, Gustav Ribom, Robert Edfors, Alexandra Andras, Mikolaj Skibniewski, Sarwen Zidan Hussein, Dina Melki och Uzma Chaudry!

Till nästa år sker en radikal förändring av specia-





En liten gumma som gnor.



Den nya styrelsen.



Monica Magnusson och Mats Börjesson.

listexamen i och med att styrelsen efter noggrann utredning och utvärdering beslutat att gå med i ESCs europeiska specialistexamen: den teoretiska delen av den svenska examen utgår därför och ersätts med den europeiska formen i år men den praktiska delen kommer fortsatt att genomföras.

Jag vet av egen erfarenhet att knappt har detta vårmöte och årsmöte tagit slut förrän den nya organisationskommittén och styrelsen kastar sig in i arbetet med att förbereda aktiviteter och program för nästa år. Vi önskar dem alla lycka till och tackar för detta år!

Nästa vårmöte går av stapeln på Sveriges framsida, västkusten, närmare bestämt i Göteborg. Väl mött där men glöm åter inte att delta i alla de aktiviteter som Kardiologföreningen erbjuder under året dessförinnan. Jag tänker bland annat på Forskningsmötet på Rosersberg i höst, HRGs utbildningsdagar, NUS om hjärtsvikt och fortbildningsdagarna i februari nästa år.



AZ pristagare.



BI pristagare.



2018 års nya kardiologer.

KARDIOLOGISKT FORSKNINGSMÖTE

Rosersberg, 28-30 november 2018



Välkommen till svenska kardiologföreningens 9:e möte med fokus på kardiologisk forskning!

Kom och presentera och diskutera din forskning tillsammans med andra forskare.

Under några intensiva dagar varvas doktorandpresentationer med föreläsningar och paneldiskussioner ledda av erfarna forskare.

Anmälningsskylt och mer information finns på:

www.forskningsmote.se

Varmt välkomna!



Verksamhetschefens etiska dilemman?

Text: Stella Cizinsky, verksamhetschef



Stella Cizinsky

Överläkare i kardiologi
Verksamhetschef
Hjärt-lung-fysiologiska kliniken
Universitetssjukhuset Örebro
(stella.cizinsky
@regionorebrolan.se)

En inledande artikel (Löfmark, Cizinsky, Ekerstedt, Svensk Kardiologi, 2018:1) diskuterades etikens grundläggande frågor inom medicin. En verksamhetschef – som har en utbildning inom sjukvårdens legitimationsyrken – bör först och främst relatera till dessa frågor, då de är gemensamma för professionerna och kan ses som fundamentet för yrket. Då jag själv är läkare sedan mer än 30 år, tar jag i denna artikel främst upp min egen profession – men jag hoppas att verksamhetschefer och medarbetare med sin grund i andra legitimationsyrken kommer att finna likheter i tankegångarna.

Makt innebär alltid ansvar att försöka göra sitt yttersta för att genomföra det som är ålagt. Makten är i första hand en plikt att bära, och inte en rättighet att utnyttja. Betyder det att alla läkare med makt automatiskt kommer att handla rätt vid etiska problem? Givetvis inte. Historiska exempel – inte minst under de senaste 100 åren – visar att läkaryrket inte nödvändigtvis vaccinerar mot olämpliga och även direkt ondskefulla handlingar. Inom alla professioner finns olämpliga personer, vilka redan i sin grundstruktur har förutsättningar för att bortse från ambivalens – och därmed både kan undgå att se och agera rätt inför moraliskt svåra problem.

Vilka är då chefens etiska frågor och problem? Och hur kan chefer och medarbetare arbeta tillsammans för att både se dessa och lösa dem gemensamt på ett bra sätt?

En några år gammal avhandling (Falkenström, Erica (2012). Verksamhetschefens etiska kompetens. Stockholm: Stockholms Universitet) diskuterar hur verksamhetschefer förhåller sig till moraliska problem. Identifiering av intressekonflikter är en central del – där chefen måste förhålla sig till systemkonflikter, prioriteringskonflikter, lojalitetskonflikter och maktkonflikter. Hur chefer förmår identifiera, tolka och precisera problemen innebär också verktyg för att undgå att agera irrationellt under känslomässig påverkan. Tyvärr blir sammanfattningen i avhand-

lingen att målrationalitet och managementtänkande i styrsystemen är mer kraftfulla än professionsetisk hänsyn. Ekonomiska och karriärmässiga egenintressen kan negativt påverka chefens etiska förhållningssätt. Enkelt och konkret kan man säga att det är enklare att fatta kortsiktiga och skenbart rationella beslut som ser ut att lösa problem – och som inte stör den egna sinnesfriden, grupptillhörigheten eller karriärvägen. Det cheferna betalar är ett etiskt pris, vilket kan leda till samvetskval, likgiltighet och tilltagande obehag och oro inför arbetsuppgiften att leda och organisera en komplex verksamhet.

I nedanstående kommer jag att försöka strukturera de bekymmer som möter en verksamhetschef, vilken vill fortsätta vara läkare med professionsetiska grunder. Det som diskuteras är relationen till den egna ledningen och uppdraget, till besvärliga situationer (och personer) vid kontakt med medarbetare, patienter och anhöriga. Slutligen berättar jag om mina personliga strategier för att klara uppdraget utan att drabbas av förlamande etisk stress.

Chefens roll i relation till den egna ledningen:

En nyligen skriven rapport (Erica Falkenström & Anna T. Höglund: ”Etisk kompetens i ledning och styrning av vården”, SCORE/AFA Försäkring, 2017 – finns för nedladdning i pdf, kursiverad text nedan är direkta citat från rapporten) säger att:

Etikens funktion är att legitimera och att ifrågasätta makt, att motverka omoraliska handlingar och att skapa genuint förtroendefulla relationer mellan olika intressentgrupper ... och att ... Med etikens hjälp är det möjligt att systematiskt bedöma konsekvenserna av olika handlingsalternativ, innan man fattar större beslut.

Författarna till rapporten har tidigare gjort forskning kring etik vid prioriteringar (Höglund) och om verksamhetschefers etiska kompetens (Falkenström, se

ovan). De gör det grundläggande – och sannolikt mycket rimliga – antagandet att beslut som fattas på högsta ledningsnivå kommer att ha betydelse för bemanning, arbetsmiljö, effektivitet, kunskapsutveckling och patientsäkerhet. I rapporten har man granskat politiker, tjänstemän och vårdgivarnas högsta chefer. Rapporten baseras på granskning av skrivna dokument, intervjuer och deltagande i möten där beslut fattas.

Slutsatsen av denna rapport är nedslående. Dokument, skrivelser, planer etc. innehåller mycket text om etik och värdegrund – men de är så allmänt hållna att de inte kan användas som praktiskt styrmedel. Det är också min och många andra chefers och professionella medarbetares insikt. Dessa texter tenderar att skrivas med hög grad av imitation av tidigare texter, inslag av moderna floskler (jämlighet, mångfald, hållbarhet, jämställdhet, patientens val/makt/delaktighet) och är tydligt en arena för kommunikationer och konsulter. Avsikten är att visa upp en politisk avsikt som talar om hänsyn till samhället och enskilda grupper/individer. Men greppet är av samma typ som speglar varumärkesarbete och skyltfönsteraktiviteter inom i stort sett hela den offentliga sektorn av idag.

Intervjuer och deltagande i möten visade att enskilda individer kunde uppvisa etisk kompetens och se etiska dilemman, men att detta inte visade sig i beslutsfattandet. Man kunde vid möten ha starkt emotionellt färgade diskussioner om etik och etiska frågor, men i verkligheten påverkade detta inte besluten som redan var beredda och i praktiken fattade när de presenterades vid mötena. Även om man kunde förstå maktens koppling till ansvar för etiska frågor, så lade man tydligt de etiska problemen till verksamheten och de professionella grupperna (dvs. läkare och sjuksköterskor). Författarna drar slutsatsen att undersökningsgruppen i praktiken undandrog sig vissa möjligheter till etiskt ansvarstagande... och ...att undersökningsgruppen själv föreföll ha brister i sådan etisk kompetens som styrdokumentet fordrar.

Som verksamhetschef sedan mer än 12 år, kan jag bekräfta att detta är fallet. Jag deltog för några år sedan i en ambitiös ledarskapsutbildning för verksamhetschefer vid universitetskliniker. Vid ett av mötena diskuterades gruppens svåraste beslut under senaste året. Samtliga deltagare berättade om konflikter som bestod i att högre ledning tvingade dem till att följa beslut som de uppfattade skapade etiska problem i relation till verksamheten (alltså patientarbetet), arbetsmiljön och även ekonomin. De högre ekonomiska besluten ledde ofta till orimliga prioriteringar, där man tvingades avstå resurser i budget för politiskt motiverade satsningar och inriktningar.

Vid direkt fråga om varför man inte motsatte sig dessa beslut, så svarade majoriteten av deltagande att de då skulle behöva ta konsekvensen av beslutet och avgå som chef. Och de ansåg att ”en ny chef skulle göra jobbet, men göra det sämre och utan kunskap om verksamheten” och att ett chefsbyte därmed

skulle vara skadligt för den egna kliniken. Denna diskussion fördes för närmare tio år sedan. Sedan dess har det blivit klart sämre. Av kursens deltagare så har majoriteten slutat som verksamhetschefer – en del har gått till andra chefsuppdrag utan direkt operativt ansvar, men många har valt att sluta som chefer eller sluta i offentlig sjukvård. Det speglar svårigheterna att arbeta som chef med operativt ansvar. Man ser problemen, eller får dem påpekade av medarbetare – men man har inte den makt som ansvaret kräver. Man tvingas uppvisa lojalitet till en ledning som man upplever som mindre insiktsfull, ofta skapas beslut som står i direkt konflikt till hälso- och sjukvårdens portalparagraf om behovs- och solidaritetsprincipen. Inte sällan får man kritik från frustrerade medarbetare att man går i ledband och fattar beslut som inte är rimliga. Många verksamhetschefer som jag talat med (här handlar det om närmare 50 personer, vilka jag kontaktat för synpunkter inför skrivande av en egen bok) har talat om tilltagande frustration när man hör den egna ledningen tala om ”ledarskapet i fokus” men i praktiken gör de operativa chefernas roll alltmer komplex och komplicerad.

Chefens roll och inställning till uppdraget:

Denna fråga är direkt kopplad till hur den egna ledningen (se ovan) uppfattar uppdraget. Inte sällan har högre ledning en annan uppfattning än man själv eller de egna medarbetarna. Verksamhetschefer som är läkare kan välja att distansera sig från den direkta patientvården. Det är stundtals helt nödvändigt när den administrativa bördan blir allt större och mer oöverblickbar. Man bombarderas av texter, rutiner, riktlinjer och mail. Allt fler administratörer gör ständiga förändringar – vilka ofta är utan insikt om det motsägelsefulla i nya beslut i relation till tidigare rutiner. Vid kontakt med verkligheten krävs mycket energi för att jämka dessa nya rutiner till tidigare existerande. Blankethysterin når ständigt nya höjder. Beslutsfattande är alltmer oklart – man vet inte vem som skall fatta beslut om vad, och under ökande krav att ”skriva fram” ett underlag så förloras ofta de egna frågorna. Innan man tagit fram alla siffror som fordras, så har beslut antingen fattats utan underlag, eller så har frågan glömts bort eller prioriterats ner.

Många psykologiska och sociologiska studier har visat att individens etiska förmåga är avhängig av sammanhanget, kulturen i gruppen, tid för reflektion och egen utveckling, intellektuell förmåga och vissa grundläggande personlighetsdrag. Vissa personer är mer lämpade för att kunna ta till sig mer komplexa frågor på ett reflekterande sätt – och dessa personer kan också utvecklas under krav och ansvar. Men alla människor har till sist en gräns, där de inte längre orkar agera på ett etiskt sätt. Den gränsen nås när man är utarbetad, utan stöd och behöver agera under tidspress.

Det är därför inte ovanligt att verksamhetschefer slutar i förtid. Det gäller särskilt läkare på chefsuppdrag. Kanske är det för att läkare ofta väljer att fortsätta med patientarbete – vilket ökar arbetsbördan,





men framförallt omöjliggör att distansera sig från insikten om de etiska problemen som uppstår i konflikt med det egna chefsuppdraget. När man själv går ner till akutmottagningen och ser multisjuka äldre ligga i timmar i korridoren, så blir det betydligt svårare att effektuera beslut som tydligt kommer att försämra vården för de med mindre makt och autonomi. Det blir också svårare att fortsätta prioritera meningslösa möten om onödiga administrativa processer – när man istället kunde arbeta som läkare och korta värdköer, utbilda yngre kolleger och känna mening i det egna yrkeslivet.

I det vakuum som uppstår genom läkargruppens ovilja att ta på sig chefsuppdrag, så kliver andra grupper in. Besluten fattas nu av sjukvårdsledningar med svag medicinsk kompetens, drivs igenom med fokus på ekonomiska hänsyn (och med orimligt stark påverkan från HR-folket), och genomförs av verksamhetschefer som inte är läkare. Det står tydligt i uppdraget för verksamhetschefer att man har ansvar för verksamhet (medicinsk), ekonomi och arbetsmiljö. Dessa tre delar bör helst inte separeras på flera personer. Endast med kompetenser inom alla tre delar kan man förstå besluten man fattar – eller när konflikter uppstår genom (egna eller andras) beslut, och därmed förhoppningsvis hur problem kan minskas eller undvikas. Uppenbara konflikter finns nämligen hela tiden – man tvingas att prioritera mellan olika delar av verksamheten när resurser saknas, man måste hantera dålig arbetsmiljö under överbeläggningssituationer och man behöver planera långsiktigt för FoU även när produktionen blir lidande. Ständigt återkommande val mellan olika saker kräver insikter om etiska frågor, mod och förmåga att analysera och argumentera för sina egna beslut.

Besvärliga och farliga medarbetare:

Alla som har arbetat ett tag i sjukvård kan berätta om olämpliga arbetskamrater. Det handlar om psykisk ohälsa, missbruk, kulturella skillnader – men även allmänt ifrågasättande personer som vägrar att foga sig för verksamhetens krav och den egna arbetsgruppens önsknings. Jag har själv försökt att skapa mig en (lite förenklad och schematisk) bild av hur människor kan agera – det behövs för att kunna förstå hur man kan skapa viss sämja inom en grupp. I denna uppdelning så ser jag fem grupper: 1) de med starka egna motiv, ofta mycket duktiga specialister, 2) de som vill vara lite bättre än alla andra, men bara lite bättre och utan för stor ansträngning, 3) de som kommer att göra som gruppen i övrigt, 4) de som behöver kontrolleras och styras med enklare incitament, 5) de som aldrig kan kontrolleras och som ständigt gör oväntade och potentiellt farliga saker.

