



Svensk CARDIOLOGI

nr. 1 | 2014

Välrenommerad professor tar sitt pick och pack till Karolinska

**Kiddes sista nummer efter femton fullmatade år
På strövtåg mellan Hotlines i Washington**



ANNONS VIFOR PHARMA

SVENSK CARDIOLOGI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Professor David Erlinge
Kardiologkliniken, Skånes Universitetssjukhus,
Box 117, 221 00 Lund. Tel: 046-222 000

EDITOR-IN-CHIEF

Med Dr Christer Höglund
Globen Heart
Arenavägen 33, Plan 5, Stockholm-Globen
E-post: christer.hoglund@gmail.com

CO-EDITOR

Med Dr Carl Johan Höjjer
Arytmikliniken, Skånes Universitetssjukhus Lund, 221 85 Lund
E-post: Carl-johan.hojjer@skane.se

PRODUKTION

Ystads Centraltryckeri, Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: cty@cty.se
Projektansvarig: Hans Nilstam (hans@cty.se)
Produktionsansvarig: Lotta Larsson (lottaflarsson@gmail.com)
Layout: Henrik Norrman (henrik@dpn.se)

UTGIVNING 2014

Nr 1: vecka 17
Nr 2: vecka 26
Nr 3: vecka 39
Nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

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

ANNONSMATERIAL

Ystads Centraltryckeri
E-post: cty@cty.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION

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

ADRESSÄNDRING

E-post: info@mkon.se



- 5-9 LEDARE
- 10 Intervju: Francesco Cosentino
- 14 ACC, Washington
- 26 Mina 15 år som redaktör
- 32 Gammaldags medelhavsmat står modell
- 37 Krönikan
- 39 VIC - ledare
- 40 HRL-gruppen
- 41 PCI-gruppen
- 42 Avhandling i kardiovaskulär omvårdnad
- 44 Gastronomins hjärta

För strokeprevention till dina patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer

Ingår i 2012 års
ESC
riktlinjer för AF¹

Vad är viktigt när du väljer antikoagulantium för att förebygga stroke?

- a** Bättre prevention av stroke/systemisk embolism jämfört med warfarin² (21 % RRR; 0,33 % per år ARR; p=0,01)
- b** Bättre säkerhetsprofil genom reduktion av allvarliga blödningar jämfört med warfarin² (31 % RRR; 0,96 % per år ARR; p<0,001)
- c** Bättre reduktion av mortalitet oavsett orsak jämfört med warfarin² (11 % RRR; 0,42 % per år ARR; p=0,047)
- d** Ingen INR-monitorering³

Eliquis®: Det enda perorala antikoagulantium som uppvisar:

E ALLA OVANSTÅENDE

www.eliquis.se



Eliquis® (apixaban) Rx. är en direkt faktor Xa hämmare, ATC-kod: B01AF02, med indikationer 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) hos vuxna patienter som genomgått elektiv höft- eller knäledsplastik 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAE) hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer: med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), ålder ≥ 75 år, hypertoni, diabetes mellitus, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass ≥ II). Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Försiktighet rekommenderas vid tillstånd med ökad blödningsrisk. Samtidig behandling med Eliquis® och NSAID inklusive acetylsalicylsyra bör ske med försiktighet på grund av potentiellt högre blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med kreatininclearance < 15 ml/min, till patienter som genomgår dialys med mekanisk hjärtsklaffprotes. Användning till patienter med kreatininclearance 15-29 ml/min bör ske med

försiktighet. För patienter med NVAE och som uppfyller minst två av följande kriterier: ålder ≥ 80 år, kroppsvikt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 µmol/l) samt för patienter med enbart allvarligt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min) rekommenderas en dossänkning. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lindrigt till måttligt nedsatt njurfunktion. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion. Eliquis® finns som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 19 september 2013. **Eliquis® är receptbelagt. Eliquis® 2,5 mg och 5 mg ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris se www.fass.se.** ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Bristol-Myers Squibb AB, tel. 08-704 71 00, www.bms.se Pfizer AB, tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

AF = förmaksflimmer ARR = absolut riskreduktion
INR = International Normalised Ratio RRR = Relative Risk Reduction

Se produktresumén och förskrivarguiden för Eliquis® för ytterligare information. Kom också ihåg att ge patienten ett patientkort när du förskriver Eliquis®.

Referenser: 1. Camm AJ et al. Eur Heart J 2012; 33: 2719-2747
2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981-992. 3. Produktresumé för Eliquis® (apixaban).

Publiceringsdatum: april 2014. Jobbkod: EUAPI476
www.eliquis.se

Eliquis®
apixaban

Stark förening med framtiden för sig

Det här är min sista ledare som ordförande i Svenska Cardiologföreningen. På vårmötet avgår jag efter de traditionella två åren som ordförande. Det har varit väldigt roligt och stimulerande att få leda vår starka förening. Jag har varit lyckligt lottad med att ha haft en fantastisk styrelse där vi arbetat hårt och intensivt, men samtidigt haft otroligt roligt när vi träffats. Vi har alla varit engagerade i de flesta arbetsuppgifter och alltid haft konsensus i våra beslut. Frieder Braunschweig, Viveca Frykman, Kristina Hambreus, Christina Christerson, Eva Strååt, Kidde Höglund och Per Johansson – det har varit fantastiskt roligt att arbeta med er!

Vi har fått en hel del gjort. Den kliniska forskarkursen har nu blivit helt etablerad och går årligen och är alltid väldigt uppskattad. Fortbildningsdagarna har fått en ny form där vi hade dem osponsrade i Sälén och kombinerade väldigt bra och interaktiva föreläsning med fysisk aktivitet, dvs vi levde som vi lär ut. Nästa år blir det nog i Stockholmstrakten. Kanske kan vi varva så i framtiden. Vår nya arbetsgrupp, Framtidens Kardiologer, har ordnat ett väldigt uppskattat ST-läkarmöte.

Vi har jobbat väldigt mycket mot Socialstyrelsen och fått till en bra dialog. Först avseende de nationella riktlinjerna, där vi kunde hjälpa dem med kompetenta kardiologer. Sen med den nygamla specialiteten Kardiologi som nu återigen blir egen specialitet, där vi nu satt samman ett förslag till målbeskrivning.

Vi är aktiva i att godkänna ESC:s guidelines och kommentera dem på vår hemsida. För att ytterligare föra ut hur vi tycker att god kardiologi ska bedrivas har vi startat Nationella Utbildningssymposier (NUS) på fem olika platser i Sverige. Det första om antitrombotisk behandling var mycket välbesökt och uppskattat. Hjärtrytmgruppen har dessutom gjort en liknande föreläsningsserie om arytmi.

Hemsidan har förnyats till en mer lättarbetad version. Den nya ska ”go live” förhoppningsvis innan denna tidning är tryckt. Där kommer vi också att ha ett formulär för självrapporterade CME-poäng, som genererar ett intyg som man sedan kan presentera för sin arbetsgivare. Vi rekommenderar att man bör få ihop minst 40 CME-poäng per år. Från och med nästa år får ju industrin inte betala resa eller boende,

så de kommer inte att kunna ordna utbildningar. Vad jag vet finns det ingen plan från SKL om hur man ska ersätta dessa utbildningar och kongressresor. Det är därför viktigt att objektivt kunna visa för sin arbetsgivare att man behöver fler möjligheter till vidareutbildning. Svenska Cardiologföreningen kommer att få en ännu viktigare roll att ordna utbildningsmöjligheter för våra medlemmar.

Vi kommer också snart att ge ut behandlingsrekommendationer från SCF i bokform.

Den första om akuta koronara syndrom. På sikt bör dessa finnas på nätet och i app. Snart kommer också en historiebok om svensk kardiologis historia som kommer att ge er en mycket spännande läsning om den oerhört snabba och spännande utvecklingen som svensk kardiologi gått igenom.

Detta nummer av Svensk Kardiologi är Kidde Höglunds sista nummer efter 15 år som redaktör, vilket är väldigt synd. Kidde har varit en fantastisk kraft i SCF. Han har varit redaktör, otroligt bra fotograf, hemsidesansvarig och annonsansvarig i alla dessa år och gjort ett otroligt fint jobb. Tidningen har varit en njutning att läsa varje gång. Han har dessutom stått för kontinuitet och det är verkligen många gånger som vi vänt oss till Kidde med frågor om hur styrelsen tidigare hanterat olika frågor. Men framförallt är Kidde en så positiv, varm och rolig person att träffa och arbeta med. Efterträdare blir Martin Stagmo som vi önskar lycka till som redaktör.

Alla är välkomna till vårt årsmöte under vårmötet torsdagen den 8 maj 2014 kl 16.40–17.40. Då ska vi välja ny styrelse och rösta om SCF ska bli SKF.

Vår förening fyller 67 år i år men är piggare och vitalare än någonsin! Det har varit en stor ära att ha fått leda SCF och träffa alla trevliga och inspirerande medlemmar. Tack för mig!

Vi ses på vårmötet.

David Erlinge



”Kidde har varit en fantastisk kraft i SCF”

Välkommen till våra rundabordsdiskussioner under Svenska Kardiovaskulära Vårmetet.

Meet the Expert

Torsdag 8/5 kl 14.00–15.00

"Från studiedata till kliniska data"

Docent Jonas Oldgren, Uppsala
Konferensrum 1

"Kliniska situationer med NOAK"

Professor Peter Svensson, Malmö
Konferensrum 2

Kom i tid – begränsat antal platser.

Förskrivningsinformation: Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVA), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass ≥ II); diabetes mellitus; hypertension. **Styrkor och förpackningar:** 60 x 1 samt multiförpackning 3 x 60 x 1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och Försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance < 30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itraconazol och dronedaron. Mekanisk hjärklaffprotes. För senaste prisuppgift samt övrig information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 12/2013.

Ögonkontakt viktigt för budskapet



Ofta säger patienten att "har det redan gått ett år sedan sist". Återbesöket känns som igår. Ibland undrar jag vad det är som får en att känna så. Att tiden skulle gå snabbare vissa tider och långsammare ibland har jag svårt att acceptera. En stor del av mitt yrkesverksamma liv ägnar jag mig åt patientbesök typ – hur jag ska förmedla kunskapen på ett förståeligt sätt – translation. Ibland hör man rena skräckscenarior. Jag tror att varje gång du har ett återbesök oavsett om det är en patient du aldrig sett tidigare eller ett nybesök, bör du alltid ta reda på allt om denna patient. Att stirra sig blind in i en dataskärm i stället för på patienten, är det största misstaget du gör som doktor. Patienten vill ha ögonkontakt och det kan du ge om du är påläst. Allting går så mycket snabbare samtidigt som patienten inte känner det stressigt.

Jag har hört det alltför många gånger från patienter av typen "vad gör du här"? Att träffa en patient och börja med denna mening har omedelbart förstört ditt möte, men kommentaren är inte ovanligt, tyvärr. Mitt förslag till dig som kollega och som just håller på att avsluta ditt läkarbesök borde också vara att ställa frågan: "har du förstått något vad jag sagt?" Säger patienten "ja, en del", då får du gå tillbaka och förtydliga dig.

Varför skriver jag detta då det finns en mängd annat att skriva om inom kardiologin. Sannolikt beror det på att detta är min sista chans att skriva "direkt från hjärtat" i vår hjärttidskrift. Detta är nämligen min sista ledare i Svensk Kardiologi. Jag har nämligen bestämt mig för att sluta som chefredaktör efter 15 år. Möjligen kommer en del sakna "det röda" och den dagliga olivoljan, men livet består inte enbart av detta. Som min efterträdare blir det kollegan Martin Stagmo från Malmö-Lund, i Skåne välkänd profil och mycket uppskattad. Martin är också en förnämlig föreläsare och har axlat sin svärfars textbok i kardiologi med glans. Mer från honom kommer från och med nummer 2 i år.

