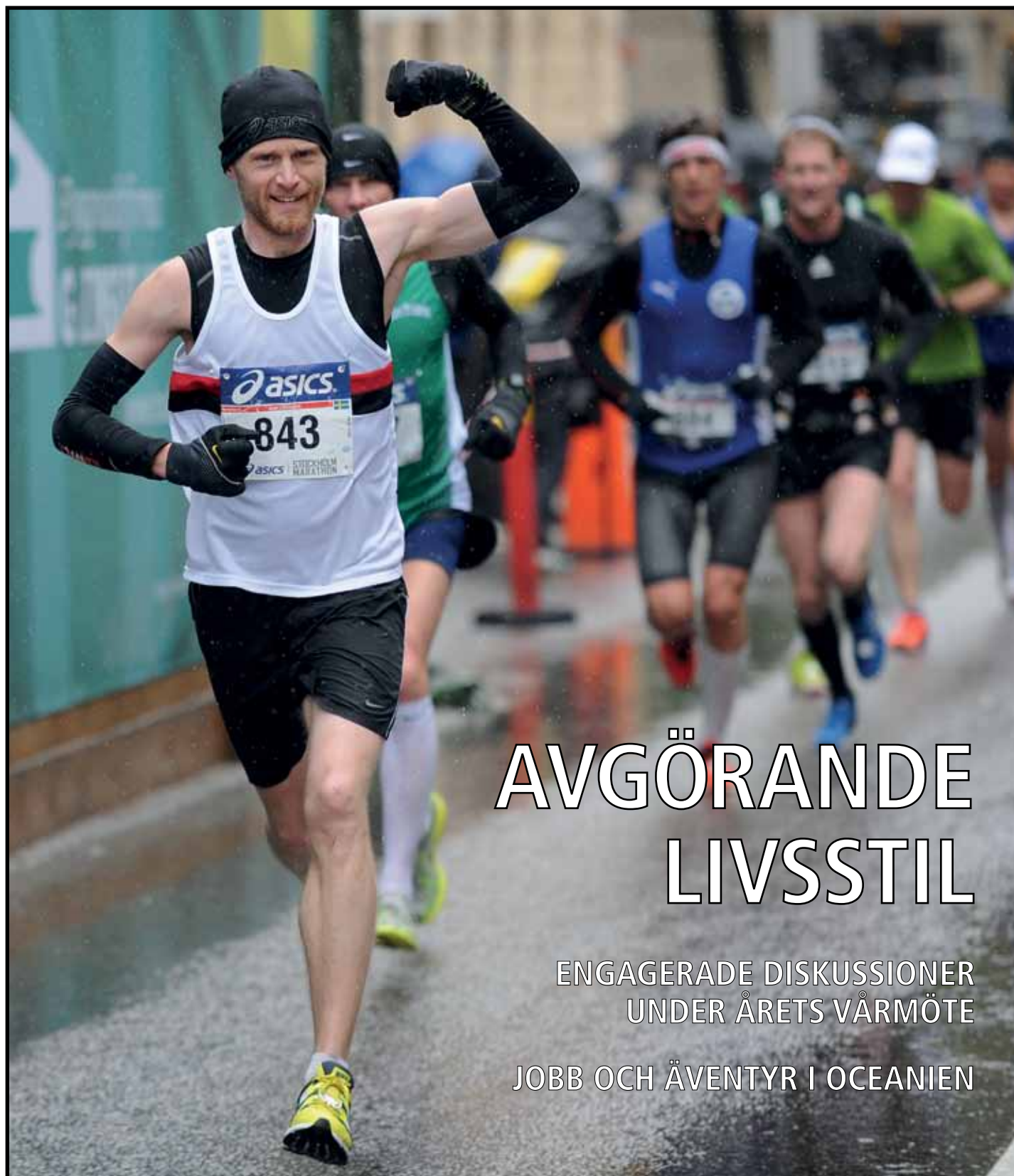




Svensk CARDIOLOGI

nr 2 | 2012



AVGÖRANDE LIVSSTIL

ENGAGERADE DISKUSSIONER
UNDER ÅRETS VÅRMÖTE

JOBB OCH ÄVENTYR I OCEANIEN

Två nya indikationer inom kardiologi och invärtesmedicin

Nu är **Xarelto (rivaroxaban)** godkänt vid **förebyggande av stroke och systemisk embolism** hos vuxna patienter med **icke-valvulärt förmaksflimmer** med ≥ 1 riskfaktor*, och **behandling av djup ventrombos (DVT), och förebyggande av återkommande DVT och lungemboli (PE)** efter en akut DVT hos vuxna.¹ Behandling med Xarelto innebär att ingen INR-monitorering eller inga kostrestriktioner krävs. Dessutom är interaktionerna färre än med standardterapi.^{1,2,3}

♦ Strokeförebyggande behandling vid förmaksflimmer – minskar risken för intrakraniella och dödliga blödningar

Xarelto förebygger stroke och systemisk embolism lika effektivt som warfarin och minskar signifikant risken för intrakraniella och dödliga blödningar.² Xarelto har en minst lika god säkerhetsprofil avseende kardiovaskulära händelser som warfarin.²

♦ Xarelto – ett läkemedel istället för två vid akut DVT

Behandling med Xarelto innebär monoterapi och tablettbehandling från dag ett istället för standardterapi LMWH/warfarin.³ Xarelto är lika effektivt som standardterapi utan att öka risken för blödningar vid akut DVT jämfört med LMWH/warfarin.³

*Som hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack.

Referenser: 1. Produktresumé Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891. Supplement. 3. The EINSTEIN Investigators. N Engl J Med. 2010;363:2499-2510.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, Rx (B01 AX06). Tabletter 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Indikationer:** 10 mg: Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik (Ff). 15 mg och 20 mg: Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (EF). Behandling av djup ventrombos (DVT), och förebyggande av återkommande DVT och lungemboli (PE) efter en akut DVT hos vuxna (EF). **Dosering:** Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik: rekommenderad dos är 10 mg som tas oralt en gång dagligen. Den inledande dosen ska tas 6 till 10 timmar efter operationen, förutsatt att hemostas har etablerats. Förebyggande av stroke och systemisk embolism: rekommenderad dos är 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. Behandling av DVT och förebyggande av återkommande DVT och PE: rekommenderad dos för initial behandling av akut DVT är 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna, följt av 20 mg en gång dagligen för fortsatt behandling och förebyggande av återkommande DVT och PE. Särskilda patientpopulationer: för patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion gäller följande doseringsrekommendationer: vid förebyggande av stroke och systemisk embolism hos patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Vid behandling av DVT och förebyggande av återkommande DVT och PE: patienterna ska behandlas med 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna. Därefter är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Kliniskt signifikant aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance <15 ml/min rekommenderas inte. Hos flera undergrupper av patienter föreligger en ökad blödningsrisk. Dessa patienter ska övervakas noga för tecken på blödningskomplikationer efter att behandlingen inletts. För fullständig information om varningar och försiktighet var god se www.fass.se. **Förpackningar och förmån:** 10 mg: 10 tabl. (F), 30 tabl. (F), 100 tabl. (EF). 15 mg: 28 tabl. (EF), 42 tabl. (EF), 98 tabl. (EF), 100 tabl. (EF) 20 mg: 28 tabl. (EF), 98 tabl. (EF), 100 tabl. (EF). För ytterligare information och prisuppgift var god se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén maj 2012. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

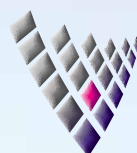
Xarelto ingår i läkemedelsförmånen endast vid förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik.

First in ORAL, Direct Factor Xa Inhibition



Bayer HealthCare

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



Xarelto[®]
rivaroxaban

SVENSK CARDIOLOGI

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

ANSVARIG UTGIVARE

David Erlinge

Adress: Kardiologkliniken, Lunds Universitetssjukhus,
Box 117, 221 00 Lund
Telefon: 046 222 000

REDAKTÖR

Christer Höglund

Hjärt-Kärlgruppen City
Sveavägen 13-15, plan 4
111 57 Stockholm
Telefon: 08 122 10 317
Fax: 08 10 85 84
E-post: christer.hoglund@gmail.com

PRODUKTION

Greenwood Communications AB

Adress: Box 5813
102 48 Stockholm
Telefon: 08-411 85 11
Projektansvarig: Tanja Dyredand (tanja@greenwood.se)
Produktionsansvarig: Lisa Greenwood (lisa@greenwood.se)
Layout: Isabel Lantz (isabel@theinkarchive.com)

UTGIVNING 2012:

Nr 3: vecka 39
Nr 4: vecka 50

ANNONSFÖRSÄLNING

Jan Söderstrand
Telefon: 08-622 62 02
E-post: jaso@telia.com

ANNONSMATERIAL

Greenwood Communications AB
Box 5813, 102 48 Stockholm
Bud: Riddargatan 35, plan 2
E-post: lisa@greenwood.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

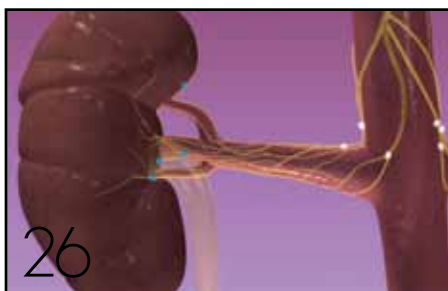
Medlemsavgift: 500 kronor/år
Pensionär: gratis
Icke-medlem: 400 kronor
Lösnummer: 100 kronor
Upplaga: 2 600

ADRESSÄNDRING

E-post: lisa@greenwood.se
Returadress: Greenwood Communications AB
Box 5813, 102 48 Stockholm



Omslag: Entusiastiska motionärer och maratonlöpare från 2012 Stockholm Maraton som trotsade regn och rusk.
Foto: Hasse Sjöström Decabild.



- 4-11 Nya Styrelsen och ledare
- 12 Härlig stämning på årets Kardiovaskulära Vårnöte.
- 14 Kvalitetsregisters betydelse för effektivare vård.
- 16 Stenestrandstipendiat: Anna Norhammar.
- 17 Europeiska riktlinjer för råd om förändrade levnadsvanor.
- 19 Pulshöjande träning för hälsosammare hjärta.
- 22 Är regelbundet intag av vin bra?
- 24 Stipendiater
- 26 Renal Denervering, en ny behandlingsmetod.
- 30 Att jobba utomlands. Familjen Linder på äventyr i Nya Zeeland.
- 36 Fetma - en global epidemi.
- 42 VIC Ordförande
- 43 VIC Stipendierapport
- 44 VIC Avhandling
- 44 VIC Rapport från Köpenhamn

Korrigerig: I nr 1-2012 angavs Helén Rönning felaktigt som skribent till sammanfattningen av hennes avhandling. Korrekt skribent var Anna Strömberg, legitimerad sjuksköterska, medicine doktor, professor vid institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet.



Redaktören tillsammans med den samlade styrelsen. Från vänster främre raden Viveka Frykberg, ordinarie ledamot, Per Johanson, vice ordförande, David Erlinge, ordförande, Kristina Hambreus, ordinarie ledamot. Bakre raden: Eva Strååt, kassör, Christer Höglund, Christina Christersson, ordinarie ledamot samt Fredr Braunschweig, vetenskaplig sekreterare.

Cardiologföreningen har fått en ny styrelse för åren 2012-2014

Text: Christer Höglund Foto: Christer Höglund och Mikael Skoog

Under Vårsmötet hölls det sedvanliga årsmötet för Cardiologföreningen. Speciellt detta år var att en ny styrelse valdes. Svensk Cardiologi vill därför ta tillfället i akt att tacka kollegerna Lena Jonasson, Peter Vasko och Karin Åström-Olsson för en enorm insats och hoppas nu att det ska bli mer tid för familjen eller fritid.

Den nye ordföranden är nu professor David Erlinge från kardiologen i Lund. Detta har ni säkert sett redan på hemsidan. Vid hans sida har han docent Per Johanson från Sahlgrenska i Göteborg. Per var ju tidigare vetenskaplig sekreterare och är ju också känd för att

hålla i Forskarkurserna i Mölle. Kristina Hambreus sitter kvar, samt den evige adjungerande redaktören.

Tre nya har valts in och dessa kommer här presenteras lite mer grundligt här nedan. Det gäller Eva Strååt som blir kassör, docent Frieder Braunschweig från Karolinska som blir den nye vetenskaplige sekreteraren och sist docent Christina Christersson från Akademiska i Uppsala.

Vilka är då dessa nya kolleger? Jag har därför ställt några frågor för att få en mer samlad bild.

Eva Strååt

Är du född där du arbetar i Stockholm? - Ja jag är född på Södersjukhuset, har aldrig arbetat där innan jag nu tillträdde som VC okt 2010, men det är en speciell känsla - detta att arbeta där man är född.

Hur lever du idag? - Jag är skild sedan länge, har en vuxen son där jag har nära kontakt med honom o hans sambo, vi gillar alla skidåkning, skridsko mm.

Arbetar du med patienter dagligen eller är du administratör mestadels? Har du något specialintresse? - Jag har alltid arbetat mycket kliniskt, även vid tidigare chefsuppdrag. Mitt specialintresse har varit pacemakerpatienter/arytmi, men sedan jag tillträdde min tjänst på Södersjukhuset har jag i huvudsak varit administrativ. Jag försöker ha lite mottagning någon gång per månad för att få arbeta som doktor också och få lite patientkontakt, något jag saknar. Jag tycker mitt administrativa uppdrag är roligt.

Hur ser ditt umgänge ut? Är det bara kolleger? - Jobbet tar mycket tid och därför är det lätt att det blir många kollegiala kontakter, men jag har också vänner sedan studietiden då umgänget i hög grad även bestod av teknologer, försöker bibehålla den kontakten för att vidga mina vyer en smula.

Har du någon hobby? Gillar du att resa och i så fall vart? - Jag försöker träna regelbundet, även om det haltar ibland, gillar skidåkning, långfärdsskridsko o paddling även om jag är måttligt äventyrlig. Har under några år även ägnat viss tid åt ornitologi och reste då till lite udda platser i bl.a Afrika. Mitt livs drömresa gjorde jag för några år sedan när jag deltog i en kryssningsresa till Antarktis. Detta var helt otroligt och något jag gärna skulle vilja göra om.

Vad gillar du mest? Var brukar du vistas på din semester? - Jag gillar mycket, allt från friluftsliv till klassiska konserter och opera. Semestern tillbringar jag gärna delar av i Skåne där jag är uppväxt.

Vilken bok läste du sist? - Horace Engdahl, Cigaretten efteråt

Vad vill du läsa i Svensk Cardiologi? - Hur ser forskning- och utvecklingsaktivitet inom kardiologi ut i olika delar av Sverige, ett bra exempel är de presentationer av nya avhandlingar som görs, men även bredare reportage om hur man exempelvis löser sitt utbildnings/fortbildningsuppdrag vore roligt.

Vad tror du att du kan bidra med i styrelsen de kommande två åren? - Förhoppningsvis kan jag bidra med ideer och tankar runt hur vi för ut nya kunskaper i den kliniska verkligheten så att vi faktiskt i praktiken tillämpar alla den evidens, som vi har inom kardiologi när det gäller behandlingen av våra patienter. Och eftersom jag nu fått uppdraget som kassör - att jag liksom min företrädare har bra koll på ekonomin.



Frieder Braunschweig

Är inte du född i Tyskland? Var där? - Jag är född och uppvuxen i Schleswig, söder om den danska gränsen. Den senare har ju flyttats upp och ner i historien och Schleswig har varit danskt vid ett par tillfällen. Kanske det förklarar min förkärlek till Norden.

Pluggade du i Stockholm eller? - Jag pluggade i Heidelberg, en klassisk studentstad vid Neckarfloden. Det finns en del sånger och filmklassiker som hyllar det romantiska studentlivet i Heidelberg, typ "Ich hab mein Herz in Heidelberg verloren" etc.

Men nu är du gift? - Så blev det i alla fall för min del och jag är gift med Anne, som är geriatriker och vi har fyra barn (14-15-17-20). Malte har nyss flyttat hemifrån och pluggar medicin i Freiburg.

Är du en klinisk kardiolog eller har du något specialintresse? - Jag har en delad tjänst. I mitt kliniska arbete sysslar jag mest med arytmier och invasiv elektrofysiologi. Den andra hälften ägnar jag åt forskning (via HLF forskartjänst) som handlar framförallt om biventrikulär pacemakerbehandling och hemodynamisk monitorering vid hjärtsvikt. Men min arbetsgrupp tittar också på effekter av uthållighetsidrott på hjärtfunktion. Jag har en del uppdrag inom ESC och tycker överhuvudtaget att det är spännande med nationella och internationella samarbeten; kul att lära känna duktigt folk och se andra kulturer och miljöer.



Ditt umgänge, inte bara kolleger? – Självklart! Vi har en stor familj och många vänner både här och i Tyskland. Undviker uttrycket "hemma i Tyskland" för vi bor sedan snart 14 år i Sverige och känner oss hemma i Stockholm. Jag är till och med svensk medborgare sedan några månader tillbaka!

Vad är din främsta hobby? Kanske idrott? – Främst är det musiken, framförallt klassisk sådan men jag lyssnar även mycket på pop/rock, blir uppdaterad av mina barn om vad som är hippt. Jag älskar att gå på konsert och opera. Spelade fiol och altviol tidigare men nu är det tyvärr ont om tid. Idrott blir det för lite av men jag springer regelbundet och försöker cykla till jobbet, det vill säga om jag orkar gå upp tidigt, det tar en timme. Hela familjen är fotbollsintresserad - vi åker ibland ner för att se matcher i Bundesliga. Vi har en 70-tals motorbåt som ligger i Karlbergskanalen nära Karolinska och det är alltid kul att cruisa genom Stockholms vatten! Jag är ingen Royalist direkt men den 6 juni brukar vi ankra utanför Drottningholms Slott för picknik och bad.

Gillar du att resa? Var brukar du vistas på din semester? – Jag reser mycket i arbetet och tycker det är kul. Det blir också en del familjebesök på kontinenten. Vi brukar tillbringa sommaren i Sverige, ofta på Fårö, i år blir det dock Toscana.

Vilken bok läste du sist? – Underbara dagar framför oss av Henrik Berggren. Philip Lahm: der feine Unterschied.

Vad vill du läsa i Svensk Cardiologi? Vad tror du att du kan bidra med i styrelsen de kommande två åren? – Svensk Cardiologi är alltid spännande lektyr. Här hittar jag aktuellt om möten och kongresser, nytt från den Svenska forskningsfronten och intressanta personporträtt. Jag ser mycket fram emot att arbeta inom Cardiologföreningens nya och trevliga styrelse. Som vetenskaplig sekreterare vill jag bidra till att Cardiologföreningen utvecklas som forum för svensk kardiologisk forskning där framförallt unga forskare hittar stöd och lyfts fram.

Christina Christersson

Är du född där du arbetar dvs i Uppsala? – Jag är född och uppvuxen i Skövde, Västergötland och flyttade därifrån till Uppsala. Jag är utbildad i Uppsala och flyttade sedan till Mora, där vi bodde och arbetade i åtta år. Jag tycker det varit mycket lärorikt att arbeta på ett litet välfungerande sjukhus, som har vissa fördelar framför det stora sjukhuset. Jag kom tillbaka till Uppsala 2000 och började då på kardiologen. Numera är jag dubbel-specialist i internmedicin och kardiologi.

Hur lever du idag? Gift? Har barn? – Jag är gift och har 3 barn 12, 16 och 19 år.

Arbetar du med patienter dagligen eller är du administratör mestadels? Har du något specialintresse? – Jag arbetar just nu som lektor i kardiologi, så jag delar min tid mellan att undervisa framförallt på läkarprogrammet, forskar kring trombocyter och hjärtkärlsjukdom och arbetar kliniskt. Jag är knuten till sviktsektionen där jag jobbar med mycket trevliga kollegor! Sviktsektionens uppdrag här på Akademiska sjukhuset är att utöver svikt också VOC, PAH och GUCH.

Umgås du med andra vänner än bara kolleger? – En middag med goda vänner kan det också bli.

Har du någon hobby? Idrottar du? – Ägnar gärna min fritid åt löpning och sommartid åt trädgårdsarbete.

Gillar du att resa och i så fall vart? – Semestrarna tillbringar vi gärna nära naturen på cykel eller till fots med tält. Alternativet kan vara någon resa till Europa med omnejd.

Vilken bok läste du sist? – Den senast lästa boken är "De imperfekta" av Tom Rachman

Vad tror du att du kan bidra med i styrelsen de kommande två åren? – Utbildningsfrågor både när det gäller specialistutbildningen och hur man skall få det att fungera på små och stora sjukhus, samt vår vidareutbildning efter specialitet är viktiga frågor. Jag har tidigare varit SPUR-inspektör inom internmedicinen och hur det nya systemet med inspektioner utformas kommer att få stor betydelse.

Svensk Cardiologi ser fram emot några spännande år med den nya styrelsen och hälsar den välkommen!





Tillsammans skapar vi inflytande

Jag vill börja med att tacka alla medlemmar i Svenska Cardiologföreningen för förtroendet ni gett mig som ordförande, att tillsammans med den nya styrelsen företräda er och arbeta för era hjärtefrågor. Jag är nu "ny på jobbet" men efter att varit med i styrelsen i fyra år, först som vetenskaplig sekreterare och sedan som vice ordförande, så känner jag mig väl förberedd för uppgiften.

Det första jag vill göra är att tacka de avgående från förra styrelsen. Lena Jonasson som varit en inspirerande ordförande vars standard det blir svårt att leva upp till. Kassören Peter Vasko och den fackliga sekreteraren Karin Åström-Olsson som gjort ett fantastiskt arbete för föreningen. Det är verkligen tråkigt att inte få träffa er tre längre på styrelsemötena. Det har varit en rolig tid.

