

Svensk CARDIOLOGI

nr 4 | 2007

**TID ATT
SÖKA STIPENDIER**

**LYCKAD HJÄRTVÅRD
I VÄRMLAND**



**KARDIOVASKULÄR PREVENTION
– HETT ÄMNE PÅ BRED FRONT**

Styrka du kan lita på

Lipitor® (atorvastatin) rekommenderas
av Läkemedelsverket vid otillräcklig effekt
av simvastatin^{1,2}





Fysisk aktivitet är grunden för prevention och behandling. Den blodröda nakensnäckan "Spanish Dancer" (*Hexabranhus sanguineus*) både simmar och dansar, när den med välorganiserade vågformade mantelrörelser förflyttar sig i

havets becksvarta mörker. Det praktfulla djuret kan bli upp till 35-40 cm och har fått sitt namn av påminnelsen om det virvlande kjothyget hos en spansk dansös. Fotograf: Kent Forsén.

SVENSK CARDIOLOGI

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

ANSVARIG UTGIVARE

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

REDAKTÖR

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

PRODUKTION

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

UTGIVNING 2008:

nr 1: vecka 15
nr 2: vecka 28
nr 3: vecka 41
nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

Jan Söderstrand
tel: 08-622 6202
e-post: jaso@telia.com

ANNONSMATERIAL

adress: Greenwood Communications AB, Box 49021, 100 28 Stockholm
bud: Alströmergatan 20A, 1tr
e-post: jessica@greenwood.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

medlem: gratis
icke-medlem: 400 kronor
lösnummer: 100 kronor
upplaga: 2 800 ex

ADRESSÄNDRING

e-post: info@ebc.se



4-9 Ledare

10 Läkaresällskapets riksstämma Temat för 2007 års riksstämma var livsstil, hälsa och miljö. Flera symposier bevakades och stipendier delades ut.

13 American Heart Association – Salim Yusuf Kardiologen och epidemiologen dr Yusuf höll en föreläsning om kardiovaskulär sjukdom ur ett globalt perspektiv.

19 American Heart Association – Hotlines Senaste nytt från kardiologikongressen i Orlando.

25 Fortbildningsdagarna i kardiologi Problem och möjligheter inom klinisk forskning analyserades på ämneskonferensen.

30 Kardiovaskulär prevention Nya målvärden, ökat fokus på kost och motion – det är ett axplock av vad som avhandlades på kursdagarna i The European Heart House.

33 Värmland visar vägen Mortaliteten i ST-höjningsinfarkter har i det närmaste halverats under 2006. Den nya hjärtvården i Karlstad ger resultat.

36 Mörk choklad Kakao har effekt på kardiovaskulär sjukdom. Det visar ett schweiziskt forskarteam, lett av kardiologen Thomas Lüscher.

40 VIC Ordförande.

46 Krönikan Rör på dig!



Bästa medlem!



Per Tornvall
Ordförande

Hösten har varit intensiv och fylld av roligt arbete. Ibland känns det som om man måste vara lite av en cirkuskonstnär för att få ihop kliniskt arbete med forskning och undervisning samt arbetet med Cardiologföreningen. Denna ledare blir på sätt och vis en summering av vad som har hänt under hösten. Arbetet inom Cardiologföreningen kan delas upp på internt och externt arbete, det vill säga arbete mot föreningens medlemmar, respektive mot allmänheten och myndigheter. När det gäller det interna arbetet så kan jag inte låta bli att glädjas åt Fortbildningsdagarna som arrangerades för andra året i rad. Liksom förra året lockade mötet cirka 100 kardiologer eller blivande kardiologer. Programmet med betoning på update hade anordnats av de olika arbetsgrupperna. Bland en mängd lysande presentationer minns jag särskilt arbetsgruppen för kranskärlssjukdoms fallbaserade presentation där det först diskuterades för och emot invasiv strategi för att vi senare fick se hur det gick i verkligheten. Budskapen som vi kunde ta hem var tydliga: Vi måste ha en god invärtesmedicinsk kunskap samt individualisera utredning och behandling. Riktlinjer är nödvändiga men kan inte använ-

ska bli bättre på att marknadsföra de olika europeiska riktlinjerna genom att kunna ta del av dem på vår hemsida tillsammans med en kommentar från respektive arbetsgrupp. Gå in på vår hemsida www.cardio.se och läs mer!

När det gäller det utåtriktade "externa" arbetet har vi arbetat med relationerna till forskningsorganisationen Hjärt-Lungfonden och patientorganisationen Hjärt- och lungsjukas riksförbund. Vi hade tillsammans en aktivitet i form av föreläsningar för allmänheten på sex olika orter på World Heart Day den 30 september. Ämnet var plötslig hjärtdöd mitt i livet och aktiviteten hade syftet att marknadsföra oss själva med tanke på att föreningen fyller 60 år samt att betona vikten av en fortsatt bra svensk klinisk forskning. Föreläsningarna var uppskattade även om antalet deltagare kunde ha varit fler. Aktiviteten visade att de tre organisationerna kompletterar varandra bra och kan åstadkomma mycket i framtiden som kan resultera i en bättre hjärtsjukvård för våra patienter. Vi lärde oss vidare att vi nog måste ta professionell hjälp för att vårt budskap ska nå ut bättre. I början av det nya året planerar vi två utåtriktade aktiviteter i form av en lansering av den europeiska hjärthälsoplanen samt Women Go Red. Den senare aktiviteten gör vi tillsammans med 1,6-miljonerklubben. Vi hoppas att med dessa aktiviteter kunna synas mer och därmed påverka såväl svensk hjärthälsa som hjärt-kärlforskning.

Forskning och utveckling är avgörande för den svenska hjärthälsan och det är därför med glädje som jag kan meddela att det annonseras en mängd olika stipendier i detta nummer av Svensk Cardiologi. Jag är säker på att det finns ett stipendium som passar in även på dig som läser detta just nu. Gå in och sök dessa generösa stipendier på www.cardio.se. Stipendierna kommer att delas ut på föreningens årsmöte på torsdag lunch under vårmötet.

Väl mött!

"Det finns plats för läkekonst!"

das okritiskt i det individuella fallet. Skulle vi följa riktlinjerna till punkt och pricka skulle vi inte bara göra oss läkare överflödiga, då andra yrkeskategorier sannolikt är bättre på detta än oss, utan sannolikt åsamka våra patienter skada i en del fall. Med andra ord finns det plats för läkekonst! Jag skulle i detta sammanhang vilja tacka arbetsgrupperna för deras fina arbete, inte bara på Fortbildningsdagarna utan även på Kardiovaskulära vårmötet och Läkarstämman. Styrelsen har under året träffat arbetsgrupperna i olika sammanhang, för att diskutera hur vi för kardiologin framåt i Sverige. Vi har bland annat kommit överens om att vi



EN ANSVARSFULL BEHANDLING SER MÄNNISKAN BAKOM SIFFRORNA

CRESTOR ökar möjligheten för dina patienter att nå behandlingsmålen genom att sänka LDL-C effektivast av alla statiner.¹ CRESTOR är dessutom lika vältolererat som övriga statiner.²⁻⁴

CRESTOR® R_x (F) (rosuvastatin) SPC 2007-08-31 är en kolesterolsynteshämmare. **Indikationer:** Primär hyperkolesterolemi (typ IIa, inkluderande heterozygot familjär hyperkolesterolemi) eller kombinerad hyperlipidemi (typ IIb) som tillägg till diet när effekt av diet och annan icke-farmakologisk behandling (tex motion eller viktminskning) är otillräcklig. Homozygot familjär hyperkolesterolemi; ensamt eller som tillägg till annan lipid-sänkande behandling (tex LDL-aféres) eller när sådan behandling inte är lämplig. **Förpackningar och för-
mån:** 5 mg, 28 tabl kalenderförp; 10 mg, 14 tabl kalenderförp, 28 tabl kalenderförp, 98 tabl kalenderförp, 100 tabl burk; 20 mg, 28 tabl kalenderförp, 98 tabl kalenderförp, 100 tabl burk; 40 mg, 28 tabl kalenderförp, 98 tabl kalenderförp. **Samtliga förpackningar är för-
mån med villkor:** vid användning för patienter som inte når behandlingsmålen med simvastatin. För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar se www.fass.se.

Referenser: 1. Jones PH et al. Am J Cardiol 2003;92, 152-60. 2. FDA Public Health Advisory on Crestor (rosuvastatin) 3/2/2005. 3. NLA Review of Statin Safety, AM J Card 2006;97 (8, Suppl 1): S1-S98. 4. Goettsch W, Heintjes E, Kastelein J et al. Pharmacoepi Drug Safety 2006;15:435-443.



Konsten att våga vara



Christer Höglund
Redaktör

Jag hade bestämt för att promenera hem. Det blåste kraftigt mellan huskropparna, som det kan göra här i New York, men middagen vägde upp allt. Den hade intagits på en typisk liten italiensk krog på södra Manhattan med täta bord och vita dukar. Toscanavinet kändes underbart och värmdes här ute på gatan. Klockan var över elva på kvällen och tack vare julbelysningen var det ljusare på gatan. Promenaden gick uppför 8:e avenyn och snart började jag närma mig Times Square. Aktiviteten var fortfarande i full gång, speciellt så här nära julafton då julkommersen är på höjtryck. Just under min promenad försökte jag summera årets guldskorn inom det kardiologiska samhället. Hade vi lärt oss något? Hade något nytt där ute framkommit som vi kunde erbjuda våra patienter? Tankarna skulle senare sättas på pränt.

Årets American Heart gick i Orlando denna gång, staden som har blivit en av världens största kongresstäder med plats för över 140 000 deltagare. Under vårt möte nådde vi upp till 25 000 kardiologer. Jag ska här traditionellt ge mina tankar av mötet samt lite *hotlines news*.

"Tiden är nu i högsta grad mogen att bli duktigare att bedöma riskfaktorer och föra fram det till patienterna"

Även Riksstämman erbjuder en del kardiologi och speciellt till de kolleger som kanske inte dagligen sysslar med hjärtsjukdomar. Varje årlig stämma har också blivit en mötespunkt för en hel del möten för oss kardiologer, såsom Kardiologföreningens styrelsemöte, eventuella stipendieutdelningar. Det känns därför viktigt att denna tradition upprätthålls även om våra arbetsgivare har blivit sparsamma med deltagandet av budgetskäl.

En av de största besvikelserna under ESC-mötet i Wien

var resultatet från den tredje EuroHeart Survey, där det framkom att antalet välbehandlade hypertoniker som ej nått sina mål var hög, att antalet överviktiga bara ökar och ökar, samt att antalet diabetiker ökar. Vi har däremot blivit duktiga på att behandla sjukdomar, men inte att förebygga innan sjukdomen kommer upp i dagern. Tiden är nu i högsta grad mogen att bli duktigare att bedöma riskfaktorer och föra fram det till patienterna. Jag deltog i Sophia Antipolis nu i november där det hölls ett möte i ESC:s regi om *Cardiac prevention*.

Vår eminente gästskribent Kent Forsén lägger ut sin egen text. Denna mångkulturella man har också dykning på sin agenda och i detta nummer bjuds det på en unik bild – jag lovar säga en av de få att få tag på – tagen utanför Sudan exklusivt för Svensk Cardiologi.

När ni får detta nummer är julen som aktivast och då ges tid för kontemplation. Visst är det underbart. Vad kan jag göra för att bli bättre kardiolog? Jag tycker det är viktigt att bredda mina erfarenheter och läsa litteratur som har andra uppfattningar om livet. Att lära sig förstå vad det är för krafter som får våra patienter att pröva alternativa behandlingsmetoder. Alla är vi olika, även om många vill föra ut att vi är lika. Våga vara sig själv, våga njuta av melankoli – det känns underbart. Som ni vet har jag av och till skrivit om mörk choklad som ett av många njutningsmedel, som också har gynnsam effekt på kranskärlen. Många har frågat sig hur jag vågar. Ett litet exempel på detta kan ni läsa om i detta nummer.

Tiden är nu mogen att önska er alla en God jul och ett Gott Nytt År. Glöm inte olivoljan, den är bättre än ni tror. Jag kommer att finnas där ute nästa år också.

Enjoy life!



**MISSA INTE CARDIOLOG-
FÖRENINGENS HEMSIDA**
www.cardio.se



SVENSKA CARDIOLOGFÖRENINGENS
SPECIALISTEXAMEN I KARDIOLOGI
DEN 2 – 3 APRIL 2008 VID
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET I GÖTEBORG

Du som söker till specialistexamen skall vara nybliven specialist i kardiologi eller vara i slutet av din utbildning.

Ni som examineras kommer att få kongressavgiften till Kardiovaskulära Vårnötet 2008 betald av Svenska Cardioloföreningen.

Examinator är professor Lennart Bergfeldt, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, Överläkare, Verksamhet Kardiologi, Område Hjärta-Kärl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/S, 413 45 Göteborg
Sista anmälningsdatum är den 15 februari 2008.

KONTAKTPERSONER:

Docent Maria Schaufelberger, Överläkare, Hjärtsektionen, Verksamhetsområde Medicin, Område Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Tel 031-3434085, e-post: maria.schaufelberger@gu.se

Professor Lennart Bergfeldt, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/S, 413 45 Göteborg. Tel 031 – 3427538, e-post: lennart.bergfeldt@hjl.gu.se

ANMÄLAN:

Sekreterare Ulrika Karlsson-Brogren, Verksamhet Kardiologi, Område Hjärta-Kärl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/S, 413 45 Göteborg.

Tel 031-3427426 (må-onsd), e-post: ulrika.karlsson-brogren@vgregion.se

Arbetsgivaren förväntas stå för eventuella kostnader, t ex resa och logi, i samband med examen.



Pfizer stipendium i Kardiovaskulär Prevention

Incidensen av hjärtsjukdom i Sverige minskar idag mycket tack vare preventiva insatser. I linje med detta utlyser Pfizer AB tillsammans med Svenska Cardiologföreningen härmed ett stipendium i **Kardiovaskulär Prevention**.

Syfte: Stimulera yngre läkare att starta och driva forsknings- eller kvalitetsprojekt kring utveckling och uppföljning av preventiva åtgärder kring riskfaktorer för hjärtsjukdom.

Stipendiet kommer att utdelas på Kardiovaskulära vårmötet 2008, senaste ansökningsdag 2008-03-15. Stipendiekommitteen består av medlemmar i Cardiologföreningens styrelse samt en representant från Pfizers medicinska avdelning.

Stipendiesumma: 75 000 kr

Ansökan ska skickas till:

Pfizer AB
Att: Åke Ohlsson-Önerud, medicinsk rådgivare
191 90 Sollentuna

Pfizer stöder Svenska Cardiologföreningen



BIAS – hela listan!

När vår tidning nu landar i brevlådorna är vi sannolikt mitt uppe i allt helgfirande och helgjourande – men förhoppningsvis också i en period då vi får möjlighet att pusta ut ett tag, ha det lite långsammare och mindre ryckigt.

Jag uppskattade mycket att höra Clarence Crafoord tala på Riksstämman på ett av kardiologisektionens symposier *Stresshantering vid hjärtinfarkt – gör det någon nytta?*. (Förresten – för er kännedom, vi säger efter detta symposium inte längre stresshantering utan stressbehandling eller ännu hellre stresskännedom). Clarence som är en välkänd psykiater och psykoanalytiker talade om kropp och själ, ångestsignaler och ångestbegrepp och så om det här med vår tillvaros ryckighet, att kastas från den ena aktiviteten till den andra. Det senare väl illustrerat av alla ljud från såväl mässhall som föreläsningssal bredvid som alltför påtagligt trängde in i vår sal, detta i kombination med läkaresällskapets filmtrailer som nervöst upprepades om och om igen uppe vid podiet och inte stängdes av förrän sekunden innan symposiet startade. Själva inramningen var alltså minst sagt stressig och kändes väl lika ryckigt som min text nu som

“The results we’ve all been waiting for”

också hoppar från det ena till det andra, skärpning således... Clarence berättade om hur han själv drabbades av en hjärtinfarkt efter en period av intensivt intellektuellt arbete, när spänningen släppte kom infarkten och en stress avlöste en annan. Han som alltid skulle vara så duktig och högpresterande försattes i ett tillstånd av total hjälplöshet där döden blev en realitet. ”Det är bara att kapitulera” hade den jourhavande kardiologen sagt – en lite brysk uppmaning som Clarence beskrev hade varit en avgörande hjälp. Vid paneldiskussionen påpekade en i publiken att ulcussjukdomen, som tidigare ansetts vara stressutlöst, sedermera visade sig kunna botas med antibiotika. Skulle inte samma visa sig för hjärtinfarkt? Efter symposiets avslutande kommenterade Clarence detta tillsammans: ”Den kvinnan hade uppenbarligen inte alls förstått att kropp och själ hör ihop”.

Något som tål att begrundas är också att människors stressreaktion, beroende på konstitution och genetik, skiljer sig enormt mycket och därigenom svårligen låter sig ”behandlas” enligt samma mall för alla.

Häromdagen läste jag en krönika av Merete Mazzarella, en osedvanligt klok person med ett stort engagemang för läkarkåren och uppdrag inom läkarutbildningen i framförallt Uppsala. Den här gången hajade jag till lite extra. Hon skrev ”Läkare riskerar att reduceras till redskap för att uppnå vissa standardiserade mål”. När jag läste en gång till såg jag att det stod ”lärare” och inte ”läkare”. Hon talade om akademiska lärare och nyttohetsen som hotar vetenskapen som idé (hon är verkligen värd att lyssna till). Men om

det nu hade stått ”läkare”...? Nu kommer jag osökt att tänka på vårt förhållande till riktlinjer. Ibland kan jag uppleva att riktlinjer uppfattas som något som är närmast likställt en lagtext. Ja, ibland tycker man sig till och med möta en typ av riktlinjepoliser. Riktlinjer kan vara underbara (och nu är det bäst att säga att jag tycker arbetet med de nya riktlinjerna för svensk hjärtsjukvård är imponerande och mycket viktigt) men de ska vara vårt stöd i beslutsprocessen och aldrig våra regler i mötet med den enskilde patienten.

Riktlinjer ska baseras på randomiserade kontrollerade studier som är objektiva, fria från bias och har försett oss med robusta konklusioner. Vi ska kunna lita på dem, detta är ju evidensbaserad medicin... Men tolkningar och spridning av resultat från en studie kan vara föremål för flera typer av bias och därmed förvanska konklusionen rejält. Detta gör att vi även måste ha en ödmjuk inställning till riktlinjer. I en debattartikel i *British Medical Journal* har McCormack och Greenhalgh definierat olika typer av bias och om vi rannsakar oss själva går nog ingen riktigt fri här... så nu tillåter jag mig att ge er hela listan!

Bias 1: *We’ve shown something here.* Man vill så gärna lyfta fram ett positivt resultat efter att ha tragglat med en studie i årtal.

Bias 2: *The results we’ve all been waiting for.* Förväntningar man haft på resultaten, hypotesen man varit så förälskad i...

Bias 3: *Just keep taking the tablets.* Benägenheten att övervärdera ett läkemedels fördelar och undervärdera dess sidoeffekter. Sidoeffekterna presenteras till exempel som händelser per år medan fördelarna presenteras över en tioårsperiod.

Bias 4: *What the hell can we tell the public?* Trycket från politiker, myndigheter, media och intresseorganisationer att presentera nya stora genombrott.

Bias 5: *If enough people say it, it becomes true.* Upprepade reviews och editorials med positiva vinklingar i högt rankade tidskrifter. Med risken för systemfel – att nya reviews för tidigare feltolkningar vidare.

Avslutningsvis, Sandor K Kovacs, gästföreläsare på Riksstämman inbjuden av Klin fys-sektionen, talade om *What you always wanted to know about diastolic function – but were afraid to ask*. Ett charmtroll utan dess like med glimten i ögat och tillika en pedagogisk mästare. ”Ingen ska gå härifrån utan att känna att man lärt sig något nytt”. Det gjorde vi inte heller och dessutom var det ett par ovidkommande små detaljer som också fastnade, till exempel när han berättade om sina barn. ”Min förste son är biokemist, min andre son är ekonom men min lilla dotter går på universitetet *and is still an undifferentiated little stem cell*”.

Och med denna ömsinta beskrivning av en dotter vill jag önska er en MYCKET god början på det nya året 2008.

PS. Glöm inte att söka stipendierna, en liten guldgruva för forskande medlemmar i kardiologföreningen!



Lena Jonasson
Vetenskaplig
sekreterare



Glada föreläsare: Ronnie Willenheimer i sällskap med Hans Olsson och Gerhard Wikström.



Mats Willstrand på åhörarplats.



Leif Friberg har just mottagit sitt stipendium.



Lena Jonasson och Ewa Swahn.



Professor Anders Waldenström i van position.

Riksstämman 2007:

FOTO: STOCKHOLMSMÄSSAN



Färre deltagare, men desto fler stipendier. Under stämman hade Svenska Cardioloföreningen glädjen att dela ut flera generösa bidrag till forskning.

