

Vi tre hade förmån att få resestipendium från VIC för att delta i det 18:e svensk kardiovaskulära vårmötet som gick av stapeln 27-29 april i Göteborg. Här följer en sammanfattning av våra dagar:

Tack vare att jag fick ett resestipendie från VIC har jag för första gången haft möjlighet att delta vid det Kardiovaskulära Varmötet.

Jag jobbar som sjukgymnast på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och har i snart 10 år arbetat inom hjärtrehabiliteringen med patienter i både öppen och slutenvården.

Jag åkte till Göteborg redan dagen innan vårmötets start för att delta vid årsmötet för Swedheart och framförallt årsmötet för Sephia. Här presenterades det att fysioterapidelen äntligen är färdig och från 1 maj kan vi alla sjukgymnaster/fysioterapeuter mata in fysioterapivariabler i Sephia.

I Jönköping har vi sedan nyår varit ett av pilotsjukhusen för registreringar och jag redogjorde för våra första månader av registreringar vid årsmötet.

Sedan flera år tillbaka har vi genomfört det submaximala cykeltestet och de muskeltester som registreras, så rent tidsmässigt har själva patientbesöket inte medfört så stora förändringar för oss. Vad vi dock har upplevt är att samtalet med patienterna blivit mer strukturerat och tydligt. Tidigare har vi diskuterat både vardagsaktiviteter och träning, men då på en snittnivå/vecka. Att nu sätta ett exakt mått gör det tydligt att visa vad som behöver läggas till eller stärka de patienter som uppnår tillräckliga nivåer. Det har varit en fördel att använda måtten vid uppföljningsbesöket som ett underlag för att visa på skillnader utöver resultaten vid funktionstesterna.

Vi känner oss positiva och motiverade till att fortsätta utföra testerna och registrera i Sephia då vi upplever att vi fått ett tydligare och mer strukturerat patientbesök. Det känns häftigt att alla sjukgymnaster/fysioterapeuter i Sverige kommer arbeta på liknande sätt med denna patientgrupp framöver. Tänk på lång sikt, vilka data vi kommer att kunna få ut!

Jag lyssnade till flera intressanta föreläsningar under Varmötets tre dagar, bla TAVI, rekommendationer om levnadsvanor, upplevelser och uppföljning vid hjärtstopp och livsstilsmodifiering vid förmaksflimmer.

En föreläsning som gav mig en del att tänka på i en pressad vardag med ständigt prioriteringstänk var **Ursäkta att jag stör - men jag är skör. Sjukgymnast Kristina Åhlund från Vänersborg pratade om Fysisk träning inom hjärtrehabilitering- hur kan det anpassas till den sköra patienten.**

Vi blir allt äldre och personer över 80 år är del av befolkningen som ökar snabbast. Nedsatt förmåga att klara sig självständigt är något som ofta påverkas av hög ålder med samtidig sjukdom och funktionsnedsättning. Kliniskt beskrivs dessa personer som en skör patient. Uppfylls tre av fem av följande kriterier anses skörheten vara ett kliniskt syndrom: viktnedgång, nedsatt uthållighet, muskelsvaghet, nedsatt gånghastighet och låg fysisk aktivitetsnivå.

I samband med sjukhusinläggning blir den sköra hjärtpatienten ofta sängliggande, detta kan innebära en ytterligare försämring av den fysiska kapaciteten. För varje dag som går

kan så mycket som 5 % av muskelstyrkan minska, varav mycket av muskelmassan förloras från benen. Detta leder exempelvis till försämrad balans, svårigheter att gå i trappa och nedsatt förmåga att resa sig upp från exempelvis en toalettsits.

Det är därför viktigt att vid vårdtillfällen hitta de patienter som har risk att försämma sin fysiska kapacitet och tidigt starta upp individanpassad behandling för att bromsa in försämringstakten.

Det är viktigt att finna var i skörheten patienten befinner sig, det talar för vad som är viktigt att träna. Kristina visade på studier där man har sett vinst av multiprofessionella team. Sjukgymnastens roll var att utföra bedömning, träning, utprovning av hjälpmedel samt ge information till patienten och anhöriga. Samtliga insatser bör syfta till att öka fysisk aktivitet och självständighet i förflyttningar. Kristina betonade även vikten av överrapportering till nästa vårdnivå.