Jag vill också speciellt tacka Per Tornvall som nu avgår från ordförandeposten i vårt bolag CASAB och valberedningen. Han har skött Cardiologföreningen längre än de flesta och har lyckats skapa en ovanligt positiv och kreativ kultur i vår styrelse, som jag hoppas kunna bevara.

I samband med årsmötet skedde också stora förändringar i våra arbetsgrupper. Jag vill rikta ett varmt tack till de tre avgående ordföranden: Fredrik Scherstén (Kranskärlsgruppen), Stella Cizinsky (Etik) och Johan Brandt (Arrytmi). De har i sex års tid skapat utbildningar, symposier, möten och hjälpt oss i remissgranskningar mm. Arbetsgrupperna är verkligen kärnan i vår verksamhet och nu sker en del förändringar. Etik-arbetsgruppens arbete ska nu integreras i övriga arbetsgruppers uppgifter, något som fungerade utmärkt vid senaste fortbildningsdagarna. Samtidigt bildas två nya arbetsgrupper. "Framtidens Kardiologer" som leds av Jesper van der Pals och ska driva viktiga frågor för våra yngre kollegor. Gruppen känns som ett vitalt tillskott till föreningen och jag ser med spänning fram mot vad de ska hitta på. Dessutom bildas en arbetsgrupp i "Livsstilsfrågor" där vi fått ekonomiskt bidrag från Socialstyrelsen som gör att ordförande Agneta Kiessling kan arbeta 20% med dessa frågor.

Till vår stora glädje har Socialstyrelsen verkligen lyssnat och tagit till sig av våra synpunkter på specialist-

indelningen. Kardiologi blir återigen en basspecialitet! Man konstaterar att den nuvarande indelningen har "funktionalitetsbrister"; ärligare självkritik kan nog inte ges på byråkratiska. Kravet på att ha internmedicin som basspecialitet försvinner. Det är ju faktiskt så att internmedicin just nu har svårt att definiera sin egen roll och som de skriver i dokumentet; så finns inte internmedicin som egen klinik vid alla sjukhus. Däremot har antalet specialister i kardiologi per 100 000 invånare ökat med över 90 procent mellan 1995-2008.

Vi i Svenska Cardiologföreningen har också stöttat Klinisk Fysiologi att bli egen basspecialitet, något som utredningen hänvisar till i sin motivering. Grattis Klin Fys!

I vårt remissyttrande till den nya indelningen är vi mycket positiva och framhåller att det är viktigt att den obligatoriska gemensamma kunskapsbasen inte bör göras för lång, lämpligast bara två år. Annars har vi samma problem som tidigare. Vi tror att kardiologi som basspecialitet kommer att ge mycket bättre förutsättningar att tidigt börja träna sig i våra olika subspecialiteter som blir alltmer avancerade. Vi tror också att möjligheterna att kombinera ST med forskning kommer att underlättas.

Glöm inte att boka in våra Fortbildningsdagar 10-12 okt, den här gången i Stockholm, ett osponsrat möte där vi uppdateras i kliniska nyheter, guidelines och har möjlighet att diskutera hur vi ska förändra och förbättra vår kliniska behandling. Den Kliniska forskarkursen går i år i Sigtuna 21-23 nov, en populär kurs som blivit en mötesplats för doktorander och seniora från hela landet.

Hör gärna av er till mig med idéer eller synpunkter på vad Cardiologföreningen ska göra. Själv vill jag att vi ger våra medlemmar och andra utbildning och kunskap samt att vi tillsammans leder den kliniska utvecklingen av kardiologin i Sverige. Ingen kan kardiologi bättre än vi och det är därför viktigt att vi har stort inflytande.

Ha det bra

David Erlinge



5 Appar hjärta dig

I en allt mer mobil värld och med dagens teknik finns alla möjligheter att ha upplysande och spännande program i sin telefon eller surfplatta. Om inte för egen skull är de perfekta tips för patienter. Här några pulshöjande App-tips;

Text: Tanja Dyredand

- Daglig Cardio Workout och Daglig-workouts är en serie med effektiva träningsrutiner för både män och kvinnor. Övningarna är framtagna av certifierade persontränare. Fullversionen innehåller fler träningspass, anpassade funktioner för dagliga övningar, landskapsläge och så är den reklampfri. Finns både för iPhone och Android, pris ca 28kr.
- Instant Heart Rate: Mäter puls (hjärtslag/minut) genom fingret på kameralinsen. Finns för både iPhone och Android.
- Internetmedicin.se: en mobil kunskapsdatabas för läkare och sjuksköterskor är ett bärbart verktyg i kliniska vardagen. Laddas ned från i.internetmedicin.se.
- ECG Guide by QxMD: en smidig bärbar EKG-guide som kan användas som hjälp vid tolkning av EKG. Finns både för iPhone och Android.
- DailyCheck Cardio Health: ett verktyg för att hålla koll på blodtryck och hjärtfrekvens dagligen. Fungerar för både iPhone och Android.



We've always put our heart into science.

Now we're putting our science into the heart.

Välkommen till vårt symposium under vårmötet!

"Kardiovaskulär risk, HDL och betydelsen av Cholesteryl Ester Transfer Protein (CETP)"

26 april kl 14-15, SAL A4



We Innovate Healthcare



En härlig tid framför oss

Text: Christer Höglund

Temperaturen var säkert närmare 25 grader men gradvis under min tur ner till södra Sverige blev himlen vartefter mörkare och mörkare. Det enda som blev ljusare och ljusare var de vackert gula rapsfälten. Väl framme noterade jag att kylan hade återkommit; 12 grader och kall vind. Vilken scenförändring! Tankarna dök upp och mentalt var planeringen i full gång för detta nummer. Ibland känns det skönt att lämna storstaden och få utrymme för andra funderingar, och inte minst tid. Tid är en bristvara men just nu har du framför dig en sommar, som bara väntar att bjuda på sin charm.

Då och då undrar jag vilken enorm genomslagskraft en artikel kan få? För snart ett år sedan kunde man läsa i en av Sveriges största morgontidningar att statiner gjorde mer skada än nytta. Man till och med föreslog att människor skulle sluta äta denna typ av medicin om man inte hade hög risk för ischemisk hjärtsjukdom. Vad författarna inte brydde sig om var hur alla äldre patienter som redan stod på denna typ av medicin skulle reagera. Hur en artikel av denna typ skulle påverka våra patienter? Vad hände? Våra hjärtmottagningar blev nedringda, en mängd patienter slutade omedelbart med medicinering. Hur stor skada detta ledde till finns det inga uppgifter om. Detta var helt ointressant för artikelförfattarna, utan det enda intresset var att påskina att statiner inte var bra. Att morgontidningen inte tog in ett svarsbrev signerat av de främsta i landet gjorde inte saken bättre. Tack och lov publicerade The Lancet nyligen nu i maj "The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials". Här framkom en totalt motsatt information från det som kablades ut från den omnämnda morgontidningen. Återigen, det känns skönt med evidensbaserad medicin och inte något politiserande och tyckande.

Efter ett antal år som klinisk kardiolog, som jag gillar att vara mer än någonsin, känner jag mig också allt mer bekväm med evidensbaserad medicin och detta gäller också de guidelines som nu publiceras relativt regelbundet från ESC. Här kan du finna riktlinjer för ett flertal behandlingar; riktlinjer framtagna av ledande kolleger just inom sitt intresseområde. Visserligen kanske inte allt passar i vårt land men

en avgörande del gör. Det bör ju påpekas att bakom de flesta riktlinjer finns det nästan alltid någon svensk kollega representerad. Att bygga Rom en gång till i Sverige är alltid populärt.

De flesta människor tycker det är spännande att läsa om andra människor, och vi kanske speciellt tycker det är spännande att läsa om kolleger som gjort något annat, något annorlunda. Ibland har vi intervjuer med någon kollega, vid andra tillfällen någon reseberättelse. En kardiologfamilj skriver just i detta nummer om sin vistelse på Nya Zeeland och hur det var att arbeta där.

Vårsmötet hölls i år i Stockholm och precis som alla andra år var det lika populärt. I stort sett lika många deltagare – drygt 1200. Jag tycker att standarden är minst lika hög som på andra, och då speciellt, internationella möten. Du kan på följande sidor läsa ett litet axplock av vad som avhandlades.

Under vårmötet hölls också Cardiologföreningens årsmöte. Det valdes då en ny styrelse med en del nya medlemmar som nu presenteras. Samtidigt lade förra styrelsen ned vårt kansli, vilket innebär att Malmö Kongressbyrå tagit över uppgiften att sköta medlemsavgifterna. Vi vet att en del kolleger har funnit det något märkligt när de fått fakturan men det är helt i sin ordning.

Ja, kan man sakna något så här i sommartider? Själv kommer jag försöka inhysa mina gener med tillräcklig mängd näroddat och matnyttigt och inte att förglömma ett gott rött. Det är märkligt att bara genom att höja "ribban", alltså betala några extra kronor, vad detta kan betyda för vinet. Jag sa bara några extra kronor. Se till att det röda inte blir för varmt utan gör, som man gör i Frankrike, servera det till 18-20 grader. Olivoljan, den känner ni redan till!

Enjoy life

Redaktören



"Hos ESC kan du finna riktlinjer för ett flertal behandlingar; riktlinjer framtagna av ledande kolleger just inom sitt intresseområde."

Cordis **ExoSeal**[™]

Vascular Closure Device

Now
available
in 5, 6 and 7F!

Maximise Clinical Safety*.

Introducing the Cordis ExoSeal[™]
Vascular Closure Device.

Combining clinical safety* and ease-of-use,
the **Cordis ExoSeal[™] Vascular Closure
Device** means a more confident
close and improved patient outcomes.



Easy-to-Use
Functionality



Trusted
Bioabsorbable
Technology



Precise
Extravascular
Closure



Svensk cardiologi: 12 poäng

ESC – en välkänd akronym för hela Svenska folket, inte minst efter Loreen's euforiska seger i Eurovision Song Contest i Baku. Men vi i Cardiologföreningen associerar nog dessa initialer ännu främst till vår kära moderorganisation, European Society of Cardiology. Ni som är medlem i Cardiologföreningen är faktiskt tillika medlem i ESC – tillsammans med över 70 000 andra personer som är verksamma inom hjärtsjukvården i en av ESCs 54 nationella organisationer mellan Israel och Island. Snart är det även dags att hålla föreningens årsmöte i München, världens största kongress på området. Vilken stor organisation det har blivit! Varför skulle just jag engageras mig i denna koloss?

Men ESC är även som en stor familj. Som kardiolog är man uppvuxen med storföreningens utbildningar och riktlinjer, man har lyssnat på och känner igen ledargestaltarna från klinikerna runtom på kontinenten. För många fyller Europeiska hjärtkonferenser inte bara en viktig vetenskaplig roll utan även en social och kulturell funktion. En del av Europas metropoler har man fått lära känna genom ESC.

Det jag vill slå ett särskilt slag för idag är att fler av oss ansluter sig till en av ESCs sektioner inom hjärtsvikt, arytmi, preventiv medicin, ekokardiografi och interventionell kardiologi. Här kan man knyta kontakter till likasinnade kollegor med samma specialintressen. Föreningslivet inom sektionerna är mera överskådligt och mötena har ett rimligt format. Såsom i Eurovisionssammanhanget gäller dock: det som räknas är att vara med. Bara som medlem har man tillgång till den hetaste informationen och tillfälle att själv påverka utvecklingen inom fältet. Visserligen tar de flesta av sektionerna numera ut en liten årsavgift. Jag tycker dock det är välinvesterade pengar som kan motiveras av de attraktiva medlemsförmånerna såsom bland annat online access till tidskrifter, ett stort utbud av bra undervisningsmaterial, certifierade utbildningar och, inte minst, rösträtt vid årsmöten.

En speciellt lockande ESC initiativ är "Cardiologists of Tomorrow" en plattform som varmt rekommenderas till alla yngre kardiologer (< 36 år) som är under utbildning eller i början av sin karriär, gillar att bilda nätverk och vill utbyta erfarenheter med yrkeskamrater ute i Europa. Slutligen finns det 19 arbetsgrupper och 5 councils som bjuder på rikliga tillfällen att medverka i olika projekt. Särskilt bör



nämnas den mycket aktiva arbetsgruppen för sjuksköterskor och allierad personal. För vidare information vänligen surfa genom ESCs presentationer på webben.

Kardiologin är i dag global. Viktiga framsteg resulterar i regel från internationella samarbeten och all kunskap tycks vara universellt tillgängligt. Men hur den används i daglig praxis skiljer sig fortfarande mycket mellan olika regioner och länder. Att se och förstå detta ger möjlighet till reflektion och egen utveckling. Läkarkåren i Sverige är mångkulturellt sammansatt och har ett tydligt internationellt perspektiv. Många av oss har genomgått delar av sin utbildning utomlands. En speciell tradition finns faktiskt i undertecknads specialgren: inom elektrofysiologin är det inte ovanligt att man ger sig i väg på gesällvandring för att tillbringa delar av sin lärotid på utländska lab. Alltså: ta ett gyllene tillfälle till internationellt utbyte i akt och gå med i en av sektionerna inom ESC. Det gagnar oss på hemmaplan och, det må gälla vilken "ESC" som helst: Sveriges bidrag lyssnas till och uppskattas ute i Europa.

Trevlig sommar!

Frieder Braunschweig

"Ta ett gyllene tillfälle till internationellt utbyte i akt och gå med i en av sektionerna inom ESC."



Nyckeln till friskare hjärta

Svenskt Kardiovaskulärt Vårmöte anno 2012

Text: Christer Höglund. Foto: Christer Höglund och Mikael Skoog

Stockholm var platsen för årets Vårmöte. Denna gång fick vi vara i nya, spännande lokaler i Waterfront Building den 25 – 27 april. Antalet deltagare var drygt 1 200 och detta är ungefär samma antal, bortsett från förra året, som det brukar vara. Programkommittén, som detta år leddes av kollegan Helena Rexius från Göteborg, är bara att gratulera. Programmet hade bra spridning inom kardiologin och vi kommer på följande sidor ge er ett axplock av vad som presenterades.

En av de stora höjdpunkterna under vårmötet var Werköö-föreläsningen. Detta år hade valet fallit på en av världens mest framstående kardiologer, nämligen Yusuf Salim, vars föreläsning hade titeln "Will heart disease be a historical curiosity by 2050?". Salim är bördig från Indien och gick sina medicinska studier i Bangalore innan han flyttade väster ut och då först till Oxford i England. Han började redan tidigt sin karriär med att delta i forskningsstudier. Hans första stora uppgift var att delta i styrkommittén i ISIS-studien. Efter flera års kardiologisk träning i England flyttade han vidare västerut till USA, där han var initiativtagare till bland annat SOLVD och DIG studierna. Som att inte det skulle räcka flyttade han sedan till Kanada och McMaster University, där han verkat i över 20 år. Det är många svenskar som haft glädjen att arbeta hos honom och jag bara kan nämna en del: Lars Rydén, Claes Held, Eva Swahn, Annika Rosengren, Stefan James och Jonas Oldgren. En av hans närmaste kardiologvänner är Lars Wallentin från Uppsala.

Yusuf Salims stora genombrott kom genom INTERHEART-studien som fick en enorm genomslagskraft världen över. Inte mindre berömd blev INTERSTROKE. Bägge dessa studier beskrev de viktigaste riskfaktorerna som låg bakom insjuknande i hjärtinfarkt eller stroke. Just nu är han i full gång med en pågående studie som heter PURE (Prospective Urban Rural Epidemiologic Study) och som pågår i 19 länder. Studien avser att belysa bland annat de socio-ekonomiska, tobak, matpriser, miljöfaktorer och motions påverkan på hjärthälsan. Han avslutade med en klassisk slide som löd så här:

"That our grandchildren will not know what CVD is, and ask us - Grandpa or Grandma – it must have been a terrible time when there were all those nasty diseases as plaque, smallpox, polio and heart disease... Why did those diseases die?"

Låt oss nu fortsätta och belysa årets vårmöte. Livsstilsförändringar och ett mer holistiskt tankesätt i samband med kardiovaskulär diagnostik och forskning var i fokus. En annan viktig fråga som framhölls under ett flertal symposier var vikten av nationell registersamordning, professionsöverskridande sam-arbeten, kompetensutbyte och dialog oh tydliga budskap till patienten.

Håll tillgodo!



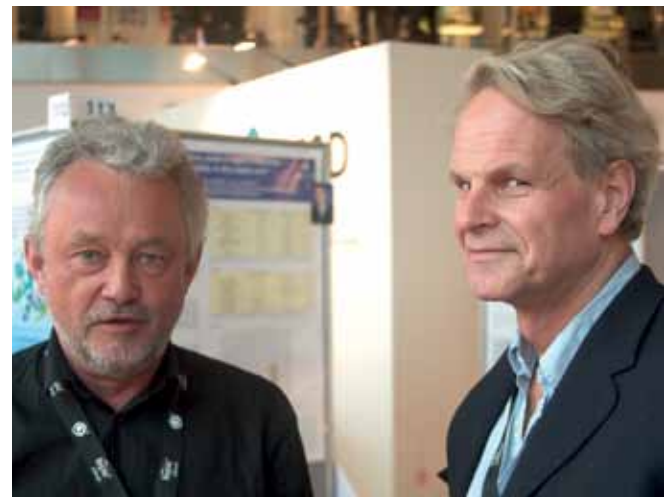
Annika Rosengren, Hans Persson, Yusuf Salim, Stefan James, Eva Swahn, Jonas Oldgren



Dr. Elehu Feleke omgiven av SÖS-sköterskor



Peter Hårdhammar med kollega



Peter Henriksson och Sven Eriksson från Danderyd



Full fart i kaffepausen



Avgående kanslist, Britt-Marie Höglund



Mårten Rosenqvist, Viveka Frykman Kull och Johan Engdahl



Kan Kvalitetsregister rädda liv? Hjärtsjukvård jämförs i landets sjukhus

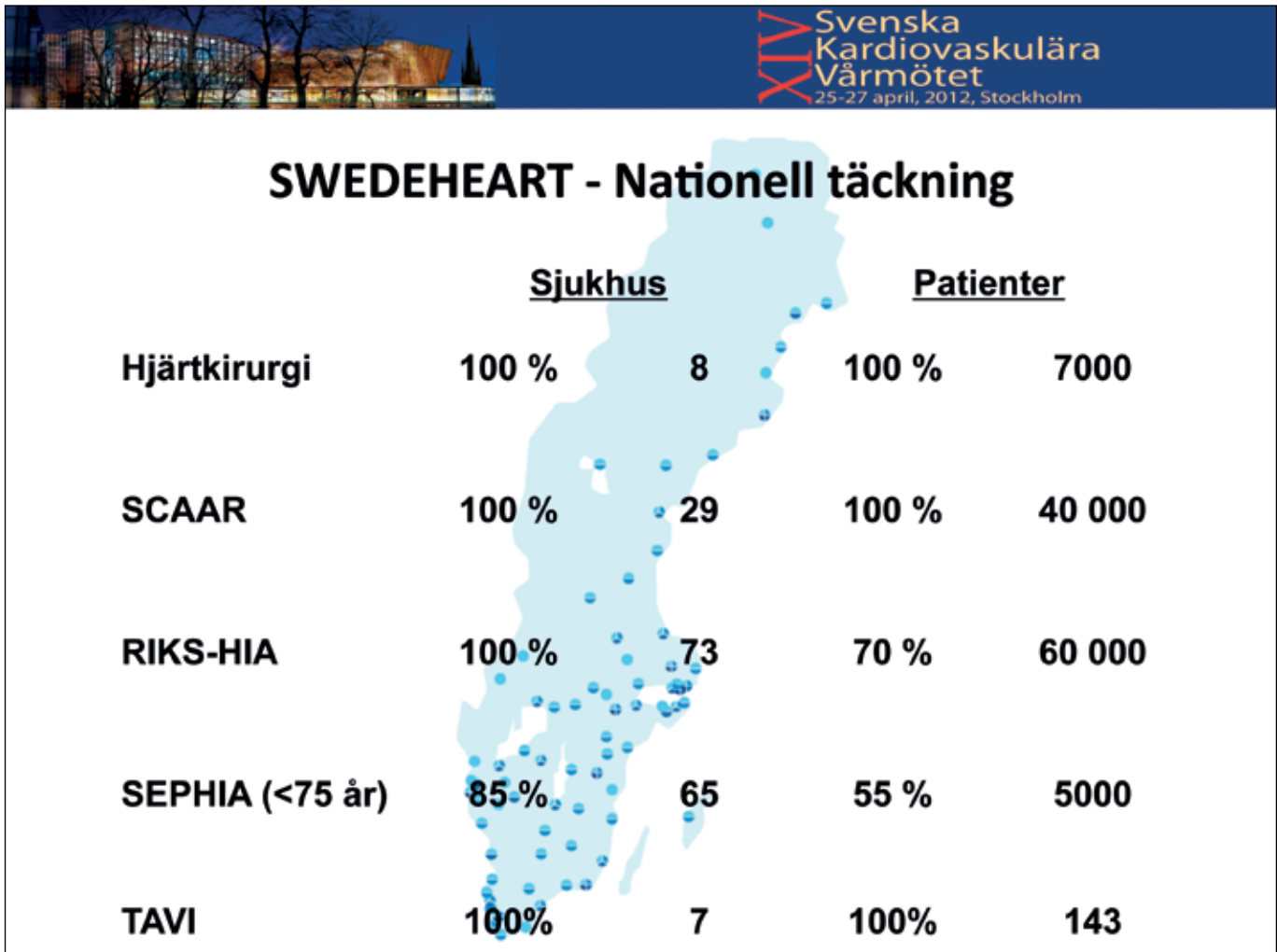
Kvalitetsregister kan leda till betydande förbättringar inom svensk hjärtsjukvård samt inom prevention. Men kvalitet och validitet är viktiga riktlinjer för registrering, något som påpekades under Årets Swedeheart-symposium under Kardiovaskulära Vårmetet 25-27 april.