Text och foto: Christer Höglund

Riksstämman anno 2007 var något annorlunda. Inte till vädret som nästan alltid präglas av grått och vått. Nej, det var något annat. Vad är det som hänt? Var fanns alla kolleger? Detta år visade stämman upp sig med betydligt färre kolleger och även utställarnas yta och volym var klart reducerad, enligt mitt tycke. Det sades att antalet besökare var cirka 3 000 per dag. Jag har dock svårt att tro det och när det gäller kardiologer var antalet kraftigt reducerat. Det sistnämnda är helt förståeligt eftersom vår specialitet bjuder på ett mycket kvalitativt nationellt möte varje vår – Svenskt Kardiovaskulärt Vårnöte. I denna något dystra inledning fanns det i alla fall några godbitar, och låt oss därför gratulera symposiet *Diastolisk dysfunktion*. Hans Persson från Danderyds sjukhus skötte sin moderatorroll perfekt, så även Gerhard Wikström, Boel Andersson och Ronnie Willenheimer. Ett annat symposium som var initierat av vår förre ordförande i Cardioloföreningen – Anders Waldenström – hade den intressanta titeln *Varför gör vi inte som vi lär? Så här behandlas våra patienter i verkligheten*. Det var inga trevliga resultat som vår Ulf Dahlström från Linköping presenterade. Tyvärr fick vi

inte veta varför vi inte gör som vi lär, men den som väntar på något gott...

Hjärtliga gratulationer

Det som verkligen var positivt var stipendieutdelningen. Svenska Cardioloföreningen har i samarbete med en hel del företag kunnat erbjuda våra medlemmar mycket fina stipendium under de senaste åren. Detta samarbete kommer att fortsätta kommande år. Under stämman hade jag förmånen att dela ut två stipendier à 100 000 kronor vardera till Thomas Nyström från SöS och Martin Magnusson från MAS för forskning om den diastoliska hjärtfunktionen hos patienter med diabetes typ-2. Ett stort grattis! Samtidigt vill Svensk Cardiolofi uttrycka sitt varma tack till Sanofi-Aventis som så generöst bidragit med stipendier.

Leif Friberg från SöS och GlobenHeart fick 100 000 kronor för studier rörande förmaksflimmer. Grattis till dig! Ett annat roligt och annorlunda pris hade instiftats av Dagens Medicin, nämligen SM i EKG och vinnaren – Simonsson – fick både en stor pokal samt ett generöst ekonomiskt bidrag. Grattis.

Vi vill nu beskriva några fler symposier mer på djupet. Håll till godo! ■



Symposier och stipendier

Temat på Riksstämman var Livsstil, hälsa och miljö. Två av symposierna rörde kardiovaskulär prevention: Stresshantering som sekundärprevention respektive livsstilsåtgärder och läkemedel för att förhindra det vaskulära åldrandet.

Text och foto: Elisabet Tapio Neuwirth



Stressbehandling avhandlas. I panelen: Bo Hedbäck, Clarence Crafoord, Peter Währborg och Gunilla Burell.

Stresshantering för att förhindra hjärtinfarkt – gör det någon nytta? I stora populationsstudier har psykosocial stress visat sig vara en stark riskfaktor för insjuknande i hjärtinfarkt. Syftet med symposiet var att belysa vilken betydelse psykosocial stress har för såväl nyinsjuknande som återinsjuknande i hjärtinfarkt.

En huvudfråga var: Finns det någon evidens att stressbehandlingsprogram gör nytta?

Peter Währborg, docent i kardiologi vid Sahlgrenska sjukhuset, belyste livsstilens betydelse som risk att utveckla hjärt-kärlsjukdom med avseende på kost, sömn, återhämtning, fysisk aktivitet, rökning och stress. Han menade att upplevd stress är en betydande riskfaktor som kan bli den "avgörande sista droppen" för en hjärtinfarkt. De biologiska effekterna av långvarig stress orsakar störd balans mellan energimobilisering och anabolism, störningar i regleringsystemen, förändringar i det centrala nervsystemet. I studier har man sett relativt snabba förändringar i de kardiovaskulära sjukdomarnas incidens, även bland barn och ungdomar.

Spretiga svar

Uppsalaforskaren Gunilla Burell har utvecklat en speciell stresshanteringsmodell för hjärtsjuka som används över hela landet, och hon menade att programmen är effektiva, men pekade samtidigt på att svaren från olika studier spretar. Det beror i huvudsak på att kvinnor och män tycks reagera på olika sorts stress. Män är känsligare för arbetsrelaterad stress, medan stress i hemmet är en större riskfaktor för kvinnor. Om kvinnan lever i en påfrestande relation och samtidigt upplever stress på arbetet är risken för återfall tre gånger så hög, det visar bland annat den svenska KoK-studien (Kvinnor och kärlsjukdom).

Det finns några få studier med långtidsuppföljningar på hjärtsjuka personer, bland annat Enriched-studien som är uppbyggd som en läkemedelsprovning. Stressbehandlingsprogrammet för den randomiserade gruppen bestod av kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel som tillägg om det var indicerat och visade på goda överlevnadsresultat, dock enbart för män. Goda överlevnadsresultat för kvinnor kan man i stället se i den behandlingsmodell som används i KoK-studien. Gunilla Burell menade att de effektivaste stressprogrammen består av gruppbehandling under lång tid i könsseparerade grupper.

Kardiovaskulärt åldrande

Kan livsstilsåtgärder och läkemedel bromsa det vaskulära åldrandet? I det biologiska åldrandet ingår det kardiovaskulära åldrandet som en aspekt. Det kan påskyndas av en olämplig livsstil, sociala belastningsfaktorer och vid diabetes och hyperglykemi.

Peter M Nilsson, docent vid universitetssjukhuset MAS, var både moderator och föreläsare och han redogjorde för nya markörer kring det vaskulära åldrandet, bland annat hög pulsvåghastighet (>12 m/s) samt kort telomerlängd. Läkemedel, till exempel statiner, har visats minska risksambandet mellan kort telomerlängd och ökad risk för koronarsjukdom. Andra metoder för att motverka det vaskulära åldrandet bygger på förbättrad livsstil och reduktion av kända kardiovaskulära riskfaktorer, det vill säga rökstopp, lipidkontroll, blodtryckskontroll, RAAS-blockad och glykemisk kontroll.

Motion på recept

Studier har visat att livsstilsåtgärder kan påverka riskfaktorer samt bromsa upp åder-

förkalkningsprocessen. Sjukgymnasten och doktoranden Margareta Eriksson presenterade en studie i livsstilsåtgärder som genomfördes på en vårdcentral i Boden. Studien är inspirerad av den framgångsrika finska studien *Diabetes Prevention Study*.

Erikssons studie var en randomiserad kontrollerad studie över tre år med 151 deltagare uppdelade i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Samtliga personer hade en eller flera riskfaktorer såsom typ 2-diabetes, hyperlipidemi, hypertoni, övervikt eller fetma. Interventionsgruppen ingick i träningsgrupper, fick kostråd och annan stimulans för att röra på sig mer i kombination med medicinering. Efter tre år hade interventionsgruppen klart positiva hälsovinster, bland annat mindre midjemått, signifikanta skillnader i diastoliskt blodtryck, ➤



Sjukgymnasten och doktoranden Margareta Eriksson presenterade en studie i livsstilsåtgärder som genomfördes på en vårdcentral i Boden.



- reduktion av systoliskt blodtryck samt bättre syreupptagningsförmåga.

Studien har lett till att personer i upptagningsområdet vid behov får motion utskrivet på recept samt råd och stöd att förbättra sin livsstil.

Tobaksbekämpning

Hans Gilljam, överläkare på Centrum för tobaksprevention i Stockholm, talade om rökning och det förtida åldrandet, samt effekterna vid tobaksbekämpning. "Döden är ett ganska grovt mått på ohälsa", menade han men påvisade ändå att rökare dör tidigare och har färre hälsosamma år än icke-rökarna.

För läkare är tobaksråd ett ofarligt ämne att ta upp: Läkare bör lägga ned minst två till tre minuters samtal kring rökning och reagera om patienten röker mer än tio cigaretter om dagen. För rökande hjärtpatienter är rökstopp *the first choice* i behandlingen. Det är en fördel att sluta röka före 35 års ålder, men personer som fimpas vid 40 till 60 års ålder kan fortfarande se hälsovinster.

Vad gäller nikotinersättning till hjärtsjuka

KROPP OCH SJÄL

Läkaren och psykoanalytikern Clarence Crafoord talade i egenskap som hjärtpatient på symposiet om stresshantering. Kort efter att han satt punkt för ett bokmanuskript drabbades han av en hjärtinfarkt. Att plötsligt bli patient, vara nära döden upplevde han som mycket stressande. Under sin rehabilitering gick Clarence Crafoord en tvåårig kurs i stresshantering:

– Jag fick lära mig att välja den längsta kön och njuta av att stå i den, och mycket annat nyttigt, berättade han och repliken drog ned många skratt.



FOTO: GUNNAR ENGLUND/NATUR OCH KULTUR

Clarence Crafoord har gett ut en bok där han beskriver sina erfarenheter och själsliga processer: *Hjärtats oro (Natur och kultur)*.

är farhågorna överdrivna, menade Hans Gilljam. Nikotinfria preparat i kombination med rådgivning och beteendestöd är att föredra framför cigaretter. I dag förespråkas nikotinersättning tre till fyra veckor innan rökslut för att ge en mjukare övergång och mindre abstinensbesvär. Underdosering är ett problem och en kombination av plåster

med korttidsverkande medel rekommenderas. De två nya rökavvänjningsmedlen i tablettform – vars verksamma substanser är bupropion respektive vareniklin – är andrandspreparat som ger goda resultat. Inom kort ska nikotinvaccin testas på Gilljams klinik. Det är tänkt att fungera som återfallsprofylax. ■

iQuilibra

the balanced
Brady therapy

Finding the perfect balance

INTRINSIC

PACED

Not a single pace more,
not one less,
just what your patient needs

Insignia, the Brady device

Intrinsic RV, the biggest CRM Boston Scientific clinical trial to date, has shown that AV Search Hysteresis significantly reduces the percentage of RV pacing without making any compromise on the natural haemodynamics of the heart.

You want to learn more about Intrinsic RV and the AVSH algorithm?
Visit our website at www.iquilibra.com

Copyright © 2007 by Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.

Boston Scientific, Guidant Sweden AB, Sjöängsvägen 11, 192 72 Sollentuna, 08-594 765 50
CardioNord AB, Enebybergsvägen 10B, SE- 182 36 Danderyd, 08- 753 49 00

Boston
Scientific

Delivering what's next.™

Kardiovaskulär sjukdom ur ett globalt perspektiv

Kardiovaskulär sjukdom är den främsta dödsorsaken i västvärlden och kommer inom några år att vara så även i resten av världen. Salim Yusuf, kardiolog och epidemiolog, höll en minnesföreläsning under AHA-mötet som belyste fakta från flera studier och möjliga lösningar.

Text: Kent Forsén,
e-post: kent.forsen.mma@telia.com

Det rikliga programutbudet under American Heart Associations (AHA) gigantiska årliga vetenskapliga möte, innehåller sedan 1990 *Ancel Keys Memorial Lecture*, en minnesföreläsning som arrangeras av *Council on Epidemiology and Prevention*. Syftet är att hedra Ancel Keys (1904-2004), fysiolog, biokemist, näringsforskare, epidemiolog och visionär, för dennes långa forskarkarriär baserad på studier av kardiovaskulära sjukdomar, dessas samband, orsaker och prevention. Ancel Keys visade bland annat att förekomsten av koronar hjärtsjukdom varierar åttafaldigt mellan olika länder och att cirka 60 procent av denna variation kunde tillskrivas skillnader i blodtryck och kolesterol. En rad framstående auktoriteter



Kent Forsén,
fristående konsult.

inom den kardiovaskulära medicinen har under årens lopp svarat för denna minnesföreläsning och i år hadeturen kommit till ingen mindre än den välkände Salim Yusuf.

Föreläsningen lyfte uppmärksamheten från den lilla vårdcentralen och sjukhuset till det globala perspektivet och inleddes passande med den franske konstnären Paul Gauguins frågor: "Varifrån kommer vi? Vilka är vi? Varthän går vi?"

Äldre och urbaniserade

Mellan åren 1900 och 1999 ökade den förväntade medellivslängden i västvärlden från cirka 45 till över 75 år. Motsvarande för underutvecklade länder var från under 30 till strax över 60 år. Den globala folkmängden ökar och allt fler människor blir allt äldre och

hinner utveckla kardiovaskulär sjukdom. Det påpekades att barn- och infektionssjukdomar totalt har minskat och att allt fler människor därför når medel- och högre åldrar. Tillsammans med en allt äldre befolkning pekades det ökade tobaksbruket och den ökande urbaniseringen under 1900-talet ut, som de främsta orsakerna till den ökade förekomsten av kardiovaskulär sjukdom. En allt större del av befolkningen söker sig till tätorter både i utvecklade och underutvecklade länder.

Den ökande urbanisering är en hälsofara för framtiden.



Figur 1. Andel av världens befolkning (%) i städer och tätorter 1970-2025.

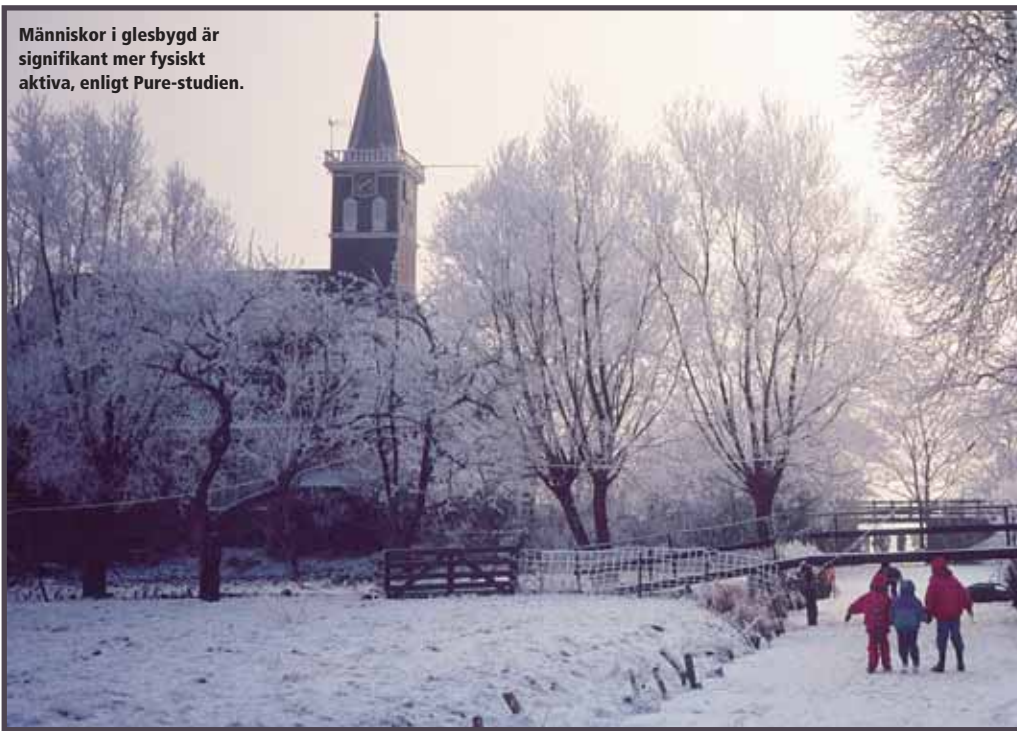
Region	1970	1994	2025
Världen	36,6	44,8	61,1
Utvecklade länder	67,5	74,4	84,0
Länder under utveckling	25,1	37,0	57,0
Underutvecklade länder	12,6	21,9	43,5

➤ Urbanisering för med sig minskad fysisk aktivitet på grund av automatisering, användning av bilar, rulltrappor, hissar och andra bekväma fortskaffningsmedel, samtidigt som tillgången till och konsumtionen av fett och annan energirik mat ökar. Vidare ökar den psykosociala stressen. Sammantaget resulterar dessa faktorer i att många människor ökar sin kroppsvikt och blir feta. Det är även välkänt att de stora riskfaktorerna för kardiovaskulär sjukdom, som går att påverka, är lipid- och kolhydratstörningar, förhöjt blodtryck och tobaksbruk. År 1970 levde cirka 37 procent av världens befolkning i städer och tätorter, 1994 var det 45 procent som gjorde detta och år 2025 räknar man med att drygt 60 procent av alla människor lever i städer och tätorter. Situationen skiljer sig mellan utvecklade och outvecklade länder, även om trenden är densamma. 1970 levde 68 procent av människorna i de utvecklade länderna i städer och tätorter, 1994 var det 74 procent som gjorde detta och 2025 räknar man med att hela 84 procent av populationerna i de utvecklade länderna kommer att finnas i städer och tätorter. I de underutvecklade länderna levde endast 13 procent av befolkningen i städer och tätorter 1970. 1994 var det 22 procent och 2025 räknar man med att denna siffra ska ha stigit till cirka 44 procent.

INTERHEART

Av världens cirka 6,3 miljarder människor, tillhör 2 miljarder europeiska folkslag, 1,2 miljarder olika folkslag i södra Asien, 1,5 miljarder är kineser, en halv miljard är afrikaner, 300 miljoner är araber och 800 miljoner utgörs av övriga folkgrupper. Etnisk tillhörighet är en grundläggande markör för livslång variation i livsstil mellan olika folkgrupper, snarare än variation i gener. Detta var en av lärdomarna från den uppmärksammade landmarkstudien Interheart.

Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan riskfaktorer och hjärtinfarkt i de stora etniska grupperna i alla världsdelar. Betydelsen av varje enskild riskfaktor för sig och i kombination studerades i populationen totalt, i varje region och etnisk grupp samt hos kvinnor och män, unga och gamla. Frågeställningarna var om betydelsen av olika



riskfaktorer varierar mellan olika etniska grupper och regioner i världen och om endast 50 procent av hjärtinfakterna kan predikteras av kända riskfaktorer, vilket har varit en utbredd uppfattning, vilka är då de ”okända” riskfaktorerna?

Tobak skördar liv

Interheart är en fallkontrollstudie som omfattar drygt 15 000 patienter som drabbats av icke-fatal hjärtinfarkt och nästan lika många kontroller som matchats för kön, ålder och sjukhus i 52 länder. Resultatanalysen ger unika evidens för riskfaktorernas generaliserbarhet. Först och främst bekräftar studien att hypertoni, rökning, förändrat lipidmönster och fetma ökar risken för hjärtinfarkt, helt i överensstämmelse med befintliga epidemiologiska data. Jämförelse mellan kontroller och de som drabbats av hjärtinfarkt visade att apolipoprotein B/apolipoprotein A1-kvoten (högsta vs lägsta kvintilen) och rökning var de starkaste riskfaktorerna för hjärtinfarkt i hela populationen, följt av bukfetma (högsta vs lägsta tertilen), hypertoni och diabetes. Indelning av apoB/apo A1-kvoten i deciler visade ett rätlinjigt samband med ökad risk och risk-sambandet förelåg i alla regioner som studerades. Även mellan antalet rökta cigaretter och risken för hjärtinfarkt visades ett rätlinjigt samband. Också liten cigarettkonsumtion var förenad med ökad risk, jämfört med att aldrig ha rökt. Alla former av tobaksbruk gav en minst fördubblad risk för hjärtinfarkt och att röka pipa eller cigarr gav den största riskökningen.

Om tobakskonsumtionen får fortsätta som i

dag, kommer cirka 150 miljoner människor att avlida i tobaksrelaterade sjukdomar under perioden 2000-2025. Under 2025-2050 kommer 300 miljoner människor att avlida och under 2050-2100 kommer fler än 500 miljoner att avlida. Totalt under det tjugoförsta århundradet visar beräkningar att över en miljard människor kommer att avlida på grund av tobaksbruk! Tobakskonsumtionen är ett exempel på en komplex riskfaktor där det krävs insatser på många nivåer i samhället, både när det gäller policy, information och intervention. De biologiska skadeverkningarna av tobak är väl dokumenterade och välkända. De som är verksamma inom hälso- och sjukvård bör förmedla individuella råd till den som röker. På lokal samhällsnivå bör rökning förbjudas på alla offentliga platser, åldersrestriktioner införs och utbildning om tobakens skadeverkningar bedrivs, främst riktat till ungdomar. På nationell nivå bör tobaksskatten användas för att bekämpa tobakskonsumtionen, därtill bör hälsovarningar och annonsrestriktioner införas i större skala. Yusuf menade att det dessutom behövs en global tobakspolitik för att eliminera denna onödiga riskfaktor.