För chefen är de som beskrivs som grupp 1 respektive grupp 5 svårast att hantera. Men dessa grupper är sinsemellan mycket olika och deras effekter på verksamheten är beroende av hur chefer och arbetskamrater kan anpassas till deras beteende. En chef som är osäker eller som inte klarar att se skillnader mellan olika grupper kan agera antingen svagt eller

orättvist och repressivt. Man kan ge fördelar till subgrupper, vilket skapar missämja mellan olika intressen. Det leder nästan alltid till etiska problem i verksamheten. Man prioriterar utan analys, och på ett reaktivt sätt. Inom den svenska kardiologin kan detta yttra sig genom en hög grad av subspecialisering, där man avhänger sig ansvaret för kroniskt sjuka patienter i livets slutskede. Dessa patienter blir lämnade utan ansvarig läkare och får en vård utan kontinuitet.

En chef som visar klokskap och långsiktighet får medarbetarens förtroende. Det leder till en större samverkan. Man kan då som chef få ändra sitt beslut när diskussioner och mer information leder till ett bättre underlag – utan att vara rädd för att anklagas för brist på konsekvens eller ”ledarskap”. Ledningen blir mer flexibel och allas kompetens kan tas tillvara på ett bättre sätt. De drivande personerna i grupp 1 blir då chefens bästa vänner. Dessa drivs ofta av starka egna övertygelser, inte sällan med etiska motiv och stark arbetsmoral. Ibland kan man behöva stoppa dessa personer, som inte alltid ser till det övergripande goda – men dessa medarbetare är ofta goda krafter som snabbt förstår och kan göra kompromisser. Men de behöver givetvis en chef som de kan lita på. Personer i denna grupp är oftare (men inte alltid) läkare. De behöver förståelse från ledningen för att kunna utvecklas. En ledning som ständigt talar om att ”man måste hålla läkare kort”, ”att leda läkare är som att styra en flock katter” och andra dumheter kommer att förlora förtroendet hos denna grupp. De kommer att lämna kliniken – och den stora flykten av goda specialister till privat sjukvård kan sannolikt delvis förklaras av dylika mekanismer.

Medarbetare vilka genom psykisk eller fysisk ohälsa får problem att göra ett bra arbete är ett särskilt problem. När grunden är hälsoproblem, så måste man som chef och människa förhålla sig med empati och förståelse för den kris som arbetsförmågan innebär. En kollega och vän som arbetat bra i många år kan drabbas av presenil demens. Inte sällan är det svårt att avgöra när sjukdomssymptom uppstår och den drabbade klarar inte själv att definiera problemen. När blir det orimligt att inte agera? Hur kan man avsluta medarbetarens arbetsliv utan att det blir en kränkning och en sorg för den drabbade? Läkare ser ofta yrket som en viktig källa till identitet – man har stor del av sitt upplevda värde i sitt yrke och sin kompetens. Men chefen kan inte låta medarbetare fungera dåligt – ansvaret ligger i att skydda tredje part, patienten.

Hur gör man när en medarbetare visar sig ha sämre kompetens än förväntat? Detta är kanske ännu svårare. En person som rekryterats från annat sjukhus visar sig vara okunnig eller sakna adekvat omdöme. Här tror jag tyvärr att många chefer gärna blundar länge, särskilt när verksamheten är underbemannad. Man vill inte kritisera en medarbetare, och därmed riskera att anklagas för elitism, diskriminering eller helt enkelt otrevligt bemötande av medarbetare.

Missbruk hos medarbetare är inte helt ovanligt.

Hur en chef väljer att agera beror ofta på inställningen till om missbruket är ”självförvällat” och därmed klandervärdt – eller om det är att se som en sjukdom, åtminstone när det är ett etablerat beroende. Den tystnadskultur och skam som finns omkring ett missbruk – och det försök att dölja sitt beroende som medarbetare uppvisar – gör också att det kan ta lång tid att se vad som pågår.

HR-avdelningen har kunskapen om de formalia som behöver följas när man avslutar en medarbetare. Men de är sällan till hjälp när det gäller de etiska aspekterna. Hur man behandlar en medarbetare kommer att påverka övriga i verksamheten. Att avsluta någon för tidigt – men oftare för sent – kan skada förtroendet för chefen från övriga i gruppen. Vi ser delvis likande reaktioner i metoo-rörelsen, där ledningars tystnad och ovilja att agera slår tillbaka mot ledningen och organisationen. Men vi ser också reaktiva och onödigt drastiska beslut som mer speglar ledningens oro för den egna positionen. Den kloka ledningen bör inte delta i drev kring enskilda personer eller händelser.

Patienter, patientens makt och behovet att avgränsa vissa patienter:

”Sjukvård vore en trevlig sysselsättning om det inte vore för patienterna” – sa en av mina egna tidigare chefer. Det var sagt med uppgiven ton och efter ett orättvist anklagande från en patient och dennes anhöriga, vilket högre ledning valde att lyssna på. Dagens offentliga sanning är att ”patienten har rätt”, patientmakt anses vara självklart och rimligt. Denna sanning är ett axiom och därmed utanför den tillåtna debatten. Samtidigt ser vi tydligt att ett fåtal personer med rättshaveristiskt beteende tar alltmer av vår tid. Studier visar att de med s.k. personlighetsyndrom (ca 2–5 % av befolkningen) står för en tiofald högre andel av patientkontakterna inom primärvård, akutbesök och givetvis psykiatri. Dessa personer är oerhört svåra att hantera, de har en energi som gränsar till besatthet och deras önskan om att ”få rättvisa” kan yttra sig som förföljelse av enskilda medarbetare. Inte minst chefer hamnar i fokus när dessa personer skall få upprättelse för (i regel inbillade eller överdrivna) kränkningar och felbehandlingar. Det enklaste vore att begränsa dem, men det är idag omöjligt. Man får inte stöd från den politiska och tjänstemannaledning vi har. Dessa patienter (och inte minst anhöriga till äldre och svårt sjuka patienter) är aktiva i media, främst sociala media men även ofta med hjälp av journalister som hittar en ”bra story”. För er som vill läsa mer rekommenderas den utmärkta boken ”Möta människor med rättshaveristiskt beteende” (Carlander & Svensson, 2017).

Intrådet av en mångfald av kommunikatörer i de politiskt styrda offentliga organisationerna innebär ett ständigt bevakande av mediala spår. Inom min egen region får alla chefer och s.k. nyckelpersoner dagligen en lista på allt som senaste dygnet publicerats om regionen. Här blandas högt och lågt, insändare i reklamtidningar ges samma dignitet som att en

professor fått ett stort forskningsanslag. Ofta är det mindre kul att hamna i denna lista, och chefer gör sitt bästa för att slippa schavottera i dessa sammanhang och behöva försvara sig mot egen ledning eller för att undvika mer medial uppmärksamhet. Det är också i regel omöjligt att försvara sin verksamhet i det enskilda fallet, man kan av sekretesskäl inte besvara sakfrågan, men förväntas helt enkelt ”göra en pudel” och i väl vald blandning hävda att 1: det aldrig har hänt, 2: man är en god människa och verksamheten är utmärkt... och 3: det kommer inte att hända igen, eftersom man förändrat sina rutiner eller skrivit nya PM.

Ovanstående är lite raljant skrivet, men icke desto mindre är det sant. Detta agerande löser problemet kortsiktigt men skapar problem på längre sikt. Det är självklart att patienter och allmänhet kan förlora förtroendet för sjukvården – när ledningen inte får bemöta uppenbara dumheter i offentliga anklagelser (eller presterar allmänt hållna svar från kommunikationsavdelningen). Men det är också förödande för hårt pressade medarbetare när den egna chefen sviker genom att inte försvara dem. Den klassiska bilden av ledaren som med ett fast grepp om rodet styr skeppet eller rider till storms mot en fiendehär, ställer krav på en stackars verksamhetschef som helst vill slippa angrepp mot den egna personen. Men likafullt behöver man personlig styrka och etisk reflektion som ger möjlighet att hantera dylika konflikter. För en verksamhetschef som själv är läkare kan stöd återfinnas i de professionella medarbetarna – men det kräver en långsiktig relation till dessa, och att man ständigt diskuterar komplexa frågor om patienters rättmätiga respektive orimliga krav.

Patientföreningar har under senaste decennierna utvecklats till en maktfaktor inom den offentliga debatten. Ibland är det bra, genom att de kan hjälpa oss att få ut budskap och nyansera bilden av en sjukdom. Sjukvårdens ledning (politik och tjänstemän), media och marknad kan dock ibland skapa osundare kopplingar till patientföreningarna. Ett alltför flitigt minglande på Almedalsveckan kan leda till att föreningar (med mycket ekonomiska muskler eller en retoriskt kompetent ordförande) styr prioriteringar på ett sätt som åsidosätter etiska krav och hälso- och sjukvårdens portalparagraf.

Varför välja ledarskap?

Att vara chef kräver ett stort antal uppoffringar. Man tvingas förändra bilden av sin person – man uppfattas i regel tala och agera som chef och inte som sin egen person – och därmed kan man förlora sina tidigare relationer till medarbetare och omgivning. Det är krävande att ständigt tvingas till kompromisser med den egna identiteten. Många gånger väljer man att dra sig undan och hellre styra genom ”siffror och grafer” eller genom egna mellanchefer, rutiner, riktlinjer och uppföljningar. Man har regelbundna möten som genomförs ritualiserat och med ett fåtal verkliga problem på agendan. Det fungerar en (mycket kort) tid, och inte sällan blir det problem





på kliniken som man inte uppfattar förrän det är för sent.

Jag har provat alla tänkbara sätt att vara chef. Inte minst de styrmetoder som har rekommenderats av managementlitteraturen, ledarskapskonsulter och HR-folk. De har sällan fungerat. Man blir inte trovärdig när man spelar teater. Bättre och mer långsiktigt är att försöka förstå vad som sker och varför. Man kan då bygga en långsiktighet i egna kontakter och oftare fatta rätt beslut om vad som behöver göras i verksamheten. Människor i ens omgivning behöver se en konsistens i agerande och beslut. Det skapar tillit i organisationen och gör att man själv får råd och hjälp vid svåra beslut – och stöd när besluten inte blir bra eller behöver förändras.

Chefer drömmer numera om att vara ledare, strateger och visionärer. Detta är oftast önsketänkande. Chefsarbetet handlar mest om trist administration, ständig adaptation till förändring, kompromisser, konflikthantering och acceptans av det bristfälliga. Insikt om dessa realiteter skyddar på sikt från besvikelser och utmattning, vilket kan leda till cynism och emotionell dysfunktion. Man behöver ha ett gott minne, så att man kan se vad som har skett över tid. I regel har man mer skäl att glädja sig än vad man tror. Har man arbetat långsiktigt och hängivet, så

brukar man kunna se hur den egna insatsen har gett positiva effekter för verksamheten.

För min egen del, så har jag aldrig släppt kontakten med patientarbetet. Det gör mina arbetsdagar orimligt långa. Jag jobbar dagtid med patienter och har möten, och sitter på fritiden med administrationen. Men det ger också meningsfullhet i det man gör. Och man ser också hur verksamheten fungerar på riktigt, vet vem man kan kontakta när något behöver göras eller justeras, och man får legitimitet för de förändringar som behöver genomföras. Kännedom om informella strukturer och lokal kultur är enormt viktigt när man skall besluta eller driva beslut.

Sammanfattningen är att det mesta chefer gör är svårt, men att det finns en stor tillfredsställelse när man ser goda förändringar – vilka ibland kan ha kommit till stånd genom ens egna insatser och ihärdighet. De etiska konflikterna är många och behöver diskuteras betydligt mer än man gör idag. Människor med stark förankring inom patientarbetet behöver oftare välja ledarskap – både genom att själva axla chefsuppdrag, men även genom att stötta de kolleger som väljer att jobba som chefer – inte genom att vara medgörliga, utan genom att se problemen och hitta lösningar till dem. Med detta vill jag avsluta med att betona att detta är det roligaste jobb jag har haft!

SÖK BIDRAG TILL DIN FORSKNING!

Riksförbundet HjärtLung delar ut bidrag till forskning som berör personer med hjärtsjukdom eller lungsjukdom.

Vi prioriterar forskning om rehabilitering och prevention för våra medlemsgrupper. Stor vikt läggs på patientnytta.

Praktisk information och ansökan på:
www.hjart-lung.se/forskning

Ansökan om forskningsbidrag ska vara Riksförbundet HjärtLung tillhanda senast 30 september 2018.

Välkommen med din ansökan!



Riksförbundet
HjärtLung

www.hjart-lung.se
info@hjart-lung.se Tel: 08-55 606 200

Lungemboli och Förmaksflimmer

– finns det ett samband?

Text: Emma Svennberg

Under slutfasen av mitt avhandlingsarbete om förmaksflimmer, fick jag en fråga avseende trombosbildning i hjärtats högra förmak, och risken för lungemboli hos patienter med förmaksflimmer. Mitt första svar var helt reflexmässigt och satt i sedan kandidattiden, ”Lungemboli har till 90 % sitt ursprung i benen”. Men, sedan kunde jag inte släppa frågan, och började fundera på om det inte kunde vara så att det likväl som det bildas tromber i det vänstra förmaket vid förmaksflimmer, även kunde bildas tromber i det högra vid förmaksflimmer. Vid den tidsperioden hade vi ett fall på sjukhuset med en patient som efter en elektiv elkonvertering drabbades av en lungemboli, vilket bidrog till mitt intresse.

Jag började titta tillbaka på den välkända sanningen om att 90 % av alla lungembolier berodde på embolisering från djup ventrombos, och fann att studierna avseende förekomst av djup ventrombos vid lungemboli visade på en stor spridning avseende förekomsten av trombos i benen (Girard et al, Chest 2005). Å andra sidan hade de bara undersökt benens vener, och nog skulle det kunna funnits andra tromboskällor, ex. bäcken- och armvenstrombos som kunde ge upphov till lungemboli? Men, i en holländsk studie där man genomförde helkroppsmr på 99 patienter med färsk lungemboli sågs djup ventrombos i färre än hälften av deltagarna (van Langevelde et al. Haematologica. 2013).

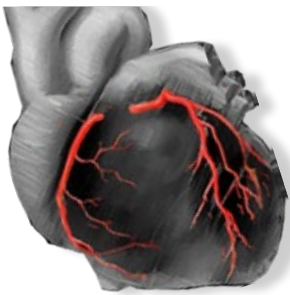
I en svensk obduktionsstudie publicerad 1969 i Acta medica Scandinavica visade Åberg et al att hos patienter med förmaksflimmer (utan signifikant klafffel) förekom flest tromber i vänster förmak (10 %, 51/506). Tromber i höger förmak förekom hos 5 % av patienterna, och i båda förmaken hos 4 %. Vidare kunde man se att patienter med förmaksflimmer som hade spontan ekokonstrast i höger förmak på transesofagealt EKO (37/210, 18 %) hade signifikant mer perfusionsdefekter på lungscintigrafi som en markör för

lungemboli (Yasuoka et al. Heart and vessels. 2009). Patienter med förmaksflimmer är ofta asymptomatiska. Oavsett symptomatologi får de ofta livslång antikoagulantibehandling, baserat på deras kardiovaskulära riskprofil.