Text: Tanja Dyredand

Sverige har mer omfattande och i många fall bättre kvalitetsregister än något annat land och ett flertal exempel visar att kvalitetsregister om de används rätt, kan rädda liv. Idag finns i Sverige 190 kvalitetsregister varav minst 8 är inom Hjärt- och kärl. Register som ger bra underlag gällande patientrapporter, viktig information om tidigare behandlingar, sjukdomshistorik samt viktiga diagnosprognoser. Allt för att ge så omfattande beslutsstöd som möjligt. Sedan kvalitetsindexet

infördes 2005 har en rejäl kvalitetsökning skett berättar Tomas Jernberg, ordförande för hjärtregistret Swedeheart under symposiet.

Han menar att de som drabbas av hjärtinfarkt har idag mycket större chanser än för årtionden sedan och vi har delvis kvalitetsregistren att tacka för detta. Men självklart är det inte registren i sig utan hur de sedan används inom vården för behandling av patienter som är tongivande.



Stor potential för kvalitetsregister

Det finns stor potential med kvalitetsregister inom svensk kardiovaskulär vård. Att använda korrekt data ger ett bättre beslutsstöd. Patienter kan inbjudas att vara delaktiga, man kan aktivt möta patienter och skapa forskning och innovation där register och data används för att förbättra patientsamverkan. En ytterligare funktion som kvalitetsregister kan ha är inom sekundärprevention.

Från kvalitetsregister kan man också få tillgång till fakta gällande vilka som löper störst risk för kardiovaskulära komplikationer. Har man redan fått hjärtinfarkt, har högt blodtryck och röker ökar risken för mortalitet och morbiditet. 18% av de som fick sin första PCI var diabetiker. Forskningen visar även att oavsett riskökning blev mortaliteten även efteråt högre för diabetes-patienter. Diabetes är också största riskfaktorn hos yngre målgrupper som drabbas av hjärtinfarkt.

Validitet och kvalitet vid inregistrering viktig

Den här typen av fakta och patientdata genom kvalitetsregister kan bidra till att man redan i ett tidigt stadium kan ge korrekt behandling och rådgivning som individanpassas. Då man även kan tillgå

demografisk fakta om var kardiovaskulära diagnoser finns kan primärvården anpassas specifikt och där stärkas med fler specialistläkare, kardiologer och ambulanspersonal exempelvis. Sociala medier, telefon och sms samt gps-koordinering möjliggör lokal förstärkning. Möjligheterna att använda kvalitetsregister är oändliga. Stefan James, docent, Uppsala Kliniska Forskningscentrum (UCR) Uppsala fortsätter;

– Trots att vårt kvalitetsindex i Sverige är ett av världens bästa finns ytterligare förbättringspotential, där vi kan uppgradera kvalitetsindexet för att hjärtvården ska bli ännu bättre. I den nya varianten får sjukhusen vara med och tävla i att hjälpa så många patienter som möjligt med förebyggande insatser exempelvis program för ökad fysisk aktivitet, hjälp att sluta röka och nå målvärden för blodfetter och blodtryck.

Det är därför av största vikt att kvalitetsregister förses med tillförlitlig och korrekt fakta, samt att alla som registrerar uppgifter har fått relevant utbildning för ändamålet. I framtiden kan man koppla på ett biobanksystem och registerforskning där register i kombination med randomiserade studier kan bli en intressant grund för fortsatt klinisk forskning.



Prognos efter hjärtinfarkt förbättrats för diabetiker

Text: Tanja Dyredand

Anna Norhammar som i år fick Stenestrand Stipendium har använt sig av kvalitetsregister och Riks-HIA, för att forska på hjärtsjukdom vid diabetes och höll intressant föredrag under Swedeheart-symposiet under Kardiovaskulära vårmötet. Sv Cardiologi fick chans till en pratstund.

Vem är du?

Jag är kardiolog och klinisk fysiolog, docent i kardiologi och forskar på hjärtkärlsjukdom vid diabetes vid Enheten för kardiologi, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Forskargruppen leds av Lars Rydén. Jag disputerade 2003 med Klas Malmberg och Lars Rydén som handledare och har fortsatt forskningsarbetet i samma forskargrupp ledd av Lars Rydén.

Berätta kort om din forskning?

Jag forskar på hjärtkärlsjukdom vid diabetes. Diabetes ökar risken för att insjukna i hjärtkärlsjukdom och prognosen är sämre efter en hjärtkärlhändelse. Jag har studerat riskfaktorer, prognos och betydelsen av glukoskontroll och upptäckt diabetes hos hjärtinfarktpatienter i randomiserade studier, i fall-kontroll studier och i registerstudier.

Registerstudier har gett värdefull kompletterande information till randomiserade studier då det speglar en mindre selekterad population och därmed en mer sann bild av prognos och förekomst av diabetes. Det kan annars vara ett problem när det gäller personer med diabetes, att färre personer med diabetes inkluderas i randomiserade studier och de som inkluderas ofta är mest friska individerna.

Registerstudier har också visat att personer med diabetes har risk att få sämre och mindre effektivt behandling än personer utan diabetes. Efter sådan rapportering har man dock sett ett påtagligt förbättrat omhändertagande i Sverige, dessutom har prognosen efter hjärtinfarkt förbättrats påtagligt för personer med diabetes och ser ut att fortsatt förbättras. Jag har studerat diabetesperspektiv i Rikshia, SCAAR och i ett samkörningsprojekt mellan Nationella Diabetesregistret (NDR) och SCAAR registret (se referenser nedan).

Vad betyder stipendiet för dig?

Att få detta stipendium var en stor överraskning och en stor uppmuntran att fortsätta med registerstudie. Vi har redan nya planerade registeranalyser på gång och två abstract från Riksvikt har blivit accepterade på ESC kongressen i augusti 2012.



Samtliga registeranalyser bygger självklart på samarbeten med flera personer där Ulf Stenestrand var en viktig person för mitt första arbete i Rikshia. Duktiga statistiker är särskilt värdefulla när man arbetar med så stora material och där behandling inte är randomiserad. Johan Lindbäck och Bo Lagerqvist på UCR har varit fantastiska att samarbeta med.

Vad är nästa steg i din forskning?

Jag kommer att fortsätta med forskning kring hjärt-kärlkomplikationer och hjärt-kärlrisk, framför allt från ett diabetesperspektiv och även hos gruppen med upptäckta glukosstörningar. Två doktorander kommer att registreras under hösten, där ett doktorandprojekt delvis baseras på studier i Riksvikt och ett annat delvis på studier i SCAAR registret.

Vi är intresserade av ta reda på vad som orsakar den ökade dödligheten hos personer med diabetes och om det är någon komplikation som bättre skulle kunna förhindras. T ex ser vi i Riksvikt att många individer med diabetes och hjärtsvikt har ischemisk hjärtsjukdom som tidigare känd riskfaktor men att endast en mindre andel tycks vara revaskulariserade. Ett annat projekt som jag deltar i handlar om riskfaktorer för insjuknande i hjärtinfarkt där vi särskilt studerar betydelsen av tandlossning. Flera hjärtinfarktavdelningar och tandkliniker i Sverige deltar i en fall-kontroll studie som heter PARORKANK, och där syftet är att kartlägga om tandlossning är en självständig riskfaktor för hjärtinfarkt och hur stark den riskfaktorn är. Det innebär att samtliga fall och kontroller kommer att genomföra en utförlig tandundersökning. Då parodontit och hjärtinfarkt har många gemensamma riskfaktorer krävs en omfattande kartläggning av deltagarnas riskfaktorer, inklusive utbildningsnivå och levnadsstandard mm. Samtliga kommer även att genomgå en glukosbelastning. För att göra studien, som är helt akademiskt driven, mindre kostsam använder vi redan tillgänglig information från Swedeheart registret och har till detta lagt extra frågor kring riskfaktorer. Även här kommer alltså registren till stor användning.

Särskilt betydelsefulla medarbetare i registerstudierna:

Klas Malmberg och Lars Rydén (Enheten för kardiologi, Karolinska)
Ulf Stenestrand, Lars Wallentin, Johan Lindbäck (UCR)
Nawsad Saleh, Bo Lagerqvist (SCAAR)
Soffia Gudbjörnsdóttir, Petur Petursson (NDR)
Isabelle Johansson, Magnus Edner (Riksvikt)



Livsstilen är avgörande – Nya europeiska riktlinjer för prevention

Livsstilsförändring och levnadsvanor var i fokus när de nya europeiska riktlinjerna för prevention presenterades under titeln "European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice". Joep Perk, Claes Held och Kristina Hambreus presenterade metoder, råd och rekommendationer för en friskare livsstil.

Text: Tanja Dyredand

Nio organisationer har samarbetat för att få fram nya uppdaterade europeiska riktlinjerna för prevention. Bland dessa återfinns kardiologer, beteendevetare och allmänläkare. Skillnaden mot förra upplagan från 2007 är att den är kortare och har tydligare fokus kring kliniska arbetet samtidigt som den tydligt svarar på frågorna vad CVD prevention är, för vem den behövs, varför och hur man på bästa sätt kan tillämpa CVD-prevention.

En annan betydande förändring är att man vid värdering av vetenskapliga evidensen nu även använder GRADE-metodiken som ger större vikt vid populationsstudier och levnadsvanor, något man inte gjort tidigare i samma utsträckning.

En slutsats från presentationen är att det måste satsas mer på förebyggande vård. Hjärt-kärlsjukdomar är idag den främsta dödsorsaken i världen. Fler måste förstå att livsstils- och levnadsvanor måste ändras och därför är prevention av största vikt.

Med hjälp av GRADE har man kunnat studera samlad riskfaktorbedomning från levnadsvanor såsom blodfettshalter, tobak, matvanor och fysisk aktivitet. Genom att titta på levnadsvanor och hälsosamma levnadsvanor kan alltså rådgivning, samtal och kvalificerade samtal ge bättre resultat än tidigare. Man kan alltså förebygga ohälsosamt leverne.

GRADE ger endast två nivåer för rekommendation; stark eller svag vilket ger en enklare vägledning till vården. Prevention kan ske

genom enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerade samtal. Exempel på det kan vara råd om rökning, alkohol, kost, fysisk aktivitet eller andra preventiva aktiviteter efter kardiovaskulär diagnos. Men hur implementeras de nya riktlinjerna för bästa resultat?

Läkarens samtal, nationell långsiktighet och lokala åtgärder samt samarbeten interprofessionellt är framgångsreceptet. Samtidigt är det viktigt att ta vara på utfallet efter rådgivning för bästa individuella bedömning.

Riktlinjerna understryker också allmänläkarens nyckelroll även om sköterskebaserade program nu har tillräcklig stark evidens för att kunna rekommenderas.

Varje patient bör efter akut koronart syndrom erbjudas deltagande i program som innehåller möjlighet till rehabilitering, rådgivning att sluta röka, bättre matvanor och fysisk aktivitet.



Kristina Hambreus, Falun, Joep Perk, Oskarshamn och Claes Held, Uppsala.

Riktlinjerna 2012 avser:

Klinisk praxis, behandlingar av personer med olika grader av ökad risk och ett starkare engagemang i folkhälsofrågor.



Uppdaterade råd för rökning, mat och motionsvanor:

Rökning: Livsstilsförändring gällande rökning med dos- och responsförhållande. Alla typer av tobak ökar risk för kardiovaskulär sjukdom oavsett hur många cigaretter du röker, även vattenpipa påverkar negativt. Alla rökare bör få rådgivning för att kunna sluta röka enligt nya riktlinjerna. Rökstopp bör man rådge efter hjärtinfarkt. När man gjort detta i studier gick mortalitet ned med 36%.

Kostmönster för prevention: Enligt studie är bästa kosten medelhavskost. Efter intag av medelhavskost gick kardiovaskulär sjukdom ned med 10%. Man ska enligt prevention äta fisk minst en gång i veckan i preventivt syfte.

Fysisk aktivitet: Enligt studie rekommenderas träning minst 3 gånger i veckan, minst 30 min per gång. Man ska uppmuntra till fysisk aktivitet.

Medelhavskost med svensk twist

Som Claes Held påpekade under sitt anförande under Kardiovaskulärt vårmöte "Studier visar att medelhavskost är det absolut bästa för att stärka hjärta och kärl". Vi gör det så klart med ekologisk svensk twist:

Recept:

Ekologisk svensk pesto serverad med grillad laxfilé i örtknytte och sparris (4 personer) Pesto: 75g krävmärkt bladpersilja, 2 vitlöksklyftor skalade, 75g ekologisk babyspenat, 1dl ekologisk svensk rapsolja, 2 dl ekologiska hasselnötter. Även pinjenötter fungerar bra om man inte tål hassel. 2 dl riven västerbottensost, 2-3 krm salt, peppra efter smak. Laxörtknytt: 4 bitar miljömärkt gösfilé, ca 600g, 2 vitlöksklyftor, 2 dl hackade ekoörter; körvel, gräslök, bladpersilja och lite dragon. Några stänk vitt vin per knytte samt rapsolja till pensling av fisk. 1/2 tsk salt.

Så här gör du pesto: Plocka bladen från persiljan och mixa sedan vitlök, persilja, bladspenat med rapsoljan. Tillsätt nötterna och kör ytterligare ett varv, håll sedan blandningen i sen skål och bland grovrivna osten i peston. Ställt kallt till serveringen. Vill du inte blanda med kokad fullkornspasta al dente är den utmärkt som tillbehör till grillat eller servera den som den är till gösknyttet. **Så gör du lax:** Lägg färdigfiléade laxen i folieknyttan och fördela örtblandningen i varje knytte. Stänk sist i lite vitt vin och rapsolja i varje knytte. Grilla gösknyttet tillsammans med färskkokt sparris. Servera och njut!

Tillbehörsförslag: avoriorisotto eller ljummen färskpotatis.

Vinrekommendation: Till fet fisk passar ett fylligt och smakrikt vitt vin med fatkaraktär som också tar upp fiskens nöthet ex. franska Saint-Véran Réserve 99kr eller Clos de Ste Anne från Nya Zeeland, 229kr. Föredrar man öl väljer man en Ale, tex Oppigårds Amarillo från Sverige 18,80kr. Alkoholfritt: Domaine d'Estoublon Moukpic finns på Systembolaget ca 69kr



Pulshöjande träning vägen till hälsosamt hjärta

Det är pulshöjande fysiska aktiviteter som gäller vid kardiovaskulär rehabilitering, ju hårdare träning desto bättre enligt Åsa Cider, Göteborg. Mats Börjesson, Stockholm poängterar samtidigt vikten av individanpassad träning för reducerad risk.

Text: Tanja Dyredand

Fysisk träning inom kardiovaskulär rehabilitering har länge varit omdiskuterat. Hur hårt ska man träna, hur länge och vilken typ av träning har största positiva effekt på remodelering av hjärtmuskeln. Med. Dr. leg. sjukgymnast Åsa Cider, Göteborg säger;

– Många läkare är rädda för att ordinera hård fysisk träning efter kardiovaskulär diagnos. Ett vanligt missförstånd är att det räcker för patienten att vara fysiskt aktiv med promenader. Det är helt fel. Studier visar att det gynnsammaste för patienten är att få upp pulsen och flåset ordentligt. Helt enkel fokuserad träning för att öka syreupptagningsförmågan.

Under symposiet framgick det att, för bästa effekt, ska fysisk träning starta tidigt redan cirka en vecka efter en akut hjärthändelse eller annan koronart syndrom. Allt för att sedan pågå i sjukvårdens regi under minst 3 men helst 6 månader. Två metaanalyser har

visat att kardiell mortalitet reducerats med 26% och antalet återinläggningar på sjukhus med 31% jämfört med de som inte deltog i fysisk aktivitet.

Vidare förbättrades blodtrycket och samtliga riskfaktorer. Den muskulära styrkan ökade och de som deltog i fysisk aktivitet fick även omvänd kolesteroltransport HDL som transporterade LDL ut ur kroppen.

Bästa preventionen sker genom intervallträning, 20-60 minuter 3-5 ggr/veckan 60-80% av VO2 max (Borgskala RPE 13-15). Styrketräning ska också ingå i träningsprogrammet och då 2ggr/veckan, 60-80% av maximal viljemässig kontraktion mins 1 set och 8-10 övningar.

Individanpassad fysplan viktigt

Mats Börjesson professor, docent och överläkare i kardiologi, Stockholm påpekar att det är viktigt att

ta fram en individuell plan anpassad efter patientens fysiska förmåga.

– Livsstilsförändring med mer motion, hälsosam mat och rökstopp är grunden till ett hälsosamt hjärta, men det finns en okunskap om nyttan av fysisk aktivitet och att ta fram en fysplan ställer nya krav på ordinerande läkare jämfört med att skriva ut ett medicinskt recept.

Börjesson betonade vidare att träningen måste varieras efter hjärtpatientens riskprofil och en individuell risk-benefit ratio tas fram där man räknar in habituell fysisk aktivitetsnivå och fitness, traditionella riskfaktorer, bakomliggande sjuklighet och sjukdomshistoria varefter man sedan tar fram en fysplan med typ av träning, intensitet och duration samt om aktiviteten ska utföras på sjukhus, i hemmiljö eller med tillgång till defibrillator.

Det är av största vikt att varje patient utvärderas och gör arbetsprov för att maximera effekten så att risker minimeras. Studier har visat att medelålders post-infarktpatienter uppvisade en mycket låg fitnessnivå vilket läkaren i sin tur bör ha vetskap om när man gör upp fysplanen. Åsa Cider flikar in:

– Vi ser gärna fler samarbeten där läkare och sjukgymnaster arbetar tillsammans för att ta fram en per-

sonligt anpassad plan efter patienternas hälsoprofil och förmåga. Här finns liv att rädda genom att ge råd och stöd gällande livsstilsförändringar.



Åsa Cider, Göteborg och Mats Börjesson, Stockholm.

“Livsstilsförändring med mer motion, hälsosam mat och rökstopp är grunden till ett hälsosamt hjärta”.
– Åsa Cider





Epidemiologi

Tillgänglig data från Sverige (bland annat fallkontrollstudien INTERHEART har visat att det finns ett antal påverkbara risk- och skyddsfaktorer som skulle kunna förklara mellan 80-90% av alla hjärtinfarkter (evidensgrad 3). Dessa riskfaktorer är lipidrubbing, rökning, hypertoni, bukfetma, ohälsosam kosthållning, brist på fysisk aktivitet, diabetes och psykosocial stress. Emedan regelbunden fysisk aktivitet, hälsosam mat med högt intag av frukt och grönt samt låg till måttlig alkoholkonsumtion har visat sig vara skyddsfaktorer för ett långlivat hjärta.

Fakta:

Livsstilsåtgärder är fortfarande underutnyttjade på grund av

- okunskap
- "inte vår sak"
- strukturella skäl
- svår risk, man är rädd för bakomliggande sjukdom och för att ge fel råd

Utgångsvärdet för fysiska aktiviteten bör anpassas efter individ

- individuellt träningsschema
- arbetsprov rekommenderas
- fullständig riskbedömning (hur tränar man, vad och till vilken intensitet)
- intensitet anpassat efter tidigare träningshistorik
- tidigare sjukdomshistoria

Hjärtrehabilitering

- Samarbete mellan läkare och sjukgymnast är ett vinnande koncept. Då minskar risken för kardiella komplikationer.



Är det bra att dricka alkohol varje dag?

Är det okej med ett glas vin eller en öl per dag? Frågan har stötts och blötts och svaren beror på intresseområde. Studier visar att ett dagligt intag av låg mängd alkohol indikerar förbättrad kardiovaskulär prognos, men hur påverkar den resten av kroppen?

Text: Tanja Dyredand

Diskussioner har under flertal år förts angående alkoholens positiva eller negativa inverkan ur olika perspektiv. Under Kardiovaskulära vårmötet samlades Fredrik Nyström från Hjärtkliniken i Linköping, Stergios Kechagias, Mag- tarm-medicinska kliniken, Linköping samt Monika Leival Dahlström, överläkare beroendekliniken Linköping för att diskutera ämnet ur olika perspektiv.

En europeisk studie visade att den totala mortaliteten i hjärt- kärlsjukdomar minskade vid regelbundet intag av mindre mängd alkohol.

I studien testades 28 enheter/vecka vilket motsvarar ungefär en halv flaska vin per dag, något som här i Sverige känns ganska mycket och därför genomfördes en egen studie i Linköping, den så kallade Rödvinsstudien, där testpersoner över 25 år fick dricka

1glas/dag som kvinna och 2 glas/dag som man. I den andra gruppen var man helnykterist.

Det sammantagna intaget kalorier under de 3 månader testet pågick var 10 000 kcal för kvinnor och 20 000 kcal för män. Ingen viktökning eller kroppsfattökning påvisades i tesgruppen. Man mätte blodtryck, fettvävnad, blodfett, kolestrol och allmän-tillstånd. Resultatet visade att blodfetter och kolestrol sjönk och blodtrycket sänktes för den alkoholkonsumerande testgruppen jämfört med de som inte intog alkohol alls. Det var mycket viktigt att alkoholintaget togs dagligen och regelbundet istället för att samlas till en större mängd till helgen.

Fredrik Lindström pekade också på att personer som har typ 2 diabetes och som regelbundet konsumerar måttlig mängd alkohol löper lägre risk att

insjukna och avlida i hjärt- kärlsjukdom än de som inte konsumerar alkohol.

Trots det positiva utfallet med måttligt alkoholin- tag har positiv inverkan på hjärt- och kärlsjukdomar är det viktigt att beakta levern i sammanhanget underströk Stergios Kechagias, Mag-tarmmedicinska kliniken, Linköping.

Alkohol är en betydande riskfaktor för många sjukdomar och toxiskt för levern i stora mängder. Alkohol är den viktigaste orsaken till kronisk lever- sjukdom i västvärlden och orsakar cirka hälften av den cirrosrelaterade mortaliteten.