En hel del av oss kolleger har inte så stort intresse i Cardioloföreningens arbete och kanske då ej heller kunskap om vilka kardiologer som arbetar i styrelsen. Man blir vald för att sitta på en "stol" i två år och man kan byta "stol" i ytterligare två år. Detta betyder att vid detta kommande årsmöte under Kardiovaskulära vårmetet, slutar tre personer, nämligen Viveka Frykman, Kristina Hambreus och ordförande

David Erlinge. Att vår ordförande har varit ytterst aktiv i styrelsen är det inga som förnekar medan däremot måste jag också höja superlativ över de två första. De har ägnat stor tid senast åren åt den blivande kardiologens utbildning med ständiga möten med Socialstyrelsen etc. Det blir därför en tung förlust att förlora dessa personer och det är med stor glädje att få tacka för allt arbete ni lagt ned. David Erlinge slutar i Cardioloföreningen men går över som ordförande i CASAB, dvs cardioloföreningens aktiebolag.

Vi har väntat länge på att tjänsten skulle bli tillsatt och nu har den äntligen blivit det. Jag menar Stockholms enda konkurrensutsatta professur i kardiologi. Sakunniga enades om professor Francesco Cosentino från Rom. Jag fick chansen att intervju honom till detta nummer.

Som jag sagt ovan slutar jag som chefredaktör och jag har därför skrivit en resumé av olika nummer under dessa år.

Mai-Lis Hellenius, som nyligen kom ut med en förträfflig bok – Solens hälsa – skriver och ger en hel del nya tips om primär prevention i kardiologi.

Carlos – denne förnuftige man och kollega – återkommer med sina reflektioner.

Ni som följt mina ledare under åren har kanske märkt att jag uppfattats som livsnjutare och det är nog sant. Det är därför med glädje jag nu får lämna över stafettpippen till Martin som jag vet också har en "touch" av livsnjuteri. Man behöver inte uppfattas som mindre seriös om man skulle ha denna läggning, men skönt är det. Själv kommer jag betecknas som senior editor dvs jag skriver en artikel av och till.

Glöm därför inte er olivolja och koppla av med att vara "nedkopplad", ibland. Det är underbart. Sätt på din Mozart och njut av ett rött.

Enjoy life

Er avgående chefredaktör - Christer Höglund

"Tala så att patienten verkligen förstår vad du säger"

By reducing CV mortality with **Brilique®** (ticagrelor)* vs clopidogrel* in the treatment of ACS

more lives could be saved¹

Brilique* treatment provides efficacy for 12 months in a broad spectrum of ACS patients regardless of management strategy and diagnosis^{2,3}

- Brilique* significantly reduced CV mortality with 21% (RRR 21%, ARR 1.1% p=0.001) vs. clopidogrel* in 12 months.¹
- Brilique* significantly reduced the combined risk of CV death, MI or stroke vs clopidogrel*, with the benefit being seen in risk reduction already at 30 days 12% (12% RRR, 0.6% ARR, P=0.045) and continuing to increase throughout the full 12-month treatment regimen 16% (RRR 16%, ARR 1.9%, P<0.001).¹
- Brilique* provides efficacy, without an increase in overall total major bleeding and major fatal life-threatening bleeding events. Non-CABG major and non-procedural major and minor bleeding were significantly higher with Brilique* vs clopidogrel*.¹

*In combination with ASA.

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

Brilique (ticagrelor) Rx F SPC 2013-07-25 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 kranskärslsjukdom (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 kalenderblister (med sol-/månesymboler) samt 100x1 tabl perforerade blister. För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar, se www.fass.se



AstraZeneca AB AstraZeneca Nordic-Baltic 151 85 Södertälje Sweden
T: 08-55326000 astrazenecacv.se



Motion, sund själ, rena kärl och gott minne

Bland, när jag visar tydliga tecken på dåligt humör, kan det hända att min fru ställer fram joggingdojorna och kastar ett menande blick på mig. Det har visat sig i sådana fall att en löprunda kan vara en enkel och effektiv metod för att bättra min sinnestämning. Möjliga förklaringar för detta fenomen finns det en del. Tankarna får vila en stund utan störande signaler från mobiltelefon och dator, kroppen producerar mindre stresshormon och genomflödas av må-bra-endorfiner. Vid regelbunden tillämpning av träning sägs att sömnen blir bättre medan depressiva och ångestkänslor mildras.

Förvisso finns det starkare evidens för ett samband mellan fysisk aktivitet och psykisk hälsa än bara min egen fallbeskrivning. I en undersökning av över 40.000 norrmän hittade man till exempel att risken för att utveckla depression var lägre bland dem som ägnade sig åt mer fysisk aktivitet på sin fritid (Harvey et al, 2010). Detta tycktes främst kunna förklaras av sociala aspekter med idrottandet – så jag försöker nu ta med min fru eller något av barnen när jag springer.

Att regelbunden motion främjar den kardiovaskulära hälsan är ju välkänt. Sanningen bekräftade Kasper Andersen här om dagen i sin avhandling vid Uppsala Universitet där han presenterade resultat från stora kohortstudier om effekter av fysisk aktivitet på kardiovaskulär sjukdom. Visserligen ökade risken för arytmier och framförallt förmaksflimmer med mängden av träning men dessa negativa biverkningar överspelades helt av de gynnsamma preventiva effekterna av motion på andra kardiovaskulära utfallsmått såsom hjärtinfarkt, stroke och även hjärtsvikt.

Cirkeln mellan fysisk ansträngning, psykisk hälsa och kardiovaskulär risk sluts kanske när man läser Catharine Gale's aktuella rapport i Circulation. Hon presenterar data över 1,1 miljoner svenska män som i samband med mönstringen även genomgick en enkel psykologisk bedömning. När man följde rekryterna avseende utveckling av både psykiatriska och kardiovaskulära diagnoser fanns det en tydlig koppling mellan psykisk

ohälsa och risken för att drabbas av kardiovaskulär sjukdom. Helt i linje med dessa fynd förespråkade en amerikansk expertgrupp nyligen att depression tas upp på listan av viktiga prediktorer för sämre prognos vid akuta koronara syndrom.

Goda skäl alltså att vi som hjärtläkare går före med gott exempel. Och så gjorde vi nyligen när Cardiologföreningens fortbildningsdagar anordnades på skidort för att ge tillfälle till motion och socialt umgänge i backen och spåret bredvid ett intensivt och högkvalitativt fortbildningsprogram. Kursen, fullbokad och helt oberoende av industristöd, innehåller och konceptet i sin helhet uppskattades högt bland deltagarna. Apropå möjlighet till fysisk aktivitet under kursen, så är det ju inte sagt att fortbildning måste vara tråkigt för att vara bra. Snarare kan man även i detta sammanhang återropa forskningsresultat som visar att träning och motion förbättrar den kognitiva funktionen och att själva inläringen fungerar bättre om man varvar intellektuellt med fysiskt arbete.

Men Sälén som kursort kan vara mindre attraktivt för kollegor som ej tilltalas av möjligheterna till vintersport. Vi överväger därför att anordna fortbildningsdagarna framöver vartannat år på vinterort alternerande med ett mer traditionellt möte centralt i Sverige. Viktigt är att alla som vill, har möjlighet att delta! Hör gärna av er till oss om ni har synpunkter på var nästa års fortbildningsdagar ska äga rum. Och ta fram cykeln och löparskor nu när det våras, för hälsans och humörets skull.

Trevlig vår
önskar Frieder



”Citat Lorem ipsum. Lorem ipsum”

En romare kommer till Stockholm

Text & foto: Christer Höglund

Sverige finns det enbart fem stycken konkurrensutsatta professurer i kardiologi, nämligen i Lund, Göteborg, Stockholm, Uppsala och Umeå. Alla övriga professorer i kardiologi kan antingen vara sponsrade eller konverterade till professorsnivå av olika skäl. I Lund är David Erlinge professor, i Göteborg är det Lennart Bergfeldt. I Stockholm har tjänsten varit utlyst men den person som blev erbjuden tjänsten tog tillbaka sin ansökan i sista stund. Under hösten började dock utvaskas en ny professor. En person som med råge hade ett CV som var långt utöver de andra sökande. **Han hade rekommenderats att söka av en kollega som tidigare hade haft denna professur, nämligen Lars Rydén.** Kollegan kom från Rom och heter Francesco Cosentino.

En regnig och blåsig eftermiddag i februari träffade jag Francesco, vem är han?

Francesco är bördig från Rom och snart 51 år. Gift med en svenska sedan drygt 20 år. Bor i Rom men familjen brukar ofta besöka Skånes västkust på sommaren, speciellt hustrun. De har två barn som är uppvuxna i Italien men som pratar svenska. Frun var väldigt noga att barnen skulle lära sig svenska också. Francesco fick sin utbildning i Rom och blev klar läkare i mitten på 80-talet. I början på 90-talet fick han stipendium till Mayo Clinic på ett år men det blev längre och han stannade kvar i fyra år. Flyttade därefter till Europa, närmare bestämt Bern för vidare forskning och efter ytterligare ett år vidare till Zurich där han stannade till 1999. Här blev han bekant med bl.a. Luscher som är mycket involverad i ESC och är sedan några år chefredaktör för European Heart Journal. Sedan dess har han varit stationerad på University Sapienza i Rom. Han fick sin doktorsgrad i USA med arbetet "Role of Endothelium regulation of arterial tone".

Hur kom det sig då att du sökte professuren på Karolinska?

Karolinska har alltid haft en hög status i den akademiska världen och inte minst i Rom. Man brukar tala om tre ställen varav Karolinska är ett av tre. Jag sökte av en anledning och det var att jag ville veta var jag stod internationellt. Jag gick in på hemsidan och noterade vad för typ av papper som krävdes. Cirka två månader efter ansökan fick jag ett meddelande att jag var nummer ett av de sökande och att de ville ha en intervju med mig. Beskedet kom först som en chock och familjen var inte direkt mogen för denna nyhet. De sakkunniga var tre stycken, nämligen en från Oxford, en från Amsterdam och en från Köpenhamn. Alla föreslog mig. Smickrande.

Jag accepterade med vissa förbehåll och det var att jag fick överföra min forskning och personal till Karolinska, vilket godtogs. Så nu sitter jag här. Stockholm (Rom) byggdes inte på en dag men detta är en underbar utmaning. Jag har bra support från kollegan Lars Rydén men även från John Pernow.

Vem är han då, Francesco?

Mitt första intryck blev väldigt positivt. En person, välklädd med en touch av modern, lite sportig men typiskt italiensk stil. Slips av kolorerad typ, väl matchande med sin kavaj. Utseende avslöjade en vältränad person. Glad men seriös. Hans fru beskriver Francesco som en romantisk drömmare. Mamman är från Florens.

Francesco är inte helt typiskt italienare när det kommer till sporten. Fotboll har han aldrig utövat i någon större grad men däremot skidåkning och ridning. Han försöker hålla sig i trim dagligen med ett morgonpass antingen med gymnastik eller jogging.

Kommer du pendla till Rom?

När jag arbetade i Zurich flög jag varje fredag eftermiddag tillbaka till Rom för att vara med familjen. Det fungerade utmärkt. Vårt ena barn går fortfarande i skola i Rom och är enbart 16 år så vi vill att han ska avsluta sin skola i Rom innan vi flyttar helt till Sverige. Annars brukar vi ofta fira augusti månad längst ned i den absolut sydligaste delen av Italien, nämligen i Calabrien, där värmen finns. Jag noterar att han fortfarande, i det gråa februari, har en brunbränd ansiktshy. Just nu håller dock Francesco på att utforska Stockholm med allt som bjuds: arkitektur, folk och mat.

Om du fick ett halvårs ledighet, vad skulle du göra då? Francesco svarar att han skulle skriva en bok sittande i södra delen av Italien på landet i närheten av Medelhavet. Låter underbart.

Hur ser din forskningskarriär ut?

Jag har haft ett speciellt intresse för endotelet och dess påverkan. Intresset har sedermera fokuserats på diabetes och hjärtsjukdom och nu slutligen mer kring prevention av hjärtsjukdomar. Jag anser att man idag kommit så långt behandlingsmässigt att vi nått toppen. Jag tycker därför att vikten måste läggas mer och mer på prevention. Vi pratar en hel del om epigenetik. Känns väldigt spännande. Vad är då epigenetik? En beskrivning skulle kunna vara följande:

"Skillnaden mellan genetik och epigenetik är ungefär som skillnaden mellan att skriva och läsa en bok. När en bok är färdigskriven och när ut till läsarna är texten (generna, eller den information som lagras i DNA) den samma i alla exemplar. Men varje enskild läsare gör sin egen tolkning av det som står i boken. Under läsningen låter de sina egna känslor och associationer styra vad boken säger till dem. Epigenetiken fungerar på ungefär samma sätt: en bestämd mall –



antingen det nu är en bok eller den genetiska koden – som läses och tolkas på olika sätt beroende på vem det är som läser, och under vilka förhållanden". Hur kommer det sig att vissa är friskare än andra med samma förutsättningar? Hur påverkar vår miljö vår hjärthälsa? Detta område känns mycket spännande.