Patienter med lungemboli får vanligtvis en tidsbegränsad behandling med antikoagulantibehandling. Efter utsättning av behandlingen finns en viss återinsjuknande risk.

Med hjälp av stipendiet från Kardiologföreningen Boehringer-Ingelheim har jag tillsammans med professor Håkan Wallén, och överläkare Med Dr Eli Westerlund inlett en studie där vi inkluderar patienter som insjuknat akut i lungemboli och som inte har känt förmaksflimmer. Deltagarna får skatta sina symptom med RAND-36, genomgå ekokardiografi, och biobank prover insamlas. Deras skiktröntgenbilder granskas med avseende på trombos i förmaket. Därefter randomiseras de till att genomgå förlängd förmaksflimmerscreening med tum-EKG, eller sedvanlig behandling. Hittills har vi inkluderat 50 patienter i studien, och vi planerar att inkludera 800 patienter. Syftet med studien är att se om förmaksflimmerscreening och fortsatt blodförtunnande behandling kan påverka mortalitet, återinsjuknande i stroke och lungemboli efter fem år. Vi har precis inlett arbetet med att hitta fler samarbetspartners som vill inkludera patienter.

Stort tack för det fina stipendiet som givit oss möjligheter att starta denna studie!



Fokus Kranskärl

14-15 januari, 2019 Sigtuna

SAVE THE DATE

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

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

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

Hjärtligt välkommen till Sigtuna 2019!

www.mkon.nu/kranskarl

FORTBILDNINGSDAGAR i KARDIOLOGI 2019

6-8 februari 2019 • Stockholm
www.mkon.nu/update



SAVE THE DATE!



Trombocytfunktion vid dubbel trombocythämning

Text: Emma Hansson

Trombocytfunktion vid dubbel trombocythämning i en randomiserad läkemedelsprövning efter CABG-operation – en substudie i TACSI-studien

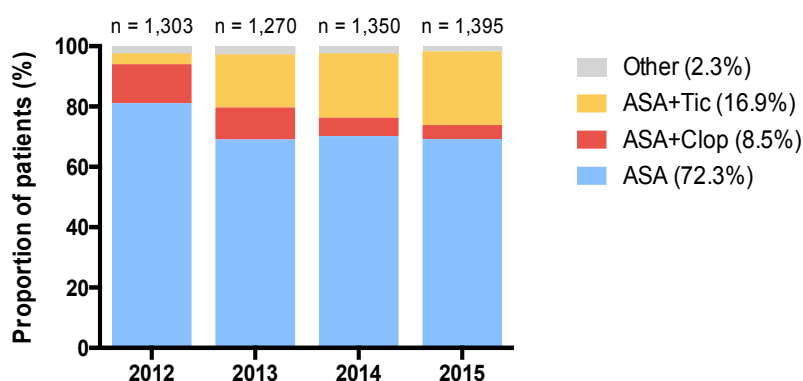
Dubbel trombocythämning (DAPT) i form av acetylsalicylsyra och en ADP-receptorantagonist är ett väl etablerat och viktigt verktyg i kardiologens verktygslåda i samband med akut koronart syndrom. Dess användning efter öppen kranskärlskirurgi har, särskilt internationellt, varit mer omdiskuterad. Även om riktlinjer rekommenderar ett års behandling med DAPT också efter CABG, kan man i exempelvis data från Svenska hjärtkirurgiregistret (Figur 1) se att följsamheten till dessa rekommendationer varierar stort mellan olika center även i Sverige. Detta kan delvis bero på att det vetenskapliga underlaget uppfattas som något svagare då det fattas dedikerade studier på området, och delvis på att många kirurger – som ofta är de som återinsätter behandlingen efter operationen – är skeptiska till trombocythämning generellt på grund av dess negativa effekter på blödningsrisk. Dock är det så att den delpopulation som har de allra bästa absoluta mortalitetsciffrorna i exempelvis PLATO-studien, är de patienter som fått DAPT efter CABG, och tidigare presenterade retrospektiva data har visat en betydande mortalitetsvinst efter CABG för de patienter som fått DAPT med ticagrelor efter sin operation (CJ Malm med flera, abstract SATS 2016).

Mot bakgrund av detta pågår just nu initieringen av en internationell prövar-initierad randomiserad läkemedelsprövning (Dual antiplatelet therapy with ticagrelor and acetylsalicylic acid (ASA) vs. ASA only after isolated coronary artery bypass grafting in patients with acute coronary syndrome – TACSI trial) där patienter som genomgått subakut CABG ska randomiseras till antingen singelbehandling med ASA eller dubbelbehandling med ASA och ticagrelor under ett års tid efter operationen, och patienterna kommer sedan att följas, både med avseende på säkerhetsaspekter som blödningshändelser, och effektivitet i form av minskad morbiditet och mortalitet. Inklusion i studien förväntas pågå under drygt två år och ska utföras vid samtliga universitetssjukhus i landet samt i övriga nordiska länder. Enligt en powerberäkning baserad på preliminära registerdata behöver ca 2200 patienter inkluderas för att uppnå adekvat power avseende mortalitetsvinst. Uppfölj-

ningen kommer sedan att göras delvis via kvalitetsregister, och delvis via uppföljande telefonsamtal.

Den del av projektet som fick emotta Cardiologiföreningens AKS-stipendium 2017 är en delstudie där en andel av de patienter som inkluderas i huvudstudien kommer att undersökas också med impedansaggregometri (Multiplate) för att studera om trombocytfunktionen kan användas för att prediktera antingen positiva (minskat antal trombotiska händelser) eller negativa händelser (ökat antal blödningshändelser). De patientnära trombocytfunktions-testerna (exempelvis VerifyNow, Plateletworks, Multiplate) utvecklades från början för detta ändamål, men har i stora studier inte bevisat tillräcklig träffsäkerhet. Däremot har de testerna de senaste åren vunnit mark när det gäller att optimera planering av kirurgi och bedöma blödningsrisk i samband med större operativa ingrepp. Av de 2200 inkluderade som planeras i TACSI som helhet kommer ca 300 patienter att inkluderas även i trombocytfunktionsmätningen. Trombocytfunktionen kommer att mätas efter initiering av behandlingen, efter minst två doser av trombocythämmaren, och sedan kommer effektivitet och säkerhet att följas på samma sätt som i huvudstudien, via kliniska kvalitetsregister och uppföljande telefonsamtal.

Vår förhoppning är att studien kommer att bidra till ökad kunskap om optimal behandlingsstrategi för kranskärlsjuka patienter som genomgår CABG, och att även de opererade patienterna ska få dra full nytta av de farmakologiska framsteg som gynnat övriga AKS-patienter.



Figur 1. Andel av patienterna som behandlas med DAPT efter CABG.



Reseberättelse

– från Chikankata, Zambia

Text och foto: Christer Sjödin



Flyg 9/1 Copen­hagen, Heathrow, Addis Abeba, Lusaka. Påfallande omodernt och slitet på flygplatserna i Addis och Lusaka. Hämtad av sekreterare/allt i allo Cathrine och driver. Lokal valuta kwarza (1 k ca 80 öre) fick jag med viss möda från ATM maskiner. Sedan inköp av mat m.m., på bra super­mark­et i Lusaka. Man får bunkra för 2–3 veckor då knappast något finns att köpa lokalt. Det blev mörkt och vi hamnade i en bilolycka med trailers. Efter att ha färdats de sista 31 km på lokalvägen kom vi slutligen till Chikankata, MYCKET dålig väg – även med afrikanska mått. Installerad i ett parhus med extern maid Melody. Resan

tog ca 3,5 timme.

Chikankata är Salvation Army Mission Hospital öppnat 1947. Då ett av topp sjukhusen i Zambia (Nord Rodesia). Nu mycket slitet som om tiden stått stilla. Servar en stor del av Southern Region med 70.000–100.000 invånare. Språken är Tonga och Engelska. Informativ rundtur första dagen. Två male wards, en female ward, en pediatric ward, en maternity/obstetric ward och ICU. Många mottagningar/clinics, HIV, TB/chestclinic, EP, cancer, ophthalmology, dentistry och general clinic – framför allt för receptförnyelse (max 1 mån). Det finns också lab, röntgen/ultrasound, pharmacy och physiotherapy.

Läkarstaben – 3 läkare! Dr Misago chefsläkare, mycket sympatisk och erfaren OB/gynae specialist och kirurg. Hutu från Rwanda som varit i Zambia i 23 år, och 15 i Chikankata. Kan nog aldrig återvända till Rwanda, vilket är en fängslande historia för sig. Han har varit second on call i några år utan semester. Dr Tayali är ca 35 år, sympatisk, stabil och framför allt pediatriker. Dr Wallee ung, oerfaren och tyvärr

med samarbetsproblem. I Afrika finns få specialister. Man förutsätts klara allt med betoning på OB/gynae och infektioner.

De lokala sjuksköterskorna är duktiga och har gott humör. Chikankata har Nursing School, Biomedical School och Secondary School (gymnasium).

Vanlig slät-röntgen och ultrasound finns. Det finns en ganska modern u/s-maskin med entusiastisk personal. Lab har oftast brist på reagenser, framför allt inte möjligt att få elektrolyter men ibland urea- och leverprover samt Full Blood Count och ESR. Men oftast tillgång till snabbtest för HIV, TB, HepB, RPR (könssjd), och CDT (HIV virus mängd) och Malaria. Urin-odling och annan mikrobiologi möjlig. Pharmacy har rikligt bassortiment men ojämn tillgång. För kardiologi finns ACE-I/ARB, Betablockerare, Spironolakton, Diuretika och ASA. Men inte antikoagulantia.

Sjukdomspanoramat mycket annorlunda jämfört med skandinavien och västvärlden. Befolkningspyramiden motsatt med barn och ungdomar överallt. Man ser få i övre medelåldern eller gamla. Tror ca 35 % av patienterna var HIV-positiva. Alla erbjuds bromsmedicin och regelbunden kontroll. Compliance i många fall dålig. Dessa patienter drabbas av oportunistiska infektioner, inte minst TB. Syfilis och Hepatit B är vanligt och lepra förekommer. Såg flera patienter dö – tyna bort – p.g.a. avancerad sjd/AIDS. Malaria vanligt men den infödda befolkningen har viss immunitet och blir sällan dramatiskt sjuka. Behandlingen Quinine, iv eller peroralt.

Patienter med andra svåra tillstånd, maligniteter m.m., erbjuds transfer till Lusaka University Hospital när de lokala resurserna är otillräckliga. Men undersökningar där kostar pengar och många familjer avstår p.g.a. detta. CT kostar 1500 Kw (ca 1200 Skr) och detta är en mycket stor kostnad. Vidare måste alltid anhörig medfölja och vara bedside som sjukvårdsbiträde. Hade bl.a. två patienter med uttalad högersidig hjärtsvikt, lungemboli ?, men anhöriga nekade transfer och de dog på någon vecka.



Kardiovaskulära sjukdomar är inte så vanliga. Ålderspyramiden och livsstilen förklarar detta. Mycket få röker, alla går mildtals i vardagen och övervikt är inte vanligt. Det förelåg både under- och överdiagnostik av hypertoni och hjärtsvikt. Flera patienter hade diagnosen hjärtsvikt på mycket oklara grunder. De fick alltid digoxin!? Tror compliance var dålig då jag fann få biverkningar. Blodtryck var ofta överbehandlat. Coronarsjukdom och arrytmier fann jag väldigt sällan. Atrieflimmer 1, atrieflutter 1 och AV block III 1! Stort tack till kollega Martin Stagmo i Lund, som lånade mig en liten, gammal, basic ECHO-maskin. Den var mycket viktig då man aldrig haft ECHO-diagnostik tillgänglig. Min uppgift var att sköta Male Medical Ward och ha Cardiology Clinic på eftermiddagen. Var i övrigt tillgänglig för konsultation och gick till avdelningen de flesta helger. Föreläste om hypertoni och hjärtsvikt.

Nästan alla patienter var mycket tacksamma för besked att de inte hade något hjärtproblem eller att få rätt diagnos och behandling. De hade ofta mildtals att färdas och inte så sällan med oxar och primitiv träkärna. Ibland frågade de om vi hade ox carts i mitt hemland.

Några patientfall. Ung atletisk man med flera veckors anamnes på andningsproblem. Inlades med diagnosen konsoliderad pneumoni. Men hela vänster lunga simmade i pleuraexudat och hjärtat simmade i pericardexudat? Ganska säkert TB och omedelbar resa till Lusaka. Äldre man med cholangit. Fick antibiotika men man avböjde transfer. Dödligheten utan aktiv åtgärd är ca 100 % och han tynade bort på några veckor. Två patienter med uttalad höger svikt som omtalat ovan. ECHO talade för lungemboli, men i övrigt inte tillgång till CT eller någon form av AK. Båda dog och det var säkert inget ovanligt scenario. Flicka 10 år (såg ut som 5), med feber och hosta. Förkalkade mitral och aortaklaffar med framför allt uttalad MR och uttalad dilatation av LA. Från dag ett hade jag en ca 35 år gammal man på avdelningen. Hepatit B med levercirrhos. Som paliativ

behandling tappade jag 3 l ascites två ggr/vecka. Elektrolyter kunde inte monitoreras. Han bodde långt bort och vi beslöt att han får vara kvar på avdelningen till sin död. Levertransplantation görs säkert inte i Zambia.

Alla gjorde ett mycket gott och seriöst arbete trots minimala resurser. Humöret oftast på topp. MissionsHospitals är till största delen beroende av donationer som tidigare var generösa, men nu är det problem då staten inte prioriterar dem.

Zambia är ett potentiellt rikt och fredligt land. Folk är vänliga och brottsfrekvensen låg. Mycket bördigt och stora mineral fyndigheter, framför allt koppar. Kariba dam genererar el till hela landet och exporteras till många grannländer. Sedan självständigheten 1964 har dock utvecklingen gått långsamt.

I Chikankata med omnejd är det mycket tryggt och jag upplevde detsamma vid Kariba Lake och i Livingstone. Sprang och gick långa sträckor på landsbygden. Bara vänlighet men barnen ropade ständigt How are you? Lite tröttsamt. I övrigt var det sociala utbudet mycket litet.