Trots detta är det en förhållandevis liten del av överkonsumenterna som utvecklar klinisk leversjuk- dom. Genetiska betingelser, konsumtionsmönster och andra sjukdomar anses idag ha påverkan för att utveckla alkoholrelaterad leverskada.

Cirka 20-30% av befolkningen kan påvisas ha leversteatos, fettlever, vilken är den vanligaste lever- sjukdomen i västvärlden och förr ansågs överför- brukning vara orsaken. Nu har dock nya rön visat att icke-alkoholorsakad fett-leversjukdom (non-alco- holic fatty liver disease NAFLD) också kan ligga till orsak för ökad mortalitet bland individer med främst kardiovaskulär sjukdom. I denna grupp har måttlig mängd alkohol associerats med förbättrad kardio- vaskulär prognos.

Vilka råd ska man då ge gällande alkoholkon- sumtionen till en person med hög risk för kardio- vaskulär sjukdom, som har metabola syndromet och leverstatos?

Fredrik Nyström menade att det inte finns något enhälligt svar på detta. Självklart ska man bedöma från individ till individ och beakta patientens totala sjukdomsbild och därefter göra en personaliserad plan. Studierna visade att dricka måttliga mängder alkohol, det vill säga ett glas vin för kvinna och två glas vin för män hade en positiv påverkan på indi- vider som haft kardiovaskulär sjukdom.

Monika Lejman Dahlström överläkare på be- roendekliniken i Linköping höjde dock ett varnande finger och pekade på risken med beroendefram- kallande och att tappa kontrollen över sin situation.

Alkoholkonsumtionen beräknas ligga bakom 3,8 % av alla dödsfall i världen. Ett starkt beroendefram- kallande och överkonsumtion påverkar inte bara brukaren utan alla i personens närhet. Ett glas kan vara olika för olika personer och alla har olika typer av alkoholtolerans. Det finns genetiska variationer för hur man bryter ned alkohol. Hjärtmuskeln är också känslig för alkohol.

– Under graviditet är det extra viktigt med noll- tolerans, understryker Monika Lejman. Fostret blir

tre gånger så påverkat som mamman eftersom alko- holen stannar kvar i livmodern under en längre tid och återvänder till barnet vid ett flertal gånger. All celledelning hos fostret upphör. Vid amning går alko- holen direkt till barnet som får i sig samma mängd alkohol som mamman.

En annan orsak att begränsa alkoholintaget är att studier visat klart samband mellan alkohol och bröst- cancer. Även i små mängder, något man bör vara medveten om.

Slutsats från gruppen är att man bör vara försiktig och att det är av extra stor vikt att man ställer en hel- hetsdiagnos innan läkaren rekommenderar alkohol i kardiovaskulärt preventivt syfte.

“Ett glas kan vara olika för olika personer och alla har olika typer av alkoholtolerans”.
– Monika Lejman Dahlström

Största riskfaktorerna

- Kvinna
- Genetisk polynorde
- Malnutrition
- Obesitas
- Dryckesmönster



Kollegorna Monika Lejman Dahlström, Fredrik Lindström och Stergios Kechagias från Linköping i diskussion om alkoholens inverkan.



Belönad forskning

Fler kardiologer gick lyckliga från Värmötet med stipendier till fortsatt forskning. Här träffar vi dem lite närmare.

Text: Tanja Dyredand Foto: Mikael Skoog

Axel Åkerblom, Dr. vid Uppsala Clinical Research Center, Uppsala University och Uppsala University Hospital, Dept of Cardiology erhöill AstraZeneca Stipendiet 12 500 Euro.

Vem är du? - Jag är läkare och forskare vid Uppsala Clinical Research Center och erhöill 26/4 Svenska Kardiologföreningen och AstraZenecas forskningsstipendium.

Varför har du valt att forska? - Kardiologi är ett mycket spännande område där utvecklingen sker i rasande takt. Hjärtsjukdom är också något som berör många människor och där en enskild förbättring av behandlingen kan få stor betydelse. Det är dessutom väldigt intressant att fördjupa sig inom ett område, speciellt då internmedicin växt och blivit så stort att man knappast kan behärska alla delar.

Vad betyder stipendiet för dig? - Jag är oerhört stolt och tacksam för det här fina stipendiet som ger mig möjlighet att forska på heltid under en period i höst och därmed slutföra några av de projekt som jag påbörjat. Nu kan jag koncentrera mig fullt ut på uppgiften och även planera framtida projekt.

Varför är just ditt forskningsprojekt viktigt? - Mitt projekt är viktigt därför att det rör två stora grupper av patienter, de med akuta koronara syndrom och de med njurfunktionsnedsättning. Båda grupperna har hög risk att återfalla i hjärtinfarkt, stroke eller drabbas av förtida död. Genom att få en ökad förståelse för dessa sjukdomsgrupper kan vården utvecklas och det är speciellt viktigt då många av våra patienter på hjärtintensivvårdsavdelningarna har nedsatt njurfunktion. Patienter med lindrig njurfunktionsnedsättning kan dessutom vara svåra att identifiera något som vi försöker underlätta. Behandlingen av patienter med markerad njurfunktionsnedsättning kräver dessutom avvägningar både vad gäller behandlingsstrategi och läkemedelsanvändning, två faktorer där korrekt identifiering och riskstratifiering av patienter på sikt kan förbättra omhändertagandet av denna riskgrupp.

Berätta kort om din forskning - Min forskning berör biomarkörer hos patienter med akut koronart syndrom. I första hand har jag fokuserat på biomarkörer och estimeringar som avspeglar njurfunktionen och deras tilläggsvärde för att förutse ny hjärtinfarkt eller död.

Upp till var tredje patient med AKS har nedsatt njurfunktion och det är viktigt att på ett enkelt och träffsäkert sätt kunna identifiera dessa patienter för att estimera framtida risk då man vet att redan vid lindrig njurfunktionsnedsättning ses en ökad risk för ny hjärtinfarkt och/eller död.

I dagsläget är det oklart vilken metod som är bäst på att uppskatta framtida risk, och därför har vi undersökt det prediktiva värdet hos flera olika biomarkörer och njurfunktionsmått. Samtidigt har vi undersökt hur njurfunktionen förändras hos AKS patienter och vilka konsekvenser det får för riskbedömningen. Dessutom har vi i detalj undersökt vilka faktorer som påverkar njurfunktionen hos AKS patienter.

Vad är nästa steg i forskningen? - Vi har flera spännande projekt på gång, bland annat undersöker vi hur genetisk polymorfism påverkar biomarkörer och kliniska händelser. Vi hoppas att denna information ska ge oss en ytterligare mera tillförlitlig riskprediktion.



Annica Ravn-Fischer, specialist inom kardiologi och internmedicin erhöll stipendium från MSD.

Vem är du? - Jag är Annica Ravn-Fischer, specialist i Kardiologi och Internmedicin. Jobbar sedan 11 år tillbaka på kardiologen Sahlgrenska. Jag har fått MSDs stipendium för kardiovaskulär forskning.

Varför har du valt att forska? - Jag jobbar på ett Universitetssjukhus som främjar forskning. Jag hittade 2007 ett intressant forskningsprojekt och två kanon-bra handledare och på den vägen är det...

Vad betyder stipendiet för dig? - I en tid där den kliniska forskningen har svårt att få resurser betyder detta stipendium mycket. Nu kan jag få tid att fokusera på mitt 5:e manus och på att skriva ramen till min avhandling. Stort tack till MSD och till Cardiologföreningen!

Varför är just ditt forskningsprojekt viktigt? - Mitt projekt fokuserar på att kvalitetssäkra vården av bröstsmärtepatienter och göra vården av dessa patienter jämlik och rättvis oavsett kön, ålder och etnicitet.

Berätta kort om ditt forskningsprojekt? - Större städer som har fler än ett sjukhus tenderar att centralisera delar av hjärtinfarkt vården. Det som då lätt händer är att vården inte blir lika tillgänglig för alla samhällsmedborgare. Var man geografiskt bor kan då spela en avgörande roll för vilken utredning/behandling man får och hur snabbt man får denna vård. Mitt forskningsprojekt går ut på att kartlägga ojämlikheter och optimera vårdkedjan för patienter med hotande hjärtinfarkter i Göteborg.

Vad är nästa steg? - Nästa steg är att skriva klart mitt 5:e manus och därefter skriva ramen till avhandlingen. Planerad disputation 1 februari 2013.



Tord Juhlin, överläkare vid Arytmikliniken SUS Malmö sedan 1999 erhöll Boehringer Ingelheim Stipendium på 100 000 kronor.

Vem är du? - Jag är överläkare vid Arytmikliniken SUS Malmö sedan 1999 och erhöll Boehringer Ingelheim Stipendiet nu på 100 000 kronor.

Varför har du valt att forska? - Jag tycker det är självklart att man ska forska om man vill befinna sig inom frontlinjen på sitt område. Det är förstås också ett lyft att vara med och hitta nyheter!

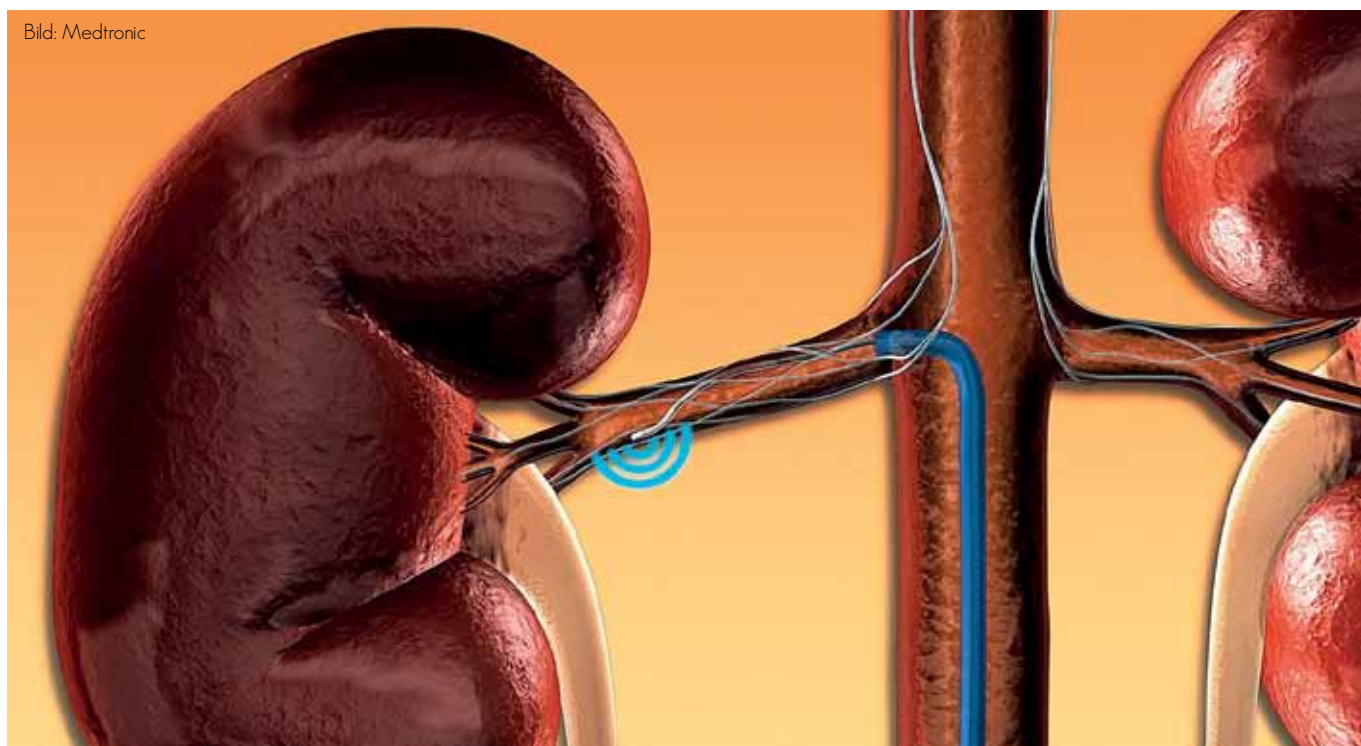
Vad betyder stipendiet för dig? - Mycket! Det gör det lättare att genomföra projektet och garanterar att vi kommer att kunna sammanställa och publicera våra resultat.

Varför är just ditt forskningsprojekt viktigt? - Det finns en stor tveksamhet i Sverige kring säkerheten med elkonvertering med Pradaxa och hur man ändrar sina rutiner. Vi hoppas kunna visa att det finns stora fördelar för patienten och verksamheten.

Berätta kort om din forskning? - Forskningen är en viktig hörnsten på ett universitetssjukhus och har gett mig viktiga kunskaper i mitt arbete samt att jag tycker det är väldigt roligt.

Vad är nästa steg i forskningen? - Egentligen två projekt. Det första undersöker hur den nya blodproppshämmande medicinen dabigatran påverkar koncentrationen av de rytmstabiliserande läkemedlen dabigatran och amiodaron. Kombinationen är vanlig men har hittills inte undersökts. Det andra är att studera dabigatran vid elkonverteringar och om det är säkert att göra detta. Sedan finns det en stor rädsla för detta i Sverige och en benägenhet att inte ändra rutinerna trots de uppenbara fördelarna för patienten. Vi hoppas kunna visa på de stora vinsterna.





Renal denervering – helt ny behandlingsmetod för terapiresistent hypertoni

Rapport från Kardiovaskulära Vårmetet 2012

Text: Jonas Spaak, Rickard Linder; Danderyds sjukhus, Christina Jägrén; Södersjukhuset, Inger Haraldsson och Bengt Rundqvist; Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Renal denervering är en ny behandlingsmetod för att förbättra blodtryckskontrollen hos patienter med terapiresistent hypertoni. Ett stort problem i Sverige idag är underdiagnostik och underbehandling av blodtryck. Omkring 1,8 miljoner Svenskar beräknas ha för högt blodtryck. Av dessa har mer än hälften inte fått någon diagnos. Av de som fått diagnos har bara ca 1/3 behandling, och av dessa når mindre än 1/3 målblodtryck.¹ Ett inte ovanligt problem på specialistcentra är terapiresistens, där man trots mediciner med tre eller fler preparat inte når målblodtryck. I randomiserade läkeme-

delsstudier uppnås signifikanta vinster i strokeincidens och hjärt-kärl mortalitet genom sänkning av blodtrycket med några få mm Hg (t.ex. 3 mm Hg i HOPE studien). Renal denervering sänker blodtrycket med i genomsnitt 30/12 mm Hg systoliskt/diastoliskt.²

Behandlingsprocedur

Behandlingsmekanismen består av partiell renal sympatikusblockad. Rent tekniskt är ingreppet enkelt och sker via en artärkateter där man från ljumskartären går upp och på 4-6 punkter i vardera njurartär



abladerar med radiofrekvensenergi. Eftersom de sympatiska nervfiberna löper alldeles utmed njurartären, åstadkommer man på detta sätt en minskning av njurens sympatiska innervering med 60-80%. Behandlingen sker vid ett tillfälle och själva ingreppet tar ca 40 min. Abladeringarna är smärtsamma, varför patienten ges smärtlindring och sedering av en närvarande narkossköterska. Förberedelser och eftervård är i övrigt närmast identisk med den vid elektiv kran-skärlsröntgen via femoralis.

Patientselektion

Innan renal denervering övervägs skall man ha säkerställt diagnosen terapistresistent primär hypertoni, det vill säga provat minst tre läkemedel i adekvata doser, varav ett diuretikum, gärna spironolakton. Man bör också ha uteslutit obstruktivt sömnapné syndrom, tagit en renin/aldosteronkvot för att utesluta hyperaldosteronism, samt utfört en 24-tim blodtrycksmätning för att säkerställa att det inte rör sig om en så kallad vitrock-effekt. Allt detta krävs dock inte av inremitterande idag utan kompletteras vid behov på respektive hypertoni-mottagning. För inklusion i SYMPPLICITY-studien krävdes utöver ovanstående ett blodtryck över 160 mm Hg systoliskt för patienter utan typ II diabetes, eller över 150 mm Hg patienter med typ II diabetes. Typ I diabetes var ett exklusionskriterium, likaså uttalad njurs-

vikt med GFR under 45 mL/min. European Society of Hypertension har skrivit ett "Position paper" där man idag rekommenderar samma kriterier som i SYMPPLICITY studien när man nu börjar använda metoden kliniskt.³

Resistent hypertoni och sympatikus

Vid svårare hypertoni sker parallellt en över-aktivering av renin-angiotensin-aldosteronsystemet och det sympatiska nervsystemet. Detta har varit känt sedan länge, och redan på 40-talet behandlade man svår hypertoni t.ex. vid preeklampsi genom att kirurgiskt skära av sympatiska gränssträngen i buken ("splanchnicectomy").⁴ Behandlingen var mycket effektiv avseende blodtrycket, men gav en rad biverkningar med svår ortostatism, impotens och ofta inkontinens, varför metoden övergavs när väl effektiva blodtrycksmediciner började bli tillgängliga. Den sympatiska överaktiveringen sker till stor del via njurarna som är både målorgan för sympatiskt utflöde, men vilka också styr blodtrycksregleringen via RAAS och sympatisk afferent innervering. Det är välkänt inom nefrologi att skrupnjurar vid svår njursvikt bidrar till svårbehandlat blodtryck, och ibland kan man på dialyspatienter t.o.m. operera bort icke fungerande skrupnjurar och på det sättet drastiskt förbättra blodtryckskontrollen.⁵ Att på ett icke-kirurgiskt sätt åstadkomma

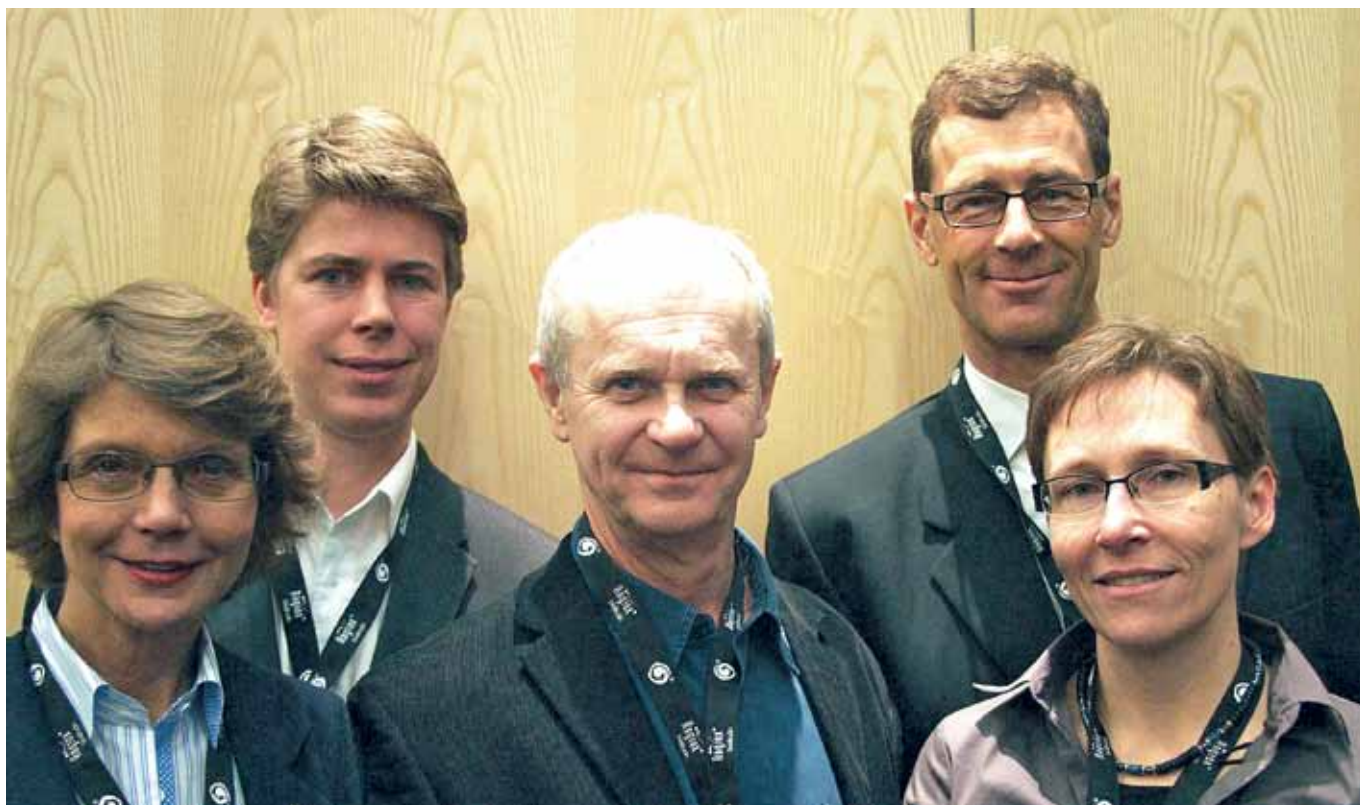


Fig 3. Rickard Linder, kardiolog och PCI operatör från Danderyd, samt Inger Haraldsson, kardiolog från Göteborg, modererade sessionen vid Kardiiovaskulära vårmötet om det nya behandlingsalternativet vid terapistresistent hypertoni. Från vänster i bilden Christina Jägrén, Jonas Spaak, Bengt Rundqvist, Rickard Linder och Inger Haraldsson.

en renal sympatisk denervering har således varit ett tilltalande fysiologiskt koncept att behandla högt blodtryck.