Francesco har haft ett stort intresse av ESC och sitter nu i styrelsen i ESC som Councillor. Under sista två åren var han ordförande i The Working Group on Peripheral Circulation. Just i år är det nytt val inom ESC och Francesco har sökt tjänsten Treasure i styrelsen.

Vi fortsätter och pratar och efter en längre stund vill han bjuda på en espresso från en maskin som han fört med sig till personalrummet. Smakar fantastiskt. Det känns som att Francesco kommer bidra till att Karolinska fått ett mycket lyckat tillskott och kan han nu bara lära sig svenska kommer patienterna avguda honom. Har hört att han ska gå en intensivkurs på Berlitz.

Lycka till, Francesco!

"Jag tycker att vikten måste läggas mer och mer på prevention"

Välkomna till Svenska Cardioloföreningens

Årsmöte

Torsdag 8 maj 2014 kl. 16.40-17.40

Plats: Kardiovaskulära Vårmetet i Malmö



Agenda:

- §1 Mötets öppnande
- §2 Val av mötesordförande och sekreterare
- §3 Val av två justeringsmän
- §4 Verksamhetsberättelse och verksamhetsplan
- §5 Ekonomisk redovisning för 2013
- §6 Revisionsberättelse, fastställande av bokslut och ansvarsfrihet
- §7 Årsavgift 2015
- §8 Val av ny styrelse
- §9 Val av ny valberedning
- §10 Utdelning av stipendier
- §11 Hedersledamot och specialistdiplom
- §12 Övriga frågor

Välkomna!

David Erlinge
Ordförande

Frieder Braunschweig
Vetenskaplig sekreterare

Xarelto® (rivaroxaban) – en tablett om dagen¹

- ◆ Förebygger stroke och systemisk embolism minst lika effektivt som warfarin²
- ◆ Jämförbar total blödningsrisk som warfarin, men med signifikant färre intrakraniella och dödliga blödningar²
- ◆ En tablett om dagen kan öka följsamheten till behandling³

Referenser: 1. Produktresumé Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891. 3. EHRA PRACTICAL GUIDE, Europace 2013;15:625-51.



Bayer HealthCare

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

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Indikationer:** 2,5 mg: Xarelto, i kombination med enbart acetylsalicylsyra eller med acetylsalicylsyra och klopido-rel eller tiklopidin, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer (EF). 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 (F). Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och lungemboli (LE) efter en akut DVT hos vuxna (F). **Dosering:** Xarelto, i kombination med enbart acetylsalicylsyra eller med acetylsalicylsyra och klopido-rel eller tiklopidin, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer: rekommenderad dos är 2,5 mg två gånger dagligen. Patienterna ska också ta en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra eller en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra i tillägg till antingen en daglig dos om 75 mg klopido-rel eller en vanlig daglig dos av tiklopidin. 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 LE och förebyggande av återkommande DVT och LE: 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 LE. 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 aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer behövs ingen dosjustering hos patienter med måttlig nedsatt njurfunktion. 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 LE och förebyggande av återkommande DVT och LE: 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 som anges i avsnitt 6. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen ulcerationer i magtarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen genomgången intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinale eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, apixaban etc.), förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Samtidig behandling av AKS i kombination med trombocytaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Hos flera undergrupper av patienter föreligger en ökad blödningsrisk. Dessa patienter ska övervakas nog för tecken på blödningskomplikationer efter att behandlingen inletts. För fullständig information om varningar och försiktighet var god se www.fass.se. **Förpackningar och förmån:** 2,5 mg: 56 tabl. (EF). 100 tabl. (EF). 168 tabl. (EF). 10 mg: 10 tabl. (F), 30 tabl. (F), 100 tabl. (EF). 15 mg: 28 tabl. (F), 42 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). 20 mg: 28 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). För ytterligare information och prisuppgift var god se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén november 2013. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.



På strövtåg mellan Hotlines i Washington

Text & foto: Christer Höglund

Promenaden blev längre än vad jag trodde och typiskt nog fick jag samma känsla som tidigare strövtåg jag gjort i Paris. Allt kändes nära men ändå så stora ytor. Precis som i alla andra storstäder flockades det av turister med sina kameror runt de stora byggnaderna. Hur kom det sig att Washington har blivit som det är i dag? Låt mig beskriva kortfattat lite om det stora landets huvudstad med sin första president – George Washington.

Potomac floden rinner in i staden. Alldeles bredvid på dess östra sida breder The National Mall ut sig. Egentligen är alla kända monument centrerade längs denna "Mall". Washington är en märklig stad eftersom den är den enda stad som inte tillhör någon egen delstat utan är i stället USA's huvudstad. Jag är inte säker på att flertalet svenskar känner till den vackra huvudstaden, som i slutet av 1700-talet planerades och ritades av en fransk arkitekt. Detta präglar och märks därför i vissa avseende likheten med Paris med breda boulevarder, typiska franska byggnader och inte minst det enorma grönområde som kallas The National Mall. Runt detta område ligger alla officiella byggnader såsom Capitol, The Monument och Lincolns Memorial samt Vita Huset men också en mängd imponerande museer. Georg Washington själv skapade ett eget område i stadens utkant men längs Potomacfloden som kallas Georgetown där byggnaderna fortfarande vittnar om en tid långt tillbaka. Förvånande finns en mängd byggnader som har anknytning till relativt aktuella namn som Ronald Reagan Institute, John F Kennedy Center etc.

I denna stad gick nu årets första stora kardiologiska kongress, nämligen ACC. Convention center låg centralt i staden och det kändes inte på något sätt avlägset. Några fåtal svenska kardiologer noterade jag, om jag hade tur. Som vanligt brukar jag rapportera från Hotline sessionerna och så också denna gång. Mitt omedelbara intryck detta år var att antalet var något färre och att det inte kom några "block Busters". Livet behöver ju inte enbart bestå av dessa men ändå. Vad fanns det då för studier? Följande akronymer kan nämnas nämligen ALECARDIO, CHOICE, CORPS 2, STAMPEDE, SYMPLICITY HTN3, METCARD, GIPS III, CorValve, SIRS och så vidare. Hög tid att börja men först vill jag beskriva några studier i detalj nämligen CoreValve och CHOICE. Bägge dessa studier handlade om TAVI varav CoreValve var en jämförelse mellan TAVI och kirurgisk klaffkirurgi medan CHOICE var en jämförelse mellan 2 stycken olika TAVI-klaffar (om uttrycket tillåts) nämligen Edward Sapiens ballong expanderande och Medtronic's självexpanderande. Bägge dessa studier är sannolikt ett preludium till att kirurgisk behandling av aortastenosen i framtiden kommer reduceras påtagligt. Utvecklingen kan jämföras med bypass kirurgin kontra PCI.

Ett annat spännande och oskrivet kort är huruvida Renal Denervering av patienter med hypertoni är bra eller ej. Detta kommer studien SYMPLICITY eventuellt visa. Så låt oss hoppa direkt in i studierna



CoreValve US Pivotal Trial

Står för A Randomized Comparison of Self-expanding Transcatheter and Surgical Aortic Valve Replacement in patients with severe Aortic stenosis Deemed Highrisk for Surgery.

Bakgrund

Tidigare studier har visat att TAVI med ballong expanderande klaff (CoreValve) förbättrar överlevnad jämfört med medicinsk behandling hos inoperabla patienter men det har också visats att de har samma överlevnad som patienter som genomgått klaffkirurgi i en population med hög risk.

Syftet

Studien ville bedöma effekten samt säkerheten med TAVI med CoreValve jämfört med kirurgisk klaffkirurgi hos patienter med signifikant aortastenosis med ökad kirurgisk risk.

Primär endpoint

Total dödlighet efter 1 år. Studien var både en noninferior och en superior test

Design och basdata

Totalt inkluderades 795 patienter från 45 centra i USA. Patienter skulle vara i NYHA II eller mer och ha en medelgradient > 40 mmHg. Risken för mortalitet vid kirurgi efter 30 dagar bedömdes som > 15 %. Studien var 1:1 randomisering TAVI/klaffkirurgi, ITT

	TAVI n=390	Klaffkirurgi n=357
Ålder medel	83	83
Kvinnor %	47	48
NYHA III/IV %	86	87
Diabetes %	35	45
Tid stroke %	13	14

Resultat

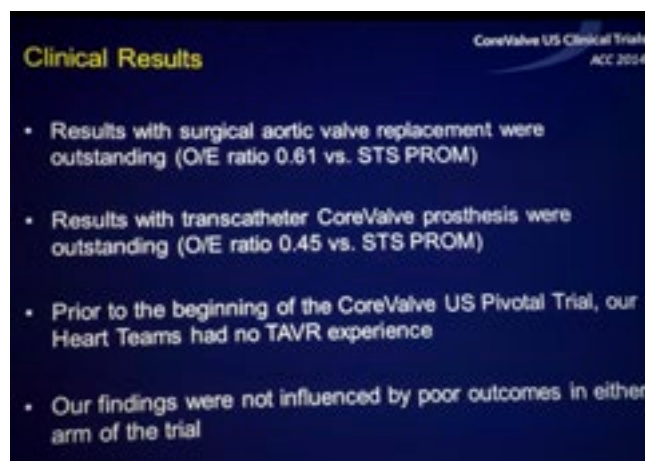
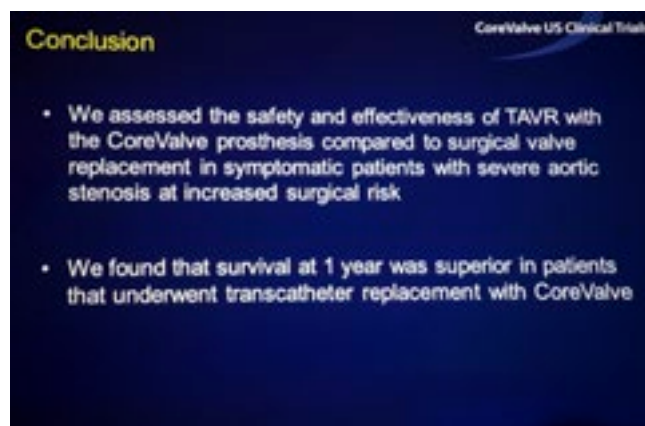
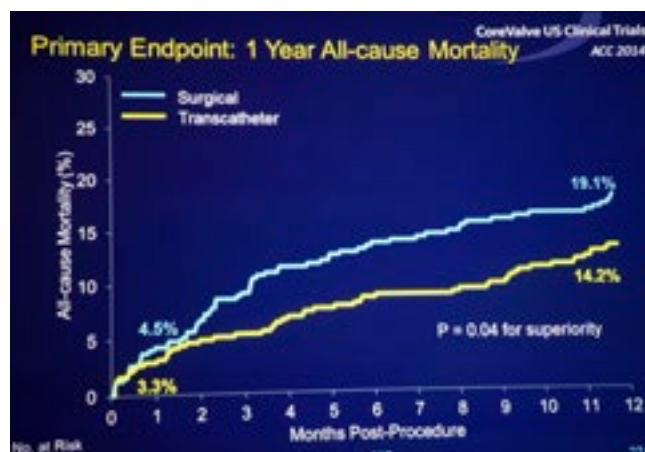
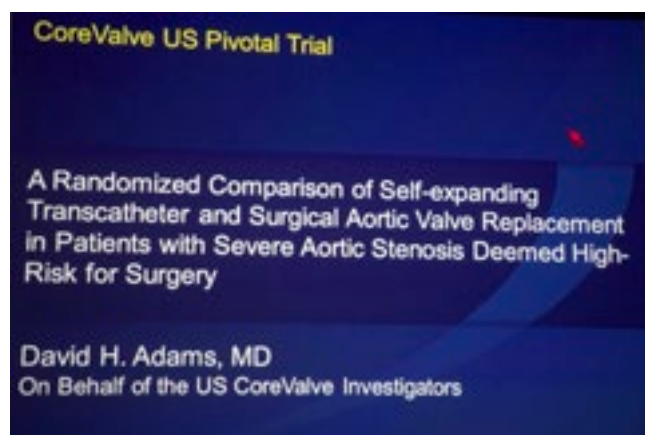
Efter ett år framkom en klar signifikant skillnad i överlevnad för TAVI patienter ($p=0,04$). Både nonferiority och superiority trösklarna nåddes. Utanför programmet kvarstod den gynnsamma skillnaden även efter två år. Någon skillnad i strokeincidens framkom ej. Vad som också framkom dock var att antalet läckage i klaffarna var betydlig högre i TAVI jämfört med klassisk klaffkirurgi men enbart 0,3 % ansågs ha hemodynamisk betydelse efter 1 år.