Prevention mot fetma

I Interheart var BMI relaterat till ökad risk, men detta samband var svagare än för bukfetma. Prevention mot fetma pekades ut som nästa stora utmaning. Här krävs mycket individuell rådgivning och individuella metoder. Såväl personal verksamma inom hälsovård som vikt-väktare, med flera, kan spela en roll. En skattepolitik där kött och fettrika produkter är dyrare, medan frukt och grönsaker subventio-



neras är fullt möjlig och skulle gynna folkhälsan. En del av det utbredda bilåkandet skulle kunna ersättas av att människor cyklar och går i större utsträckning. Redan på planeringsstadiet bör städer och tätorter vara mer "aktivitetsvänliga" genom att säkerheten för cyklister och fotgängare beaktas. Arkitekturen i stora byggnader bör utformas annorlunda än i dag, med färre rulltrappor och hissar samt fler trappor. Mer fysisk aktivitet bör införas i skolornas läroplaner. Det betonades även att psykosociala faktorer är en oberoende riskfaktor. Vidare framkom det i Interheart att daglig konsumtion av frukt och grönsaker, måttlig eller hård fysisk träning och konsumtion av alkohol tre till fem gånger i veckan hade skyddseffekt och minskade risken för hjärtinfarkt. *Se figur 2.*

Som ett tydligt exempel på att miljöfaktorer spelar en avgörande roll för den kardiovaskulära hälsan gjordes en jämförelse mellan Polen, England och Finland under perioden 1959-1994. Mortaliteten i kardiovaskulär sjukdom per 100 000 invånare sjönk stadigt i Finland sedan slutet av 1960-talet. Detsamma gällde för England sedan slutet av 1970-talet. I Polen var utvecklingen den motsatta. Från slutet av 1960-talet till 1990 fördubblades där antalet människor som avled i kardiovaskulär sjukdom. Efter 1990 vände den negativa trenden plötsligt. Något avgörande hade hänt som påtagligt inverkat på folkhälsan: Både kommunismen och Berlinmuren hade fallit. Hela samhällsklimatet och det ekonomiska systemet förändrades i Polen, så också människors matvanor. Statistik över fruktkonsumtionen i Polen under åren 1983-1994 visade att denna var på

Figur 2. Risk för hjärtinfarkt relaterat till riskfaktorer i världen.

Riskfaktor	Kontroller (%)	Hjärtinfarkt (%)	Risk i populationen (99% CI)
ApoB/Apo A1	20,0	33,5	54,1 (49,6, 58,6)
Rökning	26,8	45,2	36,4 (33,9, 39,0)
Diabetes	7,5	18,5	12,3 (11,2, 13,5)
Hypertoni	21,9	39,0	23,4 (21,7, 25,1)
Bukfetma	33,3	46,3	33,7 (30,2, 37,4)
Psykosociala faktorer	–	–	28,8 (22,6, 35,8)
Frukt och grönsaker	42,4	25,8	12,9 (10,0, 16,6)
Fysisk aktivitet	19,3	14,3	25,5 (20,1, 31,8)
Alkohol	24,5	24,0	13,9 (9,3, 20,2)
Sammanslaget	–	–	90,4 (88,1, 92,4)

Dyslipidemi, hypertoni och tobaksbruk svarar sannolikt för >80% av risken för hjärtinfarkt i populationen.

en låg nivå (medel cirka 0,2 kg per person och månad) före 1990, men ökade därefter fyra- till femfaldigt. Under samma period visades att även konsumtionen av matfett hade förändrats. Från att konsumtionen av smör och vegetabiliskt fett varit ungefär lika stor (6-8 kg per person och år) fram till omkring 1990, ökade därefter konsumtionen av vegetabiliskt fett avsevärt samtidigt som kostens innehåll av smör minskade i samma takt. Utvecklingen i Polen visar övertygande att omgivningsfaktorer har stor betydelse för folkhälsan och kan ge stora vinster om de utnyttjas på rätt sätt.

"Polypiller"

Livsstilsförändringar är grunden för all prevention och behandling. Detta gäller även för patienter som har utvecklat manifest koronarsjukdom. Utan intervention är den årliga incidensen kardiovaskulära händelser i storleksordningen 8 procent. Med ASA och betablockerare kan antalet händelser reduceras med vardera 25 procent. Tillägg av lipidsänkande terapi har därutöver visats ge 30 procent större relativ riskreduktion och att dessutom addera en ACE-hämmare reducerar risken ytterligare 25 procent. Den kumulativa effekten av ett "polypiller" med dessa fyra vanliga läkemedel skulle kunna medföra 75-80 procent relativ riskreduktion bland högriskpatienter. Om detta kan visas i kontrollerade kliniska undersökningar, kommer denna typ av kombinationsläkemedel att avsevärt inverka på den globala bördan som kardiovaskulär sjukdom utgör.

Kardiovaskulär sjukdom är i dag den främsta dödsorsaken i västvärlden och kommer inom några år att vara så även i resten av värld-

den. Hur kan det stora flertalet fall av prematur kardiovaskulär sjukdom förebyggas?

Dagens strategi är fokus på individer med hög risk, vilket kan översättas till för lite intervention, till för få individer, för sent. I framtiden kommer preventionsåtgärderna i första hand att inriktas på populationer och vara fokuserade på olika samhällsförändringar. Interventionen kommer i långt större utsträckning än i dag att vara multifaktoriell och gälla över hela livstiden.

PURE

Varhän går vi? Förståelsen för hur såväl genetiska som olika miljö- och livsstilsfaktorer leder till eller orsakar tobaksbruk, påverkan på lipidmönster, kolhydratmetabolism och blodtryck, kommer att öka avsevärt. Den nya "världsbilden" kommer att präglas av att en rad samhällsfaktorer är involverade i sjukdomsutveckling medan biologiska faktorer bestämmer utfallet. Yusuf berättade om den pågående *Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) Study*, som omfattar 135 000 individer i 18 låg-, medel- och hög inkomstländer. Syftet med undersökningen är att jämföra livsstil och sjukdomspanorama, mellan människor som lever i stad/tätort och sådana som lever i glesbygd. En lång rad samhällsfaktorer undersöks, som socioekonomiska, policy för tobak, födoämnens tillgänglighet, matpriser samt miljöfaktorer, till exempel luftföroreningar både inom- och utomhus. Vidare kommer förekomsten av kardiovaskulära sjukdomar, fetma, diabetes, njursjukdom, obstruktiv lungsjukdom och cancer att studeras. Redan i ett pilotprojekt framkom att stora skillnader förelåg mellan människor på landet och i tätorten, exempelvis när det gäller födointag. Människors energiin-

"Without utopias, life is nothing but a long and sad rehearsal for death" Joan Manuel Serrat

"A heartattack after 80 is the work of god; before age 80, is a medical failure" Paul Dudley White

► tag var signifikant större i tätorten än på landet (median 2 188 vs 1 774 kcal/dag). Detsamma gäller fettintaget (median 61,7 vs 19,8 g/dag). Stora skillnader förelåg även i kostens sammansättning (kolhydrat/fett/protein) och i det dietära fettets sammansättning (mättat/mono- och fleromättat). Även graden av mekanisering skiljde sig avsevärt mellan tätort och glesbygd. Exempelvis hade 99 procent av alla människor i tätorten tv, medan endast 21 procent hade detta i glesbygden. Betydligt fler människor i tätorten ägde tvättmaskin och kylskåp, jämfört med glesbygden (44 vs 0 % respektive 72 vs 0,3 %). Människor i glesbygd var signifikant mer fysiskt aktiva, vilket hade till följd att de även hade signifikant lägre BMI och mindre midjemått, jämfört med tätort. Andelen med BMI >25 kg/m² var betydligt större i tätort (53,4 vs 5,8 %). Även sjukdomspanoramat skiljde sig mellan tätort och glesbygd (diabetes 19,3 vs 1,8 %, hypertoni (29,7 vs 9,2 %, koronarsjukdom 8,6 vs 4,7 %) i pilotstu-

dien. Pure förväntas ge mycket värdefull kunskap om effekterna av olika livsstilar och om betydelsen av samhällets utformning för olika sjukdomar.

Globala skillnader

1990 var ischemisk hjärtsjukdom den femte största enskilda dödsorsaken i världen, efter död på grund av nedre luftvägsinfektion, diarrésjukdom, perinatal komplikation och depression. År 2020 kommer iscemisk hjärtsjukdom att vara den största enskilda dödsorsaken i världen, medan nedre luftvägssjukdom kommer att ligga på sjätte, diarrésjukdom på nionde och perinatal död på elfte plats. *Se figur 3.*

Mortaliteten i kardiiovaskulär sjukdom kan skilja sig stort mellan kvinnor och män samt mellan olika folkgrupper, både mellan och inom länder. I till exempel Sydafrika var det år 2000 tre gånger fler vita än svarta människor som avled i ischemisk hjärtsjukdom (230 vs 70/100 000 personer). Förhållandet var

det omvända för stroke (72 vita vs 143 svarta per 100 000 personer). I Pures pilotprojekt visades att andelen människor med känd hypertoni i nio länder, varierade mellan 30 och 67 procent. Av dessa var 27-68 procent av personerna medvetna om sitt höga blodtryck, mellan 33 procent och 83 procent var behandlade för sin hypertoni, men endast 8-24 procent var väl kontrollerade (hade blodtryck <140/90 mm Hg). Som exempel på att tillgänglig kunskap inte utmynnar i klinisk användning pekade Yusuf på förekomsten av reumatisk hjärtsjukdom i Afrika. I den utvecklade delen av världen är denna åkomma sällsynt (1/100 000 personer). I till exempel Sudan är motsvarande >100/100 000 personer. Kronisk reumatisk hjärtsjukdom hos skolbarn är relativt vanligt i vissa afrikanska stater (Nairobi 270/100 000 barn, Sydafrika 690/100 000 barn och Kinshasa 1 430/100 000 barn). Det är välkänt att antibiotikaproylax är effektivt till 95 procent. Den höga fre-

Optimal Care in about a minute...



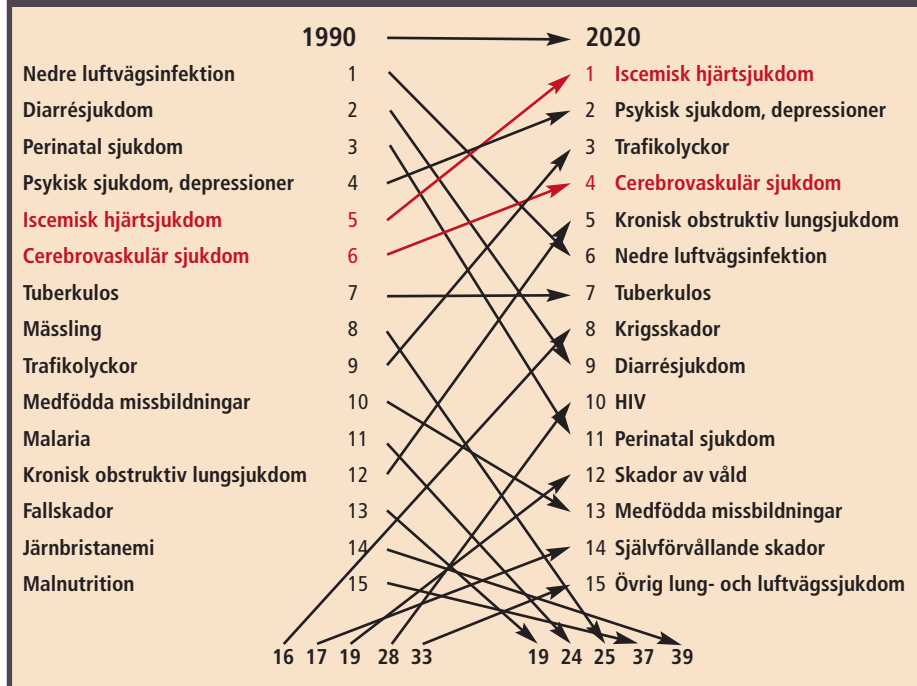
Dina patienter är individuella, det kan även deras behandling vara

Individanpassade terapier: inom någon minut kan den exklusiva QuickOpt algoritmen beräkna och rekommendera optimala AV-tider.

Automatiska uppföljningar: Zephyr pacemakern kan förkorta uppföljningstiden genom att den utför dagliga mätvärden som presenteras vid interrogering.

Varaktig trygghet: med St. Jude Medicals (XL) modeller erbjuds förlängd batterikapacitet, fortfarande i ett litet format. Att välja en Zephyr kan innebära färre dosbyten för patienten.

Figur 2. Förändring av de 15 ledande globala sjukdomsbördorna 1990-2020.



kvensen reumatisk hjärtsjukdom bland afrikanska barn beror inte på kunskapsbrist, utan snarare på att tillgänglig kunskap inte tillämpas.

En rad samhällssociala faktorer avgör det allmänna hälsotillståndet i Afrika. Hit hör den omfattande urbaniseringen med ökande uppväxt av slumområden i vars spår följer ojämlikhet och utbredd kriminalitet. Vidare kampen för tillvaron som hänger ihop med den fattigdom och hungersnöd som i sin tur följer med klimatförändringar och vattenbrist. Därtill kan läggas den förkortade livstiden som följer med hiv- och aids-epidemin. Mellan 2001 och 2006 var den förväntade livslängden 54,8 år. Om inget revolutionerande inträffar beräknas livslängden i stora delar av Afrika under den närmaste tioårsperioden sjunka till 44,7 år. Sjukvårdsbudgeten skiljer sig avsevärt mellan olika länder. Under åren 1995-1999 använde världens höginkomstländer i genomsnitt 2 733 USD per person och år till hälsovård, medan motsvarande i låg- och medelinkomstländerna endast var 74 USD. Den kardiiovaskulära sjukdomsbördan kommer att fyrdubblas i låg- och medelinkomstländerna under de kommande åren.

Barn måste skyddas

Denna dystra utveckling tillskrevs både en ökad incidens av livsstilsinducerad kardiiovaskulär sjukdom och förekomsten av kardiiovaskulär sjukdom av infektiös genes, men även undermåliga hälsovårdssystem och en generellt otillräcklig investering i god hälsa. Med livsstilsförändringar i fokus presenterades enkla strategier för prevention av kar-

diovaskulär sjukdom som går att tillämpa även i skuggan av begränsade ekonomiska resurser. Först och främst måste barn skyddas mot tobaksbruk och från att bli överviktiga/feta genom att minska konsumtionen av snabbmat, söta drycker och röra sig mer. Intaget av salt och animalt fett bör reduceras och åtgärder för att öka konsumtionen av frukt och grönsaker bör vidtas. För att kontrollera och undvika riskfaktorer bland vuxna bör även icke-medicinsk personal användas

till utbildning, upptäckt och behandling, till exempel av hypertoni. Läkaren kan involveras i svårbehandlade fall och vid förekomst av manifest kardiiovaskulär sjukdom. Forskning i form av epidemiologiska studier och stora enkla kliniska undersökningar bör fokuseras på lokalt relevanta problemställningar kring till exempel hypertoni, stroke och tobaksbruk, för att utveckla ekonomiskt möjliga lösningar.

Kan vi eliminera sjukdomar? Svaret är otvetydigt ja. På 1990-talet skedde detta med smittkoppor globalt och kring millennieskiftet eliminerades polio i USA. Kan vi också halvera förekomsten av kardiiovaskulär sjukdom före 65 års ålder till år 2030? Kan vi reducera förekomsten av kardiiovaskulär sjukdom före 65 års ålder med 90 procent år 2050?

I världens låg- och medelinkomstländer förekommer 80 procent av den globala bördan av kardiiovaskulär sjukdom. Utveckling av billiga strategier för prevention, som kan tillämpas på breda folkgrupper, är angelägen och kan leda till att en majoritet av prematur kardiiovaskulär sjukdom i världen undviks.

Salim Yusuf avslutade med att tacka mentorer och vänner i Oxford, National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) och McMaster University, många av sina studenter och tusentals medarbetare i 78 länder, för inspirationen till sina projekt. Särskilt vände han sig till sin egen grupp som alltid hittat lösningar på varje nytt problem och sätt att omvandla svaga budgetar till resultat med stor genomslagskraft.



FOTO: BOEHRINGER INGELHEIM GMBH

Salim Yusuf, kardiolog och epidemiolog kommer ursprungligen från Bangalore i Indien. Han fick sitt genombrott under ett antal verksamhetsår i Oxford, där han utvecklade flera stora projekt som har omsatts till klinisk forskning världen över. 1984 flyttade han till National Heart, Lung and Blood Institute i Bethesda, USA, där han både utvecklade och ledde några av de viktigaste hjärtsviktstudierna. Sedan 1992 har Salim Yusuf varit verksam vid McMaster University, Hamilton, Kanada, varifrån han initierat ett internationellt forskningsprogram kring kardiiovaskulära

sjukdomar och dessas prevention, som involverar cirka 75 länder. Hans insatser har under senare år fokuserats på betydelsen av samhällsförändringar som urbanisering och hälsopolitik i låg-, medel- och höginkomstländer. Han har belönats med en lång rad nationella och internationella utmärkelser och är den ende från Kanada bland världens 20 mest citerade vetenskapsmän inom klinisk medicin.

Under AHA-mötet höll Salim Yusuf en minnesföreläsning under titeln Towards a Global Solution for CVD: Can We Prevent the Majority of Premature CVD in the Next 25 Years? Presentationen speglade den verklighet som råder och innehöll tankvärda budskap för såväl den medicinska professionen som samhällsplanerare. Det var mot denna bakgrund en klar miss att föreläsningen inte fick den uppmärksamhet den förtjänade. Den hade helt enkelt förlagts till en för liten lokal istället för till någon av de stora aulorna.

Boston Scientifics utvecklingsstipendier i Interventionell kardiologi samt Arytmibehandling

Boston Scientific AB utlyser i samarbete med Svenska Cardioloföreningen två utvecklingsstipendier för 2008. Syftet är att stödja förnyelse och utveckling inom ovanstående områden genom att ge möjligheter till utbildning, studiebesök samt verksamhetsutveckling som inte traditionellt ingår i arbetsgivaransvaret eller stöds av andra företag.

Boston Scientifics utvecklingsstipendium är möjligt att söka för medlemmar i Svenska Cardioloföreningen och kan tillfalla en eller flera sökande.

För 2008 instiftas två stipendier om vardera 50 000 SEK

Stipendiekommittéerna utgörs av representanter från Svenska Cardioloföreningen samt en representant från Boston Scientific.

Välkommen med er ansökan!



- Ansökan skall innehålla en redogörelse för målsättning, syfte samt metod och vara stipendiekommittéerna tillhanda senast den 1 mars 2008
- En skriftlig redogörelse skall lämnas efter utvecklingsarbetets genomförande
- Mer information och statuter inklusive urvalskriterier kan erhållas från Tina Lilja på telefon 042-25 69 14, e-post tina.lilja@bsci.com
- Ansökan görs via www.cardio.se

Stipendiemottagarna kommer att tillkännages vid Svenska Cardioloföreningens vårmöte i april 2008.

Mer information om vad samverkansavtalet mellan medicinteknikindustrin och vården säger om stipendier finns på adressen: www.swedishmedtech.se/index.asp?pageno=9

Copyright © 2007 by Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.

**Boston
Scientific**
Delivering what's next.™





AHA I ORLANDO – HOTLINES

Christer Höglund ger sin sedvanliga rapport från den amerikanska kardiologikongressen American Heart Association (AHA) i Orlando. Fokus ligger denna gång på de stora studiernas resultat.

Text och foto: Christer Höglund

Eftersom jag kom till Florida en dag före kongressens öppnande blev köphungern stark. Dollarn var svag och chansen att göra ett "klipp" var stor. Efter att ha granskat alla broschyrer om olika köpcentra bestämde jag mig. Men då dök problemet upp. Hur ska jag ta mig dit? Att promenera som i en vanlig storstad fungerade inte i Orlando eftersom sträckorna var alltför långa – 20 till 30 miles. Tunnelbana eller buss hade kanske varit bra om det fanns några. Nej, det enda sättet var att hyra en bil och så skedde. Jag gick där och fönstershoppade men stannade när jag kom till Apples affär. Varför? Alla ville nämligen köpa den nya telefonen – iPhone – trots att försäljarna försökte övertyga mig om att de inte fungerade i Europa. Det gick inte européerna på, utan handeln var i full blom. Själv beundrade jag länge den nya iPoden – detta verktyg som ni läst om i mina ledare flertal gånger – och efter en stark mental övervägning slog jag till och bidrog till kommersen.

25 000 deltagare

Jag har haft förmånen att delta i nästan varje American Heart Association sedan 25 år tillbaka och nästan lika länge på ESC. Jag kan nu bekräfta och lovorda det europeiska mötet som – i mitt tycke – gått om AHA i kvalitet och även i antalet deltagare. Det andra mötet i USA är ju ACC men det anser jag vara i klass

med ESC och de påminner mycket om varandra. Kongressen var alltså placerad i Orlando, som ni förstått, och kongresscentrat är ett av världens största med plats för 145 000 deltagare även om vi kanske bara var cirka 25 000 denna gång. Som ni vet har jag haft som regel att bevaka Hotlines-presentationerna och så blir det även nu. Akronymerna har som vanligt speciella namn som CORONA, ILLUMINATE, AF-CHF, RETHINQ, OAT, TRITON, POISE och flera. Låt mig därför börja. Håll till godo!