Utöver renodlade blodtryckseffekter skulle renal denervering också kunna minska den onda spiralen mellan njure-hjärta-kärl. Sympatisk överaktivering är ett vanligt fenomen som bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet vid njursvikt, övervikt, hjärtsvikt, arytmier och vid obstruktiv sömnapné. Det pågår nu mycket forskning inom området, både internationellt och i Sverige, och sannolikt kommer vi närmaste åren se en rad nya indikationer för ingreppet. Redan har man visat att renal denervering minskar vänsterkammerhypertrofi,⁶ förbättrar glukoskontroll,⁷ minskar sömnapné,⁸ och möjligen motverkar ventrikulära arytmier.⁹

Blodtryckseffekter

Renal denervering är ett komplement till läkemedelsbehandling och livsstilsintervention vid terapiresistent hypertoni. Syftet är således inte att göra patienten medicinfri, utan att åstadkomma en förbättrad blodtryckskontroll i kombination med insatta läkemedel. Hittills finns det endast publicerat en enda ickeblindad randomiserad behandlingsstudie, som sponsrats av det företag som utvecklat metoden (Ardian som nu köpts upp av Medtronic). I denna SYMPLICITY HTN-2 studie sänkte ingreppet blodtrycket med i genomsnitt 32/12 mm Hg systoliskt/diastoliskt efter 6 månaders uppföljning, vilket var den predefinierade utfallsvariabeln.² Omkring 90 % av patienterna sjönk i blodtryck.² Innan metoden lanserades fanns en välgrundad farhåga att njurarna skulle reinnerveras och att blodtryckssänkningen skulle vara kortvarig. Detta verkar dock inte vara fallet. Huvudprövarna har vid flera kongresser rapporterat blodtrycksdata på längre tids uppföljning av SYMPLICITY patienterna. Deras resultat har rapporterats stå sig, och snarast tenderat öka ända upp till 24 månader (n=44), vilket är den längsta uppföljningen hittills (Sobotka PA, American College of Cardiology, Chicago, 2012).

Resultat av RDN i Sverige våren 2012.

Eftersom det bara finns en enda publicerad behandlingsstudie över endast 52 patienter som randomiserats till att genomgå ingreppet är det av mycket stor vikt att vi kontinuerligt utvärderar behandlingen av våra egna patienter. Lyckligtvis förefaller behandlingseffekterna

goda, och komplikationsfrekvensen låg även i de preliminära data som rapporteras från pågående observationsstudier.

Den 1:a april 2012 hade 35 patienter genomgått renal denervering i Sverige. Patienternas medelålder var 59 år (44-79 år) och 47 % var kvinnor. Antalet mediciner var i medeltal fyra stycken men det varierar en hel del mellan olika patienter. Den patient som tog flest tabletter hade åtta stycken olika hypertoniemediciner och den patienten som hade minst antalet mediciner tog inga tabletter alls, dvs. var helt medicinfri. Denna patient kom från Södersjukhuset som har behandlat 2 stycken patienter med uttalad läkemedelsöverkänslighet med samtidigt mycket hög kardiovaskulär risk. Det systoliska medelblodtrycket på mottagningen var före behandling 182 mm Hg (240-143 mm Hg) och det diastoliska var 102 mm Hg (130-70 mm Hg). Övriga karaktäristika: 28 % av patienterna hade ischemisk hjärtsjukdom, 22 % hjärtsvikt, 22 % diabetes och 11 % hade genomgången CVL/TIA. Uppföljningen är densamma på samtliga centra och vi har följt SYMPLICITY HTN-2 studiens protokoll, dvs. blodtryckskontroller efter 1 månad, 3 månader, 6 månader, 9 månader samt 12 månader. Endast fyra stycken 6 månaders kontroller har hittills utförts och dessa och senare resultat kommer därför inte att redovisas.

Systoliskt blodtryck: 1 månads kontroll har gjorts på 22 patienter. Här ses en kraftig sänkning av det systoliska blodtrycket med ett medelblodtryck på 160 mm Hg dvs. en sänkning med ca 21 mm Hg, ($p<0.001$). 13 patienter har utfört 3 månaders kontroll och blodtrycket verkar fortsätta att sjunka. Medelblodtrycket är nu 147 mm Hg vilket jämfört med utgångsblodtryck ger en differens på 37 mm Hg ($p<0.001$; Fig.1).

Diastoliskt blodtryck: resultaten är liknande när det gäller det diastoliska blodtrycket. Efter 1 månad är diastoliskt medelblodtryck 94 mm Hg vilket ger en skillnad på 8 mm Hg ($p<0.001$) och efter 3 månader är medelblodtrycket 90 mm Hg med en differens på 14 mm Hg (Fig.2).

Redan efter 1 månad har 38 % nått ett blodtryck på 140/90 eller mindre. Efter tre månader har 61 % av de patienter som kontrollerats uppnått samma mål, detta med oförändrad medicinering.

Behandlingen har i stort sett gått komplikationsfritt. Några smärre problem med övergående artärspasm samt mindre blödning vid insticksstället har förekommit men har inte återkommit efter ändrad

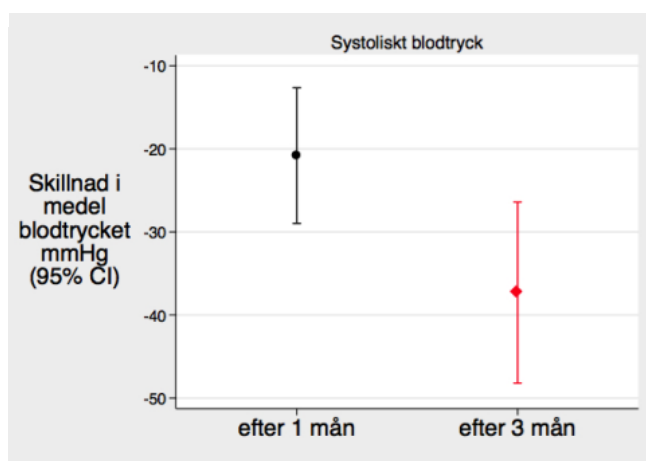


Fig 1. Svenska resultat av renal denervering på systoliskt blodtryck efter 1 (n=22) respektive 2 månader (n=13)

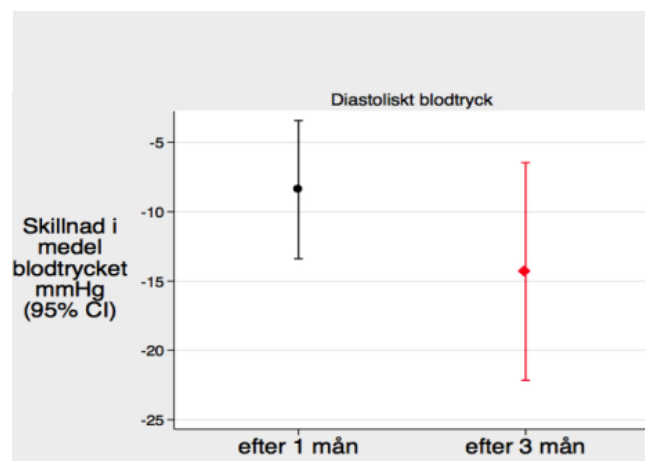


Fig.2. Svenska resultat av renal denervering på diastoliskt blodtryck efter 1 (n=22) respektive 2 månader (n=13)

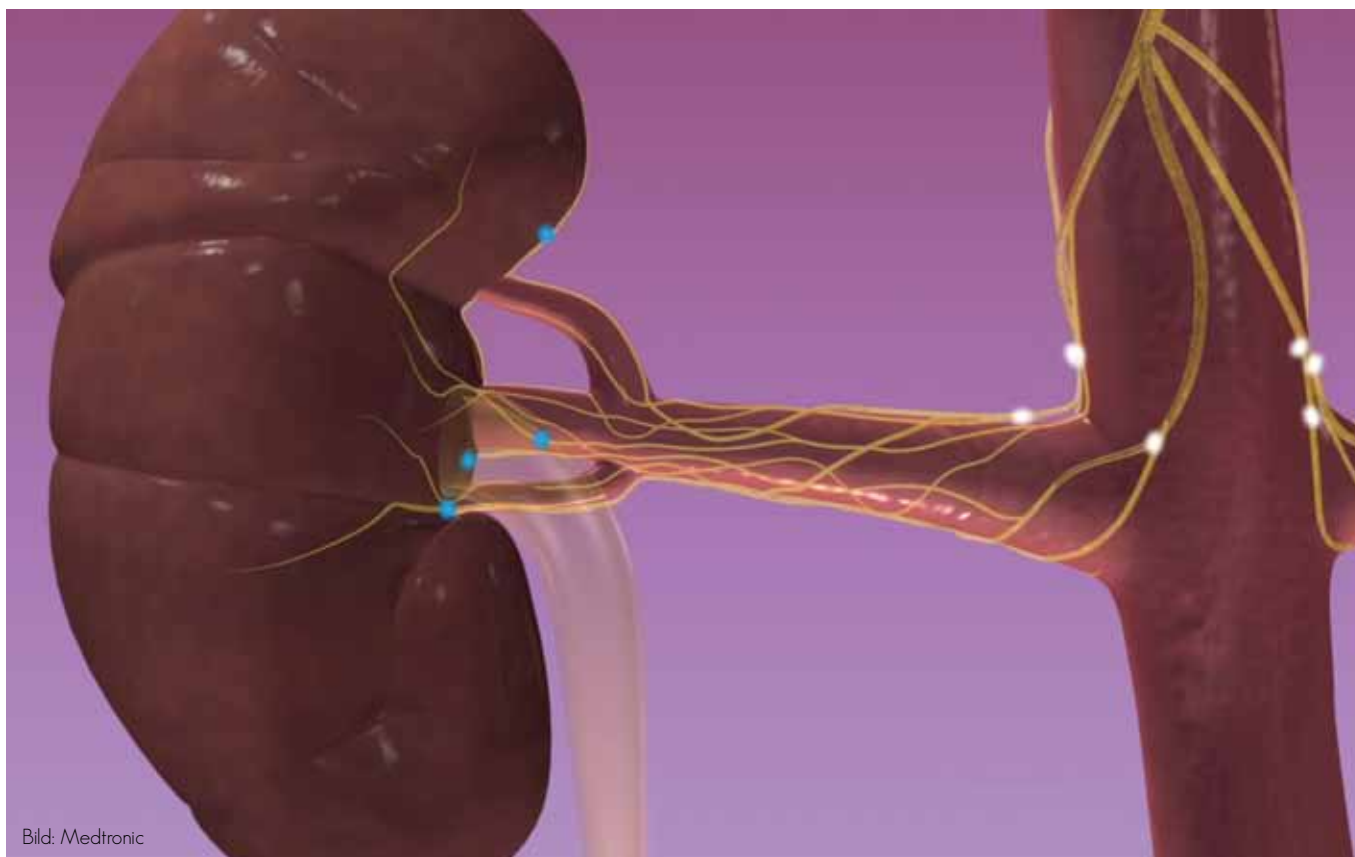


Bild: Medtronic

kateterteknik och justering av heparindos. Alla tre idag behandlande sjukhus följer aktivt upp alla patienter, där data kommer att kopplas till ett världsomfattande kvalitetsregister.

Sammanfattning

Renal denervering är en ny behandlingsmetod med låg komplikationsfrekvens som visar lovande resultat avseende blodtrycks-sänkning hos patienter med terapiresistent hypertoni. Våra resultat i Sverige överensstämmer väl med resultaten i internationella studier. Metoden är inte längre en forskningsmetod, utan bör idag ses som sjukvård även om den än så länge enbart bör användas på specialistcentra. Det pågår också forskning på Danderyds sjukhus och Sahlgrenska sjukhuset kopplad till metoden, avseende hypertoni samt kring potentialen för metoden som behandling till patienter med andra diagnoser såsom hjärtsvikt, förmaksflimmer och njursjukdom.

Referenser:

1. Li C, Engstrom G, Hedblad B, Berglund G, Janzon L. Blood pressure control and risk of stroke: a population-based prospective cohort study. *Stroke*. 2005;36(4):725-730.
2. Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RE, Bohm M. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9756):1903-1909.
3. Schmieder RE, Redon J, Grassi G, Kjeldsen SE, Mancia G, Narkiewicz K, Parati G, Ruilope L, van de Borne P, Tsoufis C. ESH

Position Paper: Renal denervation - an interventional therapy of resistant hypertension. *J Hypertens*. 2012;30(5):837-841.

4. Peet MM. Results of bilateral supradiaphragmatic splanchnicectomy for arterial hypertension. *N Engl J Med*. 1947;236(8):270-277.
5. Converse RL, Jr., Jacobsen TN, Toto RD, Jost CM, Cosentino F, Fouad-Tarazi F, Victor RG. Sympathetic overactivity in patients with chronic renal failure. *N Engl J Med*. 1992;327(27):1912-1918.
6. Brandt MC, Mahfoud F, Reda S, Schirmer SH, Erdmann E, Bohm M, Hoppe UC. Renal sympathetic denervation reduces left ventricular hypertrophy and improves cardiac function in patients with resistant hypertension. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59(10):901-909.
7. Mahfoud F, Schlaich M, Kindermann I, Ukena C, Cremers B, Brandt MC, Hoppe UC, Vonend O, Rump LC, Sobotka PA, Krum H, Esler M, Bohm M. Effect of renal sympathetic denervation on glucose metabolism in patients with resistant hypertension: a pilot study. *Circulation*. 2011;123(18):1940-1946.
8. Witkowski A, Prejbisz A, Florkczak E, Kadziela J, Sliwinski P, Bielen P, Michalowska I, Kabat M, Warchol E, Januszewicz M, Narkiewicz K, Somers VK, Sobotka PA, Januszewicz A. Effects of renal sympathetic denervation on blood pressure, sleep apnea course, and glycemic control in patients with resistant hypertension and sleep apnea. *Hypertension*. 2011;58(4):559-565.
9. Ukena C, Bauer A, Mahfoud F, Schrieck J, Neuberger HR, Eick C, Sobotka PA, Gawaz M, Bohm M. Renal sympathetic denervation for treatment of electrical storm: first-in-man experience. *Clin Res Cardiol*. 2012;101(1):63-67.



Familjen Linder (till vänster i bild) på cykeltur och promenad med familjen Bonning, som blev bästa vänner i Hamilton. Mamma Ulrika härstammade från Örebrotrakten och Pappa John (Chef på ED) pratade bra svenska trots att han aldrig bott i Sverige.

Äventyrens land

Familjen Susanne och Rikard Linder förverkligade sin dröm och tog hela familjen med sig för att arbeta på andra sidan jordklotet. Läs här deras berättelse och deras erfarenhet från den nya zeeländska sjukhusvärlden.

Text och foto: Susanne och Rikard Linder

Vår Nya Zeelands-historia började egentligen många år innan vi lämnade Sverige i januari 2007, faktiskt redan när vi fick vår äldsta dotter. Vi drömde om att vi skulle bo och leva några år utomlands innan hon började skolan. Åren rullade på och till slut, då hon var 12 år och hennes syskon 10 respektive 7 år bestämde vi oss, nu eller aldrig.

För oss handlade det om flera saker; ett familjeäventyr innan det var för sent och då vi fortfarande kunde få med oss alla barn. En utmaning att klara av, för var och en av oss, men med styrkan och stödet från varandra, att sammansvetsa oss som familj ytterligare. Att ge våra barn kunskaper i engelska var ett syfte i sig. Att vi vuxna fick möjligheten att arbeta som läkare i ett anglo-saxiskt system med ett annat sjukdomspanorama och andra förhållningssätt framstod som spännande. Att inte bara vara turister utan 'utlänningar' i någon annans, för oss okända, kultur. Att, inte minst, förverkliga en dröm. Att resans mål dessutom var det förlovade 'Sagan-om-ringen'-landet som skulle upplevas maximalt på kortast möjliga tid var hisnande. Vi kände oss som de lyckligast lottade i världen!

Efter många år som slitna, pendlande småbarnsföräldrar i Stockholm var önskemålet att hitta en liten, cykelvänlig stad med ett stort

sjukhus. Efter någon månad och en del erbjudanden som australiska bush doctors etc fick vi båda bra erbjudanden från Waikato Hospital i Hamilton, på nordön i Nya Zeeland.

Vi accepterade och inledde den långa byråkratiska vandringen mot ett godkännande av Nya Zeelands Medical Council, motsvarigheten till Socialstyrelsen. Varenda arbetsdag i vårt liv granskades och diplom, kurser och intyg översattes från vårt obskyra okända språk till engelska. De flesta översättningar återsändes till oss då rätt förfarande ej iakttagits eller att notarius publicus stämpel var för gammal etc. Vidare var vi tvungna att genomgå och passera ett engelska test, det s.k. IELTS, där en medelnivå >7.5 av maximala 9 krävdes för läkarjobb i Nya Zeeland. Efter att vi låst in oss ett höstlov för hårt plugg klarade vi båda gränsen och skålade i champagne!

Det återstod att söka tjänstledigt från jobbet, sälja bilen, hyra ut huset, ordna med en flyttcontainer och säga hejdå till alla arbetskamrater samt nära och kära. Vår äldsta dotter var olycklig över att hon var tvungen att bryta upp från sin nyvunna perfekta värld bland körsång, kompisar och frihet med eget bussåkande till skolan etc. Då vi kom hem till Sverige igen tre år senare tyckte hon dels att åren 'down under' var det häftigaste man kunde göra, dels att hennes föräldrar



Fin utsikt åt alla håll från Mt Manganui i Tauranga på Nordöns östkust. Bra surfstränder och mysiga kaffebarer.

var helcoola som gjort det vi hade gjort! De två yngre barnen ”hängde bara med”.

Utmanande början

Efter att vi accepterat våra jobberbjudanden vidtog en frustrerande tid. Medical Council (motsvarande Socialstyrelsen) lät dröja med att behandla våra ansökningar för att bli godkända för arbete. Immigrationsmyndigheten kunde inte godkänna oss för inträde i landet förrän vi var godkända av Medical Council. Sjukhuset var i desperat behov av oss och de rekommenderade oss att inte vänta utan resa då det var välkänt att Medical Council ofta dröjde med ibland upp till 6-12 månader, men ofta påskyndade processen om man redan befann sig i landet. Immigrationsmyndigheten, sade de, ’brukade alltid ordna sig’ då de fick kontakt med arbetsgivaren och visste att vi hade tjänster som väntade.

Vi reste. Resan höll på att få ett snabbt slut på Heathrow där de inte ville släppa på oss på nästa flight utan visum då vi inte hade retur-biljett. Efter mycket diplomati, tårfyllda, bedjande barns ögon och en rad förtvivlade samtal till vårt sjukhus fick vi tag i rätt person som kunde intyga att vi var ’på riktigt’. Vi kunde gå ombord på ett något försenat plan med destination Nya Zeeland. Barnen somnade snabbt utfläkta på säten och golv medan vi själva skålade återigen, denna gång något tysta och eftertänksamma. Här, på 10 000 m höjd, bjöds vi på en fantastisk Nya Zeeländsk Pinot Noir vilket sedan dess blivit vår absoluta favorit bland röda viner.

Living a dream

Vi hade bestämt oss att leva vår dröm och satte upp mål. Surfbrädor skulle inköpas och tämjäs, liksom hästar och ett antal road-racing cyklar. Vi bodde i ett hus utanför själva staden där stora nya tomter växte upp ur den gamla jordbruksmarken, på ett 5 000 kvadratmeter stort sk ”lifestyle block”. Våra grannar hade omväxlande kor, hästar, får, lama-djur mm på sin mark, vi själva huserade snart våra två hästar Benny och Pango. Benny var ungarnas lilla ponny som betedde sig mer som en hund och gick gärna in i vardagsrummet om man inte stängde till skjutdörren tillräckligt. Pango var stor, svart och tillbakadragen. Hans tidigare liv som tämjad vildhäst i de otillgängliga Uruwera bergen, där hästar fortfarande strövar fritt, färgade hans en-

sliga natur. Detta var Sussis häst och trots hästens stora integritet hittade de en gemensam plattform för kommunikation som fungerade. Hästarbetet konkurrerades dock till slut ut av journalsamtal och ungarnas aktiviteter; de såldes och i hästhagen planterades pilträd som kanske är 15 m höga om 10 år.

Det förlovade landet

Vårt första intryck av Nya Zeeland är ljust. Så ljust att det gjorde ont i ögonen utan solglasögon. En förbipasserande granne med sin 2-åriga son som cyklade förbi vårt hus under första veckan hade båda keps under cykelhjälm. ”We simply do not have an ozon layer” var förklaringen. Trots den 30 gradiga värmen var armar väl täckta och benen insmorda i +30 faktor solskyddskräm. Incidensen av malignt melanom är ca. 10-faldig jämfört med Sverige. I skolan var det tvång på skolhatt och sex av årets månader ingick simning i utomhuspoolen på schemat. ’Vår’ hemstad Hamilton låg på 38:e breddgraden motsvarande Rom i Italien på norra hemisfären och vi hade att se fram emot 3 månader vinter och 9 månader sommar enligt våra mått mätt.

Barfotakultur

En överraskande skylt på bankkontoret där vi öppnade konton förklarade att man var tvungen att ha skor på sig. Vi tyckte detta var skojigt. Efter några veckor förstod vi dock varför, när våra barn rapporterade att de i stort sett var ensamma att ha skor på sig i skolan. Även vintertid med frostiga morgnar sågs många barn komma barfota till skolan. Bland maorierna var det mycket vanligt och vi mötte t.o.m. vuxna handlandes mat barfota på snabbköpet. Särskilt vår yngsta dotter anammade snabbt barfota-vanan och behövde ständiga påminnelser om skor då vi skulle iväg någonstans.

Nya Zeeland har ett klimat och en jord som driver upp grönsaker och växter 2-3 gånger hastigheten jämfört med de flesta ställen på jorden. T.o.m på vintern kunde vi gå o plocka tomater, timjan och persilja i trädgården. Att se citrusträden bära knallgula citroner och varmorange färgade mandariner är fantastiskt för en härdad nordbo!

Laid back-horizontal

Många av våra grannar och vänner hade inget jobb. De levde av ärvda pengar eller medel som de tjänat vid försäljning av tomter och egendom.



Gröna, sol och salt bemängda kullar i Coromandel på Nordön.