Hur hjärtrehabilitering i öppenvården bäst organiseras och bedrivs för dessa sköra patienter finns det viss brist i studier på. Dock vet man att alla patienter oavsett ålder och komorbiditet har nytta av deltagande i fysisk träning.

Något som är betydelsefullt för att förebygga funktionsnedsättning är styrketräning och detta bör förskrivas med 8-12 reps, 3 set, 3 ggr/v, initial intensitet 20-30 % av 1 RM. Successiv ökning till 80% av 1 RM.

Man bör även successivt föra in uthållighetsträning, starta med ett par minuter, för att sedan öka upp, om möjligt till 15-30 minuter. Intensitet på 50-85% av max HR.

Funktionellträning ses som ett komplement till styrketräningen, då inriktad på balans eller förflyttning. Det är viktigt att träningen individanpassas.

Kristina avsluta med att säga att "för ett förbättrat omhändertagande behövs sannolikt organisatoriska förändringar." I Jönköping kan vi absolut behöva tänka över hur vi prioriterar dessa patienter. Vi kan bli bättre på att skriva remisser till sjukgymnaster i primärvården och i kommunen.

På torsdagen hölls en föreläsning om **Frågor om GUCH från den kliniska vardagen. Fysioterapeut Camilla Sandberg från Umeå pratade om Fysisk aktivitet och träning vid GUCH.** Denna föreläsning hade jag sett fram emot att lyssna till då vi i Jönköping sedan någon månad tillbaka startat upp en sjukgymnast del av GUCH-mottagningen. I samband med samtliga nybesök till GUCH-läkaren ska vi träffa patienterna för en fysisk funktionsbedömning och råd om fysisk aktivitet och träning.

Vid föreläsningen berättade Camilla att 50 % av personer med GUCH ej uppnår de allmänna rekommendationer som finns för fysisk aktivitet. Samma procent visas även hos friska kontroller.

Jämfört med övrig befolkning visar förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer hos GUCH-populationen: Vanligare med övervikt, undervikt hos vissa (fontan), vanligare med hypertoni och diabetes.

Det är väl känt att många personer med medfödda hjärtfel har nedsatt fysisk prestationsförmåga, mest uttalat visar det sig hos de med komplexa hjärtfel.

Den nedsatta prestationsförmågan påverkas av olika faktorer, men främst på grund av begränsad förmåga att öka slagvolym och hjärtfrekvens vid ansträngning. Nedsatt muskelfunktion är en annan bidragande faktor.

Ett fåtal träningsstudier på vuxna med medfödda hjärtfel finns, de som är gjorda har ofta fokuserat på en särskild diagnosgrupp. Positiva effekter av träning på både aerob kapacitet och muskelstyrka har visats och då utan några påvisbara negativa effekter på hjärtfunktionen eller allvarliga hjärtrytmrubbningar.

De rekommendationer för fysisk träning som finns idag grundar sig på konsensus utefter patientens sjukdomsbild och bör därför individanpassas.

Det finns egentligen inga restriktioner för de patienter som endast har lättare eller ingen påverkan på; kammarfunktion, lungartärtryck, aortadimension, arytm och arteriell syrgassaturation vid vila/aktivitet. Finns det en mer uttalad påverkan på tidigare nämnda faktorer kan det finnas restriktioner. För dessa har vi som sjukgymnaster/fysioterapeuter en viktig roll att i samarbete med GUCH-läkaren utforma lämplig träning.

Det är viktigt att vi uppmuntrar till ett fysiskt aktivt liv då de flesta kan träna utan restriktioner.

Stort tack till VIC som möjliggjorde att jag kunde delta vid dessa givande dagar. För er som inte hade möjlighet att närvara kan jag varmt rekommendera att ni tar del av presentationerna via länk på vårmötets hemsida!

Elin Lundberg
Sjukgymnast, Länssjukhuset Ryhov Jönköping

Jag blev oerhört glad när jag fick ett stipendium från VIC som gjorde att jag kunde åka på det årliga Kardiovaskulära vårmötet. Jag jobbar som sjuksköterska på hjärtvården, Länssjukhuset Ryhov sen många år tillbaka. Mitt huvudsakliga ansvar är hjärtsviktspatienter så därför lyssnade jag på en del föreläsningar om hjärtsvikt. Vi har genom åren försökt få till ett bra samarbete mellan sjukhuset och vårdcentralerna i kommunen men inte lyckats särskilt bra. Jag lyssnade därför till föreläsningen strukturerad hjärtsviktsvård från teamet i Lund. **Kroniskt hjärtsjuka utan bästa behandling!**

Ca 2,2 % av Sveriges befolkning är Hjärtsviktspatienter och hjärtsvikt är en av de vanligaste orsakerna till att patienterna söker på akutmottagningar i vårt land vilket leder till mycket inläggningar på våra vårdavdelningar.