Man noterade en klart hög frekvens av pacemakerimplantation i TAVI gruppen $p<0,001$

En begränsning i studien var att patienter hade lägre 30 dagars mortalitet än specificerat i inklusionskriterie och möjligen hade därför patienterna lägre risk än kalkylerat.

Slutsats

Studien visade god effekt och säkerhet med CoreValve jämfört med kirurgisk klaffimplantation. Mortaliteten var signifikant lägre med TAVI.



CHOICE

Står för A Randomized Comparison of Self-Expandable and Balloon-Expandable Prothesis in Patients Undergoing Transfemoral Transcatheter Aortic Valve Replacement.

Bakgrund

Ovan har presenterats TAVI's överlägsenhet jämfört med traditionell klaffkirurgi vid signifikant aortastenosis. För närvarande föreligger två typer av klaffar med TAVI nämligen ballongexpanderande och självexpanderande. Vissa mindre studier har visat på viss ökad läckage med självexpanderande men någon jämförelse mellan dessa två klafftyper finns inte.

Syfte

Att jämföra två klafftyper, ballong eller självexpanderande, i en randomiserad studie hos patienter med signifikant aortastenosis

Primär endpoint

"Klaff framgång" uttryckt som VARC.

VARC är en teknisk kombination av en lyckad insättning av klaffen, korrekt position av klaffen och en medelgradient < 20 mmHg och enbart en klaff planterad.

Design och basdata

Studien gick i Tyskland i fem centra och var 1:1 randomiserad. Totalt randomiserades 241 patienter med signifikant aortastenosis.

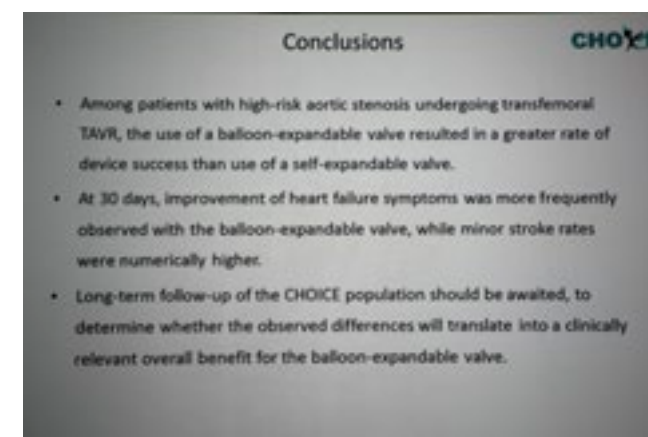
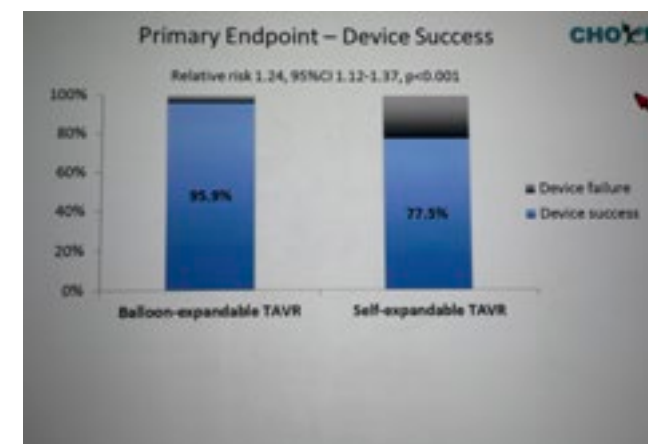
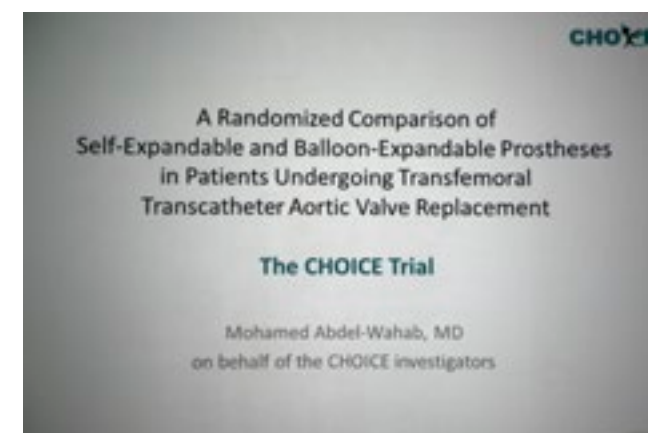
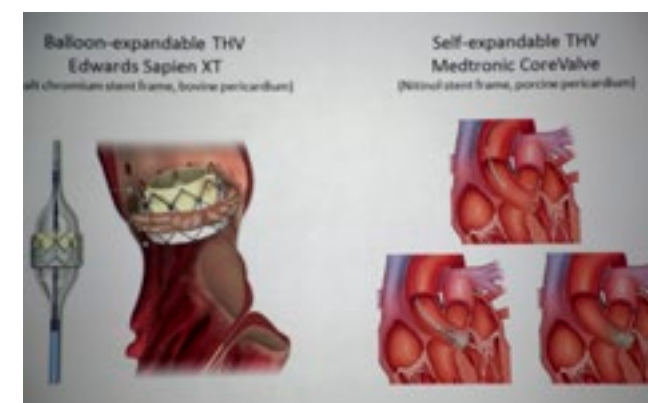
	Ballong-expanderande n=121	Själv-expanderande n=120
Ålder medel	82	80
Kvinnor %	57	72
NYHA III/IV %	80	82
Diabetes %	31	27
Medelgradient mmHg	43	43

Resultat

Det framkom en klar signifikant skillnad i primär endpoint till ballongexpanderande klaffens fördelar, $p<0,001$. Framgång för ballongexpanderande var 95,9 % medan självexpanderande var 77,5 %. Detta noterades tydligt i subgruppsanalysen. Däremot framkom ingen skillnad i 30 dagars mortalitet eller stroke mellan klafftyperna. Precis som tidigare registrerats noterades en ökad frekvens av pacemakerimplantation med självexpanderande klaffar.

Slutsats

Hos patienter med signifikant aortastenosis som genomgick TAVI visade det sig att ballongexpanderande TAVI-klaffar hade bättre "success" än självexpanderande. Ingen skillnad i kliniska händelser mellan klaffarna efter 30 dagar. Huruvida någon av klafftyperna är bättre på lång sikt kan ej bedömas och det är ju i slutändan den kliniska "outcome" som betyder något.



SYMPPLICITY HTN 3

Står för Renal Denervation in Patients with Uncontrolled Hypertension: Results of the SYMPPLICITY HTN 3 Trial

Bakgrund

Hypertoni ökar över hela världen mycket beroende på ökad ålder och övervikt. Man beräknar att cirka 10 % har en ”resistent” hypertoni. Man noterar också att det sympatiska nervsystemet spelar en viktig roll vid resistent hypertoni. Tidigare, men ej blinda studier, har påvisat att renal denervering (RDN) minskar blodtrycket, speciellt då vid resistent hypertoni.

Primär endpoint

Jämförelse av mottagnings systoliska blodtrycket från start till efter 6 månader med RDN jämfört kontroll.

Även en säkerhetskontroll i form av ”major adverse event – MAE” bedömdes. MAE definierades som mortalitet, svår njursvikt, emboliska händelser, hypertensiva kriser < 30 dagar eller nytillkomna njurartärstenoser inom 6 månader.

Design och basdata

Studien var en randomiserad, blindad typ sham. Patienterna inkluderades om blodtrycket var > 160 mmHg trots medicinering med minst tre antihypertensiva läkemedel. Om 24 BT var <135 mmHg var detta ett exklusionskriterium. Efter 2 veckors run-in period utfördes en renal angiografi och sedan skedde en lottning till antingen renal denervering eller sham. Uppföljning skedde efter 6 månader. Totalt randomiserades 364 patienter till RDN och 171 till sham kontroller.

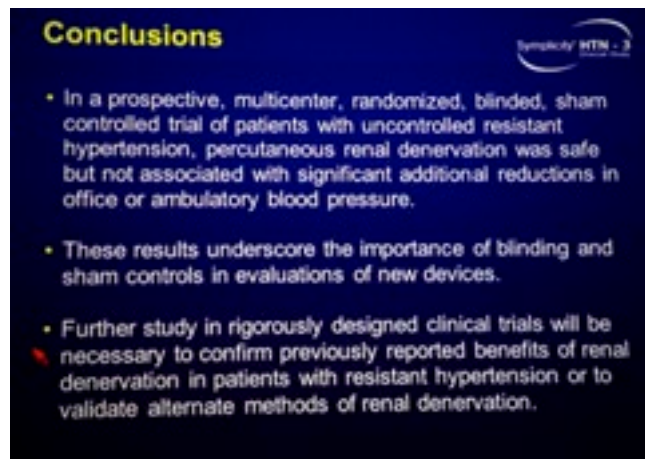
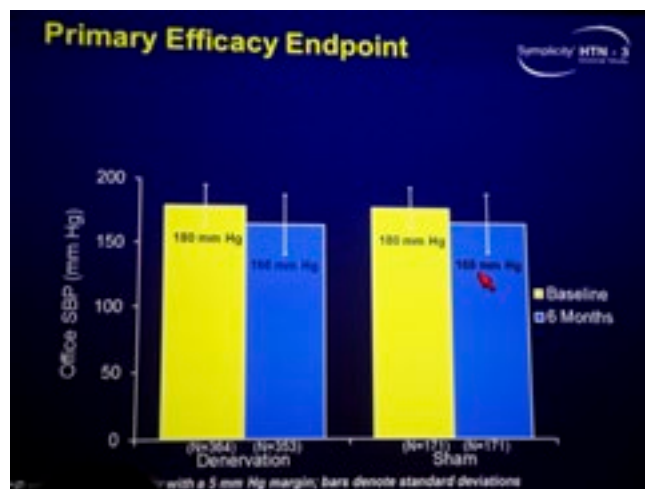
	RDN n=364	Sham procedur n=171
Ålder medel	58	56
Kvinnor %	41	36
Syst blodtryck mmHg	180	180
BMI medel	34	34
Diabetes typ 2 %	47	41

Resultat

Det framkom ingen skillnad i primär säkerhets endpoint mellan grupperna, $p=0,67$. Det framkom ej heller någon skillnad i primär endpoint mellan grupperna. I RDN-gruppen sjönk blodtrycket från 180 till 166 mm Hg efter 6 månader och i Sham-gruppen från 180 till 168 mm Hg. Det framkom alltså ingen skillnad i åtgärd mellan grupperna, $p=0,26$. Ej heller framkom skillnad mellan grupperna avseende 24 BT, $p=0,98$.

Slutsats

Denna prospektiva, multicenter, randomiserade, blindad, sham kontrollerad med patienter med resistent hypertoni framkom ingen skillnad mellan RDN eller sham, dvs ingen påvisad effekt av RDN.



ALECARDIO

Står för Effect of Aleglitazar on Cardiovascular Outcomes after acute coronary syndrome in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

Bakgrund

Effekten av gamma och alfa PPAR aktivering är dubbel. Den primära alfa effekten är att förbättra lipidprofilen genom att höja HDL medan gamma effekten är att öka insulinkänsligheten. Aleglitazar är att betraktas som en balanserad PPAR alfa och gamma agonist.

Hypotes

Tillägg av Aleglitazar till sedvanlig standardbehandling av patienter med typ 2 diabetes som nyligen genomgått akut koronarsyndrom ska leda till reduktion av kardiovaskulär mortalitet och morbiditet.