Äventyr? Långhelg vid Kariba Lake. Mycket vackert – Zambias Riviera. Var i Livingstone och Victoria Falls i fyra dagar. Storslaget vattenfall och stort utbud av äventyr. Lekte med Lions och Cheetas, såg många Rhinos, m.m. Dramatisk episod! Stod utanför sjukhuset och följde begravningsceremoni. Plötsligt överfallen av en bisvärm, minst 10 stick framför allt i ansikte. Någon såg mig och skrek RUN! Full fart och efter ca 100 m gav de upp. Bra att vara vältränad. Aggressiva Afrikansk bin är mycket farliga.

Hem 23/3, Lusaka, Addis, Stockholm, Köpenhamn. Kanske var elva veckor något långt, men Africa blir man nog aldrig trött på. Har tidigare varit i många länder, med många strapatser. TIA – this is Africa!

Christer Sjödin, Locum Rotary Doctor
Specialist Cardiology, Internal and General Medicine



Nytt från HjärtRytmGruppen

Text: Tord Juhlin

Som rapporterades i Svensk Kardiologi 18/01 genomförde HjärtRytmGruppen, HRG, sitt årliga internat i januari. Gruppen har därefter haft två telefonmöten samt träffats i samband med Kardiovaskulära vårmötet i Stockholm. Mötet i Stockholm blev det sista för nuvarande styrelse. Styrelsen som bestått av ordförande Carina Blomström Lundqvist samt ledamöterna Dritan Poci, Pyotr Platonov, Lennart Bergfeldt, Magnus Forsgren, Jonas Schwieler, Anders Jönsson, Tord Juhlin, Alessio Ciubine och Niklas Höglund avtackades av avgående ordförande Carina Blomström Lundqvist. Till ny ordförande har Tord Juhlin utsetts. Den nya styrelsen kommer att bestå av Dritan Poci, Alessio Ciubine, Farzad Vahedi, Helena Malmborg, Anette Jemtrén, David Mörtzell, Anneli Svensson, Anna Egerstedt, och Natalia Landström. Tord Juhlin, Dritan Poci och Alessio Ciubine är således kvar från den gamla styrelsen medan övriga är nya.

Under Carinas 6 år som ordförande har HRG utvecklats enormt och kanske allra viktigast startat temadagarna som sedan starten 2013 har utvecklats till en nationell angelägenhet genom att samla Sveriges kunnigaste föreläsare inom kliniskt relevanta ämnen. Andra viktiga bidrag har varit utredningarna kring pacemaker- och ablationsverksamheten i Sverige. Ett stort tack till hela styrelsen som har gjort ett fantastiskt arbete men inget hade varit möjligt utan Carina Blomström Lundqvists otroliga insats. Carina; din entusiasm, engagemang, kunskap och arbetsförmåga och förmåga att inspirera och motivera andra är fullständigt osannolikt! Vi i den nya styrelsen hoppas att vi under lång tid kan få använda dig för stöd och som inspirationskälla.

Den nya gruppen har inlett sitt arbete men kommer framförallt att märkas till hösten.

Vårens arbete har till stor del fokuserat kring höstens temadagar. Boka redan nu innan datumen och missa inte möjligheten att ta del av kunskap från flera av Sveriges ledande auktoriteter inom området. Annons finns på annan plats men en sammanfattning av programmet följer här.

Temadagar 2018

Temadagarna äger rum i Stockholm 11/10, Malmö 18/10 och Umeå 25/10. Rubriken är En fallorienterad temadag med HjärtRytmGruppen med underrubrikerna När förmaksflimmer-behandling är svår – är NOAK och ablation lösningen? / Förebygga plötslig hjärtdöd – kan vi det? Guidelines och klinisk praxis.

Schemat innehåller föreläsningar;

- Svåra ställningstaganden till NOAK behandling
- AK behandling efter stroke
 - hur tänker neurologen?
- Efter Castle AF
 - skall alla med hjärtsvikt och flimmer abladeras
- Förmaksplugg
 - när OAK inte lämpar sig som strokeprofylax
- Förebygga plötslig hjärtdöd
 - kan vi det? Guidelines och klinisk praxis
- Guidelines för kammararytmier och plötslig död – Vad är nytt?
- 20 år av primärpreventiv ICD. Var står vi idag?
- Hur ska vi riskvärdera patienter med hypertrof obstruktiv kardiomyopati?
- En gång ICD – alltid ICD?
- Asymptomatisk preexcitation?
 - Bättre än en dator? Klurigt EKG.

Elfysskolan 2018

Elfysskolan, som ligger under HRGs regi leds av Jonas Schwieler, Stockholm, Anders Jönsson, Linköping samt Helena Malmborg, Uppsala. Syftet är att inspirera och utbilda yngre kollegor och att lägga en grund för att kunna genomgå den examination som finns inom ramen för EHRA. Inte minst viktigt är syftet också att bidra till att skapa nätverk bland elektrofysiologer i landet. Förberedelserna pågår för nästa skola som är planerad till 181109.

Patientutbildning

Det tidigare beskrivna arbetet med webbaserad utbildning och informationsmaterial som i första hand är riktade till patienter men även till allmänkardiologer och primärvården är nu färdigt och finns på Kardiologföreningens hemsida. Materialet fokuserar på handläggning av förmaksflimmer, risker för plötslig död samt devices. Använd gärna detta det kliniska patientarbetet.

Devicekörkort

För sjuksköterskor som utför devicekontroller finns i nuläget inget enhetligt kompetenskrav/körkort.

HRG arbetar, i samarbete med VIC, just nu för att skapa ett kompetensdokument för device-sköterskor och körkort med enhetliga krav för landet. Arbetet har kommit långt och enbart ett möte återstår innan dokumentet kommer att publiceras.



Avgående styrelsemedlemmen Lennart Bergfeldt som alltid bidragit med sin enorma kunskap och erfarenhet.



HRGs ordförande Carina Blomström Lundqvist under förberedelserna med höstens temadagar.



Dritan Poci är en av dem som blir kvar och för HRG vidare.



Vad gör Arbetsgruppen för hjärtsvikt och klaffsjukdomar?

Text: Krister Lindmark

Hjärtsvikt är något som berör alla som arbetar inom hjärtsjukvård. Vissa kallar hjärtsvikt ett syndrom och vissa kallar det för sjukdom. Klart är i alla fall att hjärtsvikt ofta är slutstadiet av de flesta andra hjärtsjukdomar så vår arbetsgrupp har beröringspunkter med egentligen alla andra arbetsgrupper. Bl.a. är terminalstadiet av ischemisk hjärtsjukdom just hjärtsvikt, likaså slutar okontrollerade takyarytmier ofta i hjärtsvikt samtidigt som hjärtsvikt leder till en mångfald olika arytmier. Vår patientgrupp är den äldsta patientgruppen och den som har högst sjuklighet och dödlighet. Tyvärr är den vanligt förekommande och över två procent av befolkningen är drabbade och sjukdomen slukar en stor del av vårdresurserna.

Hjärtsvikt är inte alls särskilt representerad i medier och i sjukvårdsdebatten om man ser i relation till sjukdomens vanlighet och betydelse för folkhälsan. Till stor del beror det på att äldre och multisjuka utgör en majoritet av patientgruppen och de har begränsat med energi och tid att engagera sig i patientföreningar. Där har arbetsgruppen en viktig uppgift! Att lyfta debatten, att stå bakom och försvara våra sjuka patienters intresse. Vidare ska arbetsgruppen hjälpa till med undervisning och utbildning i svikt- och klafffrågor samt fungera som en resurs för kardiologföreningen att nyttja dessa frågor.

Sverige har en lång tradition på sviktområdet och vi kan vara stolta över de insatser som gjorts under åren. Det finns alldeles för många som haft betydande roller inom flera av de banbrytande studierna inom hjärtsvikt och klaffsjukdomar och flertalet innovationer på klaffområdet. Vågar inte börja någon längre namnuppräknning men det är svårt att komma undan basbehandlingen för all hjärtsvikt – ACE-hämmare och betablockerare där Karl Swedberg, Åke Hjalmarsson och Finn Waagstein legat bakom mycket av arbetet. Vi kan fortsatt vara stolta

över vår forskartradition med flertalet aktiva forskare där vi bl.a. har den första registerrandomiserade sviktstudien i form av SPIRRIT-HF under ledning av Lars Lund samt det banbrytande sviktregistret RiksSvikt som svettades fram av Ulf Dahlström och kollegor. För fördjupning så kan man rekommendera Svensk Kardiologi – En historiebok som gavs ut av kardiologföreningen för ett par år sedan.

Arbetsgruppen startade en gång i tiden som en separat arbetsgrupp utanför kardiologföreningen men kom med tiden på ett naturligt sätt att inlemmas inom ramen för kardiologföreningen.

Klaffsjukdomar då?

Klaffsjukdomar har en viktig plats i gruppen. Man kan fråga sig om kopplingen är helt naturlig men återigen – då patienter med klaffsjukdomar får symptom och problem så handlar det till stor del om det sviktande hjärtats problem och terminalstadiet hos patienter med klaffsjukdomar handlar om just hjärtsvikt. Möjligtvis kan man tänka sig en framtida delning av arbetsgruppen så att klaffsjukdomar får en egen grupp att arbeta i med dessa frågor. Särskilt då interventionsdelen på klaffsidan växer. I nuläget finns det kompetens på klaffområdet i arbetsgruppen med klaffintresserade fysiologer samt att flera i arbetsgruppen publicerat på både klaff- och sviktområdet. Däremot saknar vi i nuläget interventionister och kirurger i arbetsgruppen vilket skulle kunna tillföra ytterligare dimensioner till gruppen som dock i så fall skulle behöva växa.

Gruppens sammansättning

Då hjärtsvikt är en så mångfacetterad sjukdom och där patienterna inte enbart sköts inom specialistvården utan även i primärvården så försöker vi att ha en bredd inom arbetsgruppen. Tyvärr finns ingen distriktsläkare i gruppen för tillfället – flera lämpliga kollegor har tillfrågats men har nekats deltagande av

sina chefer! Vi har ändå bredd på kompetenserna i arbetsgruppen som nu består av tolv personer. Man kan tycka att den är lite åt det stora hållet men det är svårt att hålla nere antalet då vi har så pass stor spännvidd på frågorna, både på svikt- och klaffområdet. I gruppen som består av sex män och sex kvinnor har vi förutom kardiologer med olika klinisk- och forskningsprofil även klinisk fysiolog, sjukgymnast och sjuksköterska. Alla sjukvårdsområden är representerade. Forskningsprofilen i gruppen är stark med flera professorer och vi har även klinikchefer och f.d. klinikchefer samt registerhållare för Riksvikt med i gruppen. Att hålla gruppens sammansättning så att det blir ett bra nätverk i landet, få med nyckelkompetenser och samtidigt se till att gruppen inte blir för stor är en grannliga uppgift. Förutom distriktsläkare har gruppen tidigare haft representation av geriatriker samt från den palliativa medicinen. För att täcka klaffområdet bättre skulle det finnas på önskelistan även klaffinterventionist och kanske thoraxkirurg, men återigen kan det bli svårt att hålla ihop en alltför stor grupp.

Vad görs i praktiken?

Som alla andra arbetsgrupper så utgör huvuddelen av arbetet olika utbildningsinsatser. Varje år ordnar arbetsgruppen svikt- och klaffdelen till kardiologföreningens fortbildningsdagar. Gruppen har även för vana att föreslå symposier till vårmötet och de senaste åren har flera uppskattade symposier ordnats av gruppen och gruppens medlemmar. Förra årets stora utbildningsinsatsning i kardiologföreningens regi – Nationella utbildningssymposier, NUS handlade om klaffsjukdomar och organiserades av gruppen under ledning av Docent Maria Eriksson. I höst ordnar vi den igen och då kommer NUS handla om hjärtsvikt. Föreläsningarna kommer att turnera på universitetsorterna och från Umeå kommer det att finnas möjlighet till uppkoppling via videolänk. Programmet är brett och kommer att handla om allt från egenvård för patienter till akut hjärtsvikt och organisation av hjärtsviktsvården. Varmt välkomna!

Ytterligare arbetsuppgifter handlar om att vara nationellt bollplank mot HFA, den Europeiska hjärtsviktsföreningen som är en del av ESC. Ordförande i arbetsgruppen deltar på ordförandemöten och ansvarar för kommunikation mot HFA. Dessutom är gruppen kardiologföreningens remissinstans i svikt- och klafffrågor, kommenterar nya riktlinjer samt försöker lyfta svikt- och klafffrågor på olika nivåer. Just nu handlar diskussionerna i gruppen mycket om ojämlikheter i vården – hur ska vi se till att denna sjuka patientgrupp får tillgång till rätt vård i rätt tid? Det finns en hel del olikheter i landet hur patienterna tas om hand, ska primärvården sköta bulken av sviktpatienter? Ska alla gå regelbundet hos kardiologer? Eller ska man centralisera ytterligare och bejaka det faktum att dessa multisjuka äldre patienter behöver högspecialiserad vård? När någon får en cancerdiagnos är det ingen som ifrågasätter att patienten ska ha rätt att träffa en onkolog men för

hjärtsvikt kan det ses som kontroversiellt att tycka att patienterna ska gå hos en kardiolog, trots att hjärtsvikt har sämre prognos än de flesta cancersjukdomar.

Att planera undervisning, svara på remissfrågor och försöka bedriva debatt, oavsett om det handlar om att ordna hjärtsviktens dag, skriva debattartiklar eller kunskapsöversikter tar tid. Som alla andra arbetsgrupper är arbetet ideellt. Vi brukar träffas under ett internat varje år samt på vårmötet och ett antal telefonmöten. För att belysa engagemanget i gruppen kan nämnas att de flesta i gruppen föreslår att våra internat skall vara fredag till lördag vilket gör att det blir lättare för dem att komma iväg och så att det inte krockar med deras vardagliga arbete. Som ordförande kan jag inte låta bli att beundra sådant engagemang av medlemmarna i gruppen och skänker en stor dos tacksamhet till min företrädare, Docent Gerhard Wikström som satt sin prägel på gruppen med ett intellektuellt debattklimat och en trevlig stämning.

Krister Lindmark, Umeå

För arbetsgruppen för hjärtsvikt och klaffsjukdomar

Arbetsgruppens sammansättning

| | | | |
|-----------------------------|------------|------------------|------------|
| Krister Lindmark | Ordförande | Kardiolog | Umeå |
| Maria J Eriksson | Ledamot | Klinisk fysiolog | Stockholm |
| Frank Flachskampf | Ledamot | Kardiolog | Uppsala |
| Laila Hübbert | Ledamot | Kardiolog | Norrköping |
| Gerhard Wikström | Ledamot | Kardiolog | Uppsala |
| Maria Schaufelberger | Ledamot | Sjuksköterska | Göteborg |
| Anna Strömberg | Ledamot | Kardiolog | Linköping |
| Gordana Tasevska | Ledamot | Kardiolog | Malmö |
| Lars Lund | Ledamot | Kardiolog | Stockholm |
| Michael Fu | Ledamot | Kardiolog | Göteborg |
| Peter Vasko | Ledamot | Kardiolog | Växjö |
| Maria Borland | Ledamot | Sjukgymnast | Alingsås |



Nytt från arbetsgruppen för kranskärslssjukdom

Text: Nina Johnston

Arbetsgruppen består idag av åtta medlemmar (se inforuta). Gruppmedlemmarna är invalda via SvKF's styrelse. Arbetsgruppens uppdrag är att bidra och bevaka nya riktlinjer och vetenskap om kranskärslssjukdom och utveckla vården i Sverige. Mycket av gruppens arbete fokuserar på att informera och utbilda genom medverkan vid olika symposium, kongresser och kurser både nationellt och internationellt.