CORONA

Står för *Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure*.

På måndagen presenterades denna första och största mortalitetsstudie med rosuvastatin på patienter med kronisk hjärtsvikt. Studien presenterades av professor Åke Hjalmarsson inför cirka 10 000 kardiologer på *Late Breaking Trials*. En av de ansvariga för hela studien var docent John Wikstrand från Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Studien hade som **primär endpoint** en kombination av kardiovaskulär död, nonfatal hjärtinfarkt och stroke. Bland sekundära endpoints fanns sjukhusinläggningar.

Det har tidigare aldrig gjorts någon studie med statiner på patienter med hjärtsvikt eftersom det ansetts vara ett exklusionskriterium.

Bakgrunden till denna studie var att stati-

ner anses förbättra endotelfunktionen och även uppvisa en antiinflammatorisk effekt. Dessa faktorer skulle kunna vara gynnsamma för patienter med systolisk hjärtsvikt, såvida plötslig död skulle vara en ischemisk etiologi. Men det har också diskuterats att ett lågt LDL snarare skulle vara ogynnsamt vid hjärtsvikt och ur säkerhetsaspekt skulle också rosuvastatin ha en mer tendens till rhabdomyolys.

Basdata: Studien var en randomiserad placebokontrollerad multicenterdesign med 371 centra i Europa, Ryssland och Sydafrika. Totalt randomiserades 5 459 patienter varav 2 514 patienter fick rosuvastatin. Samtliga patienter skulle vara >60 år samt att etiologin till hjärtsvikt var ischemisk. Samtliga skulle ha en NYHA II-IV med en EF <35-40 procent beroende på NYHA-klass. *Follow up* var 33 månader och medelåldern var 73 år. Över 40 procent av patienterna var >75 år.

Resultat: Det framkom ingen skillnad i primär endpoint ($p=0,12$) mellan rosuvastatin och placebo. Däremot noterades en signifikant reduktion i sjukhusinläggningar i rosuvastatingruppen jämfört med placebo.

Ingen skillnad i rhabdomyolys. Ingen skillnad i *adverse event*, det vill säga rosuvastatin påverkar inte negativt hjärtfunktionen.

Diskussioner efter presentationen framkom att eftersom rosuvastatin inte påverkar *sudden* ➤

➤ *death* så skulle detta sannolikt bero på elektromekanisk genes.

Det bör också påpekas att patienterna var ytterst välbehandlade i sin hjärtsvikt, med 75 procent på betablockare, 92 procent på ACE- och/eller ARB-hämmare, 88 procent på diuretika samt 90 procent på någon form av antitrombotisk- eller antkoagulantibehandling.

Slutsats: Sammanfattningsvis framkom ingen skillnad mellan rosuvastatin eller placebo i kardiovaskulär död, nonfatal hjärtinfarkt eller stroke i denna åldriga (den äldste 102 år) och hjärtsviktande population. Däremot sågs en signifikant minskning i sjukhusinläggningar i rosuvastatingruppen. Ingen skillnad i biverkningar. Trolig genes till *sudden death* kan bero på elektromekanisk genes.

RETHINQ

Står för *Resynchronization Therapy in Patients with Narrow QRS*.

Bakgrund: I dag är indikationen för resynkronisering (CRT) hos patienter med hjärtsvikt en förlängd QRS-intervall på >120 msek samt mekanisk dyssynkront kontraktionsmönster. Emellertid finns det patienter som uppvisar stort kontraktionsmönster med näst intill normal QRS-komplex.

Design: Studien var en dubbelblind prövning för att bedöma om CRT hos patienter med indikationen ICD hade bättre effekt av CRT jämfört med utan. Patienterna skulle ha en EF <35 procent och ett QRS-intervall <130 msek samt tecken på dyssynkronisi i vänster kammar samt NYHA III.

Primär endpoint: Andelen patienter som hade en ökning i syreupptagningsförmågan under sex minuters stresstest efter en period av sex månader.

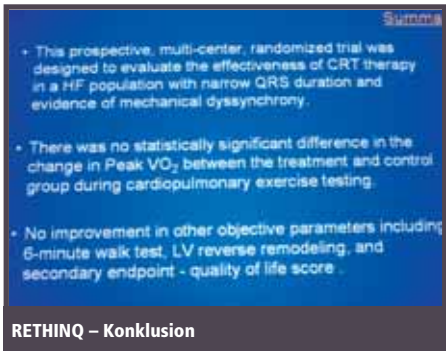
Patientdata: Totalt randomiserades 172 patienter varav kontrollgruppen var 85 patienter.

RETHINQ – Patientdata		
	Kontrollgrupp	CRT-grupp
Ålder, år	58	60
Män %	58	71
QRS msek	106	107
Ischemisk bakgrund %	51	54

Resultat: Sex patienter dog innan sexmånaderskontrollen. Ingen skillnad mellan grupperna i mortalitet (p=0,11). Ingen signifikant skillnad i primär endpoint, ej heller i *quality of life*.



Slutsats: Patienter med smala QRS-komplex har ingen glädje av CRT-behandling.



ILLUMINATE

Står för *Investigation of Lipid Level Management to Understand its Impact in Atherosclerotic Events*.

Denna studie har tidigare presenterats på ACC i våras eftersom den bröts i förtid på grund av ökad mortalitet i torcetrapibgruppen.

Torcetrapib tillhör en grupp som kallas CETP – *inhibition of cholesteryl ester transfer protein* – och som har visat effekt med höjning av HDL.

Design: Studien var av typen prospektiv, randomiserad, dubbelblind. Totalt randomiserades 15 067 patienter med en anamnes på kardiovaskulär sjukdom såsom hjärtinfarkt, angina pectoris, även stroke och genomgången PCI. LDL skulle vara >2,6 mmol/l.

Under en *run in*-period fick patienterna atorvastatin för att komma ned <2,6 mmol/l. Patienterna gick sedan in i två grupper: Antingen atorvastatin + 60 mg torcetrapib eller atorvastatin + placebo.

ILLUMINATE – Basdata			
	Enbart atorvastatin N=7 534	Atorvastatin + Torcetrapib N=7 533	
Ålder, år	61	61	61
Män %	78	78	78
Hypertoni anamnes %	74	72	72
Tidigare infarkt %	45	46	46
Diabetes anamnes %	45	44	44

Primär endpoint: Tid till första incidens av MACE som bestod av följande komponenter, nämligen koronar mortalitet, nonfatal hjärtinfarkt, stroke och sjukhusinläggning på grund av instabil angina. Utöver det flera sekundära endpoints.

Basdata: Se tabell nedan.

Resultat: Studien bröts i förväg då man noterat signifikant (p=0,001) ökad mortalitet i torcetrapibgruppen. I torcetrapibgruppen påvisades dock en signifikant höjning av HDL (p<0,001) jämfört med kontrollgruppen.

Förklaringen initialt till den ökade dödligheten var att man i torcetrapibgruppen hade noterat en signifikant ökad blodtryckshöjning (5,4 mmHg systoliskt; p<0,001) jämfört med enbart atorvastatin. Detta kunde delvis förklaras av att man senare noterat en ökning av aldosteron med samtidig reduktion av serumkalium. Orsaken till påverkan av torcetrapib på mineralokorticoiderna är fortfarande okänt. Om detta skulle vara en klasseffekt är ännu okänt.

AF – CHF

Står för *Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure*.

Syftet med studien var att analysera eventuell skillnad mellan rytmkontroll eller hjärtfrekvenskontroll hos patienter med förmaksflimmer och hjärtsvikt.

Primär endpoint: Kardiovaskulär mortalitet. Sekundära endpoints var total mortalitet, stroke, försämring i hjärtsvikt.

Basdata och design: Patienterna randomiserades antingen till rytmkontroll (n=682) eller till hjärtfrekvenskontroll (n=694). I rytmgruppen ingick också elkonvertering samt behandling med bland annat amiodaron och sotalol, medan de i frekvensgruppen behandlades med betablockare, digitalis och eventuellt pacemaker efter ablation av AV-noden.

Totalt var uppföljningstiden 37 månader, medelåldern var 67 år och 18 procent var kvinnor. Medel-EF var 27 procent.

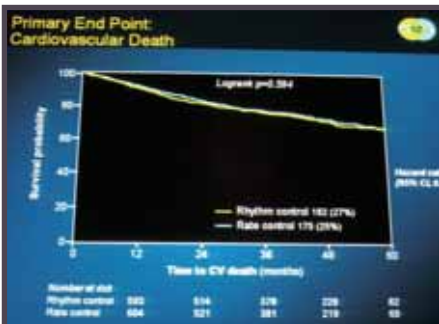
En del patienter gick över från rytmkontroll till frekvenskontroll (21 %) och från frekvens till rytm var motsvarande siffror 10 procent.



Is this the end for cardioversion of AF with systolic dysfunction?

- **Yes:**
In a stable patient with adequate rate control at rest and exertion.
- **Probably no:**
If adequate rate control cannot be achieved.
- **No:**
If patient is symptomatic with AF.

AF-CHF – Kommentarens råd



AF-CHF – Resultat

Resultat: Det framkom ingen skillnad i kardiovaskulär död ($p=0,59$). Det var ej heller någon signifikant skillnad mellan grupperna

i total dödlighet, stroke, försämring i hjärtsvikt. Allt detta efter tre år.

Slutsats: Resultaten stämmer väl överens med en annan studie, nämligen Affirm, som inte heller visade på skillnad i mortalitet.

Sammanfattningsvis utifrån denna studie blir att elkonvertering av patienter med förmaksflimmer och hjärtsvikt inte är bättre än enbart frekvensbehandling.

POISE

Står för *Perioperative Ischemic Evaluation*.

Syftet med studien var att bedöma effekten av betablockerbehandling jämfört med placebo hos patienter som genomgick operation, dock ej kardiell.

Primär endpoint: Kombinationen av kardiovaskulär mortalitet, hjärtinfarkt och hjärtstopp. Sekundära endpoints var symptomgivande förmaksflimmer, sjukhusinläggning av kardiell genes, hjärtsvikt och signifikant bradykardi.

Basdata och design: Patienter >45 år som skulle genomgå icke-kardiell kirurgi med en förväntad sjukhusvistelse >24 timmar inklude-

rades. Studien var dubbelblind där patienterna antingen fick metoprolol (100 mg) eller placebo. Uppföljningstiden var 30 dagar.

Totalt randomiserades 8 351 patienter med en medelålder på 69 år. 4 174 patienter fick metoprolol och 4 177 fick placebo. Behandlingen började 2 till 4 timmar innan operation och durationen var i 30 dagar. Anamnestiskt hade 43 procent av patienterna ischemisk hjärtsjukdom, 41 procent hade PAD och 15 procent hade tidigare haft stroke.

Patienterna genomgick vaskulär operation (42%), bukoperation (22%), ortopedisk (21%) och annan typ (15%).

Resultat: I den primära endpointen framkom en signifikant reduktion i metoprololgruppen jämfört med placebo ($p=0,04$). Det framkom också en signifikant reduktion av revaskularisering med metoprolol ($p=0,01$). Men när det gäller total mortalitet var denna signifikant ökad i metoprololgruppen ($p=0,03$) och likaså patienter med stroke ($p=0,005$). Hypotoni var också vanligare i metoprololgruppen.

Slutsats: Bland patienter som genomgick icke-kardiell operation minskades kardiovaskulär ➤

Den nyligen publicerade SCD-HeFT studien visar att behandling med ICD signifikant minskar mortaliteten hos patienter i funktionsklass II/III (NYHA) samt låg ejektion fraktion (< 35%).

Enligt *New England Journal Of Medicine*

läkemedel är inte den enda behandlingen av hjärtsvikt!

Hjärtsviktpatienter, med redan optimal läkemedelsbehandling, uppvisade en 23 % mortalitets reduktion med skydd av en implanterbar defibrillator. Plötslig hjärtdöd (Sudden Cardiac Death) är den främsta mortalitets orsaken för patienter med låg EF. Nu kan du ordinera den bästa "medicinen" för dina hjärtsviktpatienter.

Besök www.medtronic.se för mer Information!



► död och infarkt med metoprololbehandling, men den totala dödligheten ökade. Uppenbarligen summerades, att rutinmässig behandling med betablockad inte var att föredra med tanke på den ökade dödligheten.

TRITON – TIMI 38

Står för *Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel*.

Bakgrund: Behandling med ASA och clopidogrel är i dag en rutinbehandling efter PCI. Trots denna behandling får en hel del patienter tecken på restenoser och man har letat efter någon annan trombocythämmare som är mer effektiv. Prasugrel är en ny trombocythämmare och precis som clopidogrel är det en *prodrug*. Fas 2-studier har visat på mer effektivitet jämfört med clopidogrel.

Primär endpoint: En kombination av kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt och icke-fatal stroke. Bland sekundära endpoints var bland annat akut revaskularisering. En hel del andra sekundära endpoints förelåg också.

Basdata och design: Studien var dubbelblind

TRITON – Basdata och design

	Prasugrel (n=6 813)	Clopidogrel (n=6 795)
Ålder, år (median)	61	61
Kvinnor %	25	27
Hypertoni %	64	64
Diabetes %	23	23
Rökare %	38	38
ACE-hämmare %	76	75
Betablockad %	88	88
Statiner %	92	92
ASA %	99	99

och antingen randomiserades patienterna till prasugrel eller till clopidogrel. Totalt randomiserades 13 608 patienter med ACS, som planerades för PCI. Både STEMI och NSTEMI inkluderades, men med olika tidsintervall inför PCI.

10 074 patienter hade instabil angina eller NSTEMI och 3 534 patienter STEMI. Studien pågick i 30 länder vid 707 centra. Mediantiden för behandling var >14 månader. Totalt fick 94 procent minst ett stent varav 47 procent var av typen DES (*drug-eluting stent*).

Resultat: Blödningsresultat redovisas i tabellen ovan.

TRITON – Resultat Endpoints

Endpoints	Prasugrel (%)
Kardiovaskulär död, MI, stroke	9,9
Kardiovaskulär död	2,1
Nonfatal MI	7,3
Nonfatal stroke	1,0
Total mortalitet	3,0
Akut revaskularisering	2,5
Stenttrombos	1,1

TRITON – Resultat blödningsresultat

Endpoints	Prasugrel (%)
Major blödning	2,4
Livshotande	1,4
Fatal blödning	0,4
CABG-relaterad major blödning	13,4

Uppenbarligen är prasugrel mer effektivt att reducera de primära endpoints, men till en kostnad av signifikant ökning av allvarliga blödningar jämfört med clopidogrel. Introduktionen av detta läkemedel blir säkert begränsad, och patienter med följande tillstånd kommer exkluderas: Diabetes med hög blödningsrisk, patienter med låg kroppsvikt (<60 kg), äldre, patienter med anamnes på stroke och kanske patienter med renal dysfunktion.

MSD Stipendium

Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB utlyser i samarbete med Svenska Cardiologföreningen ett stipendium för forskning inom hjärt/kärlområdet.

Syftet med detta stipendium är att stimulera yngre legitimerade läkare att påbörja kardiovaskulär forskning.

Tidigare forskningserfarenheter är inget krav.

Stipendiet är på 50 000 SEK.

Ansökan med projektbeskrivning (högst 3 sidor), CV (en sida) och referenser från tre personer skall vara Svenska Cardiologföreningen tillhanda senast den 2 april 2008. Sökande måste vara medlem i Cardiologföreningen.

Stipendiet kommer att delas ut vid Svenska Cardiologföreningens årsmöte i anslutning till Kardiovaskulärt Vårsmöte 2008. I samband med detta skall stipendiat presentera sin forskning under ca 5 minuter.

Stipendiat utses av två representanter från Svenska Cardiologföreningen och en representant från MSD.

Stipendiaten skall inom två år lämna en rapport om resultatet av sitt projekt till Svenska Cardiologföreningen.

Ansökan skall ställas till:

Svenska Cardiologföreningen
Vetenskapliga sekreteraren
Lena Jonasson
Kardiologiska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 LINKÖPING





Clopidogrel (%)	p-värde
12,1	< 0.001
2,4	0.31
9,5	< 0.001
1,0	0.93
3,2	0.64
3,7	< 0.001
2,4	< 0.001

Clopidogrel (%)	p-värde
1,8	0.03
0,9	0.01
0,1	0.002
3,2	< 0.001

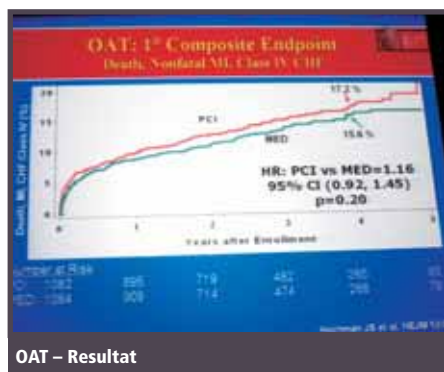
Slutsats: Det framkommer att prasugrel är ett mycket potent läkemedel jämfört med clopidogrel. Resultaten visade på signifikant reduktion av primär endpoint men till en kostnad av kraftig ökning av allvarliga blödningar. I dagligt tal minskades – hos 100 patienter – två hjärtinfarkter men på bekostnad av en allvarlig blödning.

OAT

Står för *Occluded Artery Trial*.

Studien har tidigare presenterats här i Svensk Cardiologi, men nu redovisades en bedömning av *quality of life* samt en kostnadsberäkning.

Eftersom originalstudien inte visade fördel med PCI jämfört med optimal medicinsk behandling hos patienter med stabil angina, framkom det nu att det inte heller var någon skillnad i livskvaliteten. Samtidigt gjordes en ekonomisk analys och av naturliga skäl var gruppen med PCI betydligt mer kostsam.

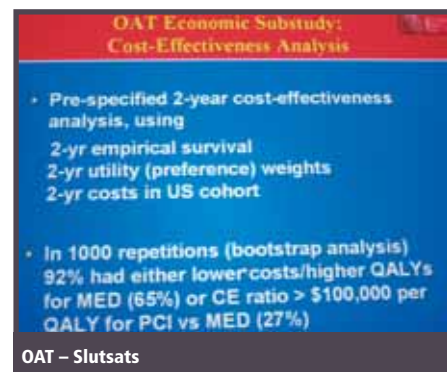


Även Courage-studien har visat på liknande resultat.

Ett problem som uppstår är att om man har gjort en kranskärlsröntgen och finner en stenosis, då uppkommer en "revaskulariseringsreflex" och detta beror sannolikt på det system som byggts upp. Kan detta ändras, på basis av resultaten från Oat och Courage har man kommit en bit på vägen.

Mer på hemsidan

Det presenterades en hel del andra studier, men de avser jag inte att presentera. Orsaken är att dessa studier var små och att man inte kunde dra några kliniska slutsatser av dem. Antalet



"små" studier var för övrigt under dessa hotlines betydligt fler än vad det brukar vara.

Nu har ni fått ett litet axplock av de studier som presenterats och jag hoppas att detta ska initiera till ytterligare kunskap. Som ni redan har fått besked om via vår hemsida – www.cardio.se – så finns slides från flera av dessa studier där. Precis som jag har sagt vid tidigare tillfällen är alla studier intressanta oavsett om de är positiva eller negativa.

Tiden är nu mogen att vänta till *American College of Cardiology*-kongressen (ACC) som kommer nästa år, närmare bestämt i slutet av mars 2008. Jag lovar att vara där.

Enjoy!



Indikationer

Profylax av venös tromboembolisk sjukdom (VTE) hos patienter som genomgår större ortopedisk kirurgi i de nedre extremiteterna såsom höftfrakturkirurgi samt knä- och höftledsplastik.

Profylax av venös tromboembolisk sjukdom (VTE) hos patienter som genomgår bukkirurgi och som bedöms ha hög risk för tromboemboliska komplikationer, t ex patienter som genomgår bukcancerkirurgi.

Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som bedöms ha hög risk för VTE och som är immobiliserade p g a akut sjukdom såsom hjärtinsufficiens och/eller akut sjukdom i andningsvägarna och/eller akut infektiös eller inflammatorisk sjukdom.

Injektionsvätska, lösning, förfylld spruta 2,5 mg/0,5 ml

Behandling av akut djup ventrombos (DVT) och behandling av akut lungemboli (LE), med undantag för hemodynamiskt instabila patienter eller patienter i behov av trombolys eller embolektomi.

Injektionsvätska, lösning, förfylld spruta 7,5 mg/ 0,6 ml

För ytterligare information se FASS



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline, Box 516, 169 29 Solna, Tel 08-638 93 00,
www.glaxosmithkline.se, info.produkt@gsk.com

MER ÄN BARA VIKTNEDGÅNG

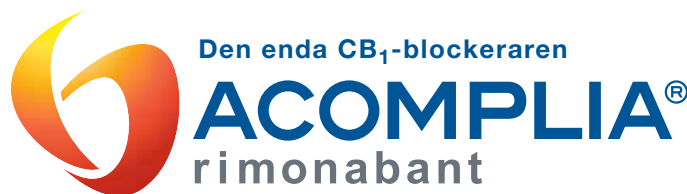
FETMA/ÖVERVIKT TYP 2-DIABETES DYSLIPIDEMI

ACOMPLIA® (rimonabant) HAR POSITIV EFFEKT PÅ FLERA KARDIOMETABOLA RISKFAKTORER*

*Fetma/övervikt, midjemått, blodsocker, HDL, triglycerider hos överviktiga patienter.