Tomtpriserna har skjutit i höjden de sista 15 åren och de som hade stora gårdar eller tomter har kunnat stycka upp sin egendom och sälja till priser som för 15 år sedan var fantastinivåer. Varför arbeta om man inte måste? Detta var en vanlig inställning. Man kan fylla dagarna med att dreja, spela golf, dricka öl och titta på rugby, fjärran från det svenska lutherska idealet. Vissa var så laid back att de var horisontella.

Vi saknade svenska kyrkklockor på söndagarna, "Den blomstertid nu kommer" på skolavslutningar, snapsvisor, kräftkalas och annat traditionsbundet beteende som är typiskt för ett gammalt samhälle. Vi tar våra traditioner för givet, men efter ett längre besök i ett "nytt" land som Nya Zeeland förstår man att vi vilar på tusenårig historia. Vissa samhällen som man passerar igenom ser ut som cowboy-byar med en gammal dammig pub som enda samlingspunkt.

Cykling och surf

Nya Zeeland är ett perfekt land för de som gillar träning och i synnerhet cykling. I Rotorua, ca 1 timme från vårt hem i Hamilton, fanns ett Mecka för mountainbiking. "The Redwoods" var ett helt berg med omgivande skogar fullt av välsvavade cykelspår med svårighetsgradering i 1-6. En helt fantastisk upplevelse för hela familjen! Landsvägscyklning är också ett utbrett nöje och en vanlig träningsform. Det fanns många gäng som samlades tidigt på helgmornar för ett cykelpass på flera timmar och därefter gemensam frukost på något fik längs vägen. Dessa sociala "bunchrides" var utmärkta tillfällen att lära känna nya vänner och det var påfallande många läkare i dessa mångkolererade cykeltstim som flöt fram i morgonsolen. Vissa tränade för "Coast to Coast, vilket är en 1-2 dagars tävling på sydön där man medelst fötter, kanot och cykel skall ta sig från västkusten, över alla alper och ner till östkusten. Detta liknar inget vi har i Sverige och kräver minutiös förberedelse för att orkas med.

45 minuter väster om Hamilton ligger Raglan, som har en av världens bästa "left hand breaks". Västkusten i NZ är vild och vacker, men farlig. Vi åkte dit för att uppleva den heta svarta sanden, de enorma vågorna och bli smittade av den sköna, dekadenta surfarinställningen i det lilla samhället. Tyvärr var det många surfare som toppade vågornas rus med en maurijanicigaret för att ytterligare förhöja känslan. Det finns stora illegala maurijanaodlingar i landets avlägsna skogar.

Vi höll oss ifrån gräset men försökte bemästra den stora surfen dels på Rikards nyinköpta surfbräda men mestadels liggandes på "boggieboards". Det blev ett av våra självklara helgnöjen. Vi aktade oss för att bli utspolade till havs av "Rip":en som dock de lokala surfarna använde för att lyftas förbi de stora vågorna för att slippa kämpa så mycket för att komma ut. Det fanns dock de som dog i dessa "Rips". Under vår tid där omkom en 19 årig rugbyhjärte när han trots allt lyckades rädda sin lillebror ifrån att drunkna.

Väggar som papper passar kulturen

Nya Zeeländska hus har tunna väggar och englasfönster. Bara ett fåtal hus hade tvåglasfönster, men sedan 2008 ska alla byggnader som uppförs ha tvåglasfönster i energibesparande syfte. Inomhustemperaturen i de flesta hus vintertid var 10-15 grader. Kanske är detta en anledningarna att incidensen av reumatisk feber är högst i I-världen. Man valde ofta att sova i en säng med elektriska sängvärmare för att klara av kylan. Mössan åkte aldrig av på de flesta som bodde såhär men paradoxalt nog var den typiska utstyrseln shorts även vintertid. Nidbilderna av en Nya Zeeländsk kille är alltså en öldrickande kille i shorts och mössa som lyssnar på Rock n'Roll och tycker att män ska vara män och att kvinnorna ska sköta hus, hem och matlagning. Förutom grillen, gud förbjude den kvinna som tar denna självklara mansuppgift från sin make.

Vår son blev snabbt tillvand och cyklade de 5 km till skolan även frostiga morgnar i juni i shorts, mössa och yllesockor i skorna.

Number 8 wire är en speciell dimension av ståltråd. Med denna universella fixarattiralj kan stängsel, bilar, hus och allehanda grejer lagas. Nya Zeeländarna sägs ha utvecklat en speciell mentalitet, isolerade av hav från andra kontinenter, där man får klara sig själv och fixa det man kan-själv. Denna inställning benämns "Number 8 wire mentality" och är ett friskt inslag i kulturen och en kontrast från Sveriges befolkning som ju ofta kräver att samhället skall vara tillrättlat och välordnat för dem.

Skoluniform, titlar, straff och prestationer.

Skolan i Nya Zeeland är i jämförelse med den svenska mer auktoritär och ställer högre krav. Man kallade sina lärare för Mr och Ms. Alla bar skoluniform. Bråk och stök i klassrummet tolererades inte. Reglerna



Stränderna ÄR Nya Zeeland. Här kan man leka, vandra, surfa, bada, rida eller bara sitta och meditera till de evigt brusande vågorna.

var enkla och läraren hade alltid rätt. När vår son råkade krocka in i sin lärare då han kom runt en husknut fick han en skarp tillsägelse "watch where you are going young man!" varpå han tilldelades sk. "community service" då han fick städa skolgården den kommande dagens alla raster. Jämfört med i Sverige hade läraren mycket mer makt och verktyg till hands i syfte att hålla ordning i och utanför klassrummet. När vi nu frågar våra barn vilket skolsystem de föredrar väljer de det Nya Zeeländska för den bättre ordningen, de högre kraven på inläring och möjligheterna till sportutövning flera gånger varje dag, men det svenska för mer rättvisa gentemot lärare och skolledning. Som förälder tycker vi att barnen hade en klart högre inläringstakt i Nya Zeeland och att man premierade prestationer mer. Det var inte fult att tillhöra eliten och varje termin avslutades med att belöna de bästa studenterna med priser, stipendier och lovord.

En stor omställning för en barnfamilj med två yrkesarbetande föräldrar var matsäcksproducerandet. Varje morgon skulle alla barnen ha med sig en gedigen matsäck för hela dagen i skolan. Att de ofta ej hade tid att äta den för all sportutövning på alla raster var en annan femma. Vid hemkomsten till svensk skola, där sportutövning är otänkbart utan dusch efteråt och luncherna mer tilltagna märktes en klar ökning av barnens underhudsfett!

Överläkare, ett isolat av oantastlig expertis?

Det anglosaxiska sjukvårdssystemet som var rådande i Nya Zeeland skiljer sig från det svenska, där "team-focus" dominerar. Man fick känslan att varje överläkare var slutpunkten för medicinsk kompetens och det var inte populärt att som underläkare ifrågasätta sin överläkares direktiv. Det var en självklarhet att en överläkare behärskade alla aspekter inom sin specialitet och Rikard blev omgående GUCH-ansvarig vid sidan av sin fullt ut kliniska vardag som interventionist och allmänkardiolog.

Vissa överläkare såg det som en direkt svagh et om en likställd kollega kom för att diskutera ett knivigt fall för att få fler åsikter. Under de dryga 2 åren vi jobbade på Waikato Hospital kände vi dock att vår "dum-svenska" öppenhet att diskutera svåra fall vann mark. När kollegorna märkte att vi trots allt inte var kompletta galningar började det gläntas lite på förändringsluckan. Vi tyckte det var betydligt högre i tak på vår klinik när vi åkte hem. Fredagsmötena kryddades ofta av självutlämnande patientfall där diskussionens syfte var att utveckla kliniken.



En av många vandringar. Här vid Mt Arthur and the Table-lands nära Abel Tasman national park.

Vek utbildning av läkare i Sverige idag?

Den nya zeeländska underläkaren jobbade och studerade hårt med stort eget ansvar för sin kompetens och utbildning. Kraven var höga och utvärderingarna frekventa. Överläkarens krav på underläkaren var tydliga. ST-läkaren; 'Registrar', stod längst fram i ledet, nära patienten och presenterade patienten, sin bedömning och plan för överläkaren. Som överläkare; 'Consultant', är man verkligen som det låter; en konsult, som dirigerar och konkluderar med ett helikopterperspektiv där man ändå är tvungen att bedöma alla patienter inom 24 timmar. Till sin hjälp hade ST-läkaren sin 'House-officer' (=vik.ul alt. AT) som hela tiden var närvarande, aktiv och behjälplig men inte tog särskilt mycket eget ansvar. Summan av detta system är att samtliga nivåer blir mer kompetenta; AT/UL under ständig hand-ledning, ST-läkaren med tydligt självständigt ansvar såväl teoretiskt som praktiskt under överinsyn av överläkaren, överläkaren som ser och hanterar oändligt många fler



Sussi och Julie Linder i full fart, och med bra koll på virvlarna, nedför fors i Wanganui river på Nördön. Rikard och Blanca snurrade runt i varje fors och Elsa, som var minst, fick vara fripassagerare i guidens kanot.



Hela familjen Linder till häst i Golden Bay, på Sydöns nordtripp. Unik ridning med magnifik utsikt över kullar och stränder.

patientfall/ tidsenhet på sin högre nivå och därmed erhåller en större erfarenhetsbank på kortare tid. En rond efter bakjour kunde ofta vara ca 30 patienter, Sussi hade vid ett tillfälle 41 patienter på sin rond.

För att bli kardiolog i detta system var man tvungen att klara av en omfattande internmedicinsk tentamen där ca 50% körde. Det var vanligt att man gav upp att bli specialist för att man ej klarade/orkade omtentamen ett halvår senare. De som gjorde det valde då istället att bli GPs, dvs distriktsläkare. Om man väl klarat tentamina och t.ex ville bli kardiolog återstod flera år av specialiststudier, med krav på t.ex. 500 rapporterade ekocardiografier samt utförande av ett antal esofagus-eko, pacemakeroperationer, högerkateteriseringar, coronarangiografier etc. Även vetenskapliga posters och publikationer var en obligatorisk del av utbildningen. Slutprodukten är en mycket kompetent och bred kardiolog där vi som svenskar absolut låg i lä.

Personligt ansvarig läkare

I Nya Zeeland är du som läkare mer personligt ansvarig för dina patienter. När de återinläggs hamnar de automatiskt under dig. Även om du är ledig, händer det att kollegorna ringer och undrar vad du vill att de ska göra och s.k courtesy-calls var vanliga från kollegor eller underläkare som bara ville informera dig om din patients progress.

Nya Zeeland har västvärldens högsta incidens av reumatisk hjärtsjukdom. Mitralstenoser var vardagsmat på ekoavdelningen. Med reumatisk hjärtsjukdom följde endokardit och sjukhuset tog emot ca en ny septisk endokarditpatient per vecka. Klaffkirurgin var utbredd men mitralklaffsplastiker fortfarande relativt ovanliga. Att rapportera ekocardiografiska undersökningar var en spännande sysselsättning med hög andel svår patologi. För Sussi som eko-profilerad kardiolog var det ett eldorado. Med svår klaffsjukdom följde svår hjärtsvikt som krävde täta kontroller och uppföljningar genom åren.

Robin Hofman, en kollega från Södersjukhuset, besökte oss för att under 3 månader lära sig mer om EKO. Han fick en gedigen utbildning och fick varje dag se fall som är rariteter i Sverige.

Smokey-Hospital Cat

En otrolig upplevelse för en svensk läkare var uppsynen av en sjukhuskatt. Du läste rätt. På vårt sjukhus fanns en vagabond-katt som flanerade runt på avdelningarna och välsignade vissa utvalda patienter genom att dela sängen för natten. Katten hette "Smokey". Han var grå och stor, nästan som ett lodjur. Första gången vi såg honom låg han och sov på en kontorsstol på expeditionsrummet. Vi fick hjärtat i halsgropen. Tänk dig att odla på Smokey! Fjärran från socialstyrelsen hårda normer var detta möjligt och vi lärde oss att uppskatta detta otroliga inslag i vår vardag mycket.

I mitten av 90-talet gick det i stort sett inte att få en god kaffe i Nya Zeeland, hela landet var en något ociviliserad glesbygd. Idag växer espressoserveringarna som svampar ur jorden och en god "Flat White" hörde till vår morgonrutin på sjukhuset.

Rika av erfarenheter

Vi reste till Nya Zeeland på ett 1-års-kontrakt och återvände hem igen efter två och ett halvt år. Vi älskade vårt liv i Nya Zeeland men längtade hem. Helt ärligt hade vi nog stannat kvar om det var 5 timmar istället för 35 timmar bort.

Vi upplevde alla att vi vuxit och mognat som familj, individer och, vi vuxna, som läkare. Livet skulle aldrig bli detsamma och skulle nu beskrivas som livet före och efter Nya Zeeland. I vardagen idag leker vi alla av och till med tanken att åka ut igen, till Nya Zeeland eller någon annan stans. Det finns ju så mycket att uppleva, så många spännande platser att se och intressanta människor att möta.



Koru, maoriernas fruktbarsymbol. Utrullad och utslagen blir detta en "Silver Fern", en storvuxen kusin till vår ormbunke.

Fakta om Nya Zeeland

Aotearoa - Nya Zeeland

Nya Zeeland var obebott fram till någon gång mellan 1000 och 1300-talen då polynesier bosatte sig där. Denna kultur blev sedan känd som maorierna. Redan 800 e.kr. kan ett besläktat folkslag, Moriorerna, eller moa-jägarna, ha befolkat nya Zeeland. Enligt sägen skall dessa Moriorer ha dukat under i kannibalism efter att Maorier anlände till NZ.

Nya Zeeland kallas på maori 'Aotearoa' vilket de själva översätter till 'the land of the big white cloud'. Man tror att det härrör från då de första polynesierna kom till Nya Zeeland över havet och då först såg Nya Zeeland vid horisonten som ett stort vitt moln hängande över landmassan.

De första européerna som anlände till Nya Zeeland var nederländaren Abel Tasmans expedition år 1642. James Cooks expedition kartlade öarna 1769–1770. Nya Zeeland blev år 1840 del av det brittiska imperiet.

Nya Zeeland blev en oavhängig dominion den 26 september 1907. Full oavhängighet gavs av det brittiska parlamentet med Westminsterstatuten (engelska: "The Statute of Westminster") år 1931. Denna ratificerades av det nyzeeländska parlamentet år 1947. Sedan dess har Nya Zeeland varit en självständig konstitutionell monarki under det brittiska samväldet.

Nya Zeeland har 4,4 miljoner invånare på en yta motsvarande ca halva Sverige. Omkring tre miljoner bor på Nordön, och 70 % av befolkningen är av europeisk börd. Wellington är huvudstad men Auckland är den största staden.

Unik Natur

Nya Zeeland har en mycket vacker natur. Snötäckt berg och gröna kullar, djungel-lik 'bush' i norr och barrskog i söder,

mil och åter mil av stränder. Landet har varit befolkat i bara ca 1 000 år men har på denna korta tid förändrats dramatiskt av människans framfart. Numer gör emellertid Nya Zeeland mer än något annat land för att behålla sin unika natur och över 30 % av landets yta är idag naturreservat.

Platser värda ett besök känns oändliga. Bay of Islands på norra nordön med sitt subtropiska klimat är platsen där de första europeerna slog ner sina bopålar - en mycket vacker plats utmed havet med bl.a. sin '90-mile-beach'. Otaliga öar man kan besöka med de många turbotåtar som trafikerar. Några timmar söderut, i inlandet, finns Roturoa, ett område som med sin vulkaniska aktivitet har kokande sjöar, gejsrar och bubblande lerpölar. Vänder man sig istället rakt västerut kommer man till surfparadiset Raglan med sin svarta sand. I Tongariro National Park, tolv mil söder om Rotorua, ligger vandringleder runt och över vulkaner med bl.a. Mount Ngauruhoe mer känd som 'Mount Doom', vulkanen från 'Sagan om Ringen'. Vulkanerna är täckta av glaciärer och erbjuder fantastisk skidåkning på 3000 m höjd under de 3 vintermånaderna. Raglan, Rotorua och vulkanerna var 'vår bakgård' för helger och korta semestrar. Fantastiska platser på sydön som vi besökte var Abel Tasman National Park med vandringer som Mount Arthur and the Table-lands, hästritter på stränder och över kullar i Golden Bay med sin Farewell Spit. Längre söderut på sydön finns Fox-och Franz Josef-glaciärerna, den vackra världskända vandringsleden i Milford Sound i trakterna av Queenstown. Detta är landet med berg, fjordar och skog som vi lärt känna så väl från 'Sagan om Ringen'-filmerna. Här kan man med hjälp av guider vandra runt i en skönhet och ödslighet som är helt bedårande.



Foto: Kent Forsén

Från livsstil till bariatrisk kirurgi

Den rådande fetmaepidemin och dess följder är bland de största medicinska utmaningarna dagens sjukvård står inför. Särskilt bukfetma ökar risken för diabetes typ 2, som är starkt förknippad med ökad risk för morbiditet och mortalitet i aterosklerotisk kärlsjukdom. Fetma bidrar även till en rad subjektiva medicinska besvär och försämrad livskvalitet. Patienter med fetma och diabetes är idag ett mycket vanligt inslag i kliniskt verksamma kardiologers vardag.

Text: Kent Forsén, Fristående konsult, e-mail: Kent.Forsen.mma@telia.com.

Mot denna bakgrund arrangerade American College of Cardiology (ACC) och "American Association of Clinical Endocrinology" ett gemensamt symposium under årets ACC-möte, med titeln "Cardiologists as Endocrinologists: Emerging Management of the Diabetic Patient". Syftet var att belysa hela spektrumet av tillgängliga alternativ vid diabetes typ 2, livsstilsförändring, behandling med läkemedel och bariatrisk kirurgi. Effekter av farmakologiska alternativ för glukossänkning belystes i Svensk Cardiologi nr 4, 2010. Denna rapport fokuseras därför på två ytterligheter. Den ena är alltid första åtgärd – livsstilsintervention och den andra kan övervägas när alla andra åtgärder är otillräckliga – bariatrisk kirurgi som presenteras i nästa nummer. Symposiet modererades av Samuel Dagogo-Jack, Memphis och Mikhall Kosiborod, Leewood.

Global epidemi

År 2015 kommer det enligt Världshälsoorganisationens (WHO) beräkningar att finnas omkring 2,3 miljarder vuxna människor i världen med övervikt (BMI >25 kg/m²) och fler än 700 miljoner individer som är feta (BMI >30 kg/m²). Parallellt med denna utveckling följer en global epidemi av diabetes typ 2 - år 2025 kommer enligt

WHO ca 360 miljoner människor i världen att ha diagnosen diabetes typ 2. Fetma/diabetesepidemin är global, även om prevalensen varierar mellan olika länder. Även i Sverige är situationen oroande. Enligt "Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering" (SBU), är omkring en halv miljon svenskar feta, medan ca 2,5 miljoner är överviktiga. Ca 400 000 patienter i Sverige har diabetes.

Gigantisk belastning

Vera Bittner, Birmingham, berättade att risken bland diabetiker i USA att utveckla koronar hjärtsjukdom glädjande visar en sjunkande trend totalt och fokuserade därefter på det stora långtidsprojektet "Action for Health in Diabetes" (Look AHEAD), under titeln "Improving Metabolic Risk Factors through Lifestyle".

Övervikt och fetma utgör en gigantisk belastning för det amerikanska samhället genom att varje år bidra till betydande morbiditet samt mortalitet och därmed både personligt lidande, höga sjukvårdskostnader och stort produktionsbortfall. Med färgade kartor illustrerades hur fetma- och diabetesepidemin i USA utvecklades under perioden 1994-2008. Prevalensen övervikt och fetma har ökat så till den grad att en majoritet av den vuxna amerikanska befolkningen i

dagsläget har BMI som är 25 kg/m² eller större. Alarmerande är att andelen feta individer med BMI >30 kg/m² har ökat från 16 till 22 % under de senaste 15 åren. Ökningen tycks vara mest uttalad bland människor som löper hög risk att utveckla viktrelaterade sjukdomar och etniska minoritetsgrupper är mest utsatta. Bland afroamerikanska och Mexiko-amerikanska kvinnor har 37 respektive 33 % BMI >30 kg/m². Motsvarande bland vita kvinnor är ca 22 %.

Livsstilen bär skulden

Grundorsaken till fetmaepidemin anses främst vara den moderna livsstilen som i stor utsträckning präglas av högt kaloriintag som följd av större matportioner och hög konsumtion av lättillgängliga, relativt billiga, energirika produkter och en minskad grad av fysisk aktivitet med för mycket stillasittande, som en följd av ökad mekanisering såväl i hemmet som på arbetet och på fritiden. Med ökad prevalens fetma ökar parallellt incidensen diabetes typ 2. I USA ökade prevalensen diabetes i åldersgrupperna 40-74 år från 8,9 % 1976-80 till 12,3 % 1988-94 (relativ ökning 38 %). Bland patienter med känd diabetes typ 2 har nästan hälften BMI över 30 kg/m² (jämför det svenska Nationella Diabetesregistret). Kopplingen mellan störd kolhydratmetabolism och aterosklerotisk kärlsjukdom är stark. Det är välkänt att diabetes ökar risken för koronar hjärtsjukdom 2-4-faldigt och koronarsjukdom utgör den viktigaste orsaken till mortalitet bland patienter med diabetes. Så har t ex ca 2/3 av dem som drabbats av akut hjärtinfarkt visats ha diabetes eller nedsatt glukostolerans.

Ogynnsamma livsstilsfaktorer är vanligt förekommande hos patienter med diabetes. Vilken betydelse dessa faktorer har för patienternas prognos och huruvida en förändrad livsstil kan påverka

den kardiovaskulära risken gynnsamt är vitala frågor som tilldrar sig stort forskningsintresse.