Primär endpoint

Tid till kombinationen tid till kardiovaskulär död, non-fatal hjärtinfarkt och non-fatal stroke

Design och basdata

Studien var en fas 3, randomiserad, placebokontrollerad, dubbel-blind och multicenter. Patienterna erhöll 150 mikrog dagligen eller placebo ovanpå sedvanlig behandling. Totalt randomiserades 7 226 patienter från 26 länder med 720 centra.

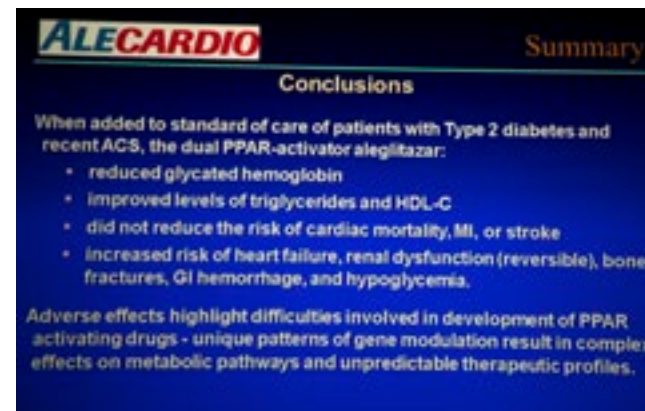
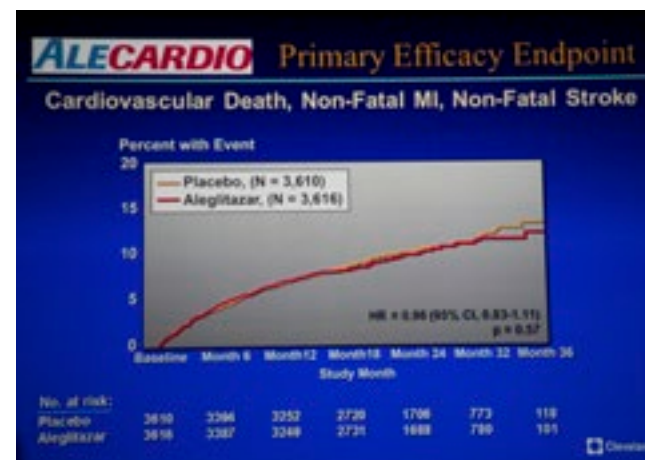
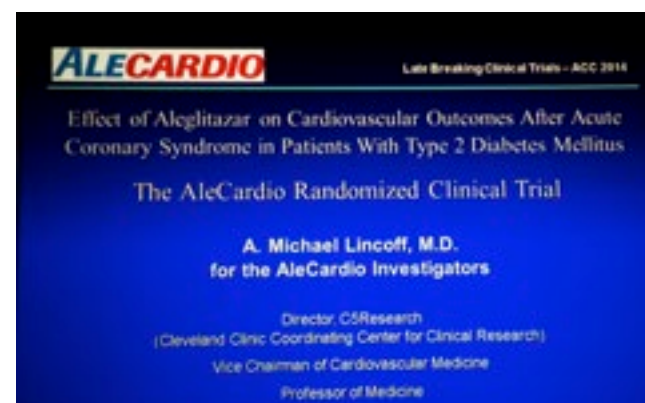
	Aleglitazar n=3616	Placebo n=3610
Ålder medel	61	61
BMI	29	29
Anamnes på hjärtsvikt %	10	10

Resultat

Studien bröts i förtid på grund av ökad frekvens av specifika adverse events i aleglitazargruppen. Medeltiden för uppföljning blev nästan exakt 2 år. Det framkom ingen skillnad i primär endpoint mellan Aleglitazar och placebo, $p=0,57$. Däremot framkom en ökad tendens till hjärtsvikt med Aleglitazar, dock ej signifikant. Även ökad frekvens av benfrakturer med aleglitazar jämfört med placebo samt en signifikant ökad grad av gastrointestinal blödning med aleglitazar, $p=0,03$.

Slutsats

Aleglitazar ovanpå sedvanlig farmakologisk behandling av patienter med typ 2 diabetes som nyligen haft akut syndrom påverkade inte kardiovaskulär mortalitet eller morbiditet. Aleglitazar ökade risken för hjärtsvikt, njursvikt och benfrakturer.



STAMPEDE

Står för Bariatric Surgery vs. Intensive Medical Therapy in Obese Diabetic Patients: 3-year Outcomes

Bakgrund

I USA och även resten av världen är Typ 2 Diabetes en sjukdom som bara ökar, mestadels betingad av övervikt. Enbart i USA är antalet diabetes patienter över 25 miljoner. Av dessa är det mindre än 50 % som når adekvata sockernivåer med farmakologisk behandling

En hel del studier med överviktskirurgi (bariatric surgery) har antytt klar förbättring av den glykemiska kontrollen och även kardiovaskulära risk faktorer.

Ingen studie på mer än 3 år existerar där jämförelse görs mellan bariatrisk kirurgi eller medicinsk behandling av Typ 2 diabetes.

Studien använde sig av två olika typer av kirurgi, nämligen gastric bypass eller ”sleeve” gastrectomi.

Den medicinska behandlingen bestod av viktninskning med diet råd och livsstilsförändring i kombination med sedvanlig optimal farmakologisk behandling.

Primär endpoint

Hur stor del som uppnår HbA1c mindre än eller lika med 52 %.

Design och basdata

Totalt randomiserades 150 patienter till 3 grupper: medicinsk behandling, medicinsk behandling + gastric bypass eller medicinsk behandling + sleeve gastrectomi. Inklusionskriterier var bland annat HbA1c > 63 %, BMI mellan 27-43.

	Med behand- ling n=40	Bypass n= 48	Sleeve n=49
Ålder medel	50	48	48
Kvinnor %	67	58	78
HbA1c %	83	86	89
BMI	36	37	36

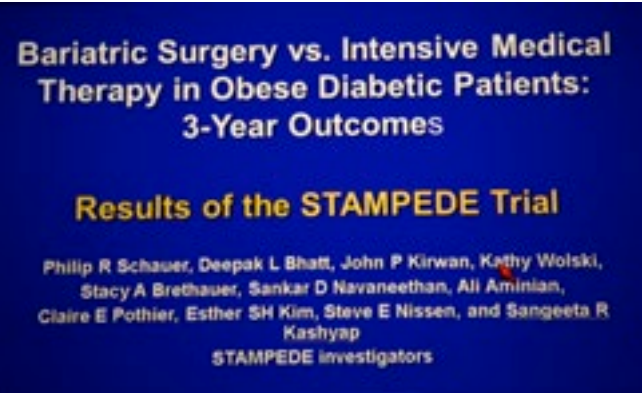
Resultat

Efter 36 månader	Med behandl	Bypass	Sleeve
HbA1c < 52 %	5	38	25
HbA1c < 52 och utan med behandl	0	35	20
HbA1c < 70 %	40	65	65

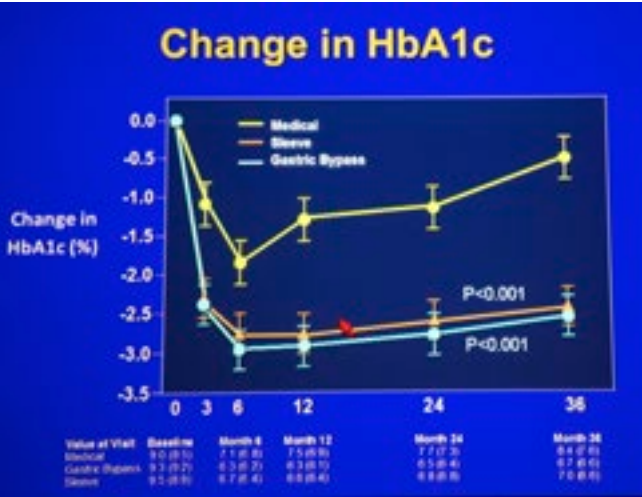
Det framkom en signifikant minskning av HbA1c efter 36 månader i gruppen kirurgisk behandling jämfört med medicinsk, p<0,001. Som förväntat sjönk BMI med cirka 10 i den kirurgiska gruppen, p=0.006 jämfört med medicinsk behandling,

Slutsats

Bariatrisk kirurgi betydligt mer effektiv än medicinsk behandling i att uppnå acceptabla socker värden hos patienter med typ 2 diabetes och övervikt. Författarna konkluderar också att kirurgi bör föreslås för patienter med BMI > 30.



Parameter	Medical Therapy (n=40)	Bypass (n=48)	Sleeve (n=49)	P Value ¹	P Value ²
HbA1c ≤ 6%	6%	37.6%	24.5%	<0.001	0.012
HbA1c ≤ 6% (without DM meds)	0%	35.4%	20.4%	<0.001	0.002
HbA1c ≤ 7%	40%	64.6%	65.3%	0.02	0.02
Change in FPG (mg/dL)	-6	-85.5	-46	0.001	0.006
Relapse of glycemic control	80%	23.8%	50%	0.03	0.34
% change in HDL	+4.6	+34.7	+35.0	<0.001	<0.001
% change in TG	-21.5	-45.9	-31.5	0.01	0.01
% change in CMT	0.048	0.013	0.017	0.36	0.49



- Summary**
- Bariatric surgery was more effective than intensive medical therapy in achieving glycemic control (HbA1c ≤ 6.0%) with weight loss as the primary determinant of this outcome.
 - Many surgical patients achieved glycemic control without use of any diabetic medications (particularly insulin).
 - Metabolic syndrome components (HDL, triglycerides, glucose, BMI) showed greater improvement after surgery.
 - Marked improvement in quality of life.

MADIT-CRT LTFU

Står för Long-term Survival with Cardiac Resynchronization Therapy in mild Heart Failure Patients.

Bakgrund

Flera studier av Madit-CRT har presenterats tidigare där man sett en mycket lyckad effekt hos patienter med vä sidigt skänkelblock och nedsatt systolisk myokardfunktion (EF < 30 %). Längden på QRS definierades då som > 130 msek.

Primär endpoint

Total mortalitet i MADIT-CRT designen, dvs jämförelse mot patienter med ICD enbart.

Design och basdata

Studien är en fortsättning av tidigare MADIT-CRT population och man har kallat den Fas II uppföljning. Totalt studerades 854 patienter. Studien är av typen intention-to.treat. Två grupper, dels med CRT och dels utan (kontrollgruppen).,

Resultat

Det framkom en signifikant lägre mortalitet hos patienter med skänkelblock jämfört kontrollgruppen, p=0,002. NNT blev 9 st. När det gäller nonfatal hjärtsviktshändelse var den signifikant lägre i skänkelblockgruppen, p<0.001. Däremot när det gällde total mortalitet framkom ingen signifikant skillnad om patienten hade en kortare QRS duration.

Slutsats

Hos patienter med lindrig hjärtsvikt – systolisk dysfunktion – och vänster sidigt skänkelblock ger CRT en signifikant förbättring i överlevnad.

GIPS III

Står för Metformin in Acute Myocardial Infarction in Patients without Diabetes

Bakgrund

Metformin anses idag vara den absolut vanligaste antihyperglykemiska läkemedlet i världen och ligger på tjugonde plats som mest förskrivna medicin. Från UKPDS-studien framkom att metformin minskade all mortalitet med 36 %, diabetesrelaterad död med 42 %.

Syfte

Att studera effekten av metformin på vänster kammarfunktionen hos patienter utan diabetes men med STEMI

Primär endpoint

Vä kammarens ejektionsfraktion (LVEF) efter 4 månader efter hjärtinfarkt.

Design och basdata

Studien var en dubbelblind, 1:1 randomiserad, placebokontrollerad. Inklusion var patienter > 18 år med STEMI. Exklusion var diabetes, tidigare infarkt. Patienterna erhöll metformin 500 mg 2 gånger dagligen.