ACOMPLIA är en CB₁-blockerare som reducerar överaktivitet i det endocannabinoida systemet som har en viktig roll för reglering av energibalans, kroppsvikt, lipid- och glukosmetabolism.^{1,2} ACOMPLIA är ett läkemedel för behandling av feta och överviktiga patienter med bukfetma, typ 2-diabetes och/eller dyslipidemi. Behandling med ACOMPLIA innebär en förbättring av:^{1,3-6}

- Övervikt
- Midjemått
- Blodsocker
- HDL
- Triglycerider



Vill du veta mer om det endocannabinoida systemet, besök www.acomplia.se

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

Referenser: 1. www.fass.se 2. Pagotto U et al. Endocr Rev 2006;27:73–100. 3. Després J-P et al. N Eng J Med 2005;353:2121–213. 4. Scheen AJ et al. Lancet 2006; 368:1660–1672. 5. Van Gaal L et al. Lancet 2005;365:1389–1397. 6. Pi-Sunyer FX et al. JAMA 2006;295:761–775.
Acomplia® (rimonabant) R (F) är en CB₁-receptorblockerare. Indikation: Som tilläggsbehandling till diet och motion för behandling av feta patienter (BMI>30 kg/m²), eller överviktiga patienter (BMI>27 kg/m²) vid samtidig förekomst av riskfaktor(er), såsom typ 2-diabetes eller dyslipidemi. Se 5.1 i produktresumén. Subvention: Acomplia ingår i läkemedelsförmånerna endast för behandling av feta patienter som har BMI över 35 kg/m² eller överviktiga patienter som har BMI över 28 kg/m² och som samtidigt lider av diabetes typ 2 eller höga blodfetter. Pris och sortiment: Acomplia finns som tablett 20 mg i förpackningarna 28 och 98 st till ett pris av 662 kr respektive 2 155 kr (prisuppgift från 2007-09-17). För vidare information och senaste prisuppgift se www.fass.se. Sanofi-aventis AB, Box 14142, 167 14 Bromma. www.sanofi-aventis.se. Datum för senaste översynen av produktresumén 2007-10-23.



sanofi aventis
Because health matters



Fortbildningsdagarna OM KLINISK FORSKNING

Ämneskonferensen på Svenska Cardiologföreningens Fortbildningsdagar handlade i år om den kliniska forskningen. Platsen för kongressen var som traditionen bjuder Hasseludden i Stockholm. Moderatorer var Per Tornvall och Stefan Söderberg.

Text: Karin Åström-Olsson,
Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg
Foto: Yasuragi Hasseludden

Först ut på föredragslistan var Anders Gabrielsen, ST-läkare i kardiologi vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Anders beskrev livfullt sin bild av sitt liv som klinisk forskare, vad som stimulerar och vilka problem som kan identifieras. En av hans föreläsningar är dr Andrew Marks vid Columbia University New York, USA, tillika editor på *The Journal of Clinical Investigation*. I sitt föredrag spaltade Anders upp problem och styrka med följande punkter:

- **Problem:** • Inga adekvata forskningsstrukturer • Kreativa initiativ/lösningar
- Ansökan om pengar – balans kliniker/forskare • Översätta forskningsresultat bench/klinik, klinik/bench
- Finansiella medel • Tillhörighet/klinisk

tjänstgöring • Nätverk

- **Styrka:** • Bilateral kunskap • Nätverk
- "It is great fun"

Kliniska prövningar

Näste talare var Ronnie Willenheimer, docent i kardiologi vid Lunds universitet. Han ställde fyra frågor:

- Är det viktigt att bedriva kliniska prövningar?
- Är vi konkurrenskraftiga?
- Mer egna initiativ till investigatorledda studier?
- Tid?

Till sina frågor framställdes följande förslag till svar: Kliniska prövningar är viktiga för att ►



”En lösning för att stimulera till mer klinisk forskning var införandet av forskarskolor”.

► kunna finansiera annan egen forskning, för att kunna tillhandahålla en forskningsenhet med anställda sköterskor och för att kunna ge överskott av tid och pengar. För detta krävs en god relation med industrin samt att kunna etablera och upprätthålla internationella kontakter. Det medför också ett vetenskapligt värde och ger meritvärde, samt att för att kunna genomföra kliniska prövningar ger industrin tillfälle att bibringa klinikerna utbildning i *good clinical practice* (GCP).

Där framkastades argumentet att kostnaderna för kliniska prövningar i Sverige ökar och att de forna öststaterna kan erbjuda ett mer kostnadseffektivt alternativ till industrin. De kliniska prövningarna som är utförda i Sverige har av hävd ansetts ha en hög kvalitet.

Andra frågeställningar tillkom: Snabb leverans? Marknadspatentskyddade läkemedel? Mer initiativledda undersökningar/prövningar. Detta kan ge högre vetenskapligt värde, kan ge bättre meritvärde, befrämja internationella kontakter.

Som lösning kan kontrakt skrivas. Tid måste avsättas, likaså finansiering. Planering krävs och framförallt bör vi se om vårt hus.

Kris och pris

Rurik Löfmark, överläkare i kardiologi vid Gävles sjukhus, framlade den samlade medicinska-, etiska- och kliniska forskningen där han beskrev de publicerade avhandlingarna i landet. Många frågeställningar är högaktuella såsom diskriminering, ålder, kön, ras. Ett annat aktuellt ämne är informationsproblematiken. Och som alltid kom frågan om prioriteringar och vårdprogram upp.

Stefan Söderberg, docent i kardiologi vid Umeå universitetssjukhus, som forskat mycket med epidemiologiska frågeställningar, klargjorde definitioner med orsakssamband. Epidemiologin är intimt förknippad med evidensbaserad medicin, han gav beskrivningar av fallkontrollstudie och kohortstudier.

Lena Jonasson, docent i kardiologi vid Linköpings universitetssjukhus, avslutade den första delen av ämneskonferensen med en beskrivning av den kliniska forskningens ”kris och pris” men kunde också berätta om ett par nya, mycket lovande initiativ. Utbildningsdepartementet och socialdepartementet har tillsatt en utredning i mars 2007 (ledd av professor Olle Stendahl) för att göra en nationell utvärdering av den svenska forskningen. Ett första



delbetänkande väntas redan i februari 2008. Resultaten så här långt kunde sammanfattas i några punkter:

1. Förädla universitetssjukhusen.
2. Fördela ALF-medel på ett vettigare sätt.
3. Införa en ny typ av kombinationstjänster, till exempel forskningsöverläkare.

Även Läkarförbundet har presenterat en forskningspolitisk policy om behovet av klinisk kompetens i den medicinska forskningen: ”Dagens forskning ger morgondagens vård”. En tredjedel av varje studentkull framöver bör genomgå forskarutbildning!

Många pensionsavgångar inom de närmaste fem till tio åren bland forskningsaktiva kollegor kommer dock att innebära en brist på handledare framöver. Konkreta förslag från Läkarförbundet är:

- Stimulerande insatser på grundutbildningen
- Forskar-AT (100 stycken/år), forskar-ST (200 stycken/år)
- Post doc-tjänster (150 stycken/år, kombination av forskning och klinik)
- En ny typ av anställning i form av forskningsläkare och forskningsöverläkare.

Gruppdiskussioner

Cirka 20 deltagare i ämneskonferensen deltog i den andra delens gruppdiskussioner. Frågorna som diskuterades och som sammanställdes var följande: **Varför är den kliniska forskningen inte starkare än vad den är?**

Grupperna fick efter en kort stunds diskussion samla ihop sina argument och förslag till lösningar för att sedan kunna sammanställa dem.

Problem:

- Andra drivkrafter
- Tyngre arbete – kliniken tar mer tid
- Fritid värderas högre
- Jämställdhet
- Ligger ribban (världsledande) för högt?
- För lite luft?
- Klimatfråga?
- Kliniska forskarskolor?
- Hur frigöra tid för FOU?
- Hur skapa en miljö även med informell tid för tankeutbyte?
- *Investigator initiated studies* på nationell/EU-nivå kan inte genomföras i dag
- Förbättrade villkor?
- Register – mycket tid åt administrativa uppgifter
- Svårt att få forskningstid
- Svalt intresse från kliniskledning
- Inga incitament (annat än personlig drivkraft)
- Stram ekonomi – inget utrymme personalmässigt
- Ofta nödvändigt med närhet till universitetssjukhus (handledning), problem på landsorten
- Det saknas inte bara tid och pengar, utan även också ett genuint intresse
- Markservice fanns förr, men inte nu
- Idealiteten
- Globalisering med dumpade priser.

Tid, intresse, miljö

Tre huvudpunkter kunde sammanfattas av problemsidan: Tid, intresse, miljö.

Varje ovanstående punkt kan utvecklas och vävs naturligtvis in i varandra.

Det som mest poängterades var första punkten *tid*. Tid som medger forskningsarbetet vid sidan om/parallellt med den kliniska vardagen utan att interferera alltför mycket med varandra. Tid som också betyder avsättning av finansiella medel för att möjliggöra forskningstid. Tid för tankeutbyte och eftertanke. Tid eller fritid, vilket som värderas högre av individen, och därmed knyts ihop med den andra punkten *intresse*.

Intresse både från individen och från kliniken att genomföra vetenskap, driva kliniska prövningar samt inte bara se ekonomin som överstyrande medel. Intresse som tidigare förmodligen klassificerades som idealitet.

Den tredje punkten *miljö* blir också involverad i det två tidigare. Miljö med både tid avsatt och intresse för forskning i näromgivningen, det vill säga klinikledningen. Men med miljö ville också flera grupper klargöra individens egen *närmiljö* där man beskrev att den tidigare beskrivna markservice hos våra äldre forskningsintensiva idealistiska kollegor inte existerar numera.

En lösning för att stimulera till mer klinisk forskning, som framställdes från flera håll, var införandet av forskarskolor. ■

E U R O P E I S K A K A R D I O L O G F Ö R E N I N G E N R E K O M M E N D E R A R

Sanofi-aventis, Box 14142, 167 14 Bromma, 08-634 50 00, www.sanofi-aventis.se

Bristol-Myers Squibb, Box 15200, 167 15 Bromma, 08-704 71 00, www.bms.se

Indikationerna för insättande av behandling med Plavix (clopidogrel) är följande: Förebyggande behandling av aterotrombotiska händelser hos: Patienter med hjärtinfarkt (från några få dagar till mindre än 35 dagar), ischemisk stroke (från 7 dagar till mindre än 6 månader) eller etablerad perifer arteriell sjukdom. Patienter med akuta koronara syndrom utan ST-höjning (instabil angina eller icke-Q-vågsinfarkt) inklusive patienter som genomgår stentbehandling efter koronarangioplastik (PCI), i kombination med acetylsalicylsyra (ASA). Akut hjärtinfarkt med ST-höjning, i kombination med ASA hos medicinskt behandlade patienter lämpliga för trombolytisk behandling. Senaste översyn av produktresumé: 22 juni 2007. Plavix 75 mg är receptbelagt och förpackas om 28 tabletter (pris 490,50 kr), 50 tabletter (pris 838,50 kr) eller 100 tabletter (pris 1630 kr). Prisuppgifterna är hämtade 2 oktober 2007. Samtliga läkemedelsförpackningar är subventionerade. För mer information och senaste prisuppgift se www.fass.se

BEHANDLING MED PLAVIX (CLOPIDOGREL) I 12 MÅNADER*

* Vid akuta koronara syndrom utan ST-höjning
Bassand J-P et al, Eur Heart J 2007; 28:1598-1660

Minskar patientens risk att drabbas
av nya ischemiska händelser.¹

Mer

skydd

idag

¹ Produktresumé Plavix

Indikationerna för insättande av behandling med Plavix (clopidogrel) är följande: Förebyggande behandling av atero-
trombotiska händelser hos: Patienter med hjärtinfarkt (från några få dagar till mindre än 35 dagar), ischemisk stro-
ke (från 7 dagar till mindre än 6 månader) eller etablerad perifer arteriell sjukdom. Patienter med akuta koronara
syndrom utan ST-höjning (instabil angina eller icke-Q-vågsinfarkt) inklusive patienter som genomgår stentbehand-
ling efter koronarangioplastik (PCI), i kombination med acetylsalicylsyra (ASA). Akut hjärtinfarkt med ST-höjning, i
kombination med ASA hos medicinskt behandlade patienter lämpliga för trombolytisk behandling. Senaste översyn
av produktresumé: 22 juni 2007. Plavix 75 mg är receptbelagt och förpackas om 28 tabletter (pris 490,50 kr), 50
tabletter (pris 838,50 kr) eller 100 tabletter (pris 1630 kr). Prisuppgifterna är hämtade 2 oktober 2007. Samtliga
läkemedelsförpackningar är subventionerade. För mer information och senaste prisuppgift se www.fass.se



CARDIAC PREVENTI

Nya målvärden, ökat fokus på kost och motion – det är ett axplock av vad som avhandlades under några kursdagar i The European Heart House i Frankrike.

Text och foto: Christer Höglund
Illustration: iStockphoto

Ibland funderar jag på varför intresset för *cardiac prevention* är så lågt i Sverige. För några år sedan kunde man läsa i skriften – skriven av en distriktsläkare, van och flitig att kommunicera med det skrivna ordet – att vi doktorer bara ska behandla sjukdomar. Liknande uppfattningar kunde beskådas i något av tv:s uppsökande verksamhetsprogram. En stor blotta uppdagades i deras kunskaper. En annan mer lättförståelig uppfattning är att sjukvården – läs Landstinget – inte ger ersättning för annat än behandling av sjukdomar. Det finns med andra ord ingen kod för att få ersättning om man skulle behandla en tyst sjukdom.

Tyst eller overt myokardischemi genereras i de flesta fall från koronarinsufficiens. Frågan man ställer sig lite ironiskt är då om detta är olika svårighetsgrader på samma sjukdom, eller om tyst ischemi inte är någon sjukdom. Enligt vad som skissades ovan ska alltså inte tyst myokardischemi behandlas, utan man ska ”snällt” vänta tills patienter känner något. Så skulle jag tolka vissa kollegers uppfattning. Som bekant visar det sig att den arteriosklerotiska processen fortskrider kontinuerligt och börjar åtminstone vid tjugio års ålder. Ett flertal undersökningar av unga dödsoffer har visat på påtagliga förändringar i koronarkärlen redan vid denna ålder. Detta skulle betyda att sjukdomen startar i tidig ålder, men att den inte blir kännbar förrän kanske vid femtio års ålder eller senare. Utifrån flera undersökningar vet vi i dag att 75 procent av männen över femtio år har arteriosklerotiska förändringar i kranskärlen. Det är därför synd att vi inte kan behandla blivande patienter innan de blir sjuka, vare sig informativt eller farmakologiskt.

Rökning, fetma, diabetes

Resultaten från EuroSurvey, som presenterades under ESC i Wien nu i september,

visade på något dystra resultat. Det positiva var att vi behandlar våra kranskärlssjuka betydligt bättre i dag jämfört med för 10 till 15 år sedan. Antalet koronarsjuka som får statiner har kraftigt förbättrats, så också med betablockare, ASA och ACE-hämmare. Men det negativa är att rökningen inte hade påverkats under dessa år. Övervikten eller fetman hade kraftigt ökat, så också antalet diabetiker. Vi har alltså misslyckats att föra fram vår behandling eller budskap – kanske för att de inte har någon sjukdom?

Under detta år har man nu samlats till ett gemensamt fördrag – Europeiska hjärtfördraget – där deltagare från ett flertal länder i EU deltagit. Alla länder har skrivit under detta. Innehållet är följande: **”Varje barn, som fötts efter millennieskiftet har rätt att leva till åtminstone 65 års ålder utan att drabbas av förebyggbar hjärt-kärlsjukdom”.**

Det betyder att det är hög tid att agera. Svenska Cardiologföreningen har redan haft kontakter med bland andra Allmänläkarföreningen, men tyvärr har vi ännu inte kunnat få

genomslag för detta budskap. Sverige står som värd för EuroPrevent 2009 i Stockholm i maj och nu i november hade ESC i Sophia Antipolis en kurs i *The Everyday Challenge of Prevention – From Guidelines to Effective Intervention*. Intresset var stort, men enbart två svenskar deltog: Undertecknad och kollegan Catherine Edström Plüss från Danderyds sjukhus. Bättre än ingenting, men kanske speglar det den verklighet som jag ovan skissat på.

Professor Saner från Bern i Schweiz har en fantastisk förmåga: Han föreläser enastående bra och talar på ett sätt som alla förstår. Dessutom har han en mycket lång erfarenhet inom *cardiac prevention*. Han var kursledare för denna mycket uppskattade kurs.

När man ska föra fram livsstilsförändringar till patienten är det viktigt att budskapet blir tydligt och begrips. ESC har sedan ett år tillbaka tagit fram ett verktyg – HeartScore – som underlättar detta. Vi vet i dag att cirka fem tunga riskfaktorer bidrar med en större del av hjärthändelser. Dessa är dyslipidemi, rökning, diabetes, högt blodtryck och fetma. Övriga





ON – VAD ÄR DET?



Kvinnor med midjemått 80-88 cm klassas som överviktiga och hos män är samma intervall 94-102 cm. Alla värden över dessa är fetma.

ring där hänsyn också kommer tas till vikt (BMI eller midjemått) och diabetes. Tyvärr finns ingen tillräcklig evidensbaserad uppfattning om medikamentell behandling eller livsstilsförändring är lika effektiva. Studier är på gång.

Målvärden ändras

När det gäller dietföreskrifter ville man avskaffa ordet diet och snarare använda ordet nutrition eller kost, allt för att minska ett känsligt ord. Tillräckliga underlag från medelhavskosten har visat att denna kan sänka mortaliteten och morbiditet i kardiovaskulär sjukdom signifikant. Studera studien Lyon Heart Study. Problemet är att det är svårt att få ut budskapet, speciellt i Sverige. Vi lever med ordet "husmanskost" som något heligt. Detta var säkert bra för hundra år sedan då en majoritet av befolkningen hade kroppsarbete. I dag är det tvärtom. Vi lever fortfarande med tanken på att ett glas rödvin på en måndagskväll skulle vara syndigt, just för att vi har haft en syn på kost och dryck. Ett annat problem är skolmaten där en betydande insats och förändring skulle kunna ske.

När det gäller dyslipidemi har statinbehandling, alltsedan 4S presenterades, blivit en hörnsten i behandling mot ischemisk hjärtsjukdom. Målvärdena har gradvis förändrats under de senare åren i takt med förnyade kunskapsresultat från mortalitetsstudier. Det framkom också från Interheart-studien att dyslipidemi var en av de tyngsta riskfaktorerna. Ordspråket "ju lägre desto bättre" tycks fortfarande gälla och målvärdena för total kolesterol är för närvarande 5 mmol/l, men kommer snart ändras till 4,5 mmol/l. När det gäller LDL så kommer det också ändras från 3 mmol/l till 2,5 mmol/l. Det gäller alltså patienter med en HeartScore-risk på <5 procent. Däremot patienter med känd ischemisk hjärtsjukdom är gränserna ändrade till: 4,5 mmol/l för total kolesterol och 2,5-2,0 mmol/l för LDL. När det gäller HDL

Glucose

- Increased mortality risk is predicted by HbA1c concentration
- Each 1% increase in HbA1c result in:
 - 29% increase in all cause mortality
 - 38% increase in cardiovascular mortality
 - 44% increase in ischemic cardiovascular mortality
- Hemoglobin A1c is a continuous risk factor.

* Adjusted for age, systolic BP, cholesterol, BMI, smoking, h/o MI, h/o CVA

Behandlingsmålet för HbA1c bör vara <6,5 procent vid diabetes typ-2.

finns inga målvärden, även om kunskaper föreslår så högt som möjligt. Patienter med diabetes mellitus klassas som mycket hög kardiovaskulär risk. Kan detta nås tillsammans med regelbunden motion och kostrådgivning har ett stort steg tagits.