En allt högre ålder vid insjuknandet i hjärtsvikt samt att hjärtsviktspatienterna lever längre med sin hjärtsvikt gör att antalet inläggningar ökar vilket innebär en allt högre kostnad för våra landsting.

Hjärtsvikt är vanligast hos äldre människor. Medelåldern för en hjärtsviktspatient är vid diagnos 75 år. Hjärtsvikt innebär att hjärtats pumpförmåga har försämrats och är nedsatt. Detta medför att blodet i kroppen inte pumpas runt tillräckligt effektivt.

Trots nationella riktlinjer är det enligt socialstyrelsen endast 3 landsting som når målnivån för behandling av patienter med kronisk hjärtsvikt. Underbehandlingen med mediciner leder till att var tionde hjärtsviktspatient läggs in på sjukhus igen inom en månad. För de äldsta och sköraste patienterna, i NYHA klass IV är det svårt med bieffekterna av alla hjärtsviktsläkemedel. Resultaten vid en jämförelse i Lund mellan åren 2005 och 2014 visar att överlevnadsprocenten inte ökat för hjärtsviktspatienterna men att den här typen av patienter insjuknar i en högre ålder, i medeltal mer än >82 år och att man lever längre med sin hjärtsvikt. Man identifierade även "non responders" vilket innebär de hjärtsviktspatienter där man gjorde upprepande mätningar av NT-proBNP under vårdtiden och som inte svarade på läkemedelsbehandling med sjunkande NT-proBNP. Dessa patienter blev ofta återinskrivna på sjukhus inom 30 dagar. Här menar man att man hittat ett fel i strukturen, att det inte finns tillräckligt med vårdplatser eftersom omsättningen är för hög och då kommer de hjärtsviktspatienterna som behöver något längre sjukhusvård i kläm. De patienterna skrivs hem för tidigt. För att komma vidare tittade man i Lund på Sörmanlands 5 dygns modell. Flera professioner samarbetar utifrån ett helhetsperspektiv inom den specifika vården och anpassar den efter patienternas behov. Patienten erbjuds ett så kallat "follow up" besök vilket innebar att patienten fick komma tillbaka på ett så kallat "öppenvårdsbesök" och träffa samma läkare och sjuksköterska som under vårdtillfället. Ett gott resultat har framkommit av detta via ett antal patienter som har berättat om ökad kunskap, delaktighet och bättre livskvalitet.

Hjärtsvikt med järnbrist var ett annat intressant ämne att lyssna till.

Järnbristen leder till anemi och försämrad syretransport. Detta är förenat med sämre livskvalité och ökad dödlighet. Det är viktigt att skilja på anemi och järnmättnad. Studier har visat att intravenös järnbehandling ökar prestationsförmågan och förbättrar livskvalitén. Anna Nilsson berättade hur de gör i praktiken i Göteborg, att de får remisser från hela medicinklinken och att alla patienter ska vara i måldos enligt riktlinjer eller i individuella måldoser innan start av läkemedlet. De patienter som är intresserade ska ligga, över 130 g/l i Hb för män och över 120g/l för kvinnor och deras ferritin ska vara under

100 µg/l. Läkemedlet Ferinject som ges har visat sig ge bättre livskvalité, bättre arbetsförmåga, minskad NYHA klass och färre återinläggningar. Biverkningarna är, enligt Anna Nilson från Göteborg, nästintill obefintliga. Vi använder Ferinject till några av våra patienter men inte alls i den utsträckning som, enligt Anna Nilsson görs i Göteborg men vi har på gång att utvidga denna behandling för att kunna ge den i större utsträckning till vår hjärtsvikts patienter.