Arbetet under året har fokuserat på granskning av ESC's nya riktlinjer för STEMI och dubbel trombocythämning (DAPT) vid akut och stabil kranskärslssjukdom. En kort sammanfattning av några betydelsefulla delar av de nya rekommendationerna tillsammans med kommentarer från arbetsgruppen finns på SVKF's hemsida. För att nå ut till en även bredare publik har gruppen skrivit ihop en artikel som publiceras i läkartidning.

Några viktiga punkter från dessa arbeten som gruppen gärna lyfter är:

- Vid högersidigt skänkelblock och misstänkt AKS rekommenderas akut koronarangiografi
- Syrgasbehandling ska endast ges till patienter med saturation < 90 %.
- Tidig utskrivning (48–72 timmar) av lågriskpatienter med ST-höjningsinfarkt ska övervägas.
- Vid kranskärslskirurgi hos patienter med AKS bör 12 månaders behandling med DAPT fullföljas.
- Vid kranskärslssjukdom och behov av trippelterapi rekommenderas endast clopidogrel i samband med ASA och Waran alternativt nyare antikoagulantia
- Dosering av antikoagulantia ska vara den som skyddar mot stroke
- Protonpumpshämmare vid DAPT rekommenderas till högriskpatienter
- Under hösten har gruppen fått i uppdrag att granska ESC's nya riktlinjer för stabil kranskärslssjukdom som publiceras under 2019.

Utbildningsinsatser är en stor del av gruppens arbete. Under Kardiologföreningens Fortbildningsdagar i Stockholm 7–9 februari 2018 anordnades en session kring spontana kranskärslsdisektioner. Under sessionen diskuterades patofysiologin med särskilt fokus på fibromuskulär dysplasi, en betydelsefull komorbiditet. Professor Eva Swahn från Linköping presenterade vetenskapen kring behandling och uppföljning utifrån ESC's position paper. Sessionen var välbesökt. Diskussionsstunden belyste intresset och behovet av råd kring handläggning av dessa oftast unga kvinnor. Arbetsgruppen har därför tagit på sig att samla svensk kompetens på området i syfte att skriva ett stödande dokument.

Planering av kursen Fokus kranskärsl 2019 pågår för fullt. Som tidigare är kursstället Hotell Kristina i Sigtuna och datumet 14–15/1. Kursen riktar sig till specialister och ST-läkare i slutet av sin utbildning inom kardiologi. Kursen har en klinisk inriktning och syftar till att ge deltagarna en övergripande och snabb uppdatering på området. Sessioner som planeras för under kursen är bl.a. allt om troponin, dubbel trombocythämning och användning av riskcores för blödning. I ett samarbete med ESC's arbetsgrupp för ateroskleros och vaskulär biologi kommer betydelsen av inflammation vid sekundär prevention att belysas. Vi arbetar för att denna session även sänds som en live webcast och kommer att finnas tillgänglig för ESC's medlemmar via deras hemsida. Högsta kvalitet på inbjudna föreläsare utlovas. Boka in datumet redan nu!

Under ESC's kongress i München 2018 kommer arbetsgruppen tillsammans med SvKF arbetsgrupp för hjärtsvikt och klaffsjukdomar att samarbeta över ett kvällssymposium som lyfter svensk forskning vid kongressen. Svenska posterbidrag kommer att diskuteras under ledning av arbetsgrupperna.



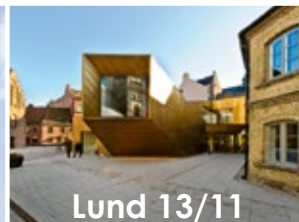
Linköping 20/11



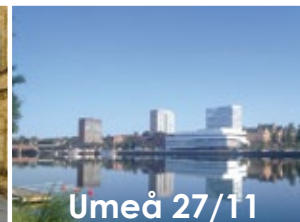
Stockholm 18/10



Göteborg 16/10



Lund 13/11



Umeå 27/11

Svenska Kardiologföreningens Nationella Kliniska Utbildningssymposier 2018

• Tema Hjärtsvikt •



PROGRAM

14.00-14.30 Registrering och kaffe

Riktlinjer och state of the art

14.30-14.50 Nya riktlinjer från ESC

Professor Maria Schaufelberg, Göteborg

14.50-15.10 Behandling av akut svikt

Dr Laila Hubbert, Norrköping

Hur ska vi implementera riktlinjerna?

15.10-15.30 Hur får vi ut rätt behandling till rätt patient?

Docent Krister Lindmark, Umeå

15.30-16.00 Kaffepaus

16.00-16.20 Hur kan Rikssvikt förbättra sviktården?

Dr Peter Vasko, Växjö

Patientaktivering och egenvård

16.20-16.40 Heartfailurematters.com, nytt verktyg för patientutbildning

Professor Anna Strömberg, Linköping

16.40-17.00 Fysisk träning vid hjärtsvikt - hur, när och vad?

Dr Maria Borland, Göteborg

17.00 Mingel

Svenska Kardiologföreningens årliga nationella kliniska utbildningssymposier (NUS 2018) hålls i 5 olika städer runt om i Sverige.

- Årets tema är Hjärtsvikt
- Symposiet är kostnadsfritt för deltagare
- Anmälan och mer information finns på: www.kardio.se

Denna utbildningssatsning har gjorts möjlig via stöd från industrin:



Arbetsgruppen för kranskärlssjukdom

Nina Johnston

Ordförande för arbetsgruppen,
Överläkare, docent, Hjärtsektionen,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Magnus Bäck

Professor, överläkare, Tema hjärta och kärl,
patientområde kranskärl och klaffsjukdom,
Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Ann Samnegård

Med dr., överläkare,
Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus,
Stockholm

Ellinor Bergdahl

Med dr., specialistläkare, Hjärtcentrum,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Robin Hofman

Med dr., biträdande överläkare,
Kardiologi, Södersjukhuset, Stockholm

Anna C. Holm

Specialistläkare, Kardiologiska kliniken
Universitetssjukhuset, Linköping

Linda Kenttä

Överläkare
KC Hjärtsjukvård,
Sunderby sjukhus, Luleå

Klas Persson

Specialistläkare, kardiologi,
Universitetssjukhuset Malmö



Arytmiprofilen

Jonas Schwieler

Text: Tord Juhlin



Jonas Schwieler

Docent, Överläkare
Patientflödeschef
Takyarytmi vid Karolinska
Universitetssjukhuset

Hur kom det sig att du blev arytmolog?

Lite av en slump. Absolut sista placeringen på min ST-utbildning inom kardiologi var på elfyslab, Karolinska. Jag attraherades av att arbeta invasivt, men också av utmaningen i att förstå arytmimekanismer som kan vara komplexa. När jag fick frågan om jag ville utbilda mig till elektrofysiolog tackade jag ja till erbjudandet, något jag inte ångrar!

Vad är det inom arytmologin som tilltalar dig?

Elektrofysiologi utmanar på flera olika sätt och stimulerar till ett livslångt lärande, både att försöka förstå arytmimekanismer men också att söka behärska själva hantverket. Dessutom är det tilltalande att ibland kunna bota patienter från de invalidiserande besvär som arytmier kan medföra.

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

En viktig åtgärd är att öka tillgängligheten till elektrofysiologiska ingrepp för alla medborgare oavsett socioekonomisk bakgrund eller var man bor.

Hur ser du på arytmologins framtid?

Jag ser ljus på arytmologins och framför allt elektrofysiologins framtid. Den tekniska utvecklingen inom elektrofysiologin är mycket stark, bland annat avseende de verktyg vi använder vid våra ablationsingrepp för att identifiera arytmisubstrat samt åstadkomma kontrollerade och effektiva lesioner. Vi ser också en snabb utveckling av olika bildtekniker som MR, CT och ultraljud för bättre kartläggning av arytmisubstratet.

Jag förväntar mig studier som ytterligare belyser nyttan av ablationsingrepp framför allt vid förmaksflimmer och kammartakykardier.

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

Jag har svårt att tänka mig något annat arbete. Diplomater?

Vad gör du på din fritid?

Jag umgås mycket och gärna med familj och vänner. Musik är ett stort intresse, jag spelar piano och är för närvarande pianist i ett bluesband. Jag är också intresserad av film och fotografi.

Vilken bok läser du just nu?

Hans Roslings "Hur jag lärde mig förstå världen". Tänkvärda memoarer från en klok människa.

Vilken film såg du senast?

Jason Bourne-trilogin, en smart actionfavorit.



Hjärtsvikt i klinisk vardag

17-21 september 2018

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

KURSBESKRIVNING

Under 5 dagars utbildning inom hjärtsvikt kommer deltagarna att få kunskap om handläggning av hjärtsvikt, såväl akut som kronisk, både vanliga och mindre vanliga former, från äldre till yngre. Stor vikt läggs vid falldiskussioner.

MÅLGRUPP

Kursen riktar sig till ST-läkare inom kardiologi, internmedicin, samt allmänmedicin, akutsjukvård, klinisk fysiologi och geriatrik men även till specialister inom dessa specialistområden.

KURSLEDARE

Prof Michael Fu, Hjärtsektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

Prof Maria Schaufelberger, Hjärtsektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

Doc Helen Sjöland, Hjärtsektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

Kontakt

Dr Carmen Basic

Tel 031-3434685

carmen.basic@vgregion.se

Dr Constantinos Ergatoudes

Tel 031-3436727

constantinos.ergatoudes@vgregion.se



Fullständig kursbeskrivning

finns på www.lipus.se

Lipus-nr:20180005

Anmälan: www.sahlgrenska.se/utbildning

Priset: 11200 kr exkl. moms

(lunch, fika, kursmaterial ingår)



Kurs i Preventiv Kardiologi Sigtuna 15-16 november 2018

Hjärtligt välkommen till Sigtuna 15-16 november och kurs i Preventiv kardiologi!

Kursen riktas till specialistläkare eller ST-läkare i slutet av sin utbildning inom kardiologi eller internmedicin med speciellt intresse för kardiologi, samt kranskärlssjuksköterskor.

Syftet är att deltagarna ska få en övergripande men ändå snabb genomgång av det nyaste som händer inom området Preventiv Kardiologi, med fokus på aktuella riktlinjer, ny vetenskap från år 2018 och vad som förväntas komma nytt under år 2019.

Programmet kommer bl.a. att innehålla:

- **Trombocythämning i praktiken 2018**
– How long and how strong?
- **Hälsosamma levnadsvanor**
Tobak, matvanor och vikten av fysisk aktivitet/träning
Vad säger Socialstyrelsen
- **Hur når vi behandlingsmål för blodtryck och lipider?**
Läkemedel och livsstilsförändringar
- **Diabetes och kardiovaskulär risk – en utmaning**
- **Hur organisera sekundärprevention och övergång till primärvård**

Varmt välkomna!

Claes Held, Mattias Ekström och Lars Svennberg

- för Kardiologföreningens arbetsgrupp för Preventiv Kardiologi



Anmälan till kursen gör du på:

www.mkon.nu/preventivkardiologi

På hemsidan finns även mer information om program och plats.

Deltagarantalet är begränsat till 45, så passa på att boka så snart som möjligt.

ST-intyg delas ut på plats.

CARLOS REFLEKTIONER

Är det farligt?

Text: Carlos Valladares



Den patient som ställde frågan senast var någon som hade vaknat mitt i natten med hjärtklappning som varade i ett par timmar. Patienten drog sig från att ringa ambulans och när hon slutligen hade bestämt sig för att göra det, då hade besvären gått över. På morgonen ringde hon på telefontiden och berättade om incidenten. Dessutom närmade sig en resa till utlandet som var efterlängtdad och som inte ville ställas in. Vi spekulerade om vad hjärtklappningen kunde ha berott på och kom överens om att nästa gång ringa efter ambulans om det behövdes, eventuellt söka en vårdinstans om det gick eller höra av sig för att låna något lämpligt arytmiagnostiskt verktyg. Och på slutet av samtalet kom frågan: är det farligt?

Den fråga har jag fått i andra sammanhang, bland annat när jag hittat ett och annat avvikande och som för det mesta kräver uppföljning eller annan vidareutredning. En dilaterad aorta ascendens. En bicuspid aortaklaff. Ett nyupptäckt förmaksflimmer. En koronarinsufficiens bakom angina pectoris. Listan är lång, och när jag gör ekokardiografi eller tar in patienten i rummet börjar jag fundera på hur jag ska förklara fynd eller undersökningssvar på bästa möjliga sätt. Jag vill varken orsaka onödig oro eller nonchalera ett tillstånd som kan vara en motivation för patienten att leva sunt framför allt om det är relevant just i det fallet. Jag börjar alltså förbereda mig för att svara på den fråga som jag vet kommer att ställas: är det farligt?

Vi vet att många patologiska hjärtfynd är förenade med ökad morbiditet och/eller mortalitet inte minst om de lämnas obehandlade, men ibland måste man vänta tills fyndet uppfyller vissa kriterier för att motivera en behandling. Man opererar inte vilken aortainsufficiens som helst och man

sätter inte in antikoagulantia på grund av en sju sekunders oregelbunden supra-ventrikulär takykardi eftersom allt annat talar för att det kan finnas ett förmaksflimmer. Att hitta ett svar som är en balans mellan sanningen, odds och vetenskaplig grund kan vara svår. Vissa tillstånd försöker vi avdramatisera medans vid andra kan det vara kontraproduktivt att göra det, exempelvis vid en misstänkt alkoholinducerad kardiomyopati hos någon som dricker för mycket eller vid en misstänkt koronarinsufficiens hos en rökare. Såsom vid mycket annat finns det flera nyanser av grått mellan svart och vitt inom medicin. Dessutom finns det en unik patient och en unik vårdgivare med i ekvationen. Vad som uppfattas som farligt av patienten kan vara väldigt individuell.