När det gäller diabetes typ-2 bör behandlingsmålet för HbA1c vara <6,5 procent. Även här har regelbunden motion stor betydelse för att nå dessa mål. *Se bild på ovan.*

Riktlinjer för hypertoni

Hypertoni och dess behandling har också omvärderats påtagligt. Riktlinjer finns på www.cardio.se. Vad som nu gäller är också att isolerad systolisk hypertoni klassas som samma risk som systolisk-diastolisk hypertoni. I vissa kretsar talar man i dag om prehypertension, det vill säga ett blodtrycksintervall mellan 130-139 systoliskt och 85-89 diastoliskt. Om en patient har ökad risk >5 procent för kardiovaskulär sjukdom bör en patient med prehypertension övervägas farmakologisk behandling. *Se tabell nedan.*

Övervikt och fetma växer nu till ett av de största problemen i vårt samhälle. Detta kan klarast tydliggöras efter presentationen av EuroSurvey i Wien. Andelen överviktiga i vissa åldersgrupper är så pass hög som >80 procent, och andelen feta börjar i Sverige ➤

Score CVD	Normal <130/85	Prehypertension 130-139/85-89	Grad 1 140-159/90-99	Grad 2 160-179/100-109	Grad 3 >180/110
Låg <1 %	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling
1-4 %	Livsstilsråd	Livsstilsråd	Överväg farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling
Ökad 5-9 %	Livsstilsråd	Överväg farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling
>10 %	Livsstilsråd	Överväg farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling	Farmakologisk behandling



► närma sig 25-30 procent. Det är enbart i de absolut högsta åldrarna som normal vikt är övervägande. Eftersom detta är ett nationellt problem bör det därför behandlas nationellt med stora kampanjer som mål, typ "röda fjädrarna". Vilket mått på övervikt och fetma är då bäst och ska då användas? Det tidigare så vanliga BMI håller nu på att ändras till att mäta midjemåttet. Män med midjemått 94-102 cm klassas som övervikt och hos kvinnor är samma intervall 80-88 cm. Alla värden över dessa är fetma.

Rökning är som alla vet skadligt och ur kardiovaskulär synpunkt är det en av de tyngsta riskfaktorerna. Reduktionen i rökning var tyvärr ytterst marginell från EuroSurvey. I dag är prevalensen av rökning i EU 18 till 20 procent och det har alltså inte skett någon märkbar förändring. Det är alltså ett stort underbetyg.

Slutligen diskuterades en hel del om motion. Det är viktigt att motionen är regelbunden, helst fem gånger per vecka. Det är dock viktigt att motionen ska kännas njutbar och inte enbart vara ett måste. Motion bör också premieras av oss och bör alltså bestå av minst 30 minuter dagligen.

Här har ni fått ett axplock av vad som avhandlades under dessa dagar i detta vackra

Morgonens joggingtur kan även medföra natursköna upplevelser. Christer Höglund fotograferade.



arkitektoniskt njutbara hus – The European Heart House. Vi har en gedigen framtid framför oss och tyst eller overt kardiovaskulär sjukdom hoppas jag i dag klassas som samma allvarliga sjukdom.

Glöm inte att markera första veckan i maj 2009 i almanackan då Sverige står som värd för Cardiac prevention. Försök sprida Europeiska hjärtföredraget utanför den kardiovaskulära "familjen". ■

STIPENDIUM

Actelion Pharmaceuticals Sverige AB utlyser i samråd med Svenska Cardiologföreningen ett forskningsstipendium på 50 000 kronor.

Stipendiet är till för att stödja forskning kring faktorer som reglerar kärntonus. Forskningsprojekt med klinisk anknytning kommer att prioriteras.

Stipendiet är främst avsett för odisputerad legitimerad läkare som avser att avlägga doktorsexamen inom området, men även andra kan komma ifråga. Stipendiemottagare bör vara medlem i cardiologföreningen. Stipendiekommittén består av Prof Anders Waldenström och Dr Stefan Söderberg, Hjärtcentrum i Umeå, Dr Christer Höglund, Cityheart i Stockholm och Dr Owe Luhr, medicinsk chef på Actelion.

Skriftlig ansökan: skall vara stipendiekommittén tillhanda den 26 mars 2008.

Ansökan skall innehålla: kortfattat forskningsprogram med sammanfattning, bakgrund, målsättning, metoder och betydelse, samt en ekonomisk planering. Dessutom skall CV, en rekommendation av klinikchef vid institutionen där verksamheten kommer att bedrivas samt en publikationslista, när sådan finns, bifogas.

Ansökan skickas i två exemplar till: Dr Owe Luhr, Medicinsk chef, Actelion Pharmaceuticals Sverige AB under adress Svärdvägen 3A, 182 33 Danderyd.



VÄRMLÄNSK hjärtsjukvård visar vägen

Värmland har sedan 2006 genomfört en omfattande omläggning av hjärtsjukvården. Tre vinstlotter har fallit ut: Den första för patienterna där mortaliteten i ST-höjningsinfarkter i det närmaste har halverats under 2006. Den andra för landstinget som nu ansvarar för en hjärtvård vars förbättring är bland de snabbaste i landet, samt en tredje vinstlott för en i Sverige ny samverkansmodell i offentlig/privat vård.

Text: Roland Carlsson och Johan Lugnegård

Värmlänningars sjuklighet är välkänd. De har en av de kortaste medellivslängderna i Sverige och drabbas oftast av hjärtsjukdomar.

Omkring 900 patienter med akut hjärtinfarkt söker vård i Värmland varje år. Trettio-dagarsmortaliteten efter hjärtinfarkt uppgick fram till 2005 till 12,7 procent. Under samma tid bestod den akuta hjärtinfarktsvården av akut trombolysbehandling, ofta prehospital, samt vid behov efterföljande snabb kranskärlsutredning vid universitetssjukhuset i Örebro. Arbets sättet var tidsödande och inte i linje med nationella riktlinjer. Allt fler ambulans transporter med akut hjärtsjuka patienter genomfördes och uppgick snart till omkring 35 per

månad. Bland de patienter, som genomgick koronarutredning med angiografi, skickades ett klart högre antal till CABG-operation (*coronary artery bypass grafting*) jämfört med riket i övrigt. Under 2005 skickades 22 procent till kranskärlsoperation jämfört med

övriga riket, som skickade omkring 10 procent. Vidare kunde inte patienter med ST-höjningsinfarkter erbjudas modern behandling med primär PCI enligt nationella riktlinjer. I detta läge beslöt landstingsledningen i juni 2004 att utreda förutsättningar för hemtagande av PCI-verk-



Roland Carlsson, överläkare vid PCI-enheten i Karlstad.



Johan Lugnegård, sektionsansvarig överläkare vid Hjärtsektionen, Medicinkliniken i Karlstad.



PCI-enhetens läkare och sjuksköterskor i samlad trupp. Intresset för verksamheten är stort, varje vecka får enheten studiebesök.

samheten till Värmland och även se på möjligheterna till en offentlig upphandling.

Flera privata aktörer var intresserade och avtal undertecknades i april 2005 med det nystartade privata vårdbolaget Svensk PCI AB med fem läkare som delägare. Företaget fick ansvar för start och drift av PCI-verksamheten i hela länet.

Avtalet krävde från dag 1 en dygnetruntverksamhet under årets alla dagar med kompetenta PCI-operatörer. Vidare åtog sig uppdragstagaren att ansvara för en omfattande uppföljning av PCI-patienterna under tolv månader efter ingreppet, samt utbildning av blivande PCI-operatörer.

Omstruktureringen

Under åtta månader 2005 genomfördes en dramatisk omläggning av hela hjärtsjukvården.

Arbetsgrupper bildades med alla deltagande personalkategorier. Intensivutbildning av ambulanspersonal startades med sikte på

att bedriva en helt annan akut hjärtsjukvård än de var vana vid. En total uppslutning från hela landstinget kunde noteras. "Alla ska med" kanske är ett utslitet uttryck men är en korrekt beskrivning på den process som genomfördes. "Snabbhet sparar liv" var ett annat grundkoncept som myntades. Hela organisationen var väl förberedd då den första PCI:n genomfördes under januari 2006.

De viktigaste förändringarna

På tre huvudområden genomfördes en konsekvent omläggning av behandlingen:

1. Trombolys ersattes av primär PCI. 2. Ad-hoc-PCI på NSTEMI (Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) ledde till färre bypassoperationer. 3. Fokusering på följsamhet av nationella riktlinjer med hjälp av uppföljning via kvalitetsregister.

I dag är fem läkare samt tre sjuksköterskor heltidsanställda vid PCI-enheten. Ytterligare fem sjuksköterskor, som internutbildats vid ➤

Produktion vid PCI-enheten

	2005	2006
Kranskärlsröntgen	1 266	1 445 (+14%)
PCI	568 (PCI i Örebro)	829 (+46%) (PCI i Karlstad)
CABG	211	119 (-44%)

Primärt beslut/åtgärd Karlstad jämfört med riket (2006)

Primärt beslut	Karlstad %	Jämfört med riket %
Ingen intervention	32,3	34,6
CABG	8,2	10,3
PCI ad hoc	53,6	44,6
Övrigt	5,9	10,5

PECIA. Resultat vid uppföljning efter PCI.

	Vid PCI	2 mån	12 mån
Andel patienter med statinbehandling	59 %	73 %	83 %
Andel patienter LDL <2.5	–	80 %	–

PECIA. Resultat, andelen patienter med kärlkramp fördelat på svårighetsgrad.

	2 mån (Karlstad)		12 mån (hela Värmland)	
	Antal Patienter	%	Antal Patienter	%
Ingen kärlkramp	349	93	470	82
CCS I	19	5	61	10
CCS II	4	1	31	5
CCS III	2	<1	12	2
CCS IV	0	0	1	<1
	n=374	100	n=575	100

► enheten, leasas ut från landstinget. Deras normala tjänstgöring är förlagd till hjärtavdelningen på sjukhuset.

Dagtid arbetar två PCI-operatörer samt fyra sjuksköterskor. Under jourtid arbetar en PCI-operatör samt två sjuksköterskor parallellt. Dessutom finns dygnet runt en hjärtjour i beredskap.

Varje vecka får enheten studiebesök från olika verksamheter, både från Karlstad samt från andra sjukhus i och utanför länet. En modell som utvecklats är *bed side*-undervisning. Ambulanspersonal som hämtar patienten i hemmet, och som skickar ambulans-EKG till centralsjukhuset, följer patienten under hela vårdkedjan och står oftast med bakom PCI-operatören under ingreppet. Insikten om betydelsen av snabbhet samt korrekt initial bedömning präglar all personal och de kan föra med sig dessa nya kunskaper till sina medarbetare ut i organisationen.

Arbetet på hjärtavdelningen har tydligt

"De största vinnarna är värm-länningarna, som nu på ett snabbt och betryggande sätt kan få en vård, likvärdig de bästa sjukhusen i Sverige"

förändrats. Patienter med STEMI (ST elevation myocardial infarction) är redan färdigbehandlade när de kommer till avdelningen. Från att tidigare ha arbetat med patienter med pågående trombolysbehandling och därtill hörande problem och komplikationer, får man nu ta emot patienter som initialt har tagits omhand på PCI-enheten, som ligger vägg i vägg med akutmottagningen. Antal komplikationer med arytmier, svikt samt instabilitet har minskat. Vårdtiden för en hjärtinfarkt har minskat från 4,7 dagar under 2005 till omkring 3 dagar 2007. Sättet att arbeta har tydligt förändrats. Från 2001 har antalet inläggningar näst intill fördubblats, fördelat på i stort samma antal vårdplatser. För att upprätthålla korta vårdtider och hög effektivitet färdigbehandlas flertalet NSTEMI även under helgerna. Tempot är högt. En kraftig satsning har skett på den efterföljande vården efter utskrivningen, som ett komplement till själva vårdtillfället. De två viktigaste enheterna utgör en sjuksköterskebaserad kranskärlsmottagning samt en nyinrättad PCI-mottagning i Karlstad, till vilken 95 procent av patienterna boende kring Karlstad remitteras för uppföljning hos kardiolog.

Resultaten

Utredning: Värmland utreder fler patienter med kranskärlsröntgen jämfört med övriga Sverige. Per 100 000 invånare utredde Värmland under 2006 510 patienter, vilket kan jämföras med 490 i regionen och 410 för riket. I Värmland skickade Torsby sjukhus 602 patienter/100 000 vilket kan jämföras med Karlstads 461/100 000.

Behandling: Totalt under 2005 genomfördes på värm-länningar ungefär 600 kranskärlsröntgen i Karlstad och 600 i Örebro. Med hemtagningen av PCI, ökade antalet angiografier till 1 445 (+14 procent) och antalet PCI till 829 (+46 procent). Samtidigt sjönk antalet CABG till 119 (-44 procent).

Mortalitet: Nästintill halverad trettiodagarsmortalitet är den viktigaste effekten av vår omstrukturering. Analys av 2006 års data från Riks-HIA visar en tydlig reduktion av trettiodagarsmortaliteten efter hjärtinfarkt i Värmland. I hela gruppen var andelen döda inom 30 dagar 7,8 procent (n=58) mot 12,7 procent

(n=85) år 2005 (Läkartidningen nr 44 2007 volym 104 s 3284-6).

Kvalitetsregister

Vi deltar i olika nationella kvalitetsregister som Riks-HIA, SEPHIA samt SCAAR. Vårdavtalet kräver rapportering av våra resultat upp till ett år efter genomgången PCI. Då inte alla patienter kan inkluderas i SEPHIA har vi utvecklat en ny internetbaserad databas, PECIA. Den togs i drift november 2006 och kommer under våren 2008 att omfatta alla sjukhus i Värmland. I denna databas registreras uppgifter om bland annat PCI-resultat, symptom, läkemedel, riskfaktorer samt sjukvårdskonsumtion på alla PCI-patienter upp till tolv månader. Vi mäter varje år patientens och anhörigas tillfredsställelse med vården.

Centralsjukhuset i Karlstad, som vårdar de flesta värm-länningar, har från år 2005 till 2006 höjt sitt Riks-HIAkvalitetsindex från 1 poäng till 8 av 9 möjliga.

Flera framgångsfaktorer

Roland Carlsson, verksamhetsansvarig för PCI-enheten, anger tre fördelar med denna samverkansmodell. 1. Den privata modellen innebär korta beslutsvägar där lösningar på vardagliga problem endast är några meter bort. Vi arbetar i en slimmad organisation där vi kan ha en optimal personalbemanning. 2. De ekonomiska ramarna är reglerade med avtal vilket ger en arbetsro med fokus på att driva och utveckla arbetet. 3. Samarbetsklimatet är mycket bra mellan hjärtsektionen och PCI-enheten. Vår ambition är att patienten inte ska märka av någon skillnad om det drivs i privat eller offentlig regi. Vi fokuserar hela tiden på det bästa omhändertagandet av patienter från det patienten kommer till enheten och till att den lämnar den. Vi tar även ett stort ansvar med uppföljningsverksamheten som sträcker sig över tolv månader efter ingreppet.

Johan Lugnegård, ledningsansvarig för hjärtsjukvården i Värmland, menar att det har varit viktigt med ett enhetligt omhändertagande av de svårast sjuka patienterna. Den prehospitala EKG-tolkningen är centraliserad till Centralsjukhuset vilket innebär att en patient med pågående ST-höjningsinfarkt direkt kan dirigeras till PCI-lab för akut behandling oav-

sett tidpunkt på dygnet och lokalisation i länet. Den goda tillgängligheten till koronarlab gör att vi kan arbeta väldigt effektivt med god service till övriga sjukhus i länet och med korta vårdtider som följd.

Framtidsvision

Vi fokuserar på tre områden:

- 1. Organisatorisk satsning:** Vi kan fortfarande korta tiden från smärtdebut till PCI. Tid är sparad muskel. Mot den bakgrunden fortsätter vi vår satsning på utbildning av sjukvårdsorganisationen inom länet för att optimera det primära omhändertagandet. Under 2007 genomför vi ett försök med tidig hemgång efter PCI.
- 2. Teknisk satsning:** Till PCI-enheten har köpts in en modern intravasal ultraljudsteknik, IVUS, som innebär en bättre säkerhet vid den peroperativa bedömningen av stenoser och stentimplantationer.
- 3. Satsning på kvalitetsrapportering:** Ökad satsning på kvalitetsarbete med deltagande både i nationella samt egenutvecklade register.
- 4. Utbildning:** Vi strävar efter att komma igång med lokal utbildning av PCI-operatörer för att säkra den framtida bemanning-



Tid är sparad muskel. PCI-enheten är öppen för akut behandling oavsett tidpunkt och lokalisation i länet.

en. Vi behöver också i än högre grad fokusera på vidareutbildningen av sköterskorna.

Genom den under kort tid genomförda, kraftiga omorganisationen i Värmland har vi på ett tydligt sätt lyckats förbättra den värmländska hjärtsjukvården. De största vinnarna

är värmlänningarna, som nu på ett snabbt och betryggande sätt kan få en vård, likvärdig de bästa sjukhusen i Sverige. Mest tacksamma över denna utveckling är nog de knappt trettio-tal värmlänningar som i dag lever på grund av Värmlands strategiska satsning under år 2006.



Aurora – en utbildning för dig som möter människor med akut hjärtsvikt.

Att i tidigt skede identifiera en patient med akut hjärtsvikt är avgörande för behandlingsutgången och kan bromsa sjukdomsutvecklingen. Aurora är en ny, patientfallsbaserad utbildning med syfte att öka kunskapen om hjärtsvikt, diagnostisering och behandlingsalternativ.

Under utbildningen kommer stor vikt att läggas vid diskussioner och interaktiva övningar. Tanken är att främja utbytet av kunskap och erfarenheter mellan specialister som möter hjärtsviktpatienter under olika förhållanden.

Aurora vänder sig i första hand till dig som är specialist eller ST-läkare inom kardiologi, akut/internmedicin, anestesi, intensivvård eller thoraxanestesi.



Under hösten '07 och våren '08 kommer utbildningen att hållas på flera orter. Detaljerad kursinformation hittar du på www.ipuls.se (IPULS-nr: 2007-0164).

MÖRK CHOKLAD

– mer fakta om dess gynnsamma effekter på koronarcirkulationen

Ett schweiziskt forskarteam, lett av kardiologen Thomas Lüscher, visar att kakao har effekt på kardiovaskulär sjukdom.

Text: Christer Höglund

Under de senaste åren har jag sporadiskt nämnt mörk choklad som ett av många bidrag till förbättrat skydd mot ischemisk hjärtsjukdom. I ett av de senaste numren av *Circulation* har en grupp från Zürich, med den mer kände kollegan Thomas Lüscher, presenterat resultat från sin forskning om mörk choklad och koronarcirkulation. Mörk choklad innehåller nämligen en stor halt av flavonoider som har visat på anti-oxidanta effekter. Det finns en hel del mindre studier som har visat på gynnsam effekt av choklad på den vaskulära bädden i kranskär-len. Mörk choklad innehåller två antioxidanta ämnen, catechin och epicatechin.

Studien var en dubbelblind och randomiserad med 22 hjärttransplanterade patienter, varav hälften fick mörk choklad och hälften en flavonoidfri mörk choklad. Patienterna rekryterades då de årligen kom för rutinundersökning med koronarangiografi.

Kranskärlsdiametern ökade

Chokladen kom från det kända chokladföretaget Nestlé i Schweiz. Patienterna fick dagligen 40 gram mörk choklad (Nestlé Noir Intense), vilket i dagligt bruk motsvarar ungefär en halv förpackning. Undersökningsmetoderna var koronarangiografi och *cold pressor* test (handen fick vara i iskallt vatten under två minuter). Kranskärlsdiametern analyserades med angiografi. Resultatet visade förvånansvärt att efter två timmars intag av mörk choklad ökade kranskärlsdiametern signifikant ($p < 0,01$) vilket inte noterades i kontrollgruppen ($p = 0,46$). Så även efter köldtesten. Halten av epicatechin ökade signifikant ($p < 0,001$) efter två timmars intag av mörk choklad, men catechin var oförändrat. Förändringen i epicatechinkoncentrationen korrelerade med krans-



Kakao innehåller catechin och epicatechin – två antioxidanta ämnen.

”Detta är en korttidsstudie med mörk choklad på dilatation av kranskär-len och detta borde leda till utökad forskning av kakao på kardiovaskulär sjukdom”.

kärlsrörligheten. Ingen effekt kunde påvisas av de inflammatoriska markörerna såsom CRP. En annan viktig faktor var trombocyt-adhesiviteten som minskade efter intag av mörk choklad.

Vidare forskning på kakao

Resultaten är mycket intressanta och studiens upplägg är ju vetenskapligt helt klanderfri. Det bör också nämnas att de förändringar som påvisades var utöver den medicinerings som patienterna stod på. Alla beräkningar gjordes

oberoende av chokladproducenten och kan alltså inte ha påverkats.

Författarna konkluderar att detta är en korttidsstudie med mörk choklad på dilatation av kranskär-len och att detta borde leda till utökad forskning av kakao på kardiovaskulär sjukdom.

Jag, som livsnjutare, har alltså fått ytterligare belägg för att mörk choklad kan ha en spännande framtid i den kardiovaskulära forskningen. Jag ställer gärna upp som forskningspatient. Enjoy!



MISSA INTE CARDIOLOG- FÖRENINGENS HEMSIDA



www.cardio.se

Ingen revolution.
Bara evolution!



ANALYSER:

NT-proBNP
Troponin I
Myoglobin
CK-MB
D-Dimer
hsCRP
βHCG

PATHFAST® - diagnostik av hjärtinfarkt och hjärtsvikt

Snabb:

Svar på 6 olika analyser och/eller patientprov inom 17 min.