	Metformin n=191	Placebo n=188
Ålder medel	59	59
Kvinnor %	25	26
BMI	27	27
Rökare %	57	54
Framväggsinf %	39	38

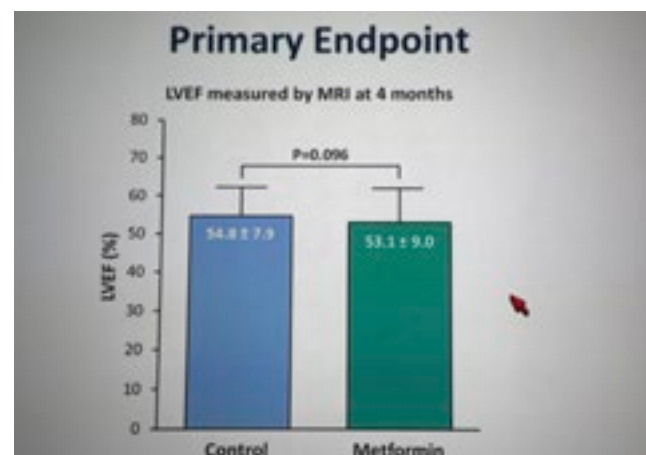
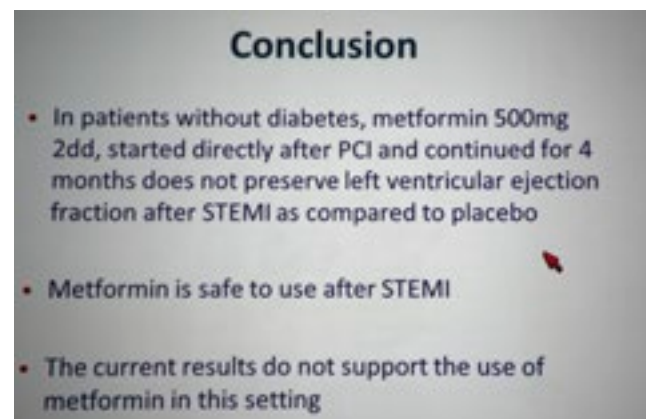
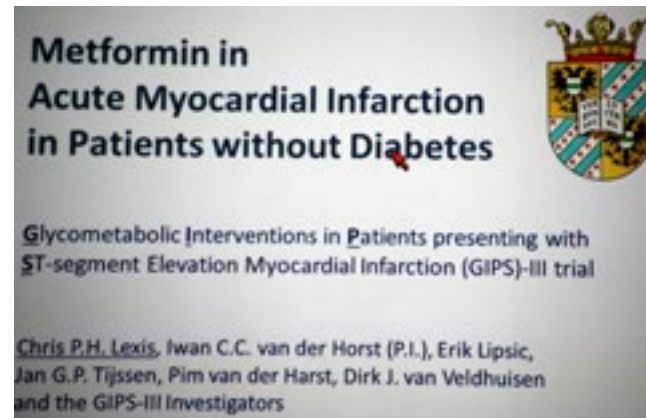
Resultat

Det framkom ingen skillnad mellan grupperna i EF efter 4 månader, $p=0.09$. Ingen skillnad i mortalitet

Slutsats

Hos patienter med akut STEMI utan tecken på diabetes ger tillägg av metformin ingen ändring av EF efter 4 månader jämfört med placebo.

Studien ger inga hållpunkter för att metformin ska ges till patienter för att förbättra EF efter infarkt.



Ja, det var ett nytt axplock av en del av de studier som presenterades i den amerikanska huvudstaden på ACC. En hel del studier som inte tagits upp denna gång handlade mycket om PCSK9 där LaPlace studien var en som ånyo konkluderade den enorma sänkning som erhålls med dessa hämmare. Någon outcome studie finns ännu inte – vi får vänta ytterligare ett eller två år. Än så länge gäller statin som den enda kolesterolsänkare som visat på gynnsam effekt på mortalitet. Det gäller alltså inte enbart att påvisa laboratorievärden som ser bra ut. Vad har patienten för glädje av det, nej det krävs stora outcome studier.

Själv tyckte jag det kändes bra att förlägga ACC mötet på en annan ort än de vanliga. Sannolikt beror det på att öka attraktionsvärdet eftersom antalet deltagare gått ned, om inte minst märktes det på antalet svenskar. Den största hjärtkongressen nu är ESC som i år går i Barcelona. Antalet deltagare senaste åren har ständigt legat runt 30 000 och inte kommer det bli mindre i Barcelona. Innan dess hoppas vi på stor aktivitet i Malmö i början av maj på Kardiovaskulära Värmötet. Du kommer väl?

Enjoy

Redaktören (tills maj 2014) – Christer Höglund



Indikation: MULTAQ®, CO1BD07, R_x, F, är indicerat för bibehållande av sinusrytm efter framgångsrik konvertering hos vuxna, kliniskt stabila patienter med paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer. Beroende på säkerhetsprofilen (se avsnitt 4.3 och 4.4 i produktresumén), bör MULTAQ® endast förskrivas efter det att alternativa behandlingsmetoder har övervägts. MULTAQ® ska inte ges till patienter med systolisk vänsterkammardysfunktion eller till patienter med tidigare eller pågående episoder av hjärtsvikt.

Dosering: För vuxna, tablett 400 mg två gånger dagligen i samband med måltid.
Varningar och försiktighet: samtytt till information, se www.fass.se
Kontaktuppgifter: MULTAQ® tillhandahålls av sanofi-aventis AB, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com.
Datum för senaste översyn av produktresumé: 2013-11-15.
SE-DRO-14-01-06 februari 2014

Om betablockad inte räcker till vid icke-permanent förmaksflimmer

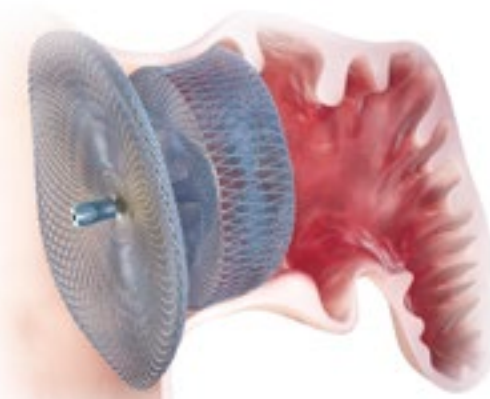


SANOFI

MULTAQ® (dronedaron) ingår i högkostnadsskyddet med följande begränsning: Endast som tillägg till standardbehandling, vanligen inkluderande betablockerande och blodförtunnande läkemedel, för patienter med icke-permanent förmaksflimmer som har minst en av följande kardiovaskulära riskfaktorer: tidigare stroke eller TIA, hypertoni, diabetes, hög ålder, över 75 år. **Referenser:** 1. Singh BN et al. N Engl J Med. 2007;357:987–999. 2. Hohnloser SH et al. N Engl J Med. 2009;360:668–678.

Kontraindikationer: Permanent förmaksflimmer som pågått 6 månader eller längre (eller med ökad duration) och där försök att återställa sinusrytmen inte längre bedöms vara aktuella, anamnes på tidigare eller pågående hjärtsvikt eller systolisk vänsterkammardysfunktion, patienter med lever- eller lungtoxicitet relaterad till tidigare användning av amiodaron samt patienter som samtidigt behandlas med dabigatran. För ytterligare kontraindikationer, se www.fass.se.

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



1. 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 and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2013 St. Jude Medical. All Rights Reserved.

Sök nu!

Hjärt-Lungfondens forskningsanslag 2014

Hjärt-Lungfonden ger stöd till forskning för att besegra hjärt-, kärl- och lungsjukdomarna.

Nu utlyses:

Forskartjänster
Projektbidrag
Forskarmånader
Stipendier för forskning utomlands
Stöd till nationella samordningsprojekt inom barnkardiologi

Bedömningsgrund

Vid utvärdering av ansökningarna kommer originalitet och sannolik klinisk betydelse av de sökandes forskningsprogram att särskilt beaktas.

Ansökningsförfarande

Ansökningar lämnas in **fr o m 23 april t o m 21 maj 2014**. Mer information hittar du på www.hjart-lungfonden.se eller kontakta forskningsavdelningen på tel 08-566 24 220.

Hjärt & Lungfonden

TILLSAMMANS RÄDDAR VI LIV



PG 90 91 92-7
www.hjart-lungfonden.se

Hitta flimmer – stoppa stroke

Varje dag får 16 personer i Sverige stroke på grund av förmaksflimmer

Ofta är stroke det första symptomet på förmaksflimmer och många strokepatienter får aldrig en förklaring på varför de drabbades. Många av dessa patienter har tyst förmaksflimmer som är odiagnostiserat och saknar därför korrekt behandling. Risken att drabbas av en ny stroke är stor om inte förmaksflimret hittas och behandlas.

En nyligen publicerad studie¹ från Skövde visar att en utredning med Zenicor-EKG i tre veckor hittar tysta förmaksflimmer hos 11,4% av strokepatienterna jämfört med 2,8 % med 48h Holter.

Zenicor-EKG är en välbeprövad metod som idag används på över 200 kliniker i Norden, Tyskland och Storbritannien samt på över 20 strokekliniker i Sverige.

För mer information: www.zenicor.se, info@zenicor.se, 08-442 68 60

1) Orrsjö et.al. "Screening of Paroxysmal Atrial Fibrillation after Ischemic Stroke: 48-Hour Holter Monitoring versus Prolonged Intermittent ECG recording". ISRN Stroke 2014



Zenicor
NÄRHETRAPÄSTANS

Mina 15 år som redaktör

Text & foto: Christer Höglund

”Som redaktör är du adjungerad ledamot i Cardiolog-föreningen och jag deltog därför i de flesta styrelsemöten.”

Jag njuter varje gång tidningen kommer ut. Känner mig på något sätt befriad, lättad och tar gärna ett glas rött. Tittar igenom produkten flera gånger till. Men morgonen därpå byttes glädjen till att börja tänka på nästa nummer. Det börjar rulla i huvudet och tankar börjar vindla om nästa nummer. Glädjen över att ett nytt nummer hade kommit ut, byts ut till nya spännande funderingar. Tiden rullar hela tiden.

Det började för femton år sedan. Lars Wallentin var ordförande i Cardiologföreningen och redaktören för Svensk Cardiologi hette Gundars Rasmanis. Kollega som fortfarande arbetar på Huddinge sjukhus. Gundars hade önskemål att få hoppa av efter tre år som redaktör. Jag blev tillfrågad och dök upp på ett styrelsemöte, då på någon kursgård vid Mälaren. De två krav jag hade för att tacka ja var att jag dels fick göra tidningen på mina villkor, ja mina villkor. Ingen inblandning av styrelsen. Att jag dels fick bevaka de tre stora kongresserna årligen, nämligen ESC, ACC och AHA. Jag precis som styrelse visste att tidningen var ytterst viktig av ekonomiska skäl. Viktig som inkomstkälla för att Cardiologföreningen skulle kunna bedriva utbildning, kurser, information till alla kardiologer i Sverige. Jag hade därför ett mål att tidningen skulle läsas av de flesta medlemmar och inte bli som många andra tidningar, som kastas direkt i papperskorgen. Jag fick fria händer. Det var kravet.

Vad hände?

Under mina år som redaktör blev min färdighet att fotografera alltmer utvecklad. Jag läste litteratur, gick på kurser för att höja den fotografiska standarden. Jag gillade det. Jag kommer här mixa bilder av olika nummer under mina femton år som er redaktör.

Som redaktör är du adjungerad ledamot i Cardiologföreningen och jag deltog därför i de flesta styrelsemöten. Till slut var jag den enda som bibehöll kontinuiteten och frågor dök upp jämt och ständigt typ hur gjorde förra styrelsen. Den första styrelsen,

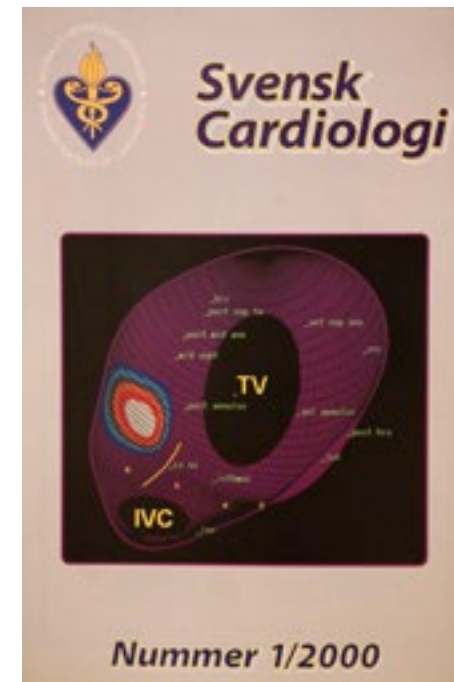
som jag började i, var med Lars Wallentin som ordförande i, nästa styrelse var det Lennart Bergfeldt, nu professor i kardiologi i Göteborg. Efter honom dök en annan professor upp, denna gång Anders Waldenström från Umeå. Ewa Svahn från Linköping tog sedan över och efter henne blev det Per Tornvall, då verksam på Karolinska men idag på Södersjukhuset. Per satt två perioder d.v.s. fyra år. Nu fram till vårmötet är det David Erlinge, professor från Lund, som är ordförande fram till årets vårmöte. Om jag räknar rätt blir det sex olika ordförande men olika styrelser.