Hur svarar jag på frågan då? Nämligen med en annan fråga: "Vad är det du är rädd för?" I grund och botten är de flesta rädda för att dö, men det finns specifika rädslor som man kan ta som grund för att börja svara på frågan. "Att jag ska få en hjärtinfarkt under en flimmerattack". "Att hjärtat ska stanna nästa gång jag får hjärtklappning". "Att jag ska få en stroke nästa gång blodtrycket är högt". "Att aortan ska spricka för att den är vidgad". Det är mindre svårt att svara på dessa farhågor än på den mer generella som är rubriken för denna krönika. När man träffar många patienter med många olika tillstånd dag in och dag ut börjar man reflektera över hur man kan bli bättre på att svara på sådana funderingar utan att oroa eller nonchalera patienten, belasta värden i onödan eller vandra ifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. I många fall handlar rädslan om mer vardagliga och mindre dramatiska saker som död eller bestående men. Som hos patienten som vaknade med hjärtklappning mitt i natten, då kom vi fram till

att frågan egentligen handlade om ifall det var farligt att genomföra den planerade resan. Hos andra kan det handla om rådslan för att behöva sluta med en viss aktivitet, eller inte så ovanligt, med att sluta dricka sitt glas vin.

I många fall är svaret ett tveklöst ja. Det är de som är de lätta frågorna. En insulinbehandlad diabetiker typ 1 som skulle fråga om det är farligt att sluta med insulin kan inte få samma svar som den statinbehandlade som haft en hjärtinfarkt och som vill göra uppehåll med kolesterolsänkande för alla de vanliga orsaker vi känner till (ont i musklerna, rubriker i media eller någons blogg). Svaret kräver många gånger ett längre samtal, helst kryddat med anekdoter eller liknelser, om så behövs. Jag tar som exempel den patient som ska gå över från Enalapril 20 mg till Losartan 100 mg på grund av hosta. Hans kommentar:

"Oj, ska jag ha så pass mycket när jag haft 20 mg av den ena medicinen, är det inte farligt?!". Mitt svar: "Det är ingen fara, för 100 mg av den ena tabletent har den effekt som 20 mg av den andra har. Det är som att betala med euros istället för med svenska kronor. Priset är detsamma, valutan är annorlunda". Man behöver vara kreativ i detta yrke, vilket alltid är ett bra incitament till att aldrig sluta läsa skönlitteratur. Det är då som hjärnan, på ett konstigt och obegripligt sätt, hittar vägar för att se vår vardag med andra ögon. Som jag skrivit i tidigare krönikor, är det en konst att vara doktor och ett privilegium att kunna utöva detta yrke, som inte bara ställer krav på klinisk kunskap och noggrannhet, utan också på pedagogiska förmågor. Även "enkla och triviala" frågor kan leda en till att hitta vägar till en mänskligare och – förhoppningsvis – bättre vård.



Återuppräta Haqvin Malmros

Text: Anders G Ohlsson



Under en gemytlig samvaro med kollegor under ACC-mötet nyligen i Orlando framkastade jag frågan till en lundacardiolog om han kände till Haqvin Malmros tidiga insatser för preventiv cardiologi. Jag fick till svar ett stort frågetecken. Denna lundakollega hade aldrig hört tala om namnet. Jag fann detta anmärkningsvärt. Jag har sedan efterhört hos Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet i vad mån minnet av Malmros insatser på något vis manifesterats på universitets- eller landstingsnivå men fått ett nekande svar.

Följande exempel visar att Malmros idéer i viss mån gick hem i stugorna. Min mamma, skolkökslärarinnan, var på 1950-talet angelägen om att följa med hur kosten skulle läggas upp för att vara nyttig och god. Hon tog till sig vad professor Haqvin Malmros pläderade för, nämligen att man skulle välja rätt sorts fett och undvika matvaror som innehöll mycket kolesterol för att minska risken att drabbas av kärlsjukdom. Jag minns att mamma diskuterade faran med kolesterol i maten livligt med sina kollegor. I slutändan hände väl inte så mycket med vår mathållning hemma. Vi fortsatte nog att äta både ägg och smör med undantag att mamma började använda omättade fetter i större utsträckning. Någon större skillnad i kostbetingad kärlsjukdomsrisk är nog svår att urskilja i vår familj på den tiden. Båda mina föräldrar dog i hög ålder i aterosklerossjukdom.

En medicinsk rapport från Norge efter andra världskriget uppgav att frekvensen av hjärtinfarkt skulle ha minskat under krigsåren, då näringstillförseln särskilt av fett var reducerad.

Detta väckte Malmros stora intresse, och sambandet mellan kost och kärlsjukdom blev hans vetenskapliga huvudlinje i fortsättningen, även sedan han tillträtt befattningen som professor och klinikchef i Lund 1950. Under alla år i Lund, även efter pensioneringen 1962, bedrev han omfattande kliniska och experimentella studier tillsammans med sin medarbetare längs denna huvudlinje.

Haqvin Malmros var den första svenska läkaren, som förstod och förde fram idén att man kunde påverka sin risk att drabbas av kärlsjukdom genom att påverka sin livsstil. Han var på detta område en

banbrytare men är tyvärr i dag i stort sett glömd. Malmros fann att dödligheten i hjärtkärlsjukdom i Skandinavien under andra världskriget drastiskt gick ner (Malmros 1950). Han drog slutsatsen dels att dödligheten i denna sjukdom är starkt föränderlig med tiden och att det sannolikaste skälet för denna nedgång var en mer spartansk mathållning som kriget nödvändiggjort. Hans tidiga arbeten koncentrerades i hög grad till kolesterolintagets roll i aterosklerosutvecklingen.

Malmros undersökning var ingen sofistikerad koststudie med de strikta krav som ställs idag på undersökningar som vill relatera faktorer till sjukdom. Han jämförde bara nationella siffror för olika kostbeståndsdelar med de officiella dödlighetstalen. Men han lyfte fram en ny idé och var mycket tidig med detta. Han blev också vida citerad för sin nya idéer kring valet av livsstil och dess effekter på sjukdom och död.

Efteråt har man nog mest tagit fasta på de råd han gav, som visade sig oriktiga, t.ex. att man skulle undvika att äta äggula på grund av dess höga kolesterolinnehåll. Senare forskning har visat att människan i hög grad kan påverka sin egen kolesterolbildning i levern och kompensera ett ökat intag med mindre egenproduktion av kolesterol. Vår lever kan minska den egna kolesterolbildningen om man äter mycket kolesterol och därmed hålla blodets halt av kolesterol oförändrad.

Som exempel på hur fel Malmros hade med faran att äta för mycket ägg med dess höga kolesterolinnehåll kan Emma Morano nämnas, världens år 2016 äldsta människa, 117 år gammal, som varje dag i hela sitt liv har ätit två råa ägg. Varje äggula innehåller ca: 250 mg kolesterol. Om Emma ätit två äggulor i hela sitt liv från 17 års ålder hade hon satt i sig $2 \times 365 \times 100 + 25$ skottår = 73 025 ägg, vilket motsvarar över 18 kg kolesterol på en livstid. Och hennes kärl har hållit henne vid liv i 117 år! Det bör dock tilläggas att vissa individer kan reagera med högre blodkolesterol med ökat kolesterol i maten. Genetiken spelar in här.

Om man följer Malmros publikationer finner man dock att han väl följde med kunskapsutvecklingen rörande vilka kostbeståndsdelar som var av betydelse

för blodets kolesterolhalt. I hans bok *Ät rätt fett* från 1979 lyfter han fram betydelsen av mättade fetter för kolesterolhalten. Han kan dock inte helt lämna sin älsklingshypotes om betydelsen av kolesterol i födan. ”Vid kostförsök har man funnit att man i allmänhet kan tillåta sig äta 3–4 ägg i veckan utan att blodkolesterol stiger (Malmros 1979)”.

Malmros verkade i en tid utan tillgång till läkemedel mot högt kolesterol. Man såg helt enkelt kosten som det enda tillgängliga sättet att söka påverka den kolesterolframkallade kärlsjukdomsrisk. Därför letade man med ljus och lykta efter alla möjliga sätt att minska blodets kolesterolhalt, varav således att minska matens kolesterolmängd föreföll logiskt men kom att bli ett felaktigt råd. Det må vara Malmros förlåtet att han sköt litet över mål med sina kolesterol-i-matenråd. Hans felaktiga råd torde inte ha vållat någon skada.

Haqvin Malmros budskap har i långa stycken förkättrats på senare år. Malmros hade fel, sägs det. Det är en orättvis slutsats. Detta Malmros-rykte torde kunna tillskrivas Lars Werkö, som sågade Malmros utmed fotknölnarna i sina memoarer ”Det gäller alltid livet”: ”Det av Malmros publicerade underlaget är nämligen så bristfälligt, och analysen så intetsägande, att det endast kan bero på att starka krafter var villiga att tolka in samband som inte fanns i Malmros med stark inlevelse framförda påståenden.” I mitt tycke minimerar Werkö här en kollegas forskningsinsats på

ett närmast oförskämt sätt. Han nedvärderar och diskvalificerar sin kollega som forskare genom att hävda att Malmros är köpt av livsmedelsindustrin. Werkö använder sig här av ett gammalt knep av forskare som vill framhäva sina egna insatser, på bekostnad av äldre kollegor, nämligen att applicera moderna vetenskapliga krav på gamla studier från en tid när dessa krav ännu inte knäsatts. Men Werkö var ju länge svensk medicins problemformulerare.

Jag finner det beklagligt att Malmros stora betydelse för att få svenska folket att förstå att livsstilen har betydelse för vår framtida hälsa helt glömts bort i hans fakultet och på hans sjukhus i Lund. Här lär inte finnas någon föreläsningssal uppkallad efter honom, ännu mindre en årlig föreläsning eller annan hedersmanifestation.

Visst har våra kunskaper om kostens betydelse för vår hälsa ökat väsentligt på senare år. Men om man i dag läser hans bok *Ät rätt fett* så kan sägas att mycket av Malmros budskap alljämt står sig.

Anders G. Olsson
Seniorprofessor
Linköpings Universitet

Malmros, H. (1950). "The relation of nutrition to health; a statistical study of the effect of the war-time on arteriosclerosis, cardiosclerosis, tuberculosis and diabetes." *Acta Med Scand Suppl.* 950(256): 137-153.

Malmros, H. (1979). *Ät rätt fett*. En bok om nyttan av god mat med bara litet fett, fleromättat. Västerås, ICA bokförlag.



IX:e POSTGRADUATE KURS I GUCH

Lund, 24-28 september 2018



www.guch2018.se



Från ax till limpa

Text: Carl Johan Höijer

Undertecknad hade häromsistens förmånen att få föreläsa på Kardiovaskulära Vårmetet över ämnet "Att använda sitt hjärta som kardiolog", vilket var mycket trevligt och förhoppningsvis givande även för publiken.

Man kan lägga många aspekter på den titeln och förutom de mest uppenbara i form av hjärtats förmåga till empati, omtanke och kärlek så talade jag även en del om den intellektuella fixering och reduktion av levande människor till för huvudet hanterbara siffror och detaljer som i mitt tycke plågar dagens kardiologi och sjukvård i stort. Kunskap och intellekt är förvisso bra att ha men är inte i sig tillräckliga för att möta och förstå en annan människa.

Hur berör detta då matlagning kanske någon undrar? Jo, om vi fortsätter och betraktar kunskap så finns det en viktig aspekt på kunnande som tangerar hjärtats funktion, nämligen det som kallas erfarenhet, ibland t.o.m. visdom eller att ha känsla för någonting.

Detta är den högsta formen av kunskap, ty den kan man inte läsa sig till, den kan bara skaffas genom många års arbete och till skillnad från inläst kunskap, ger den faktiskt en trygghet i svåra situationer. Den är också den äldre läkarens stora tröst då den ger oss möjlighet till att vara auktoriteter inför våra underläkare, och tur är det. Jag har ofta tänkt att det är tur att man redan är överläkare sedan länge, eftersom de unga ST-läkare man har omkring sig allihop är mycket smartare, ambitiösare och mer pålästa än vad jag någonsin var i deras ålder.

Samma gäller även inom kokkonsten. I många spalt har jag förespråkat värdet av att laga en rätt hundra gånger hellre än att laga hundra rätter en gång. Att se en professionell kock eller bagare i arbete är fascinerande, de använder sin erfarenhet, sin intuitiva känsla för vad som fungerar och även sitt hjärta. I dagens matspalt tänkte jag därför lära er att bli en riktig bagare. Naturligtvis kan jag bara som bäst tända en gnista och starta en process som sedan kommer att mogna under många år, men kan man lyckas med det är det vackert så.

Jag tänker inte att jag behöver orda särskilt mycket varför det är bra att baka sitt eget bröd, alla som känt doften av nybakat bröd i sitt hus förstår detta. Sen ska vi bara inte tala om smaken av en skiva ugnsvarmt bröd med bara smör på, smältande och saftigt på en gång...

När det gäller brödbakning så är det som alltid vissa fasta principer man behöver förhålla sig till men sedan handlar allt om att få känslan i fingrarna, våga experimentera och mogna i sin konst.

Nuförtiden grasserar en märklig hälsoepidemi där glutenfritt bröd ska säljas in till även icke-gluten allergiker vilket för mig är fullständigt obegripligt. Det finns ett olyckligt fåtal som lider av celiaki, och till dem har jag inte mycket tröst att komma med i denna matspalt eftersom gluten är själva essensen i bröd och exakt vad brödbakning handlar om.

Gluten består av proteinmolekyler i vetet som kallas glutenin, var och en ca 1000 aminosyror långa. I ändarna på glutenin-molekylerna sitter svavelinnehållande aminosyror och när dessa kommer i kontakt med vatten kan de bilda svavelbindningar med varandra och bilda kedjor med upp mot hundra glutenin-molekyler. Glutenin-kedjan är "coiled" och har många knickar vilket ger degen dess elasticitet, när man drar och knådar degen sträcker man ut glutenin-kedjorna och när man släpper degen drar den ihop sig igen. Utan denna egenskap skulle koldioxid-bubblorna som bildas vid jäsningen snabbt gå sönder istället för att skapa den spongiösa struktur som vi förknippar med väljäst bröd.

Vete som innehåller en hög proteinhalt ger mer gluten och är lämpligt för brödbak, "starkt mjöl" t.ex. Vetemjöl Special, medan vetesorter med lågt proteininnehåll lämpar sig för pajdeg och småkakor där man ju snarare eftersträvar en frasig struktur och inte en seg.

Förutom jäst är det är det bara två ingredienser som behöver beaktas; salt och fett. Salt är essentiellt i brödbak då det stärker nätverket av gluten genom att natrium- och kloridjonerna binder till elektrisk laddade delar av glutenin-molekylerna och neutraliserar dem så att molekylerna kan komma närmre varandra och binda bättre. Fett gör degen smidigare och brödet mjukare men samtidigt försvagar det glutenbindningar så det är en avvägning mellan mängden salt och mängden fett.