Enkel:

"Allt-i-ett" reagensbehållare. Tillsatt bara prov!

Flexibel:

Helblod, plasma eller serum.

Kompakt:

Integrerad PC, pekskärm och printer.



LABORATORIES
SCANDINAVIA

www.ils-laboratories.se tel. 036-34 31 70

24 tim blodtrycksmätning

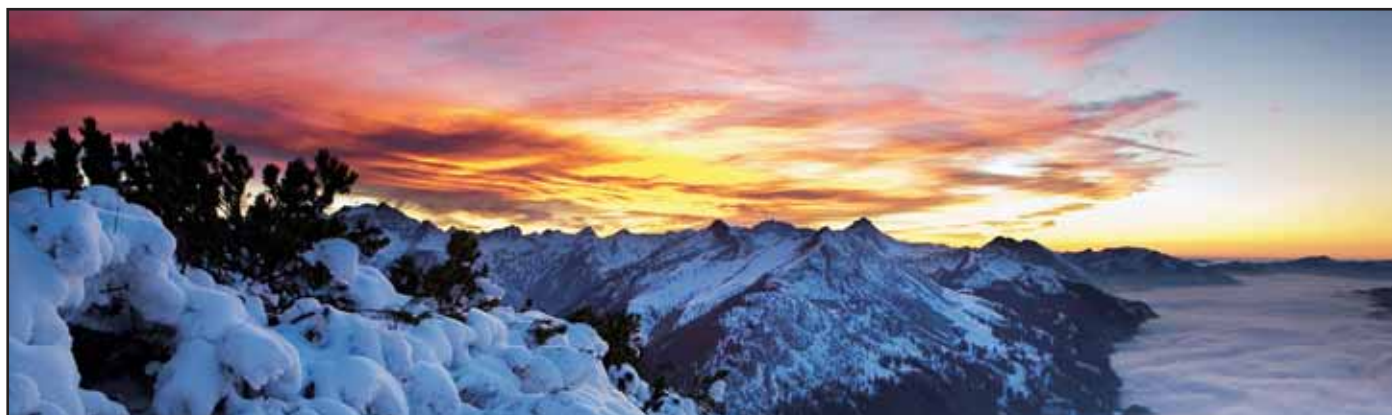
ABP från Spacelabs
The gold standard




SPACELABS
Healthcare

**MEDICAL
MARKETAB**

Försäljning – utbildning – service
www.medicalmarket.se
08-7315850



Cordis
a Johnson & Johnson company
Ground breaking. Life changing™

Cardiology

Confidence inspired by evidence



The monumental amount of data establishes CYPHER® as the safest and most effective DES studied in the long term¹⁻³

No increase in long-term mortality or stent thrombosis risk versus BMS

- No difference in mortality at 5 years¹
- No difference in stent thrombosis up to 4 years²

Proven to have better long-term safety with superior efficacy at all time points versus Taxus

Large-scale meta-analyses show CYPHER Stent has:

- Lower risk of stent thrombosis and MI versus Taxus^{2,3}
- Lower risk of target lesion revascularisation versus Taxus²

CathLabCubed
PRODUCTS SERVICES OUTCOMES

cypher select⁺
Sirolimus-eluting Stent

Proven safety. Proven outcomes.

1. Kastrati A, Mehilli J, Pache J, et al. Analysis of 14 trials comparing sirolimus-eluting stents with bare-metal stents. N Engl J Med 2007;356(10):1030-9.
2. Meier B. Oral presentation at EuroPCR 2007. 3. Kastrati A. ACC 2007.
CYPHER Select™ « Stent is not for sale in the USA. This publication is not intended for distribution in the USA. Sirolimus-eluting Stent made by Cordis pursuant to a license from Wyeth Pharmaceuticals.

Snabbare än ett mänskligt hjärta!



SOMATOM Definition

SOMATOM Definition är världens första och enda datortomograf med dual source, ett helt unikt koncept med två röntgenrör och två detektor-system. Med detta koncept möjliggör Siemens för första gången undersökning av alla patienter – oberoende av patientens tillstånd, storlek och hjärtfrekvens – med mycket hög bildkvalitet.

www.siemens.se/medical

SIEMENS
medical



It's all the heart asks for

REPLY with safeR inside

99.9% intrinsic conduction*
8 cc, 9 years

*Davy JM et al. Determining the optimal pacing mode to prevent ventricular pacing: SAVE R study results. Heart Rhythm 2006; 3, supp 5, S169, P2-94 (abs)

SORIN GROUP
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

SAFER 
NATURAL RHYTHM

För mer information kontakta
info.sweden@sorin.com eller 040-699 27 70

Imagine...

...in 20 years, everyone will have
a little monitor on board.

Prof. John A. Camm

Subcutaneous Diagnostics and Monitoring

www.medtronic.com



Medtronic

Alleviating Pain • Restoring Health • Extending Life

Stort tack till er alla!



Mona Schlyter,
Ordförande

Här i Skåne har oktober och november varit ovanligt färgstarka månader. Lövträden har strålat i gult, orange och rött, och soliga dagar har färgerna verkligen sprakat. Nu är vintern på intåg. Det har blivit dimmigare och kallare.

Under några dagar i början av november med kyla och även snöyra ägde State of the Heart och VICs 21-årsjubileum rum i Stockholm. Att fira 21-årsjubileum kan tyckas lite udda, men att uppmärksamma den tid som VIC funnits tyckte vi i styrelsen var viktigt, och att få göra det tillsammans med så många medlemmar kändes fantastiskt fint!

Från torsdag middag till lördag eftermiddag fick vi följa spännande föreläsningar av synnerligen engagerade föreläsare för mycket intresserade åhörare.

VICs samtliga arbetsgrupper stod för programmet. Vi fick följa patienternas väg genom vårdkedjan från hjärtstopp till sekundärprevention.

Här är ett axplock ur innehållet: Inledningsvis presenterades de möjligheter som kan göras för att rädda patienterna vid hjärtstopp. Vikten av tidig ankomst till HIA för optimal behandling betonades. Vi fick ta del av nyheter inom devi-

sare, de utställare som deltog samt alla deltagare. Ni alla tillsammans gjorde dessa dagar mycket värdefulla.

2007 närmar sig sitt slut och när jag ser tillbaka på vad som gjorts under året har VIC lyckats åstadkomma en del av det som vi i styrelsen planerat tillsammans med arbetsgrupperna. I mitten av december hade vetenskapliga rådet sitt första möte. Från arbetsgrupperna har vi nu fått namn på de personer som vill arbeta med kompetensfrågor och detta arbete kommer förhoppningsvis att starta under våren.

Vi arbetar ständigt med att förbättra vår hemsida och tar tacksamt emot tips och förslag. Samarbetet med European Society of Cardiology (ESC) har utvecklats och min förhoppning är att allt fler ska ansluta sig som medlemmar. Än så länge är medlemskap i ESC gratis om man är medlem i VIC!

Till våren har vi en gemensam kongress med VIC och CCNAP (Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions) i Malmö den 14 till 15 mars, The 8th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing till vilken alla VIC-medlemmar hälsas varmt välkomna. Mer information finns på hemsidan.

En glädjande nyhet är att vi nästa år får ett nytt stipendium på 10 000 kronor från St Jude Medical, riktat till dem som arbetar med pacemakerpatienter. Ansökningshandlingar kommer att finnas på hemsida. Vissa redan nu på idéer för att söka detta stipendium och även VICs projekt- och resestipendium.

Avslutningsvis vill jag önska alla
EN GOD JUL OCH ETT GOTT NYTT ÅR!

"Att fira 21-årsjubileum med så många medlemmar kändes fantastiskt fint!"

ce-, pacemaker- och arytmi behandling. Vi fick lära oss betydelsen av att förstå patientens symptom vid sviktbehandling. I slutet av programmet handlade det bland annat om bukfetma och om konsten att få patienterna att följa givna ordinationer vid sekundärprevention. Till sist fick vi lära oss mycket om sömnens betydelse för hälsa och sjukdom och vikten av att ta patienternas sömnproblem på allvar. Mer om kongressen på annan plats i tidningen.

Jag vill här rikta ett **stort** tack till arbetsgrupperna som lyckats med detta omfattande program, till samtliga förelä-

HIA-gruppens nationella utbildningsdagar 7-9 april 2008

För sjuksköterskor verksamma vid HIA eller liknande enheter
och som är medlemmar i VIC.

BLÅ KORSET KONFERENS, AKADEMISKA SJUKHUSET I UPPSALA.



Anmälan: Kursanmälan är bindande. Sista anmälningsdatum är 2008-03-10. Platsantalet är begränsat. Anmälningsblankett finns att hämta på VIC's hemsida www.v-i-c.nu där även anmälan sker samt ytterligare information och kortfattat program finns.
Frågor: Monica Sterner HIA-gruppen inom VIC. Tel: 018-611 28 29. E-post: monica.sterner@akademiska.se
Arrangör: HIA-gruppen inom VIC.

Vi behöver bli bättre på att LYSSNA på patienterna

Jonna Norman fick förmånen att gå på det kardiologiska Vårmetet i Göteborg på VICs bekostnad, genom sitt arbete som sekreterare i arbetsgruppen för hjärtsvikt inom VIC. Inriktningen blev hjärtsvikt, vårdvetenskap och VIC.

Text: Jonna Norman, leg sjuksköterska på hjärtsviktsmottagningen/DAGA, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra i Göteborg.

Efter arbetsgruppens givande möte och VICs välbesökta årsmöte, lyssnade jag på symposiet *Från hypertoni till hjärtsvikt – betydelsen av diastolisk dysfunktion*. Thomas Kahan från Stockholm berättade om den hypertensiva hjärtsjukdomen och lyfte fram hypertrofin som den starkaste oberoende riskfaktorn för död oavsett orsak. Det var positivt att vi genom effektiv behandling av hypertoni, den viktigaste etiologiska faktorn vid hjärtsvikt, kan förebygga hjärtsvikt upp till 50 procent.

Gerhard Wikström, Uppsala, föredrog om den diastoliska hjärtsviktsens fysiologi. De drabbade är inte sällan kvinnor med normal EF (ejektionsfraktion). Många har hypertoni, förmaksflimmer och har tidigare vårdats för hjärtsvikt. Per Lindquist, disputerad biomedicinsk analytiker, föreläste ur ett annat perspektiv om EKO vid diastolisk hjärtsvikt. Han menade att det vore intressant att arbetsbelasta och samtidigt gör EKO. Vid Hans Perssons avslutande föredrag framkom att det fortfarande finns lite klinisk data om hur vi ska behandla. Det bästa är att förebygga. Jag hoppas mycket på mer forskning inom området för att minska människors lidande.

Den hjärtsviktssjuka patienten

Torrt eller blött? Strategier för uppföljning av patienter med kronisk hjärtsvikt var namnet på Anna Strömbergs föredrag om hjärtsviktsmottagningar, ett komplext koncept. Hon lyfte



Jonna Norman

fram Coach-studien där över 1 000 patienter med hjärtsvikt studerades men ingen signifikant skillnad i återinlägningsfrekvensen eller mortalitet kunde påvisas mellan grupperna, tre stycken till antalet. Kontrollgruppen *care as usual* med fyra besök till läkare under en 18-månadersperiod jämfördes med *basic program* som innebar fyra läkarbesök, nio sjuksköterskebesök och telefonrådgivning. Den tredje gruppen *intensive program* innebar en mycket intensiv intervention med fyra läkarbesök, 13 sjuksköterskebesök, utökad telefonrådgivning, två hembesök av sjuksköterska och dessutom tre tvärprofessionella teamrådgivningar under samma uppföljningsperiod (Jaarsma T, m fl 2007). Personligen tror jag att det finns en övre gräns för när en intervention är effektiv. Den "lägsta nivån" på uppföljningen i studien var hög. Det hade varit intressant att jämföra en sjuksköterskebaserad hjärtsviktsmottagning av svensk modell, med färre läkarbesök, med den holländska *care as usual*-gruppen. Jag tror att kvaliteten på de individuella mötena mellan patient och vårdare är av stor betydelse, och där förmågan att lyssna in, respektera och förstå patienten utifrån ett helhetsperspektiv kan vara viktigare än yrkestillhörighet och besöksfrekvens.

Strömberg diskuterade även den kognitiva

dysfunktionens betydelse vid hjärtsvikt (Rydell, m fl 2005) och hur den ökar risken för att patienter inte deltar i den strukturerade uppföljningen (Ekman, m fl 2001). Anhöriga till patienter med hjärtsvikt mår ofta lika dåligt som patienten och är i lika stort behov av stöd och utbildning (Pihl m fl 2005).

Magnus Edner föredrog om natriuretiska peptider. Värdet är fortfarande främst diagnostiskt för att kunna utesluta hjärtsvikt. Intressant var dock att de patienter som svarade på behandling med sjunkande värden hade betydligt bättre prognos. Frieder Braunschweig fortsatte på temat torrt eller blött och gav oss en intressant, mätbar, framtidsvision med sitt föredrag om *Devices och telemonitorering*. Vikten ansågs vara ett trubbigt mått jämfört med mätning av intrathorakal impedans och fyllnadstryck som kan förändras upp till 15 dagar innan patienten får symptom på försämring.

Nästa dag började jag med att lyssna på VIC-sessionen *Den kardiovaskulära vårdens framväxt ur ett nationellt och internationellt perspektiv*. Tone Norekvål, Bergen, Norge och Bengt Fridlund, Växjö stod för de intressanta föredragen om den fantastiska utvecklingen inom vårt område.

Sjukdomsuppfattning

Därefter var det dags för de fria föredragen i vårdvetenskap där Yvonne Brändström, Uddevalla, föredrog om skattning av fysisk ➤

► aktivitet efter hjärtinfarkt, vilket inte var helt lätt att mäta. Frågan var om vi kunde lita på patienternas uppgifter om sin fysiska aktivitet. Resultatet visade att stegräknare i kombination med patienternas självskattning av fysisk aktivitet gav den mest kompletta bilden.

Pia Alsén, Trollhättan, berättade om faktorer som påverkar patienters sjukdomsuppfattning fyra månader efter hjärtinfarkt. Med *Grounded Theory* som metod hade hon fått fram sex olika kategorier. Det var intressant hur olika människor uppfattar sin sjukdomssituation, förmågan och tilltron till att kunna påverka. Det är viktigt

den mellan grupperna än nivån av depression. Det är viktigt att vi inte underskattar graden av depression vid symptom av trötthet hos patienter med hjärtsvikt. Det är också viktigt att diagnostisera depression hos äldre utan hjärtsvikt.

Azar Hedemalm, doktorand från Göteborg, föredrog om en jämförande studie av symptom, behandling, utskrivningsplanering och hälsoreultat mellan invandrare jämfört med infödda svenskar som vårdats för hjärtsvikt. Studien visade ingen tydlig skillnad mellan grupperna, fränsett att invandrarna i större omfattning remitterades till hjärtsviktsmottag-

patientens egen uppfattning och tolkning av ett onormalt fysiskt, emotionellt eller kognitivt tillstånd. Det är en svår uppgift för oss som vårdpersonal att bedöma vad någon känner. Förvånande var att sömnsvårigheter (94 procent) var det mest förekommande symptomet som patienter med hjärtsvikt rapporterade, sedan kom smärta (93 procent), därefter energibrist (89 procent) och andnöd (89 procent) (Ekman et al 2007). Det gav mig en tankeställare eftersom vi i dag tyvärr ofta måste hänvisa patienter att söka primärvården för sina sömnbesvär och smärtor om de inte bedöms vara av kardiell genes eller bieffekter av hjärtmediciner. Frågan är, enligt Ekman, om symptom är uttryck för patologiska processer. Hon lyfte åter fram vikten av att vi skiljer på symptom, patientens känsla av illabefinnande (*illness*) och tecken på sjukdomen (*disease*), som är observerbara och mätbara (Ekman et al 2005). Patienternas egna förklaringsmodeller är mycket viktiga. Patienter med hjärtsvikt tror inte sällan att det är mediciner som gör dem trötta (Falk et al 2007).

Kurt Boman fortsatte sessionen med *Symptom som vägledning för klinikern* och menade att vi tar symptomen allt för mycket för givet. Definitioner för hjärtsvikt är egentligen värdelösa i praktiken för det är inte dem som patienterna klagar på när de söker. Det är symptomen som ger vägledning till såväl diagnos, livskvalitet som behandling. Dyspné är en subjektiv upplevelse av andningssvårigheter. Lindring av symptomen är det viktigaste för patienten. Sömnbrist är underdiagnostiserat vid hjärtsvikt. Boman avslutade med "den onda cirkeln vid dyspné", där ökad andfäddhet leder till minskad fysisk aktivitet som i sin tur leder till deconditionering och mer andfäddhet. Fysisk träning ger patienten möjlighet att bryta cirkeln.

Karl Swedberg avslutade med *Hjärtfunktion, tecken och symptom – vad vet vi om sambanden*. Charm-studien visade klart att ejektionsfraktion inte är markör för graden av symptomgrad eller livskvalitet (Lewis E et al 2007). Kombinationen nedsatt EF och patienters rapportering av svåra symptom kan predicera sjukhusvård och mortalitet (Ekman et al 2005; 2007). Swedberg framförde en intressant tanke om att det kan finnas ett överordnat centrum för reglering av hjärtat och andra funktioner av betydelse för cirkulationen. När hjärtfunktionen är störd på något sätt känner "centralen" av det och genom återkoppling skickar ut signaler som påverkar exempelvis andningen, Nt-proBNP med feedback-system. Symptom bör bedömas och dokumenteras lika noga som tecken i journalen. I dag är det tyvärr ofta svårt att utläsa i journalen hur patienten mår. På en fråga från auditoriet om NT-proBNP, svarade Swedberg att det är bäst att LYSSNA på patientens beskrivning av sina symptom.



"Mitt sunda förnuft är inte lika med ditt.
För det är jag inte dum.
Beroende på vår bakgrund har vi olika sunda förnuft"

att vi som vårdpersonal är öppna för de individuella olikheterna för att kunna ge ett bra stöd som hjälper människor till livsstilsförändringar och förbättrad hälsa.

Lena Hägglund, doktorand från Skellefteå, fortsatte med föredrag om depression bland äldre med eller utan hjärtsvikt som vårdas i primärvården. Depression vid hjärtsvikt är vanligt och även generellt bland äldre. Symptomen vid hjärtsvikt, framförallt tröttheten, är inte specifika och dessutom överlappande med symptomen på depression. Det framkom att nivån av depression var högre hos äldre med hjärtsviktsymptom oberoende av objektiva mått på hjärtfunktion. Den fysiska dimensionen av trötthet var av större betydelse för att förklara skillna-

ning för uppföljning. Språkkunnighet och tolkbehov var otillräckligt dokumenterat i journalerna och professionella tolkar underutnyttjade vid in- och utskrivning. Slutsatserna var att professionella tolkar kan innebära fördelar genom ökad förståelse och förbättrad kommunikation med patientgrupperna. Mot den bakgrunden bör mer resurser avsättas för att rekrytera tolkar.

Symptom som vägledning

Nästa integrerade session, *Symptom och tecken vid hjärtsvikt – betydelsen för prognos och behandling*, var den verkliga höjdpunkten för mig som sjuksköterska på en hjärtsviktsmottagning. Inger Ekman inledde med frågeställningen *Symptom – kan vi lita på patienten?* Symptom är

Azar Hedemalm, doktorand från Göteborg, höll ett personligt och engagerande föredrag om information och kommunikation mellan vårdpersonal och utomnordiska patienter (Hedemalm et al 2007). Hon framhöll vikten av att vi har förståelse för andras bakgrund. Kultur är inte statiskt utan kan ses som en process. Vi är alla selektiva och väljer ut det som vi tycker om. Kommunikation är komplext och 80 till 90 procent består av kroppsspråket. Om vi inte förstår det talade språket förlitar vi oss helt på kroppsspråket som mycket tydligt visar vad vi tycker och känner. Hur man blir värderad och hur den andre tycker om oss avläser vi direkt, det är universellt. Det är därför viktigt att känna sig själv, sina värderingar och gränser i mötet med människor från andra kulturer med en annorlunda bakgrund än vår egen. Det handlar om att visa respekt för andra människors värde. Hedemalm sammanfattade med några tankvärda ord:

"Mitt sunda förnuft är inte lika med ditt.

För det är jag inte dum.

Beroende på vår bakgrund har vi olika sunda förnuft".