Gynnsamma livsstilsfaktorer

En tysk undersökning där olika livsstilsfaktorer relaterades till mortalitet, under i medel 7,8 år, bland drygt 1 260 kvinnor och män, 35-65 år, med diabetes, refererades. Mortaliteten bland patienter med 1, 2 och 3 eller fler gynnsamma livsstilsfaktorer, jämfördes med mortaliteten bland de 7 % av patienterna som inte hade någon gynnsam livsstilsfaktor. Bland de 24 % av patienterna som hade en gynnsam livsstilsfaktor var mortaliteten 34 % lägre än i jämförelsegruppen. Bland de 35 % av patienterna som hade två gynnsamma faktorer var mortaliteten 48 % lägre. Lägst var mortaliteten bland de 34 % av patienterna som hade tre eller flera gynnsamma livsstilsfaktorer – 64 % lägre än jämförelsegruppen. Gynnsamma livsstilsfaktorer var att inte röka, ha BMI <30 kg/m², att bedriva fysisk aktivitet minst 3,5 tim/vecka, ha "sundare" kostvanor och att konsumera "måttligt" med alkohol. Resultatet måste tolkas med försiktighet, men ger stöd åt hypotesen att livsstilsfaktorer spelar en viktig roll för prognosen på längre sikt.

NHANES

Den amerikanska "National Health and Nutrition Examination Survey" (NHANES), visade att den beräknade 10-årsrisken att utveckla koronar hjärtsjukdom bland vuxna med diabetes förbättrades signifikant under åren 1999-2000 till 2007-2008, både bland vita, afroamerikaner och Mexiko-amerikaner. Totalt minskade den beräknade risken från 21,1 % till 16,4 %. Detta uppmuntrande resultat tillskrevs förbättrat riskfaktormönster hos patienterna. Både HbA_{1c}, systoliskt





blodtryck och kvoten total-/HDL-kolesterol hade förbättrats signifikant medan ingen trend för rökning observerades bland de nästan 2 000 diabetiker som undersöktes. NHANES ger stöd åt hypotesen att positiva trender med avseende på kardiovaskulära riskfaktorer kan relateras till lägre risk för koronarsjukdom.

Emellertid indikerades ett trendbrott i beräknad risk mellan 2005-2006 och 2007-2008. Incidensen koronarsjukdom ökade åter under denna period. Framtida beräkningar får visa om denna observation var uttryck för ett tillfälligt fenomen eller är en reell förändring av trendriktningen. Även denna studie har dock sina begränsningar och resultatet måste tolkas med försiktighet. Riskkalkyleringen grundades på erfarenheter i tre stora välkända studier där betydelsen av kardiovaskulära riskfaktorer undersöktes – "United Kingdom Prospective Diabetes Study" (UKPDS), "Atherosclerosis Risk in Community Study" (ARIC) och "Framingham Heart Study".

Look AHEAD

I USA pågår en multicenterstudie som följs med stort intresse, "Look AHEAD", där syftet är att värdera effekten av intentionell viktminskning som följd av en intensiv livsstilsintervention för att reducera kaloriintag och öka fysisk aktivitet. Projektet koordineras av "National Institute of Health" (NIH) av främst "National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases" (NIDDK). Undersökningen omfattar 5 145 överviktiga eller feta kvinnor och män med diabetes typ 2, med eller utan kardiovaskulär sjukdom, som rekryterats under 2,5 år vid 16 kliniska centra (drygt 300 patienter/centrum).

Inklusionskriterier var ålder 45 (senare 55) – 75 år, BMI >25 kg/m² och HbA_{1c} <11 %, triglycerider ≤ 9,2 mmol/l och blodtryck <160/100 mm Hg. Patienter med njursjukdom, medicinska, psykiatriska eller beteendefaktorer som kan inverka på deltagandet i studien eller förmågan att följa intervention har utesluts. Samma gäller förekomst av sjukdom som anses begränsa livslängden och/eller påverka interventionens säkerhet.

Intervention

Efter en screeningprocess fick samtliga patienter närvara vid en timme långt gruppmöte för basutbildning om diabetessjukdomen med särskild fokus på behandling av hypoglukemi, kardiovaskulär sjukdom och fotvård. Alla med risk för hypoglukemi uppmanades att själva kontrollera sitt blodsocker med stickor. Betydelsen av att äta sunt och att vara fysiskt aktiv, för att både gå ner i vikt och förbättra glukemisk kontroll, betonades. Rökare råddes att sluta och erbjöds material för självhjälp. Sin vanliga medicinska vård får deltagarna av vårdgivare som inte är knutna till Look AHEAD. Både dessa och patienterna själva uppdateras årligen med studiens resultat.

Patienterna randomiserades till livsstilsintervention med diet och ökad fysisk aktivitet för att nå en bestående viktminskning av minst 7 % av den initiala vikten under det första året, eller till kontroller som endast fick utbildning och rådgivning.

Målet för interventionsgruppen är att kaloriintaget skall vara 1 200–1 500 kcal/dag för dem som väger 114 kg eller mindre och maximalt 1 800 kcal/dag för dem som väger mer. I fall där kroppsvikten inte minskar tillfredsställande, kan intaget reduceras ytterligare. Den kost som rekommenderas följer de riktlinjer som sammanställts av "American Diabetes Association" (ADA) och "National Cholesterol Education Program" (NCEP). Således skall maximalt 30 % av det

Look AHEAD - Livsstilsintervention

Mål

Intag av 1 200-1 800 kcal/dag, beroende på initial kroppsvikt. Gradvis ökning till 175 min fysisk aktivitet per vecka.

Upplägg

- Fas 1 (mån 1-6): Tre gruppmöten plus ett individuellt möte för rådgivning/mån.
(mån 7-12): Två gruppmöten plus ett individuellt möte för rådgivning erbjuds till individer som förväntas delta åtminstone en gång.
- Fas 2 (mån 13-48): Minst ett möte för individuell rådgivning/mån och minst en kontakt varje månad per telefon, postkort, röstmeddelande eller e-post. Frivilliga gruppmöten erbjuds. Tre repetitionskurser erbjuds varje år.
- Fas 3 (mån 49+): Individuell kontakt med en rådgivare. Öppna gruppmöten erbjuds en gång/mån. Ett gruppmöte för repetition och en nationell kampanj erbjuds varje år.

Syfte

- Ge kunskap om optimal diabetesbehandling, kalorikontroll, sund nutrition och metoder för att öka fysisk aktivitet.
- Motivera och öka egen förmåga, bygga upp förväntningar och skapa insikt om betydelsen av förändrad livsstil.
- Förbättra förmåga att utöva självkontroll, sätta mål, skapa självkänsla, öka kognitiv förmåga och förebygga återfall.
- Underlätta och ge stöd både i grupp och vid enskild rådgivning.
- Ge praktisk hjälp för att övervinna barriärer.

totala kaloriintaget komma från fett, varav 10 % från mättat fett, medan 15 % av intaget ska komma från protein.

Den fysiska aktiviteten är mestadels inte övervakad. Målet är en gradvis ökning till nästan 3 tim aktivitet av måttlig intensitet per vecka efter de första 6 mån. Arbetspassen ska ske på fritiden och vara 10 min eller längre för att räknas. Fysisk aktivitet rekommenderas 5 dagar per vecka. Att promenera med måttlig intensitet är godkänt. Individuellt anpassade träningsprogram används och möjlighet att få ett övervakat träningspass per vecka erbjuds.

Kontrollgruppen erbjuds utbildning som motsvarar de deltagandes intresse och får stöd för att vara kvar i studien. De inviteras till tre utbildningsmöten à 60-90 min per år under 4 – 6,5 år och därefter ett sådant möte per år. De deltar även i planerade klinikbesök varje år och i telefonsamtal för insamling av data. Ett av utbildningsmötena ägnas åt kost och nutrition, medan ett relateras till fysisk aktivitet. Möten erbjuds även varje år, där deltagarna kan utbyta erfarenheter och diskutera olika aspekter på hur det är att leva med diabetes.

Effektmått

Primärt studeras förekomsten av kardiovaskulära händelser (sammanlagt fatal och icke-fatal hjärtinfarkt samt stroke, hospitaliserande

angina och kardiovaskulär död). Look AHEAD har planerats för att visa 18 % relativ skillnad i incidens primära händelser till förmån för livsstilsintervention, vid analys enligt "intention to treat". Absolut incidens i grupperna beräknades bli 2,56 vs 3,12 % per år. Efter 3 år var dock den årliga incidensen händelser endast 0,7 %, varför uppföljningen förlängdes från 11,5 till 13,5 år och primärt effektmått utökades till att omfatta även hospitaliserande angina.

Sekundärt värderas en rad andra kardiovaskulära sjukdomstillstånd och total mortalitet. Likaså interventionens effekt på kardiovaskulära riskfaktorer, diabeteskontroll, sjukdomskomplikationer, behov av sjukhusvård, allmänt hälsotillstånd, livskvalitet och psykologiska faktorer samt kostnader.

Riskfaktorer

Medelåldern i hela studiepopulationen var initialt 59 år, 60 % var kvinnor, 63 % var vita och BMI var i medel 36 kg/m². Hypertoni förekom hos 81 % av patienterna, varav 69 % behandlades med antihypertensiva medel (blodtrycket var i medel 129/70 mm Hg, men endast 37 % nådde den blodtrycksnivå för diabetiker som rekommenderas av ADA). Knappt hälften av patienterna (48 %) behandlades med lipid-sänkande medel (LDL-kolesterol var i medel 2,9 mmol/l. Endast 52 % nådde den av ADA rekommenderade LDL-nivån).

Av patienterna behandlades 19 % med insulin och 67 % med orala diabetesmedel, medan 14 % var helt utan farmakologisk diabetesterapi. HbA_{1c} var i medel 7,3 % (endast 46 % av patienterna hade den nivå som rekommenderas av ADA). Endast hos 10 % av patienterna var de tre riskfaktorerna blodtryck, LDL-kolesterol och HbA_{1c} tillfredsställande kontrollerade. Viktigaste faktorer bakom dessa nedslående fynd, var att vara afroamerikan, öka i kroppsvikt, användning av insulin och att inte använda lipidsänkande medel.

Effekt av ändrad livsstil

Redan efter ett år förbättrades riskfaktormönstret signifikant i interventionsgruppen, jämfört med kontrollerna, med avseende på kroppsvikt, midjeomfång, systoliskt blodtryck, triglycerider, HDL-kolesterol, p-glukos i fasta och förekomst av metabola syndromet. Efter 4 år var skillnaden mellan grupperna i viktreduktion, HbA_{1c}, HDL-kolesterol och systoliskt blodtryck fortfarande signifikant. LDL-kolesterol sjönk i båda grupperna, men skillnaden var inte signifikant när hänsyn togs till användning av lipidsänkande medel.

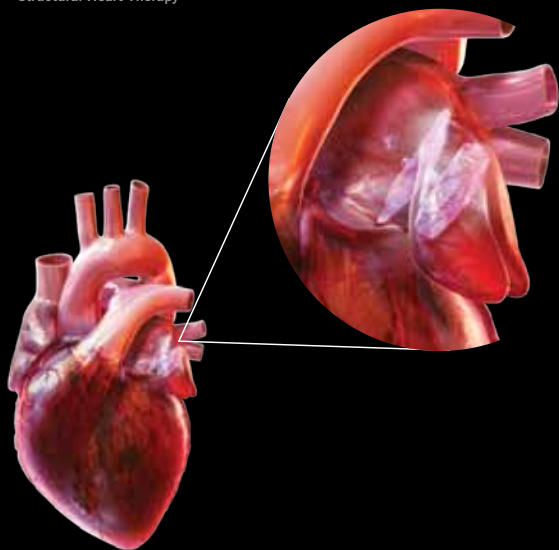
Mortalitet

Det är fortfarande inte klarlagt vilken eller vilka faktorer som har störst betydelse för prognosen vid diabetes typ 2. En metaanalys omfattande 22 randomiserade kontrollerade undersökningar, där minst 1 000 patienter med diabetes typ 2 följdes under minst ett år, visade att total mortalitet varierade 29-faldigt mellan olika studier. Sammanlagt ingick fler än 91 000 patienter. Mortaliteten varierade från 0,28 till 8,24/100 patientår. Det visades att högre ålder, längre sjukdomsduration, högre blodtryck och tidigare kardiovaskulär sjukdom var förenade med ökad mortalitet. Viktigast för prognosen var kronisk njursjukdom i form av nedsatt njurfunktion (GFR) eller förekomst av proteinuri.

Konklusionen var att patienter med diabetes typ 2 är belastade med många kardiovaskulära riskfaktorer. Endast en mindre del av patienterna når de evidensbaserade mål för riskfaktorkontroll som har satts upp av ADA. Intensiv livsstilsintervention har visats ge bestående förbättring av kardiovaskulära riskfaktorer under 4 års uppföljning. Undersökningen följs internationellt med stort intresse. Effekten på morbiditet och mortalitet i Look AHEAD kommer att redovisas i slutet av 2014.



AMPLATZER™ Cardiac Plug
Structural Heart Therapy



EN ALTERNATIV BEHANDLING FÖR ATT MINSKA RISKEN FÖR STROKE HOS PATIENTER MED FÖRMAKSFLIMMER¹

Nuvarande evidens tyder på att perkutan ocklusion av vänster förmaksöra (LAA) är en effektiv metod för att minska risken för tromboemboliska komplikationer i samband med icke-valvulärt förmaksflimmer.¹ Amplatzer Cardiac Plug möjliggör en säker placering även i en kort landningszon och förenklar positioneringen genom dess design. Den är utformad för en fullständig stängning av LAA.

SJMprofessional.com



ST. JUDE MEDICAL

MORE CONTROL. LESS RISK.

Percutaneous occlusion of the left atrial appendage in non-valvular atrial fibrillation for the prevention of thromboembolism. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11216/49407/49407.pdf>. Published June 2010. Accessed April 2011.

Product referenced is approved for CE Mark. AMPLATZER, ST. JUDE MEDICAL, the nine-squares symbol and MORE CONTROL. LESS RISK. are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2011 St. Jude Medical. All Rights Reserved.

NYA ZENICOR-EKG

Nu är arytmietredning enklare än någonsin!

- ✓ Inbyggd mobiltelefon för automatisk överföring
- ✓ Minne att lagra EKG
- ✓ 10-30 sek registrering
- ✓ Torra tum-elektroder
- ✓ Symtommarkering

Tum-EKG är kliniskt verifierad att hitta tysta förmaksflimmer hos patienter med stroke/TIA

Tum-EKG finns nu på över 100 kliniker i Sverige, Norge och Finland

WWW.ZENICOR.SE

Tel: 08 - 442 68 60
E-post: info@zenicor.se



Zenicor
NÄRHETPÄDISTANS...



Ordförandeklubban går till...

Text: Mona Schlyter och Maria Bäck

Det är i skrivande stund nästan en månad sedan det återigen var dags för Svenska Kardiovaskulära Vårmetet, denna gång på Waterfront Congress Center i Stockholm. Ett Vårmete som blev mycket välbesökt.

Bengt Fridlunds vetenskapliga pris gick i år mycket välförtjänt till Anna Strömberg, leg sjuksköterska, medicine doktor i kardiologi, professor i omvårdnad vid Linköpings universitet. Jag vill å min och styrelsen vägnar framföra våra varmaste gratulationer till Anna.

En annan person som ska gratuleras är Maria Bäck, sjukgymnast och doktorand vid Sahlgrenska Akademin. Maria vann i hård konkurrens första pris för bästa abstract presentation. Stort Grattis Maria!

Under Svenska Kardiovaskulära Vårmetet i Stockholm höll VIC sitt årsmöte och i samband med detta lämnade jag mitt ordförandeskap. Ett ordförandeskap som från början skulle vara under ett år och som nu blivit till 6 år.

När jag tänker tillbaka så känns det som en lång tid men tiden har trots detta gått så fort. Mycket har hänt. Vi har fått ett Vetenskapligt råd och två nya arbetsgrupper: arbetsgruppen för Medfödda hjärtfel och PCI. Samarbetet med VICs arbetsgrupper har varit en stor källa till glädje. De har haft utbildningsdagar i stort sett årligen med stor framgång.

Styrelsen har gjort ett stort arbete varje år tillsammans med vetenskapliga rådet med att planera och organisera de sessioner VIC ansvarar för under "Vårmetet". Ett tätt samarbete har bedrivits inom den Nordisk Baltiska arbetsgruppen inför de Nordisk-Baltiska Kardiolog-kongresserna vilka äger rum vart annat år. Tillsammans med Hjärt-svikts-arbetsgruppen arrangerades State of the Heart 2007 som fick ett mycket varmt och positivt mottagande av våra medlemmar.

I början av 2012 bytte vi webbmaster för vår hemsida och har ändrat medlems- och registerhantering för att kunna erbjuda bästa möjliga service till VIC-medlemmar.

Malmö Kongress kommer att sköta både medlemsärenden och hemsidan. Medlemsansvariga kommer dock att finnas i VICs styrelse. Eftersom utvecklingen går fort kommer vi om 6 år förmodligen finna en bättre teknik både vad gäller hemsida och medlemsregister.

Vad jag däremot hoppas ska finnas kvar är den kultur som nu finns inom VIC och att den själ som funnits sedan VIC startade med engagerade medlemmar och att styrelsens, vetenskapsrådets och arbetsgruppernas medlemmar ska vara lika passionerat engagerade också i framtiden som de är idag.

Ni som läst min ledare här i tidningen har väl inte kunnat undgå att jag vurmat för att VIC-medlemmar ska kunna få fortlöpande utbildning. Både genom att delta i de nationella utbildningsdagarna och få komma till Svenska Kardiovaskulära Vårmetet, vilket idag snart har lika stor betydelse som de stora kongresserna. Vi har också inom styrelsen delat ut fler stipendier just för dessa aktiviteter. Det har varit roligt att märka att vi nu har allt fler som söker både resestipendier och projektstipendier.

Att vidareutbilda sig är av största betydelse, men som Johan Wolfgang von Goethe skriver "Kunskap är inte nog, den måste brukas, viljan är inte

nog, vi måste handla". Så efter det att du deltagit i någon utbildning, för det du lärt vidare och framför allt tillämpa det du lärt när så är möjligt.

Något som jag upplever som oerhört glädjande är att under mina sex år som ordförande, har inte mindre än 20 VIC-medlemmar disputerat. Visst är detta fantastiskt!

Med detta vill jag tacka nuvarande styrelse och föregående styrelse som jag fick förmånen att arbeta med för ett stimulerande och fantastiskt roligt arbete. Detsamma vill jag säga till arbetsgrupperna och vetenskapliga rådet och alla medlemmar; ett stort, stort tack till er alla.

Härmed lämnar jag med mycket glädje över ordet till Maria Bäck, VICs nya ordförande. Jag ser mycket fram emot att under en övergångsperiod arbeta tillsammans med Maria då som före detta ordförande. Jag kommer dock att finnas i bakgrunden, långt bak! Jag fortsätter nu med att ta hand om min familj, att skriva på min tredje artikel och som ordförande för National Society Committee inom CCNAP. Till sist vill jag önska er alla en härlig sommar oavsett väder.

Mona Schlyter

Jag tackar för förtroendet att få ta över det ärofyllda uppdraget som ny ordförande i VIC. Min förhoppning är att kunna fortsätta arbetet i samma goda anda som Mona så uppskattat gjort. Jag hoppas på ett gott samarbete med övriga medlemmar i styrelsen, vetenskapliga rådet, arbetsgrupperna, alla andra engagerade medlemmar och inte minst med Mona som för en tid stannar och delar all sin erfarenhet med mig.

Redan under sjukgymnastutbildningen visste jag att det var inom kardiologi och hjärtrehabilitering jag ville arbeta och så blev det. Tio år senare är det fortfarande inom hjärtrehabilitering jag med stor entusiasm är kliniskt verksam som sjukgymnast vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Ganska snart i min yrkeskarriär väcktes ett intresse för forskning. Detta medförde att jag blev doktorand vid Sahlgrenska Akademin och i höst blir det dags att försvara min avhandling som handlar om fysisk aktivitet och fysisk träning i relation till kinesiofobi (rörelserädsla) och kardiella riskmarkörer hos patienter med kranskärlssjukdom.

Jag tackar för ordet i denna ledare och håller mig kort denna gång. Mona, jag tror jag att talar för alla VIC-medlemmar när jag skriver att Du har gjort ett fantastiskt arbete och att Du har varit och är enormt uppskattad! Vi kan bara önska Dig lycka till med dina nya spännande åtaganden och för egen del ser jag med stor förväntan fram emot de uppdrag som väntar som VICs nya ordförande. Ser fram emot ett spännande samarbete!

Maria Bäck



Rapport från en stipendiat

Text: Malin Schlyter Wallenstad, Leg. sjukgymnast. Kliniken för thoraxkirurgi, anestesi och intensivvård, Divisionen för hjärna, hjärta, lungor och kärl, Skånes Universitetssjukhus, Lund.



Tack vare stipendium från VIC hade jag möjlighet att delta i International Society for Heart and Lung Transplantations (ISHLT) 32:a årliga kongress i Prag den 18-21 april.

ISHLT är en internationell kongress som hålls i Europa vart 3:e år och annars i USA eller Canada. I år var det 2502 deltagare och 1311 abstracts insända! Majoriteten var män, läkare och från USA. Av de 81 föredrag som jag var på, var 51 av talarna män och 30 kvinnor. 54 kom från USA/Canada, 20 från Europa (varav 4 från Sverige!), 4 från Australien, 1 från Asien, 1 från Sydamerika och 1 från Mellanöstern.

Under kongressen avhandlades föredrag om VADs (Ventricular Assist Device), hjärtrtransplantation, lungtransplantation, donatorer, rejektioner, komplikationer, riskfaktorer, olika diagnoser, anhöriga mm. Där var även några föredrag om fysisk aktivitet och fysisk träning före och efter transplantation.