Det begränsade utrymmet i denna matspalt förhindrar mig från att orda mycket om jästsvamparnas fascinerande liv och allt gott de gör för brödet.



Så, dags för bakning!

Syftet med denna kurs i bakning är att ni själva ska få en känsla i händerna för degen och vad som behövs i den, men initialt kan det vara bra med en vägledning. Ett grundläggande brödrecept för två bröd eller ca 16 stora bullar ser ut så här:

Vatten: 6–7 dl fingervarmt (37°C). Ja, använd fingrarna och dubbelkolla med en termometer i början så lär ni er snart att lita på fingertoppskänslan, vilket är precis vad hela denna texten handlar om.

Jäst: Ett paket vanlig jäst.

Salt: Drygt en matsked.

Olja: Inte absolut nödvändigt, men jag brukar ha i knappt en halv deciliter.

Sirap: En likaledes halv deciliter mörk sirap ger lite sötma i brödet och sätter bra fart på jästen. Dessutom, om man tar oljan i decilitermättet först och sedan sirapen så fastnar den senare inte i måttet, vilket är praktiskt.

Blanda ovanstående i en stor bunke som ni tycker om. Materialet spelar ingen roll för brödet men stor roll för glädjen hos den som bakar. Investera i en stor, fin glaserad keramikskål så blir det mysigare att baka än med en plastbunke, tro mig.

Glöm allt vad bakmaskiner, matberedare eller elvisp heter. Degen ska göras för hand så att era händer lär sig att baka. Händer och hjärta, inte huvud och maskiner. Trust the Force, Luke.

Mjöl: Mängden mjöl bestäms av vätskemängden, mjölsorten, vilken konsistens man vill ha på sitt bröd etc., så det kommer ni att få en känsla för med tiden. Knappt

två liter brukar jag ha i, men börja med ca en och en halv liter. Håll mjölet i buken och ta en bra träslev som ligger bra i handen och jobba ihop degen. Tillsätt mer mjöl efter hand och när det börjar likna deg, i med händerna och jobba i bunken. Ja, ni kommer att bli alldeles kladdiga av deg men det är bara roligt. Är degen för lös och kladdig, tillsätt lite mer mjöl tills degen håller ihop så pass att ni kan lyfta över den på ett mjölat bakbord.

Där vidtar den så viktiga knådningen, vars syfte är att maximera formationen av långa gluten-kedjor och en spänstig, elastisk deg.

Knådar deg gör man så här: Dra eller tryck ut degen så att den blir lång, vik den dubbel och dra igen. Vik dubbel och upprepa detta tills degen är tydligt elastisk och ni kan känna i händer hur degen förändras. Man brukar behöva strö över lite mer mjöl av och till om degen fastnat för mycket i bordet eller händerna.

Låt därefter degen jäsa i bunken. Hur länge beror främst på rumstemperaturen, men den ska bli ungefär dubbelt så stor. Ett bra test är att om man trycker en grop med tummen i färdigjäst deg så fjädrar den inte tillbaka. Detta betyder att glutenkedjorna är maximalt utsträckta och ytterligare jäsning tillför därför inget. Det brukar ta ungefär 45 minuter till en timme.

Knåda därefter degen lite lätt för att dela upp gasblåsorna, fördela jästen och jämna ut temperatur och fuktighet. Forma bullarna eller bröden och låt dem därefter jäsa en gång till, till knappt dubbla storleken.

Grädda dem i ugnen i lagom temperatur

som ni också kommer att lära er. Generellt kan man säga att bullar behöver kort tid, ca 10–15 minuter på hög värme (ca 200–225°) medan bröd behöver längre tid (30–40 min) på lägre värme, 175° sisådär.

Vill man ha riktigt gott bröd med knaprig skorpa även i botten kan man baka dem på en stenskiva. Jag har gjort en egen genom att såga till en gammal fönsterbänkskiva av marmor med vinkelslipen så att den passar i ugnen. Annars kan man säkert köpa sådant någonstans.

Låt brödet svalna och vila i minst en kvart innan ni skär i det, även om jag vet att det är svårt att behärska sig.

Bre sedan på mycket smör och kanske strö lite flingsalt över och njut.

Efterhand som er erfarenhet och trygghet växer finns det sedan oändliga möjligheter att utveckla er bakkonst med olika mjölsorter, brödkryddor, fyllningar och varianter. Möjligheterna är oändliga!





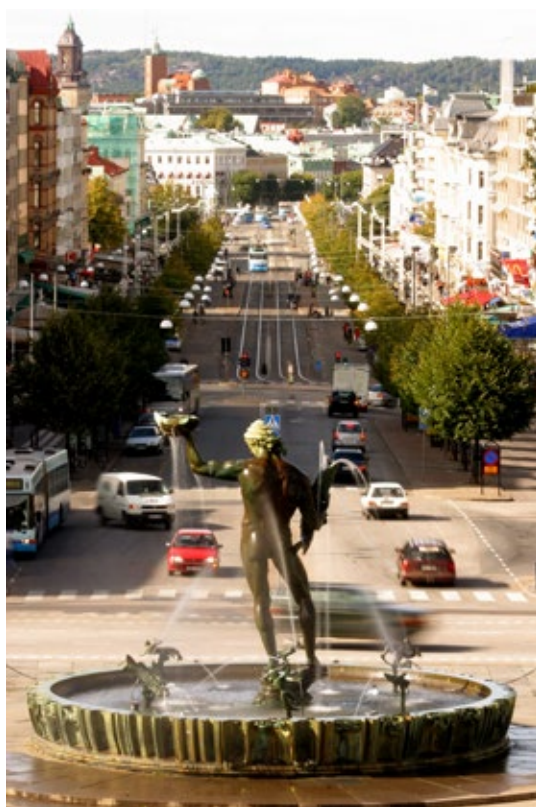
Vårdprofessioner Inom Cardiologi



PCI-gruppen VIC inbjuder till

VII PCI-dagarna 2018

22-23 November
Hotel Waterfront Best Western
Göteborg



<http://www.malmokongressbyra.se/vic/pci-gruppen>

Stafettpinnen lämnas vidare

Text: Maria Liljeroos

Det är med glädje och viss nervositet jag nu skriver min första ledare som VIC:s ordförande. På årsmötet den 25/4 avgick Maria Bäck som ordförande efter att mandatperioden tagit slut. Maria har bidragit till en fantastisk utveckling av vår förening under sina sex år som ordförande. Jag vill på styrelsens vägnar säga stort tack och hälsar Maria välkommen som före detta ordförande i styrelsen. Välkommen också Anna Norberg, ny styrelseledamot och ansvarig för VIC:s hemsida. Protokollet från årsmötet finns att läsa på hemsidan.

Som ny ordförande vill jag passa på att presentera mig själv. Jag är sjuksköterska och har i många år arbetat på HIA samt på hjärtsviktmottagningen på Mälarsjukhuset i Eskilstuna. För ca ett år sedan disputerade jag vid Linköpings universitet med en avhandling som handlade om hur man bäst kan stödja patienter med hjärtsvikt och deras partners. Efter disputationen jobbar jag med vårdutveckling inom både slutenvård och primärvård med speciellt fokus på patienter och anhöriga som lever med hjärtsvikt. Jag är även processledare för Landstinget Sörmlands hjärtsviktprocess där arbetet syftar till att fler patienter ska få vård enligt nationella riktlinjer och uppföljning på en hjärtsviktmottagning i primärvården eller på sjukhuset. Inom forskningen är jag involverad i flera spännande projekt, alla med syfte att förbättra vården för patienter och närstående som lever med hjärtsjukdom.

Att bli vald som ordförande i VIC ser jag som ett hedersuppdrag. VIC är en fantastisk förening som genom samverkan kan åstadkomma förändring. Förra året blev VIC fullvärdig medlem i Svenska Hjärtförbundet vilket ger VIC en naturlig plats i den svenska hjärtsjukvården där vi tillsammans kan vara med och påverka omvårdnads- och rehabiliteringsfrågor. Min avsikt som ordförande är att fortsätta främja samarbete, då teamsamverkan ligger mig varmt om hjärtat. VIC:s viktigaste tillgång är alla ni engagerade medlemmar, och som medlem är det viktigt att du känner dig välkommen att höra av dig till styrelsen med frågor som känns angelägna att driva, dina åsikter är viktiga för oss!

Väldigt viktigt är också alla fantastiska medlem-

mar i VIC:s arbetsgrupper och den vetenskapliga referensgruppen, där vi tackar tidigare deltagare Ingela Thylén och Margareta Brännström för deras arbete. De lämnar nu över stafettpinnen till Karin Hellström Ångerud och Kristofer Årestedt som ni kan läsa mer om på hemsidan.

Under hösten och vintern kommer ett flertal arbetsgrupper att arrangera utbildningsdagar som vi hoppas så många som möjligt har möjlighet att delta i, notera datumen redan nu.

I detta nummer kan ni läsa två spännande reserapporter från Kardiovaskulära vårmötet som i år hade 20-årsjubileum. Det var rekordmånga deltagare på mötet vilket gav stora möjligheter till nätverkande och kunskapsutbyte. Vidare visade det vetenskapliga programmet som vanligt prov på både djup och bredd och kronan på verket var jubileumsmiddagen på Stockholms Stadshus där vi fick uppleva en riktig "Nobel-fest", stort tack till organisationskommittén!

I samband med vårmötet delade VIC ut Bengt Fridlunds vetenskapliga pris för en betydande vetenskaplig insats inom det kardiovaskulära området. I år var det Kambiz Shaghaldi, biomedicinsk analytiker och docent i ekokardiografi som vann priset då han har i många år drivit nydanande metodologisk forskning bl.a. inom 3-dimensionell ekokardiografi. Vinnare av Mona Schlyters kliniska pris var Pia Junelind Klang, sjuksköterska vid Länssjukhuset Ryhov, Jönköping. Motiveringen löd "Pia tilldelas priset för sitt initiativ att förändra ett traditionsbundet rondsystem". Mer om pristagarna går att läsa på hemsidan.

Ta också ta del av Davis Sparvs artikel där han berättar om sin avhandling med titeln "Evaluating treatment and diagnostics in cardiac intervention". David Sparv är chefsjuksköterska vid Skånes Universitetssjukvård och sammankallande i PCI-gruppen.

Jag vill avsluta med att önska er alla en skön sommar med förhoppning om både vila och avkoppling! Glöm inte att regelbundet besöka vår hemsida för att inte gå miste om spännande nyheter och följ oss även på Facebook.

Varma hälsningar, Maria Liljeroos



Maria Liljeroos
Ny ordförande i VIC



Reseberättelser

Rapporter från det Kardiovaskulära Värmötet 2018

Text: Maria N Morén & Paola Lian



Tack vare VIC:s resestipendium så har jag i år haft möjligheten att delta vid det 20:e Kardiovaskulära Värmötet 2018 i Stockholm. Det blev tre givande och trevliga dagar. Det är alltid lika kul att träffa kollegor och att skapa nya bekantskaper. Jag kan inte komma på något direkt negativt, förutom då förstås att första dagens lunch inte räckte till alla, detta p.g.a. årets rekordstora deltagande. Det ordnades dock smidigt med att vi fick gå ut och äta lunch, och tack vare detta så kunde vi inmundiga denna måltid på en solig uteservering och det blev ju inte sämre av att kvittot kunde lämnas in till arrangörerna i efterhand.

Nedan ett litet axplock av delar av symposierna;

Torsdagen bjöd på ett mycket välbesökt symposium om kost, och om antalet åhörare speglar intresset i denna fråga så har det ökat betydligt jämfört med tidigare år. Antioxidanter i form av vitamintillskott kan vara bra om vi har brist på detta men annars så har man inte kunnat se att tillskott i pillerform minskar risken för hjärt-kärlsjukdom. Däremot har man kunnat se en ökad dödlighet hos de som tar vitamintillskott. Man har också kunnat se att vitamintillskott kan motverka den goda effekten av fysisk träning samt gynna cancertillväxt. Vi råds att fråga våra patienter om de äter vitamintillskott (vilket många gör idag) och informera om att det är bättre med en väl sammansatt kost med mycket frukt och grönt.

Ät inte socker! Mättat fett är bra, olivolja säkert ännu bättre, men majsolja är farligt! Ett för högt saltintag är farligt framför allt vid hypertoni. Det kan finnas risker med ett allt för lågt saltintag, ytterligare studier behövs.

Fredagens första symposium mjukstartades med ett föredrag om mindfulness, där vi fick teoretisk och praktisk information om hur vi själva kan använda detta som ett verktyg för att bl.a. minska stress och utbrändhet. Det berättades också om en nylig publicerad svensk studie där mindfulness visar

på positiva effekter som tillägg till optimalt medicinerad hjärtsvikt. Främst såg man en minskad trötthet men bl.a. också förbättrad funktion/ork. Efter föreläsningen deltog jag i en avslappnande, stärkande och välbesökt Workshop med meditation sittandes och i rörelse. Tror helt klart att mindfulness kan vara ett sätt för oss att varva ner och att vara i nuet, ett verktyg som kan hjälpa oss själva och våra patienter.

Detta följdes av ett föredrag om fysisk aktivitet. Här berättades bl.a. att Sverige, som ett av få länder i Europa, saknar en samlad nationell strategi för att främja fysisk aktivitet. Vi fick berättat för oss att Östergötland tagit fram en egen strategi för att främja fysisk aktivitet, vem man är eller var man bor ska inte avgöra hur mycket man rör på sig. Detta är ett systematiskt arbete på bred front där man har insett att man måste arbeta tillsammans för att få en långvarig effekt. På hemsidan "sättöstergötlandirörelse.nu" finns mer att läsa om detta, där finns också flertalet goda exempel från skola, idrottsföreningar som ger ringar på vattnet. Vi får hoppas att dessa ringar sprider sig till landets övriga län. Det är så viktigt med förebyggande arbete, drömmen hade ju varit att vi i framtiden kan ägna oss mer åt hälsa och mindre åt det sekundärpreventiva arbetet.

Får ju inte glömma att berätta om den fantastiska kongressmiddagen som hölls i Stockholm Stadshus i klassiska Blå Hallen. Kaffe och dans följde sedan i Gyllene salen. Under kvällen blev vi underhållna av The Real Group och senare Tony Irving. Avslutar med ett stort tack till VIC för resestipendiet som gjorde det möjligt att delta i årets kongress. Hoppas på att kunna återkomma till framtida möten.