Patientens delaktighet

Ann Catrine Eldh föredrog om sjuksköterskors och patienters upplevelse av delaktighet i vården på en hjärtsviktsmottagning. Hon visade också på värdet av att vi respekterar och lyssnar på patienten (Eldh et al 2006). Den svenska lagstiftningen anger att patienterna ska vara delaktiga i vård och behandling. Professionen antog att patienterna blir delaktiga om de får information, men ingen frågade patienten vad delaktighet innebar för dem. Ursprungligen betyder delaktighet "att dela". Studien visade att sjuksköterskan uppfattade patienters delaktighet som att ta emot information och säkerhet till att agera. Patienter kände delaktighet när de tog ansvar/accepterade ansvar. Sjuksköterskan uppfattade patienter som inte var delaktiga som icke accepterande/inte ta emot. Patienterna kände sig inte delaktiga när de saknade en jämlik relation under tiden som de blev kontrollerade/övervakade. Det innebär att patienterna var delaktiga utifrån sitt eget synsätt, när de fått kunskap. Att dela respekt innebär att dela kunskap. Men hur skapar vi förutsättningar för patientens delaktighet? Vi måste lyssna, tro på och lära av patienten! Eldh uppmanade oss därför avslutningsvis, att sluta fila på snygga informationsbroschyrer och i stället börja fundera på hur vi förmedlar kunskap.

Värmötet var fantastiskt bra och mycket värdefull ny kunskap förmedlades. ■

Referenslista finns på VICs hemsida: www.v-i-c.nu



Spaniens huvudstad är pulserande och charmig. Under dagarna i Madrid fick vi uppleva en föräning av sommar: Kastanjen blommade liksom alla fruktträd. Sista kvällen var det fotboll – hemmalaget vann och lyckliga fotbollsälskare festade natten lång.

KOST, MOTION OCH KUNSKAP

Resestipendiaten Eva Angwald rapporterar från EuroPrevent i Madrid som gick av stapeln den 19 till 21 april 2007.

Text: Eva Angwald, BMA, Wallenberg-laboratoriet vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

De flesta muntliga presentationerna hölls av inbjudna föreläsare inom prevention och rehabilitering. För mig som BMA var det spännande att både ta del av föreläsare och postrar.

Vår poster handlade om hydroterapi, det vill säga träning i 34°C vatten, och om det varma vattnets positiva påverkan på systolisk och diastolisk funktion hos patienter med hjärtsvikt.

Jag tog del av en session som handlade om prevention av diabetespatienter med hjärtsvikt där man pekar på hur viktigt det är med kost samt motion för denna patientgrupp.

En annan mycket intressant session handlade om att psykosociala faktorer har en negativ påverkan på kvinnor med kardiovaskulära sjukdomar, exempelvis vid stress i

arbete, barnuppfostran och ekonomiska bekymmer. Studier visar att en ökad medvetenhet och sjukdomsinsikt hos dessa kvinnor förbättrar deras livssituation avsevärt.

Inom området *basic science* förekom en del mycket intressanta föreläsningar där man i djurstudier visat att en speciell mustyp, Serca2 KO, svarade bättre på träning än vad kontrollen, Serca2, gjorde. Dessa möss hade ett speciellt träningsprogram under fyra veckor och vid träningstillfällena mättes EKO och syrgasupptag kontinuerligt.

Den röda tråden för denna kongress var att visa hur viktig all form av kost, motion och kunskap är, och att detta sammantaget kan förebygga uppkomsten och försämringen av kardiovaskulära sjukdomar. ■



Eva Angwald riktar ett hjärtligt tack till VIC.

"Nu har jag verktyg i mitt dagli

Ingela Strigell Hådeli erhöi
VICs stipendium och kunde
därmed delta på årets State
of the heart-kongress.
Förväntningarna var höga
– här är hennes rapport.

Text: Ingela Strigell Hådeli, leg sjuksköterska,
äldreteamet Handen geriatriken.

Det var ett fullspäckat program som löpte under tre dagar med cirka 350 deltagare som arbetar inom hjärtsjukvård. Upplägget innebar att varje arbetsgrupp inom VIC, såsom HLR-, pacemaker-, hjärtsvikts-, Hia- samt sekundärpreventionsgruppen fick beskriva sina verksamheter och framtida visioner. Det var ett bra sätt att förstå patientens upplevelser och vägen genom vårdkedjan. Själv arbetar jag med multisjuka äldre i hemmet, det vill säga patienter som inte längre orkar ta sig till olika specialistmottagningar. För de äldre i hemmet är hjärtsvikt och angina det största problemen då det orsakar mycket oro och ångest.

Dag 1 var HLR-gruppen först ut med Katarina Bohm, som informerade om hur viktigt det är med tidig HLR och att enbart kompressioner ger bra resultat vid hjärtstopp utanför sjukhusmiljö. Därefter gav Jacob Hollenberg information om projektet SALSA. Jag blev imponerad över satsningen att få ut så många defibrillatorer till olika anläggningar, till polis, brandkår och i några taxibilar.

Eftermiddagen innehöll kortare föreläsningar om hur en akutkranskärloperation efter hjärtstopp går till, att man kan göra en PCI under ett hjärtstopp med hjälp av Lucas, apparaten som ger regelbundna bröstkompressioner; vilken betydelse kylbehandling har på patienter med hjärtstopp, att det kan skydda mot hjärnskador och förbättrar överlevnad. Tidsfaktorn är viktig och hypotermi bör påbörjas tidigt.

Som avslutning på eftermiddagen fick vi en mycket intressant och viktig föreläsning av Stella Cizinsky. Hon pratade om hur samhället har förändrats genom åren, och drog paralleller med hur grottfolket levde och jagade för att få föda, och hur vi i dag sitter still och i princip får maten serverad med mycket snabbmat, vi rör oss mindre och mindre. Det går inte att medicinera bort hjärtsjukdomar, utan vi måste börja mycket tidigare att förändra våra levnadsvanor. Hon var mycket imponerande som före-

Välorganiserat, välkomponerat, vältaliga föreläsare. State of the heart-kongressen får högt betyg.

dragshållare, blandade skämt och allvar, lyckades hålla alla vakna trots att hennes föreläsning var mellan klockan 17 och 18. Dagen avslutades med mingel och gott småplock med dryck till.

Kunskapsspridande föreläsningar

Stella Cizinsky fick starta dag 2 med sin föreläsning om modern hjärtinfarktsvård i ett helhetsperspektiv, vilket hon gör med en stor entusiasm. Därefter kom arytmigruppen med en överraskning: En film där en man beskrev arytmier med hela sin kropp. Det var mycket underhållande.

Pacemakergruppen använde sig av ett patientfall där de beskrev vilka kriterier som behövs för att en person ska vara i behov av en pacemaker. Vi fick inblick i olika system, exempelvis biventrikulär pacemaker och ICD, en implanterbar elektrokonverterare – defibrillator. Fem av mina äldre patienter har en ICD inopererad. Det har varit svårt för mig att exakt beskriva hur den ser ut och vad den gör. Efter dessa dagar har jag fått kunskap och kan på ett mer pedagogiskt sätt informera och diskutera

med patienterna om pacemakerns effekter och funktioner.

Klockan 19, två timmar efter den sista föreläsningen var det samling på Norra Latins skolgård. Vi blev bjudna på varm dryck samt en sevärd eldshow som gjorde sig bra i kvällskylan. Sedan satte vi oss i konferenscentrets restaurang och serverades en mycket välkomponerad tre-rättersmeny. Under middagen fick vi även en imponerande underhållning med härlig rytm, det var afrikansk dans med bongotrummor.

Givande dagar

Dag 3 startade Margareta Brännström med att tala om hur det är att leva med kronisk hjärtsvikt i avancerad palliativ hemsjukvård. För oss vårdpersonal är det viktigt att försöka ha förståelse för hur patient och anhöriga upplever sjukdomen, och hur svårt det kan vara att vara hemma då symptomen svänger ganska ofta. Att vara hemma är en stor utmaning för patientens trygghet och ett stort ansvar för de anhöriga. Jag hade förväntat mig mer innehåll i denna föreläsning. Förhoppningen var mer diskussioner kring hur man stöttar patient och anhöriga i det



ga arbete"



långa palliativa förlopp som hjärtsvikt faktiskt innebär.

Bukfetma – en hjärtesak var eftermiddagens föreläsning med Thomas Kjellström och *Sömnen – en faktor för god kardiovaskulär hälsa*. Dessa två föreläsningar kändes viktiga och innehållsrika och gav verktyg att använda i diskussioner och bedömningar som görs i hemsjukvården. Thomas Kjellström fick alldeles för lite tid för sin viktiga föreläsning, den hade jag velat ha mer av.

För mig som inte har haft förmånen att få gå på liknande konferenser var det mycket lärorikt. Det var välorganiserat, välkomponerat och ett sätt att skapa ett trevligt nätverk med kollegor inom hjärtsjukvård. Dessa tre dagar har givit mig många verktyg och kunskap att ta med mig i mitt dagliga arbete. På min arbetsplats inom geriatrikens hemsjukvård så prioriteras inte sådana här utbildningar, trots att det är en mycket komplex vård med stort ansvar för sjuksköterskor.

Ett stort tack till VIC som gjorde det möjligt för mig att bredda min kompetens inom hjärtsjukvård med det stipendium jag fick. ■

Den hjärtsviktssjuka kvinnans sexualitet

Ewa Hägglund har erhållit Mercks stipendium **Hjärtsviktssjuksköterska 2007**.

Ämnet hon ska belysa handlar om sexualiteten i relation till hälsorelaterad livskvalitet hos hjärtsviktssjuka kvinnor.



Text: Ewa Hägglund, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge, eva.hagglund@karolinska.se

Förr trodde många att det inte var aktuellt att ha sex efter en viss ålder, framförallt inte för kvinnor som uppnått klimakteriet. I dag är det annorlunda. Eftersom människor nuförtiden är mer öppna med att tala om sex och det har gjorts undersökningar om svenska folkets sexualvanor, vet man att många har sex långt upp i åren. Alla människor har någon relation till sexualitet och de flesta människor har någon form av sexuellt samliv. Sexualitet har i alla tider varit en källa till lust och glädje, och det är en viktig drivkraft i de flesta vuxna människors liv. Dessutom kan ett bra sexliv ses som en viktig hälsofaktor eller åtminstone öka den subjektiva upplevelsen av hälsa. Att hjälpa patienter som så önskar till ett fungerande sexualliv är en viktig uppgift inom sjukvården. Det finns många faktorer som vanligtvis påverkar sexu-

aliteten hos de äldre och kvinnor överlag. I det kan inkluderas en frisk partner, individernas fysiska och psykiska hälsa och påverkan av mediciner. Det är av stor vikt att sjukvårdspersonal uppmärksammar problem runt sexualitet då detta är vanligt förekommande hos patienter med kronisk hjärtsvikt.

Jag är därför mycket tacksam över att ha fått ta emot Mercks stipendium *Hjärtsviktssjuksköterska 2007*. Jag ska försöka belysa den hjärtsviktssjuka kvinnans sexualitet och dess relation till hälsorelaterad livskvalitet.

Hur upplever kvinnor med hjärtsvikt sin sexualitet?

Vilken information, vilka råd relaterade till den sexuella funktionen kan vi som vårdpersonal ge kvinnor med hjärtsvikt? ■

Referenslista finns på VICs hemsida: www.v-i-c.nu



PACEMAKERSJUKSKÖTERSKA 2008 ST. JUDE MEDICAL STIPENDIUM

VIC-gruppen i samarbete med St. Jude Medical utlyser ett stipendium på 10 000 kronor till den sjuksköterska/BMA som lämnar in en beskrivning av ett pacemaker- eller ICD-fall som innehåller en klinisk eller teknisk utmaning och som bedöms vara av stort utbildningsvärde.

Förutsättningar för bedömning av fallbeskrivning:

- Fallbeskrivningen måste innehålla adekvat dokumentation och av bra kvalitet (gärna skärmdumpar med hjälp av USB)
- Fallet ska inte tidigare ha varit publicerat.
- Materialet inlämnas senast den 28 februari 2008

Vinnaren av stipendiet utses av en kommitté bestående av VIC och St. Jude Medical. Den vinnande fallbeskrivningen kommer att publiceras i St. Jude Medicals tidskrift *Kärl & Hjärta* samt på företagets hemsida. Utdelning av stipendiet kommer att delas ut i samband med Kardiovaskulära vårmötet 2008.

St. Jude Medical förbehåller sig rätten att använda insända bidrag i sina utbildningar. Till ansökan bifogas den sökandes personliga uppgifter (namn, adress, telefon-/mobiltelefonnummer, e-postadress). Ansökan insändes till St. Jude Medical Sweden AB. Att: Anneli Wiklund, 175 84 Järfälla.

 ST. JUDE MEDICAL

Rör på dig!

Bengt W Johansson
Kardiolog och författare

För ett sekel sedan var livet mycket annorlunda än i dag, något som också gäller för graden av fysisk aktivitet. Det arbete som nu i stor omfattning utförs med tekniska hjälpmedel måste tidigare göras för hand. Människan var betydligt mer fysiskt aktiv – det var ett överlevnadsvillkor. I dag kan en hel del arbete utföras vid skrivbordet och fritiden tillbringas också i stor utsträckning immobil, inte minst framför teven.

Reaktionen mot allt stillastående kom i form av joggarvågen som spred sig som en löpeld. Men jogging ska inte överdrivas och det får inte bli för mycket. En del blir näst intill fartblinda, förser sig med skyggglappar och har blicken stelt fixerad på resultatet. "Ska jag klara den här sträckan på kortare tid än sist?" Något som föranleder de förbisedade att fråga: "Har du nånsin sett en glad joggare?" Den fysiskt aktivitetsointresserade påpekar att mr Fixx, som introducerade joggningsvågen i USA, dog under en joggingtur. Man kan också hänvisa till Ordspråksboken 27:12. Kanske inte alla har Bibeln med Gamla Testamentet lättillgängligt – hotellrum erbjuder ju enbart Nya Testamentet – därför kan jag meddela att det där står skrivet att "de fåkunniga löpa åstad och få plikta därför".

Den som inte vill röra på sig kan också hänvisa till att det just nu är inne att förklara uppkomst av åderförkalkning som ett resultat av en kronisk systemisk inflammation. CRP är en markör för inflammation och i *Journal of the American College of Cardiology* 2005;45:1563-1569 kan han/hon lära att kraftig ansträngning ger en ökning av inflammationsmarkörer, inklusive CRP. Men om vederbörande läser vidare framgår att fysisk aktivitet under längre tid reducerar nivåerna av inflammationsmarkörer, däribland CRP. Anhängare av regelbunden daglig fysisk aktivitet i lagom mängd kan också hänvisa till en intressant studie från London, där man undersökte hjärtinfarktsfrekvensen hos busschaufförer och konduktörer. Dubbeldäckare gav ju konduktörerna betydligt mer motion än chaufförerna, och hjärtinfarktsfrekvensen var därför lägre hos konduktörerna.

Den gynnsamma effekten av fysisk aktivitet är säkerligen ett resultat av olika mekanismer, bland annat genom påverkan av blodfetthalten. I en studie jämförde man försökspersoner som åt enligt Livsmedelsverkets rekommendationer med andra som fick en betydligt fetare kost. Båda grupperna utsattes för samma hårda fysiska belastning genom en veckolång skidtur i fjällen med tung packning. Det visade sig då att kosten inte hade någon betydelse för blodfettskoncentrationen. Däremot märktes en väsentlig skillnad när de

"Njut av livet på ett hjärtvänligt och individuellt anpassat sätt"



båda grupperna vilade, då ökade blodfetterna märkbart i den grupp som åt mycket fet mat.

Vid fysiskt hårt arbete spelar det tydligen mindre roll vilken sorts fett man äter. Och massajerna, som är ett östafrikanskt nomadfolk och således fysiskt mycket aktiva, äter mat med mycket mättat fett och liten andel grönsaker, likväl drabbas de inte av hjärtinfarkt.

Regelbunden, helst daglig, fysisk träning är värdefull för kroppen. Hund är en bra stimulans till daglig motion. Både husse och matte har svårt att motstå den bedjande blicken i hundens ögon när det är dags för den dagliga promenaden.

Och fysisk aktivitet är ett hjälpmedel mot övervikt, men regelbunden motion enbart förhindrar inte övervikt om kaloriintaget är för stort. Den som har fått rådet att som motion simma regelbundet har all anledning att fråga: "Om nu simning är så bra mot övervikt, hur kommer det sig då att valar väger över 100 ton?"

Rekommendationer i all ära. Men det får inte gå till överdrift. Man ska njuta av livet och det kanske på ett mycket hjärtvänligt och individuellt anpassat sätt. Och betänk att "ett alltigenom sunt liv gör många människor odrägliga".

Om man nu vill följa rådet "rör på dig", ta då en promenad till affären för att köpa ingredienserna till den goda, fettsnåla och hjärtvänliga maträtten:

TORSK PÅ ITALIENSKA

Skär ett djupfryst torskblock i 2 cm tjocka skivor, mjöla och stek lätt i olivolja. Hacka 2 gula lökar, fräs även dem i olja. Häll litet olivolja i en eldfast form och lägg ner de lättstekta torskbitarna med löken ovanpå. Salta, peppra och strö över riven parmesanost. Fyll formen med mjölk till den står över innehållet. Låt stå i ugn 175-200°C en knapp timme tills vacker färg uppkommit och mjölken kokat in. Och medan torsken italieniseras i ugnen kan man förbereda tillbehör i form av ris och sallad.
Bon appetit!

En kombination som når längre

Kolesterolhalten i blodet bestäms av kolesterolabsorptionen i tarmen och syntesen i levern. Genom att behandla både kolesterolabsorptionen och syntesen med EZETROL* respektive statin, får du mer kraftfull kolesterolsänkande effekt jämfört med att bara använda en statin.*

EZETROL
(ezetimib)



* Gagné et al. *Am J Cardiol* 2002;90 :1084-1091. Studerade statiner: Simvastatin, Atorvastatin, Pravastatin, Fluvastatin.

EZETROL (ezetimib) kolesterolabsorptionshämmare (Rx; (F)) tabletter 10 mg och finns i förpackningarna 28/98 blister (368,5/1171,5) och 100 burk (1194,5 AUP). **Indikationer:** EZETROL givet tillsammans med en statin är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) som inte är adekvat kontrollerade med en statin enbart. EZETROL i monoterapi är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) hos vilka en statin anses olämplig eller inte tolereras. EZETROL givet tillsammans med en statin, är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Annan kompletterande behandling (t ex LDL-afäres) kan ges. EZETROL är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär sitosterolemi. Några studier som påvisar EZETROLs förebyggande effekt med avseende på komplikationer av ateroskleros har ännu ej slutförts. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av hjälpämnen. När Ezetrol ges tillsammans med en statin bör produktresumén för det aktuella läkemedlet konsulteras. Ezetrol givet tillsammans med en statin är kontraindicerat under graviditet och amning. Ezetrol givet tillsammans med en statin är kontraindicerat hos patienter med aktiv leversjukdom eller med kvarstående transaminasförhöjning utan känd orsak. Vid förskrivning se www.fass.se. **Villkor för subvention:** EZETROL är inkluderat i läkemedelsförmånen till patienter enligt indikation i kombination med något av följande: etablerad kranskärslsjukdom, diabetes typ 2, familjär hyperkolesterolemi, multipla riskfaktorer.

EZETROL är ett registrerat varumärke av Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, NJ, USA. MSD, Box 7125, 192 07 SOLLENTUNA. Schering-Plough AB, Box 6185, 102 33 STOCKHOLM. Uppdaterad oktober 2007.



Box 7125, 192 07 Stockholm
Tel 08-626 14 00
www.msd.se



Box 6185, 102 33 Stockholm
Tel 08-522 21 500
www.schering-plough.se

Posttidning B
Avs: Sv Cardiologi
c/o EBC
Box 10014
121 26 Stockholm-Globen

KRAFT ATT UTMANA

Betydande blodtryckssänkning oavsett grad av
hypertoni^{*1,2}
– i genomsnitt 36 mm Hg SBT vid svår hypertoni^{#,2}

Generellt mindre ankelödem än vid behandling med
amlodipin i monoterapi³

Amlodipin och valsartan är båda var för sig väl-
dokumenterade substanser vid hypertoni^{4,5,6}

EXFORGE[®]
amlodipin/valsartan

BETYDANDE BLODTRYCKSSÄNKNING

*** Indikation:** Behandling av essentiell hypertoni.

Exforge är indicerat hos patienter vars blodtryck inte är adekvat kontrollerat med amlodipin eller valsartan i monoterapi.

Dos Exforge 5–10 mg/160 mg.

Exforge är en fast kombination av kalciumflödeshämmaren amlodipin (amlodipinbesilat) och angiotensin II-receptorblockeraren (ARB) valsartan. Exforge finns i styrkorna 5 mg/80 mg, 5 mg/160 mg och 10 mg/160 mg.

Samtliga styrkor finns i förpackningsstorlekar med 28 tabletter respektive 98 tabletter. ATC-kod C09DB01. För mer information se: www.fass.se

Referenser: 1. Smith TR et al. J Clin Hypertens 2007;9:355-364. 2. Poldermans D et al. Clin Ther 2007;29:279-289. 3. www.fass.se 4. Dahlöf B et al. Lancet 2005;366:895-906. 5. ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA 2002;288: 2981-2997. 6. Julius S et al. Lancet 2004;363:2022-2031.