Att kunna erbjuda de svårt sjuka äldre patienterna med aortastenosis en **TAVI operation som ett alternativ till palliativ vård**, har blivit en verklighet med den snabba utvecklingen inom tekniken. Men passar detta alla äldre patienter med aortastenosis? Enligt Föreläsare Irina Myasnikova har det efter flera års forskning kommit till kännedom att patienter inte får önskat effekt av TAVI. I forskning har man kunnat påvisa en komponent som man kallar för "kritisk skörhet" det innebär en förlust av resurser i form av energi, fysisk aktivitet, kognitiva funktioner och hög komorbiditet, med risk för negativa resultat. Forskningen fortsätter med att ta reda på mer om dessa komponenter och förhoppningsvis ska vi kunna välja rätt patienter i framtiden.

Jag tackar för pengarna jag fick som gjorde att jag kunde vara en av deltagarna på vårmötet och alla ni andra, sök stipendium i VIC. Det kan vara din tur nästa gång!

Lena Tengvall

Hjärtsjuksköterska Länssjukhuset Ryhov Jönköping

Tacksam och glad mottog även jag VIC-stipendiet som bidrog till att jag kunde delta vid Varmötet 2016 och fick uppleva tre givande dagar fullmatade med intressanta föreläsningar varvat med arbete i CKG:s (Centrum för Kardiovaskulär Genetik) monter.

Karin Hellström Ångerud, sjuksköterska och med dr, Umeå presenterade resultaten från tvärsnittsstudien *Differences in symptoms in relation to myocardial infarction type* och det blev en av Varmötets prisbelönade presentationer. Enkätstudien med 690 inkluderade patienter jämför skillnader i symtom mellan NSTEMI och STEMI. Resultaten visar att enbart bröstsmärtans karaktär inte kan ge säker indikation på vilken typ av hjärtinfarkt som patienten misstänks ha. Det visade sig att förekomsten av kallsvett i samband med insjuknandet var signifikant högre bland STEMI-

patienterna. Karin Hellström Ångerud poängterade betydelsen av att vårdpersonal frågar om andra symtom än bröstsmärtan t ex vid första kontakten under samtalet till 1177.

Anneli Ohlsson, sjuksköterska i Lund, presenterade studien *Patients with acute myocardial infarction are positive to trial enrollment and wish to be asked before randomization – a VALIDATE-SWEDEHEART substudy*. Lund, Umeå och Örebro deltog i den här studien. De inkluderade patienterna följdes upp med ett telefonsamtal efter sju dagar då de utfrågades om inkluderingstillfället på PCI-lab efter akut insjuknande. 93% kommer ihåg att de tillfrågats och inkluderats i den situationen. 83% upplevde det som positivt och 60-70% vill bli tillfrågade innan inkludering. Umeå inkluderade 60 patienter till substudien och endast en patient upplevde det negativt att bli tillfrågad innan. I bakgrunden finns en jämförbar brittisk studie, *HEAT-PPCI*, där patienterna tillfrågades om samtycke dagen efter behandling. Den svenska substudien visar att patienten upplever det positivt att bli tillfrågad innan inkludering och därmed undanröjs den tveksamhet som kan uppstå om samtycke inhämtas först dagen efter behandling. Det var två studier vars resultat har påtaglig betydelse för mig i mitt dagliga arbete på Kardiologen/HIA.

För övrigt var det mycket intressant att lyssna på föreläsningarna om kardiogenetik i *Frisk med risk – 50 nyanser av kardiogenetik*. Ett område som är under stark utveckling och där vi till och med fick ta del av patientperspektivet genom Lena Kirsebom *En mutationsbärare synvinkel*, en mycket tänkvärd föreläsning. Och som läkare och vårdpersonal har vi stora utmaningar framför oss när det gäller patientens delaktighet i vården. Där har vi inte kommit så långt som vi skulle önska och flera föreläsare tog upp problemet i sina presentationer tex på hyperlipidemiområdet. En av dem, Stefan Thorsén i *Är bäst bra nog?*, diskuterade svårigheterna med att lyckas få med sig patienten "på tåget". Vi vet att 1 mmol:s sänkning av LDL-kolesterol ger 10% lägre dödlighet och vi är ännu för dåliga på att få patienten att förstå varför han ska ta sina ordinerade lipidsänkande läkemedel. Här krävs en samsyn mellan olika vårdgivare så att även vi i vården är med på samma tåg som patienten förväntas vara.

På Vårmetet fanns verkligen något för var och en att ta med sig till sin egen verksamhet.

Karin Lärkeryd
Sjuksköterska, Kard/HIA/CKG
Norrlands universitetssjukhus