Mini Heart House

Under en styrelseperiod (doc Per Tornvall) hade vi långt gångna planer att öppna ett kansli för Cardiologföreningen d.v.s. ett litet mini ”Heart House”. Vi skulle då också kunna ha en person, typ sekreterare, som kunde stå för kontinuiteten. Tyvärr kom det sämre tider i världen och förslaget fick läggas ned. Vi vet inte – det kanske kommer tillbaka.

Hur har då Svensk Cardiologi blivit?

Jag vill här göra en exposé över ett antal nummer som jag gillat speciellt. Totalt har jag hunnit med nästan sextio. I nummer 1 av år 2000 belyste kollegerna Per Insulander och Göran Kenneback från Huddinge sjukhus om ett EKG-registreringssystem som kan återge hjärtrummens tredimensionella geometri och visuellt åskådliggöra den elektriska aktiveringen och underlätta navigeringen av ablationskatetern. Systemen som beskrevs var Carto och Ensite 3000. Samma nummer hade jag också en tävling om århundradets kardiologi i Sverige. Matchen stod mellan Inge Edler eller Lars Werkö. Man ombads att gå in på hemsidan och rösta. Resultaten skulle avslöjas på Värmötet i Uppsala i maj samma år. Senare fick vi veta att Inge Edler vann tävlingen. För dem som inte vet är Inge den person som startade ekokardiografin i världen.



Vad var det då som var så speciellt med igelkottar?

Under mina år som redaktör har jag gjort en hel del intervjuer. Själv tycker jag att det är just de som har varit mest spännande. Ibland har jag – på grund av tidsbrist – varit tvungen att skicka frågor i förväg så att vi inte skulle missa tid. I sista numret av år 2000 d.v.s. nr 4 hade vi en intervju med en känd kardiolog från Skåne, nämligen **Bengt W Johansson**. Jag träffade honom första gången på MAS i början av 80-talet då jag arbetade ett par år i Malmö för att skriva klart min avhandling. Jag hade hört en hel del om Bengt och hans alla djur på sitt tjänsterum. Vad var det då för djur – jo igelkottar. Vad var det då som var så speciellt med igelkottar? Igelkottar kan hibernera ner till cirka 5 grader plus för att sedan vid uppvaknande höja temperaturen till 37 grader. Under denna tid går igelkotten från 10 slag/min till 200/min. Inga rytmrubbningar. Människan får däremot problem under 28 grader. Detta blev Bengts stora arbete och på rummet räknade jag ihop antalet igelkottar till 279 stycken. Spännande intervju med en gourmet.

Året efter d.v.s. 2001 kom flera spännande intervjuer. **Viking Björk** blev första numrets objekt. Denna kollega var en ytterst vältränad person och få skulle tro att han var 67 år då han inte fick vara kvar i Landstinget. Dagen efter han pensionerats fick han tjänst som chefläkare i Los Angeles. Viking var ju en av Sveriges mest kända hjärtskirurger, mycket på grund av sin konstruktion av den mekaniska klaffen. Jag har fortfarande patienter som jag följer efter cirka 35 år. Annars började Viking sina bana på Sabbatsbergs sjukhus med att behandla tuberkulosen där kavernen sågs ut.

5 år senare hade han ansvar för 10 000 personer

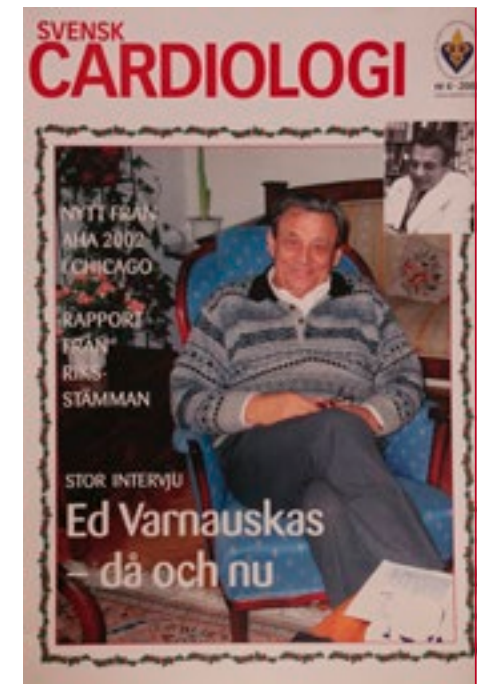
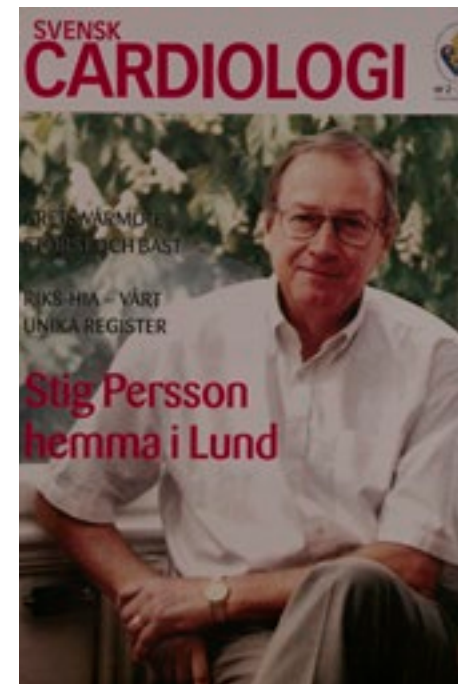
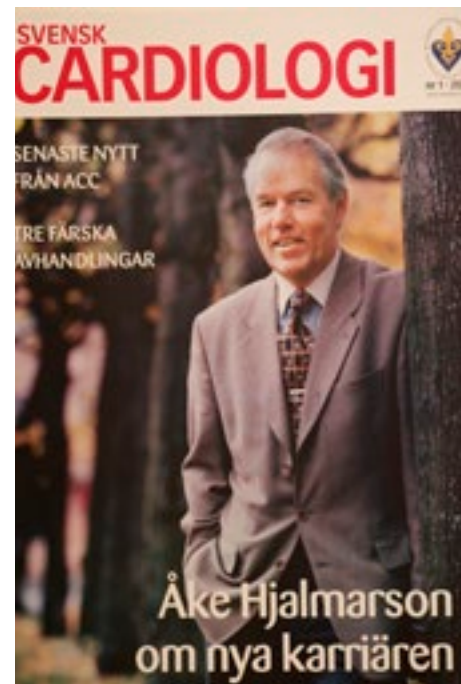
En annan spännande intervju det året (Nr 4/2001) var med **Claes Wilhelmsson** kardiolog från Göteborg. Efter ett antal år som kardiolog på Östra sjukhuset gick han över till Hässle. På den tiden hade han ansvar för 30 personer. 15 år senare hade han ansvar för 10 000 personer. Företaget hade bytt namn och hette AstraZeneca. Claes kom från en grupp av mycket duktiga kardiologer som spritt sin kunskap och även sig själva över större delen av landet. Claes berättade om spännande lansering om Crestor och Exanta som skulle ersätta Waranet. Det sistnämnda blev det inget av men Crestor har lyckats föredömligt. Han berättade också att han hade spännande affärer med kollegan Göran Berglund, sedermera professor i medicin på MAS i Malmö.

Guldgruva om betablockaden

En av Claes kollegievänner var en annan välkänd kardiolog, nämligen **Åke Hjalmarsson**. Han blev professor i Göteborg och är känd, tillsammans med Finn Waagstein, som betablockarens fader. Han har skrivit över 500 artiklar och tillhörde det framgångsrika gäng som skapades i Göteborg. Som jag sa tidigare flyttade Anders Waldenström till Umeå som professor, Bertil Olsson till Lund och Lars Rydén till Karolinska som professor. I denna miljö skapades fantastiska kunskaper om betablockaden och dess effekt på hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Fortfarande 30 senare står sig denna behandling. Åke hade, sannolikt tack vare sin fru, också en känsla för att verka på andra ställen på vårt jordklot. Han blev gästforskare i San Diego eller snarare La Jolla – en liten förstad till San Diego och där UCSD låg. Till detta sjukhus har sedermera en mängd andra forskare varit, inklusive undertecknad.

”Intervjuerna har varit mest spännande”





"Lars blev den andre svensken som blev president för ESC"

Studentsångaren som blev Skånes kardiolog
Som ni förstår hade jag en guldgruva framför mig. Ingen hade uppmärksammat och intervjuat kolleger som betytt så mycket för svensk hjärtsjukvård. Så jag bara fortsatte och hamnade i Lund (Nr 2/2002) hos **Stig Persson**, studentsångaren som blev Skånes kardiolog. Stig har haft många bollar i luften. Han har bland annat skrivit en lärobok i kardiologi som är mycket populär och som idag uppdateras av hans son Jerker, även han kardiolog, och svärsonen Martin, tillika kardiolog. Tala om samtalsämne. När han gick i pension fick han chansen att fortsätta som kardiolog privat och då träffa patienter – som chefsläkare var man bara pappersvändare.

Nästföljande nummer (Nr 3/2002) blev en stor höjare. Intervjuobjektet var professor **Lars Rydén**, en av Sveriges mest välkända och främsta kardiologer. Vägen gick via Skövde, Göteborg, Falun till Stockholm. Han intresserade sig bland annat för diabetes och hjärtsjukdom men innan dess hade han spenderat en lång tid med pacemakerbehandling. Lars blev den andre svensken som blev president för ESC (den förste var Nyhlin) – ett arbete som krävde nästan två arbeten. Han brukade säga att han inte kunde lägga sig förrän sent på natten mycket på grund av att mailen från USA kom in deras tid d.v.s. 6–7 timmar senare. Lars har en mängd intressen och omslagsfotot på tidningen var taget från hans vinkällare – viner som han köpt på sina många resor. Han fick sedermera ESC guldmedalj som brukar delas ut till en-två kardiologer i världen varje år. Lars har fått en. Lars är en visionär och detta har han skrivit om i ett Jubileumsnummer som jag gav ut 2007. Han skrev två tankvärda texter. Den ena var "Patienterna är inte betjänta av en läkare som är specialist på en förträngning i en gren av ett kranskärl. Kranskärl

sitter i ett hjärta, hjärtat i en person och det är det totala omhändertagandet som är det substantiella". I den andra tesen citerade han Winston Churchill som myntade följande: The longer you can look back, the further you can look forward. Tänkvärt.

Senare åren har jag lärt känna honom närmare och senast träffade jag honom någon månad efter hans 75-årsdag då han på Karolinska på sitt rum och skrev på någon forskningsstudie.

I gruppen från Sahlgrenska får man inte glömma **Ed Varnauskas** (Nr 4/2002), även han professor i kardiologi, egentligen den förste professorn i kardiologi i Sverige. Han var bördig från Litauen men flydde i slutet av andra världskriget till Sverige. Han minns senare under sin studietid i Uppsala att han fick ett brev från Flyktingnämnden där han ombads betala tillbaka 25 kronor till staten för ett par byxor han hade fått. Betalningen skedde med vändande post. 1951 blev han klar läkare och arbetade initialt Stockholm för att sedan landa i Göteborg. Efter något år i Holland kom han tillbaka till Göteborg och hade då startat en stor studie European Coronary Surgery Study. Studien tillkom för att belysa om bypassoperation kunde förhindra tidig död och vilka patienter som var mest lämpade. Ed blev senare rådgivare till hälsovårdsministern i sitt gamla hemland, Litauen.