H.F. Armstrong från New York, USA hade tittat på om pulmonell hypertension (PH) som komplikation till interstitiell lungsjukdom påverkar arbetsförmågan (mätt med CPET: cardiopulmonary exercise testing) innan transplantation. Studien visade att patienterna med PH hade signifikant sämre arbetsförmåga jämfört med de utan PH trots samma ålder, kön och lungvolymer.

H. Seale från Brisbane, Australien hade analyserat incidens och klinisk konsekvens av arytmier under 6 minuters gångtest hos patienter med PAH. Det var en retrospektiv analys av 1240 gångtest. I 7 fall hade något allvarligt hänt: 1 dödsfall, 1 VF, 1 AV-block, 2 svimningar som ledde till inläggning och 3 svimningar utan inläggning. Riskfaktorer var ålder < 40, onormal HF, mRAP (medeltryck i höger förmak) > 15 mm Hg, PaO₂ < 60 %. Konklusion: identifiera riskfaktorer och behov av EKG-övervakning under gångtest.

P.M. Pego-Fernandes från Sao Paulo, Brasilien hade jämfört "övervakad" träning och egenträning efter lungtransplantation. Båda grupperna hade först 15 träningstillfällen tillsammans. Därefter fortsatte ena gruppen med "övervakad" träning och den andra gruppen

med egen träning under 2 månader. Utvärdering gjordes genom mätning av max inspiratoriskt och expiratoriskt tryck samt 6 minuters gångtest. Båda grupperna förbättrades; den "övervakade" gruppen något mer, men ingen signifikant skillnad.

H. Spaderna från Leiden, Holland rapporterade om att fysisk aktivitet och minskning av depressiva symtom stabiliserar patienternas hälsa och minskar antalet dödsfall liksom behovet av VAD i väntan på hjärtrtransplantation. Ju fler vardagsaktiviteter som gjordes, desto bättre rapporterad hälsa.

K. Hayes från Melbourne, Australien hade tittat på om arbetsförmåga och livskvalitet ökade med fysisk träning. Hon hade jämfört 2 grupper patienter med LVAD som väntade på hjärtrtransplantation. Kontrollgruppen promenerade 15 min/dag under 8 veckor och skrev aktivitetsdagbok. Interventionsgruppen gjorde konditions- och styrketräning under 8 veckor. Utvärdering gjordes genom mätning av VO₂max, 6 minuters gångtest och SF-36. Båda grupperna förbättrades, men träningsgruppen var signifikant bättre avseende VO₂max och 6 minuters gångtest.

Katarina Heimburg från Lund, Sverige rapporterade sin studie där hon tittat på arbetsförmåga och livskvalitet före och 1 år efter lungtransplantation. Resultat från 64 patienter redovisades. Utvärdering gjordes genom arbetsprov på cykel, 6 minuters gångtest, spirometri (VC, FEV1) och SF-36 (kort form). Samtliga värden förbättrades signifikant. Roligt var också att Lund har mycket bättre långtidsöverlevnad än rapporterade värden i ISHLT's register.

K. Nytröen från Oslo, Norge hade i sin studie undersökt om HIIT (högintensiv intervallträning) kunde öka VO₂max, muskeluthållighet och muskelstyrka hos hjärtrtransplanterade patienter 1-8 år efter transplantation. Träningsgruppen tränade 3 gånger i veckan under tre 8-veckors perioder. Kontrollgruppen fick ingen organiserad träning. Träningsgruppen förbättrades signifikant avseende både VO₂max och muskeluthållighet- och styrka. HIIT är en säker träningsform för hjärtrtransplanterade personer.

Utöver alla föredrag så hann jag mingla på kongressen, men också på en gemensam "get together" på Prags rådhus. En pampig byggnad där det serverades mat och dryck till underhållning av stråkorkester. Jag hann även turista lite och se en del av Prag. En mycket vacker stad som visade sig från sin bästa sida. Vi mötte våren i ett soligt Prag med gröna träd och blommande buskar.

Ett varmt tack för stipendiet som gjorde denna resa möjlig!





Assessing Symptom Burden and Health-Related Quality of Life in patients living with arrhythmia and ASTA (Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia)

Text: Anna Strömberg, legitimerad sjuksköterska, medicine doktor, professor vid institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet.

Det övergripande syftet för Ulla Walfridssons avhandling, som försvarades 2:a december 2011, var att utvärdera symtombörda och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med hjärtrytmrubbning samt att utveckla och utvärdera ett sjukdomsspecifikt frågeformulär, anpassat för patienter med olika former av hjärtrytmrubbning. Fakultetsopponent var docent Nils Edvardsson, Göteborg.

Patienter som lever med hjärtrytmrubbning kan ha en uttalad symtombörda och en försämrad hälsorelaterad livskvalitet. För många patienter kan hjärtrytmrubbning leda till osäkerhetskänsla och begränsningar i det dagliga livet. Arbetsförmågan samt lusten och möjligheten att planera för familj- och fritidsaktiviteter kan påverkas negativt. Det finns personer som låter livet begränsas av hjärtrytmrubbningen och fokus i tillvaron blir att hitta strategier för att förebygga och hantera sina besvär.

Behandlingsalternativen kan vara flera. Valet står ofta mellan behandling med läkemedel eller ablationsbehandling (i avhandlingens studier var behandlingsalternativet radiofrekvensablation) där behandling med ablation kan vara botande för många patienter. Vid vård av patienter med hjärtrytmrubbning är det viktigt att kombinera objektiv utvärdering (ex. EKG) med patienternas egna subjektiva upplevelser (patient reported outcomes så kallade PROs). Det är värdefullt för att kartlägga i vilken omfattning hjärtrytmrubbningen påverkar patienternas livssituation och för utvärdering av behandlingseffekter efter olika former av interventioner.

Delstudie I och II:

Syftet i första studien (I) var att beskriva hälsorelaterad livskvalitet före behandling med radiofrekvensablation hos patienter med diagnos AVNRT eller WPW och i andra studien (II) att utvärdera hälsorelaterad livskvalitet tre och tolv månader efter behandlingen.

Utvärderingen gjordes med två validerade, generiska frågeformulär, SF-36 och EQ-5D. Patienternas hälsorelaterade livskvalitet jämfördes i båda studierna med köns- och åldersmatchade referensgrupper.

I jämförelse med de köns- och åldersmatchade referensgrupperna skattade patienterna sin hälsorelaterade livskvalitet signifikant lägre i sju av de åtta skalorna i SF-36, före behandling med radiofrekvensablation. Att ha frekventa attacker av hjärklappning hade en uttalad negativ påverkan på hälsorelaterad livskvalitet, att vara av kvinnligt kön och vara äldre, ≥ 50 år, var också faktorer som bidrog till försämrad hälsorelaterad livskvalitet. Ett år efter behandling med radiofrekvensablation var patienternas hälsorelaterade livskvalitet på en



Kort om Ulla Walfridsson

Ulla Walfridsson är leg. sjuksköterska och med dr. Hon arbetar som forskningssjuksköterska på Kardiologiska klinken, Universitetssjukhuset i Linköping och på PROMcentrum, Landstinget i Östergötland. Kontakt: ulla.walfridsson@lio.se

Ulla disputerade vid Linköpings universitet den 2 december 2011 med avhandlingen: Assessing Symptom Burden and Health-Related Quality of Life in patients living with arrhythmia and ASTA (Arrhythmia-Specific questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia).

likvärdig nivå som den köns- och åldersmatchade referensgruppen, utvärderat med SF-36 och EQ-5D's index.

Delstudie III och IV:

Syftet var att utveckla och utvärdera (validera) ett sjukdomsspecifikt frågeformulär: ASTA (ArytmiSpecifikt frågeformulär vid Takykardi-Attack och hjärtrytmrubbning) som utvärderar symtombörda och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med olika former av hjärtrytmrubbning. I studie III och IV inkluderades patienter som behandlades med elkonvertering (förmaksfladder eller förmaksflimmer), flimmerpatienter som sökt akutsjukvård och patienter med olika former av hjärtrytmrubbning, remitterade för behandling med radiofrekvensablation. Utvärdering av det nyutvecklade sjukdomsspecifika formuläret ASTA gjordes mot det generella formuläret SF-36, med en översatt sjukdomsspecifikt symtomchecklista.

ASTA-formuläret visade på tillfredsställande psykometriska egenskaper. Reliabilitet utvärderat med intern konsistensen (Cronbach's alpha) och homogenitet visade tillfredsställande resultat för skalorna i ASTA; symtomskalan och skalorna belysande hälsorelaterad livskvalitet (totalskalan och den fysiska och mentala subskalan). Validitet bekräftades för samtliga skalor i ASTA genom; utvärdering inom en expertgrupp (läkare, sjuksköterskor och patienter) och vidare med utvärdering av korrelationer med övriga formulär och genom konfirmerande faktoranalys.

Sammanfattning av avhandlingen:

Resultatet ifrån avhandlingen visade att hjärtrytmrubbningen påverkade patienternas tillvaro och dagliga liv i stor utsträckning i form av uttalad symtombörda och försämrad hälsorelaterad livskvalitet. Efter behandling med radiofrekvensablation var patienternas hälsorelaterad livskvalitet förbättrad och på samma nivå som en matchad referensgrupp.

Det nya frågeformuläret ASTA visade på tillfredsställande egenskaper att kunna mäta symtombörda och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med olika former av hjärtrytmrubbning.

För att tillförlitligt kunna utvärdera patienters upplevelser av sin livssituation behövs frågeformulär som är utvecklade för och testade i de patientgrupper där formuläret är avsett att användas. PROs blir allt mer efterfrågat inom sjukvården; vid förbättringsarbeten och implementering av dessa, inom forskning samt inom kvalitetsregisterarbeten.

Vid vård av patienter med hjärtrytmrubbning behövs utvärdering av patienternas egna upplevelser som komplement till objektiv uppföljning.

Formuläret ASTA är det första validerade sjukdomsspecifika frågeformuläret för skattning av symtombörda och hälsorelaterad livskvalitet, anpassat för patienter med de flesta former av hjärtrytmrubbning. ASTA kan därmed bli ett viktigt tillskott för utvärdering av PROs för dessa patienter.

Utbildningsdagar

PCI-gruppen hälsar välkomna till nationella utbildningsdagar i Lund 10-11 december 2012! För information: David.Zughaft@skane.se

VICs Arbetsgrupp inom Sekundärprevention

Hjärtligt välkomna till våra utbildningsdagar

12-13 november 2012 i Örebro
Vi flyttar från trendiga Hilton i Malmö till 1300-tals slott i Örebro och presenterar nyheter inom Cardiologi och sekundärprevention, samt frestar med middag och underhållning på Örebro Slott. Program finns på hemsidan under hösten.

Ny ledamot

Som ny ledamot i VIC's styrelse hälsas Catarina Svensson varmt välkommen. Catarina arbetar som sektionsledare på HIA på Linköpings Universitetssjukhus. Hon kommer att svara för VIC's hemsida. Catarina kommer att presenteras närmare i nästa nummer av Svensk Cardiologi.



VIC:s Arytmi-grupp hälsar välkomna till Nationella Utbildningsdagar i Visby 4-5 oktober 2012

Huvudämnet skall vara allt det nyaste inom förmaksflimmerbehandling (läkemedels-, antikoagulantia-, ablation-, hjärtdevice-behandling.) Vi bjuder in till ett mycket intressant vetenskapligt program som ska hållas av föreläsare av högsta klass inom området. Självklart planerar vi en del Gotländska attraktioner också!

Programmet ska börja med registrering kl. 11.00 den 4 oktober och sluta kl. 15.00 den 5 oktober 2012.

Pris: VIC-medlem: 2000 kr, icke VIC medlem: 2500 kr.

Både SAS och Malmö Aviation flyger till Visby med bra priser och även båtförbindelser från Oskarhamn och Nynäshamn finns.

Hotellförslag: <http://www.clemenshotell.se> <http://www.hotellgute.se> <http://www.almedalen.com> <http://www.hotell1.nu>

Sista anmälningdatum 2012-09-07. Obs! begränsat antal deltagare.

Anmälan görs på anmälningsskett som finns på hemsidan.

Vid frågor v.g. kontakta: barbara.jaburjuul-moller@skane.se eller tina.westberg@gotland.se



Rapport från 12th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing

Text: Maria Liljeroos, leg sjuksköterska, Doktorand Linköpings Universitet

Arets möte hölls i Köpenhamn i mars och i två dagar fick vi ta del av många spännande presentationer. Deltagarantalet med 646 personer slog rekord. Programmet var innehållsrikt med många välmeriterade föreläsare och öppningsceremonin bjöd på såväl tal från borgmästaren som på skönsång. Köpenhamn visade upp sig från sin bästa sida och vi hann njuta lite av solen under lunchuppehållen.

Fredagens session hade titeln "Improving the quality of cardiovascular care in Europe". Först ut var professor Pedersen som pratade om betydelsen av att använda evidensbaserade kliniska guidelines. Redan 1993 konkluderades att guidelines förbättrar klinisk praxis. Här presenterades en genomgång av aktuell forskning som visade att evidensbaserade kliniska riktlinjer kan minska antalet olämpliga och onödiga vårdåtgärder, stödja sjuksköterskan vid framtagande av standardvårdplaner och vara ett stöd vid kliniska beslut i samverkan med patienten.

Professor Tiny Jaarsmas föredrag handlade om det multidisciplinära teamet i patientvården och teamet liknades vid en orkester. Vården bör ske patientcentrerat istället för att vi låter organisatoriska förutsättningar få styra vården för målet är att ge en optimal patientvård. Teamets medlemmar väljs utifrån det aktuella uppdraget för att få bredast möjliga kompetens till den uppgift som ska utföras. Teamets medlemmar måste komplettera varandras styrkor och svagheter i sitt arbete för att ljuv musik ska uppstå.

Dagen fortsatte med föredrag om patienters rädsla och oro och dess betydelse. Först ut var professor Mosers som diskuterade om rädsla är en positiv coping strategi eller ett negativt känslomässigt tillstånd. Oro har i studier setts vara en oberoende riskfaktor för komplikationer efter en hjärtinfarkt. De som skattar att de inte är oroliga är de som motionerar minst och de som motionerar mest är de som skattar mild oro. De som skattar mild oro är också de som söker vård fortast, de utan oro eller med svår oro tar längre tid på sig att söka vid besvär. Konklusionen var att rädsla och oro kan vara positiv när den triggar igång ändamålsenliga åtgärder vid både akut och kronisk sjukdom och när individer besitter coping strategier, kunskaper och färdigheter att handla. Rädsla och oro kan vara skadlig när den är svår och ihållande och när individen saknar coping strategier.

På fredag eftermiddag pratade professor Anna Strömberg egenvård och evidens. Patienter som klarar sin egenvård är mer följsamma till läkemedelsbehandling och både mortalitet och morbiditet minskar. Dock saknas evidens för vissa av de råd vi ger till t ex patienter drabbade av hjärtsvikt och råden bygger då på klinisk erfarenhet. Det finns god evidens för att daglig träning har effekt. Lite svagare evidens har råd om daglig viktkontroll, rökning, alkohol och kost. De råden med lägst grad av evidens är salt och vätskereduktion och fler studier behövs inom dessa områden. Egenvårdsråd kan leda till skuld känslor och frustration hos de patienter som inte klarar av att följa råden fullt ut och ibland kanske det är bättre att vi istället ger färre råd och prioriterar råd med hög grad av evidens för att öka patientens följsamhet.



Ett glatt Linköpingsgäng: från vänster Susanna Ågren, Christina Andrae, Nana Waldréus, Anna Strömberg, Gassan Mourad, Kristofer Årestedt, Lena Näsström och Carina Hjelm.

Under båda dagarna presenterades muntliga abstrakt presentationer parallellt med huvudsessionerna. Här följer ett axplock;

Patienter drabbade av stroke som tycker om konst har en betydligt högre livskvalitet än de som inte gör det, visar ny forskning. Patienter som uppskattade musik, måleri och teater återhämtade sig bättre från sin stroke än patienter som inte gjorde det.

Dålig tandhygien hos patienter med medfödd hjärtsjukdom ökar risken för endokardit. Tonåringar med medfödd hjärtsjukdom använder tandtråd, borstar tänderna och besöka tandläkaren mindre än sina jämnåriga kamrater, dock använder de mindre alkohol, cigaretter och narkotika.

Depression ökar risken för död hos patienter som har fått en stent inopererad. Efter sju års uppföljning sågs att deprimerade patienter löpte 1,5 gånger högre risk att dö än icke-deprimerade patienter. Resultaten var oberoende av ålder, kön, kliniska egenskaper, ångest och (typ D) personlighet.

Undertecknad hade förmånen att få presentera resultatet från två studier. Den första studien var en utvärdering av långtidseffekten av en intervention med utbildning och psykosocialt stöd till patienter drabbade av hjärtsvikt samt deras partners. Resultatet visade att effekten av interventionen var liten för paren. Trots detta är par-interventioner viktiga för att förbättra utfallet för patienter med hjärtsvikt i framtiden. Att analysera data på par-nivå är ett lovande sätt att utvärdera dyad interventioner.

Studie två var en intervjustudie där par drabbade av hjärtsvikt svarade på frågor om vilket stöd och utbildning paren upplever att de behöver. Resultatet visade på vikten av att involvera partnern i den stödjande utbildningen. Gemensam utbildning och stöd ökar kontrollen och minskar den oro de båda upplever. Att ha en kontaktperson, t ex sjuksköterskan på hjärtsviktmottagningen, som har en daglig telefonkontakt dit paren kan vända sig till för råd och stöd fungerar som en livlina.

Nu ser vi fram mot nästa års möte som kommer att hållas i Glasgow i mars 2013. Jag hoppas många svenska sjuksköterskor och sjukgymnaster har möjlighet att delta.

En ny väg till trombocythämning vid behandling av akut kranskärlssjukdom

Brilique
ingår i
högkostnads-
skyddet!

Brilique™ (ticagrelor) räddar fler från kardiovaskulär död*¹

En ny trombocythämmare är här. Brilique i kombination med ASA ger påtaglig trombocythämning redan inom 30 minuter och maximal hämning uppnås efter 2–4 timmar.¹

Behandling med Brilique i kombination med ASA minskar risken för allvarliga kardiovaskulära händelser med 16 % (RRR 16 %, ARR 1,9 %) och kardiovaskulär död med 21 % (RRR 21 %, ARR 1,1 %), utan att öka risken för allvarliga blödningar, jämfört med clopidogrel i kombination med ASA.² Effekten är konstant vid behandling upp till 12 månader.¹

Brilique i kombination med ASA är effektiv vid behandling av patienter med akut kranskärlssjukdom (STEMI, NSTEMI, instabil angina), oavsett genotyp.³

Läs mer på brilique.se



 **BRILIQUE™**
ticagrelor

* Jämfört med clopidogrel, bägge behandlingar i kombination med ASA.

1. SPC, Brilique 2. Wallentin J et al. N Engl J Med 2009;361:1045–57 3. Wallentin J et al. The Lancet 2010;376:1320–28

Brilique (ticagrelor) Rx SPC 2010-12-03 är ett trombocythämmande läkemedel, en cyklopentyltriazolopyrimidin (CPTP). Indikationer: Brilique, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för prevention av aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter med akut kranskärlssjukdom (instabil angina, icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) eller ST-höjningsinfarkt (STEMI) inklusive patienter som behandlas medicinskt och patienter som behandlas med perkutan koronarintervention (PCI) eller kranskärlskirurgi (CABG)). Förpackningar: Brilique finns i styrkan 90 mg i följande förpackningsstorlekar: 56 och 168 tabl kalenderblistor (med sol-/månesymboler) samt 100x1 tabl perforerade blistor. För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar, se www.fass.se.

AstraZeneca 

AstraZeneca AB AstraZeneca Sverige 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00 brilique.se



Nu även
subventionerat
för patienter med
STEMI eller diabetes!

STARKT SKYDD FÖR DINA ACS-PATIENTER SOM GENOMGÅR PCI

Efient (prasugrel), nästa generations trombocythämmande behandling, erbjuder en snabb, jämn och kraftig trombocythämning.^{1,2} Efient ger ett starkare skydd mot kardiovaskulära händelser jämfört med klopido­gre­l.³ Vid insättande av behandling bör nyttan vägas mot risken för blödning som följer med den ökade trombocythämningen.

Efient har en väldefinierad säkerhetsprofil som tillåter dig att ge en stor grupp av dina ACS-patienter en effektivare behandling efter PCI.³

Referenser: 1. Brandt JT et al. Am Heart J 2007; 153: 66.e9-66.e16. 2. Payne CD et al. J Cardiovasc Pharmacol 2007; 50: 555-562. 3. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2007; 357: 2001-2015.

Efient® (prasugrel) R_x. B01AC22. **Indikation:** Efient, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för förebyggande behandling av aterotrombotiska händelser hos patienter med akuta koronara syndrom (dvs instabil angina, icke-ST-höjningsinfarkt (UA/NSTEMI) eller ST-höjningsinfarkt (STEMI) som genomgår primär eller fördröjd perkutan koronarintervention (PCI). **Styrkor och förpackningar:** 28 st 5 mg och 10 mg film­dragerade tabletter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv patologisk blödning, tidigare

stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), gravt nedsatt leverfunktion (Child Pugh klass C). **Varning och försiktighet:** Användning av Efient till patienter ≥75 år rekommenderas i allmänhet inte. Bedöms behandling nödvändig av förskrivande läkare bör underhållsdosen halveras till 5 mg. Underhållsdosen halveras även för patienter <60 kg. Efient ingår i läkemedelsför­måner­na för patienter med STEMI som fått Efient i det akuta skedet på sjukhuset som efter medicinsk bedömning behöver kvarstå på Efient, patienter med diabetes samt patienter som får komplikation i form av stentrombos trots behandling med klopido­gre­l. För pris och övrig information, se www.fass.se. **Datum för senaste översyn:** 14 december 2009.

Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna.

Lilly

 **Efient**TM
prasugrel

Tar ACS-PCI till en ny nivå