*Hälsningar,
Maria N Morén, Sjuksköterska
Hallands sjukhus Kungsbacka*

Jag har haft nöjet och förmånen att få delta i det 20:e svenska kardiologiska vårmötet i Stockholm. Här följer ett litet axplock från föreläsningarna:

Dagen innan det Kardiologiska vårmötet började hade Riks-Svikt sitt årsmöte. Här presenterades diverse ämnen, t.ex. nätbaserad patientinformation om hjärtsvikt. Tanken många nog får när det gäller nätbaserad vård är att ”vi har många äldre patienter som inte kan hantera nätet”. FEL fick vi höra. Det är nämligen så att antalet svenska internetanvändare fortsätter att öka, nu använder 94 % internet, och 85 % gör det i mobilen! Men visst måste vi se vem vi har framför oss när vi lämnar ut patientinformation, ibland behövs den i ”pappersmodell”, men det kommer säkert bli allt vanligare med nätbaserad information.

Det pratades och informerades också om den relativt nystartade registerrandomiserade studien SPIRIT HFpEF. Den startade hösten 2017 och har som mål att ta reda om Spironolakton kan förbättra överlevnad och minska sjuklighet hos patienter med HFpEF.

Onsdagen, vårmötets första dag, avslutades med Werkö-föreläsning av Annika Rosengren, professor i medicin och överläkare, Göteborg. Titeln var Framtidens hjärtpatient – ny spelplan inom kardiologin. Det var en mycket intressant bild som presenterades. Vi fick höra att tack vare bättre sjukvård så överlever vi andra tidigare dödliga sjukdomar, patienter med medfödda hjärtfel har bättre prognos än tidigare, och vi blir äldre vilket kan ge ökad multisjuklighet. Hon redogjorde också för att hjärtsvikt kan bli en ”tickande framtidsbomb”.

Torsdagen fortsatte med föreläsning med titeln Går det att förebygga hjärtsvikt? av Annika Rosengren samt Michael Fu, professor och överläkare, Göteborg. Sen tidigare vet vi att hjärtsvikt är en underbehandlad sjukdom som kommer att öka. För trots att hjärtinfarktsvården förbättrats, vilket leder

till mindre hjärtsvikt, så ökar hjärtsvikt sakta men stadigt hos de yngre, och det är oroväckande. Vi måste bli bättre på primärprevention i form av välreglerat blodtryck och blodsocker. Typ II diabetes är en stor riskindikator för hjärtsvikt, särskilt i yngre åldrar. Kolesterolvärdet anses inte ha korrelation till hjärtsvikt, däremot triglycerider, p.g.a. kopplingen till fetma. BMI är en mycket stark indikator för hjärtsvikt och värde över 30 ger en fördubblad risk, särskilt om man är överviktig redan som ung. Det är en viktig samhällsfråga som kan vara svår att balansera i en tid där idealet verkar vara i det närmaste anorektisk tänker jag... Bra kost, individuellt anpassat blodtryck och fysisk aktivitet sades kunna halvera risken att drabbas av hjärtsvikt. Michaels Fu ”take-home-message” var: Bästa behandlingen är prevention.

Step by step – Patient experience of receiving information after a cardiac arrest var ett av de fria föredragen. Föreläsare Kjell Klint, sjuksköterska från Göteborg. Ämnet var särskilt intressant för mig eftersom jag haft just en sådan patient samma dag jag tog taget till Varmötet! Det Kjell kommit fram till i sitt arbete var bl.a. att det är viktigt att få information stegvis, att den är kort och korrekt och att behovet av information ökar vid hemkomst från sjukhuset. Det visar sig att besvarade frågor genererar nya frågor. Olyckligtvis kom min patient ensam till besöket, utan anhörig, så jag hade redan bestämt mig för att kontakta honom snart igen för att stämma av hur han mår. Denna föreläsning underströk hur viktigt det är att dessa patienter inte lämnas vind för våg.

Jag tackar för pengarna jag fick som gjorde att jag kunde vara en av deltagarna på det 20:e Varmötet, och till er som läst detta, sök stipendier genom VIC! Det kan vara din tur nästa gång!

*Med vänliga hälsningar, Paola Lian
Sjuksköterska Hjärtmottagningen
Hallands sjukhus, Kungälv*



Evaluating treatment and diagnostics in cardiac intervention

Text: David Sparv

David Sparv, Leg Sjuksköterska, Chefsjuksköterska vid Skånes Universitetssjukvård, Sammankallande i PCI-gruppen VIC och ordförande i EAPCI Nurses and Allied Professionals Committee försvarade sin avhandling "Evaluating treatment and diagnostics in cardiac intervention" i ämnet Klinisk medicin med inriktning kardiologi den 9 mars vid Medicinska fakulteten, Lunds Universitet.

Jag började arbeta vid Hjärtröntgen i Lund 2002, och tillbringade totalt över 15 år där. Min tid sammanföll med kanske några av de mest innovativa åren inom interventionell kardiologi, vilket stimulerade till att undersöka, utvärdera och ifrågasätta. Doktorandstudierna inleddes formellt 2012, men redan dessförinnan hade jag och mina kollegor kontinuerligt studerat och sökt förbättra verksamheten. Något som kändes självklart och tillämpades på i princip alla patienter, var syrgasbehandling. När en diskussion om den potentiella risken med höga syrenivåer i samband med kranskärlssjukdom, hyperoxemi tog fart efter en Cochraneanalys, bestämde jag och min blivande handledare professor David Erlinge att studera syrgas. Avhandlingen kom sedermera att innehålla tre arbeten om syrgas som presenteras här nedan, och ytterligare två arbeten som utvärderar intervention vid strukturell hjärtsjukdom (TAVI) och tryckmätning vid coronarsjukdom (FFR). Dessa finns att läsa i avhandlingen i sin helhet.

I delarbete I studerades den smärtstillande effekten av syrgas i samband med PCI. I denna studie inkluderades patienter med företrädesvis stabil kranskärlssjukdom och effekten uppmättes dels genom användning av en självskattningsskala (VAS), och dels genom användning av smärtstillande läkemedel. I studien analyserades även hjärtskademarkören troponin T i syfte att bedöma eventuell hjärtskada. En viktig aspekt var också att studera om syrebrist, hypoxemi, var vanligt förekommande. I studien inkluderades 305 patienter, varav 5 patienter exkluderades på grund av syrebrist. De resterande 300 patienterna fördelades slumpmässigt mellan tillförsel av syrgas och luft, som administrerades via en

näsgranna med ett flöde av 3 liter/ minut. I resultaten kunde ingen skillnad i smärtupplevelse noteras, mängden smärtstillande läkemedel var likartad mellan grupperna och ingen skillnad i troponin T kunde uppmätas. Syrebrist var ovanligt.

I delarbete II, där jag som medförfattare deltog i den så kallade DETO2X-AMI studien, genomfördes en registerbaserad studie i hela landet där 6629 patienter med misstänkt hjärtinfarkt inkluderades och 35 sjukhus deltog. Genom det nationella kvalitetsregistret SWEDHEART och Folkbokföringsregistret/Dödsorsaksregistret inhämtades data. I denna studie studerades dödligheten efter ett år mellan en grupp som erhöll syrgas och en kontrollgrupp. Dessutom studerades frekvensen av återinläggning på sjukhus med hjärtinfarkt inom ett år och påverkan på hjärtskademarkören troponin T. Dödligheten efter ett år var 5,0 % i syrgasgruppen och 5,1 % i kontrollgruppen, därmed kunde ingen signifikant skillnad ses. Även återinläggning med hjärtinfarkt och nivåer av troponin T skiljde sig inte åt mellan de båda grupperna. I denna studie kunde alltså inga gynnsamma eller skadliga effekter av syrgas påvisas.

Delarbete III var en substudie till delarbete II, där den smärtstillande effekten av syrgas studerades hos patienter med normal syresättning och misstänkt hjärtinfarkt där ballongvidgning genomfördes under studieinterventionen. Precis som i delarbete I uppskattades smärtupplevelsen med en skala, och mängden smärtstillande läkemedel noterades. Inte heller i denna studie kunde vi se någon skillnad i smärtupplevelse eller i mängd smärtstillande läkemedel mellan grupperna. Sammantaget konstateras att hos patienter med normal syresättning och misstänkt hjärtinfarkt kan någon gynnsam effekt av syrgas inte styrkas genom dessa tre arbeten, och heller inte någon smärtstillande effekt. Resultaten, som överensstämmer med uppdaterade internationella guidelines, innebär en rekommendation att vid kranskärlssjukdom använda syre vid syrebrist, men inte rutinmässigt vid normal syresättning.



Efter akut kranskärlssjukdom – hjärtrehabilitering av idag!

Nationella utbildningsdagar i Sekundärprevention

Arrangör: VIC:s arbetsgrupp för sekundärprevention

När: 24–25 januari 2019

Var: Burgården konferenscentrum, Göteborg

Målgrupp: Sjuksköterskor, Sjukgymnaster/Fysioterapeuter, Arbetsterapeuter, Biomedicinska analytiker, Dietister och Kuratorer som arbetar med sekundärprevention inom slut- och öppenvården.

Kursinnehåll: I akutskedet efter kranskärlsintervention/PCI, E-hälsa och fysisk träning, Kulturella skillnader, Träning vid kranskärlssjukdom, Motiverande samtal, Kranskärlspatienten ur en primärvårdsläkares perspektiv, Sex och samlevnad.

Med reservation för ev ändringar i programmet.

Programmet kommer finnas uppdaterat på VIC:s hemsida.

Kursavgift: 3000 kr för medlemmar i VIC och 3500 kr för icke medlemmar. I avgiften ingår två luncher,

för- och eftermiddagskaffe samt gemensam middag på torsdag kväll. Denna middag är ej sponsrad av läkemedelsindustrin. Tänk på möjligheten att söka resestipendium från VIC.

Anmälan: Görs via VIC:s hemsida www.v-i-c.se Klicka dig vidare till utbildningar och kommande möten.

Anmälan är bindande och skall vara gjord senast 15/12 2018. Platsantalet är begränsat.

Bekräftelse på deltagande samt kursinformation skickas ut efter sista anmälningsdatum via e-post. Om någon deltagare får förhinder, gäller även vid sjukdom med läkarintyg, får aktuell klinik skicka någon annan deltagare istället.

Läkemedelssponsorer kommer att vara med som utställare och samarbetspartners.

Vid frågor eller funderingar kontakta gärna någon av oss i arbetsgruppen. Våra kontaktuppgifter finns på VIC:s hemsida.

Hoppas vi syns i Göteborg!
Maria, Marianne, Elin, Jessica och Kicki

Arbetsgruppen för hjärtsvikt

inbjuder till nationella utbildningsdagar 2018

Tid: 25-26 oktober

Plats: Folkes Hus, Huddinge Centrum, Stockholm

Anmälan sker via hemsidan: www.v-i-c.se

Tema: "Vård och rehabilitering vid hjärtsvikt
- vilka är möjligheterna?"

Årets tema bjuder på nutid och framtid inom medicin och teknik vid hjärtsvikt, vård och rehabilitering med fokus på träning, levnadsvanor - frihet och glädje vid svikt.

Välkommen och delta med oss på Folkes Hus, Huddinge Centrum, Stockholm den 25-26 oktober och se vad just Du upptäcker!



Zenikor

MEDICAL SYSTEMS



OF STROKE PREVENTION

Enklare arytmiutredning

Ett komplett system för diagnostisering av arytmier, optimerat för sjukvården. Validerat i över 30 vetenskapliga studier och avhandlingar.

zenicor.se





Xarelto® enda NOAK med behandlingsstrategi för PCI^a i produktresumén¹

Pioneer-studien visade att behandling med Xarelto 15/10 mg en gång om dagen kombinerat med P2Y₁₂-hämmare hos patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som genomgått PCI med stent gav en signifikant reduktion av kliniskt relevant blödning jämfört med behandling med warfarin och dubbel trombocythämning.²

UPP-DATERAD SPC

a. PCI = perkutan koronarintervention.

Referenser: 1. Xarelto produktresumé, uppdaterad 11/2017. 2. Gibson CM, Mehran R, Bode C, et al. Prevention of Bleeding in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing PCI. *N Engl J Med* 2016; 375:2423-34; December 22, 2016; DOI: 10.1056/NEJMoa1611594

 **Xarelto**®
rivaroxaban

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 15 mg och 20 mg (F). **Indikation:** Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack. **Dosering:** Rekommenderad dos 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. För patienter med nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15–49 ml/min) är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Behandling med Xarelto kan initieras eller fortskrida hos patienter som kan behöva konvertering. Rekommenderad dos för patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som genomgår PCI (perkutan koronarintervention) med stentläggning: Det finns begränsad erfarenhet om användning av reducerad dos, 15 mg Xarelto en gång dagligen (eller 10 mg Xarelto en gång dagligen för patienter med måttligt nedsatt njurfunktion [kreatininclearance 30–49 ml/min]) med tillägg av P2Y₁₂-hämmare i högst 12 månader till patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som behandlas med oral antikoagulation och som genomgår PCI med

stentläggning. **Kontraindikationer:** Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia. Leversjukdom förknippade med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Om blödning inte kan kontrolleras kan tillförsel av ett specifikt prokoagulativt medel övervägas, såsom protrombinkomplexkoncentrat (PCC), aktiverat protrombinkomplexkoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa). Datum för senaste översynen av produktresumén november 2017. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på www.fass.se.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

Praluent® (alirokumab) i två styrkor

YTTERLIGARE LDL-SÄNKNING FÖR PATIENTER MED MYCKET HÖG KARDIOVASKULÄR RISK¹



Behandling med Praluent kan ge 50 till 60 % sänkning av LDL som tillägg till statinbehandling. Med en subkutan injektion Praluent 75 mg varannan vecka nådde 75 % av patienterna med mycket hög kardiovaskulär risk sina målvärden. De vanligaste biverkningarna var reaktioner vid injektionsstället, övre luftvägsinfektion och klåda.¹


Praluent[®]
alirokumab

Referenser: 1. Praluent produktresumé. 2. TLV 2017-12-15.

Praluent[®] (alirokumab), injektionsvätska, lösning i förfyllda injektionspennor 75 mg och 150 mg, Rx, F, C10AX14. **Indikation:** Praluent är indicerat hos vuxna med primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär samt icke-familjär) eller blandad dyslipidemi, som tillägg till diet: i kombination med en statin, eller statin i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som ej når målvärdet för LDL-kolesterol med högsta tolererade statindos eller, ensamt eller i kombination med annan lipidsänkande behandling hos patienter som är statintoleranta, eller när statinbehandling är kontraindicerad. **Varningar och försiktighet:** Praluent ska användas med försiktighet till patienter med gravt nedsatt njur- och leverfunktion. Effekten av Praluent på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts. För ytterligare information, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** Praluent tillhandahålls av Sanofi AB, tel +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumé: nov 2017.

Praluent subventioneras endast som tilläggsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol $\geq 4,0$ mmol/l. **Praluent ingår i läkemedelsförmånerna** till och med den 31 december 2018.²

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

SANOFI AB: Box 30052, 104 25 Stockholm. Tel 08-634 50 00. Fax: 08-634 50 01 www.sanofi.se

SANOFI 