Initiativtagare till Svensk Cardiologi

Förlåt resten av Sverige, men Göteborg var verkligen säte för kardiologi under 80-talet. En mycket färggrann kollega som bidragit enormt vid behandling av hjärtsvikt var **Karl Svedberg** (3/2003). Hans avhandling "Congestive cardiomyopati – en klinisk studie med särskild hänsyn till noninvasiv teknik och behandling med betareceptorblockad". Denna stu-

die blev startskottet till ny behandling av hjärtsvikt. Många kritiserade studien men de flesta blev tvungna att krypa till korset. Studien COMET med karvedilol visade gynnsam effekt. Studier som MDC, och Consensus var Karl i högsta grad ansvarig för. Karl fick också ESC's guldmedalj – en medalj som få svenskar har fått. Han har fortsatt sitt intresse för hjärtsvikt men han hade också en fritid som ägnades åt golf och skidåkning. Det bör nämnas att Karl som satt i Cardiologföreningens styrelse var initiativtagare till starten av Svensk Cardiologi.

Studier tillgängliga på hemsidan

Svensk Cardiologi utvecklades och jag började under 2004 med att belysa och beskriva olika undersökningsmetoder. Nummer 1/2004 hade en artikel om Datortomografi av kranskärl som presenterades av Anders Persson från Linköping. Artikelserien blev ytterst populär och kanske tas upp igen – så här 10 år senare.

Annars har jag försökt belysa de flesta Hotlines som presenterades från de stora kardiologmötena. De flesta studierna la jag upp på hemsidan under rubriken Clinical Trials. Studierna ligger fortfarande kvar till många glädje.

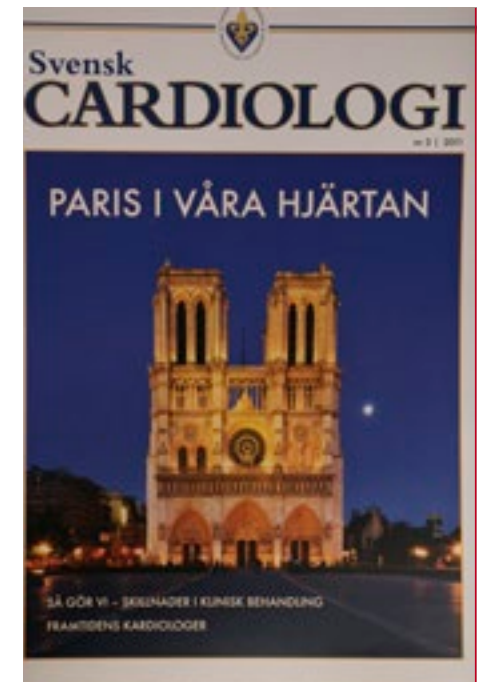
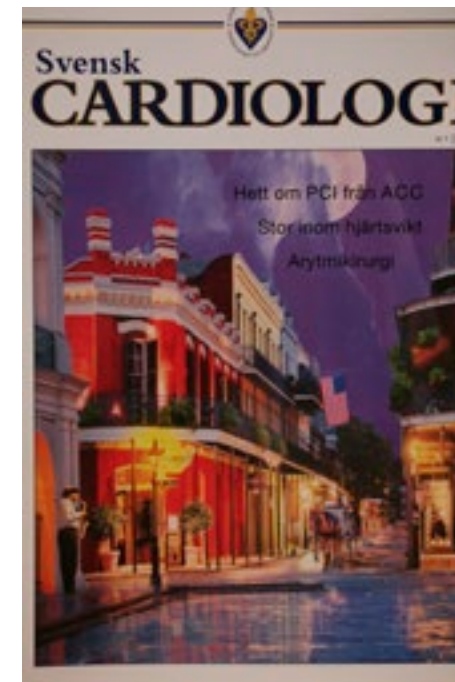
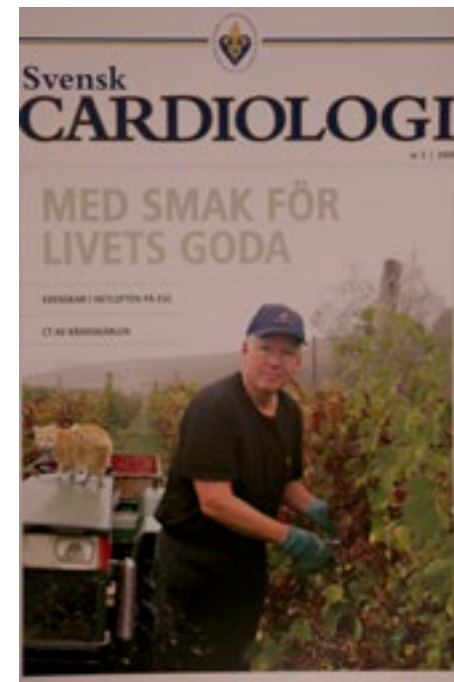
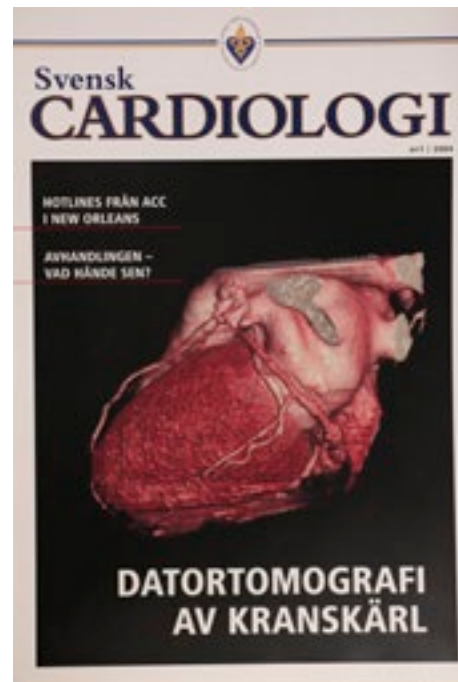
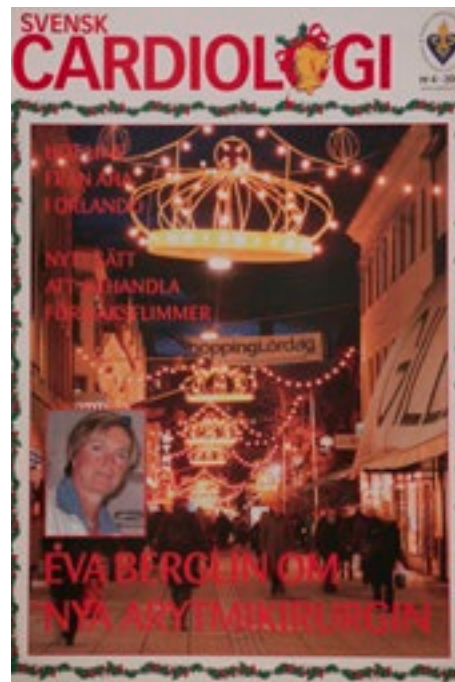
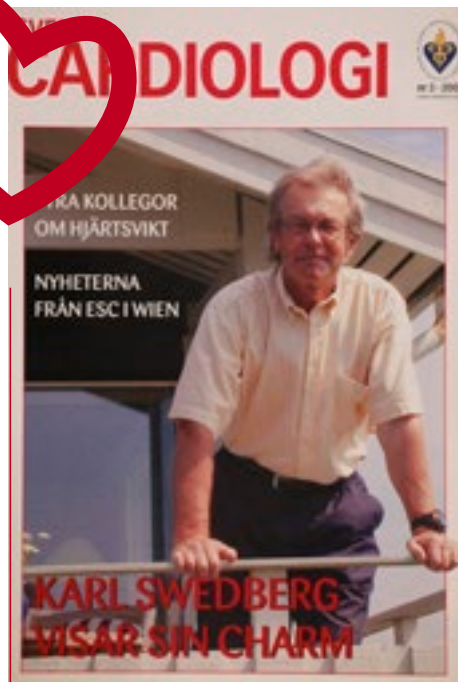
År 2008 (2/2008) lyckades jag – tycker jag själv – att bilden på framsidan blev min mest lyckade. Bilden tog jag en kväll under värmötet i Malmö. Värmötet hade då 10-årsjubileum och denna gång i Malmö. Mötet blev en av de mest lyckade såväl vetenskapligt som socialt med en viss Tom Jones som underhöll alla oss hjärtfolk. Värmötet har sedan cirkulerat runt om i vårt land och just detta år – 2014 – är mötet åter i Malmö. Egentligen ser jag fram emot att träffa "Tom Jones" igen. Vi får väl se.

Leif var en briljant kollega och grundare av CASAB

En annan mycket annorlunda och trevlig intervju var med professor **Leif Erhardt** (3/2009). Leif hade dragit sig tillbaka från Sverige och bodde halva året i Italien på en vingård. Jag flög ner och tillbringade en weekend i Piemonte. Leif hade ju varit med i gänget runt Gunnar Björk på Serafimerlasarettet som sedan flyttat ut till Danderyds sjukhus. Han blev sedan headhuntad till MAS i Malmö för att bygga upp kardiologin. Efter några lyckosamma år spreds en hel del lögnor om Leif som sedermera ledde till att han avgick. Leif var en briljant kollega och grundare av Cardiologföreningens aktiebolag – CASAB. Han hade också varit styrelseordförande för Cardiologföreningen och tack vare detta har föreningen klarat sig ekonomiskt och lite till. Efter att han avgick flyttade han till USA då hans fru var amerikanska. Paret köpte en vingård i Italien som renoverades och det var dit jag hamnade för intervjun. Vinet från hans ägor där smakade underbart. En rolig historia utspelas några år senare när jag var på semester i Italien. Jag passade då på att oanmäld besöka Leif. Väl framme i Piemonte var jag osäker på var han bodde men fann en gammal by jag kände igen. Väl uppe på torget råkade jag känna igen en äldre byinvånare som fanns på en bild i tidningen. Jag gick fram och visade bilden som fanns på min iPad och han pekade direkt ut var Leif bodde – il professore! Detta tack vare Svensk Cardiologi.

Ju mer erfaren jag blev med tidningen ju mer intresserad blev jag av att göra framsidan. En rolig framsida lyckades jag med under ACC mötet i Chicago 2012. Just detta år hade man flyttat en 8 meter hög staty av Marilyn Monroe till Michigan Avenue. Jag tog en bild då dimman gradvis gled in

"Fick ett brev från Flyktingnämnden där han ombads betala tillbaka 25 kronor till staten för ett par byxor"



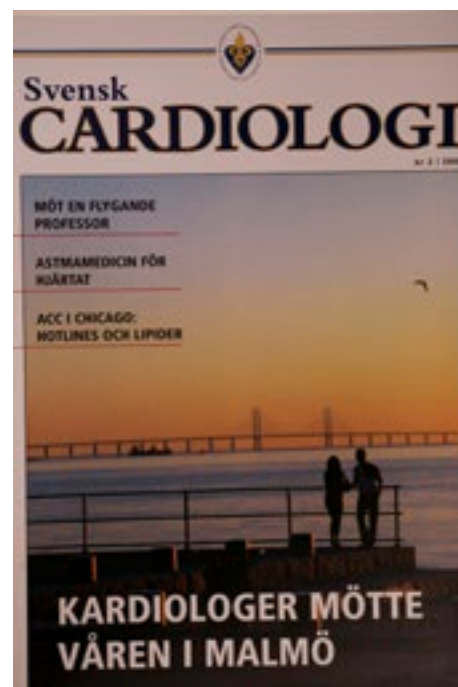
”hur det kom sig att hon blivit så gammal. Hon svarade prompt: det är olivoljan”

över Chicago River som korsar just denna berömda gata. Bilden blev bra först då man upptäckte människorna runt statyn.

Som chefredaktör har man kontinuerligt möte med övriga europeiska redaktörer i Europa. Man träffas två gånger per år och alltid i början av mars då ESC har sitt s.k. Spring Summit. Här ges möjlighet till utbyte och tips sinsemellan. Ibland undrar man hur man hann med, men när glädjen finns där går allt så mycket lättare.

Hur mycket olivolja dricker du?

Ja, flertalet läsare har kanske under åren läst min ledare och en centralt och återkommande fråga har ju alltid varit olivoljan. Under åren har jag kontinuerligt fått mail med frågan ”hur mycket olivolja dricker du?”. Hur kommer det sig att jag just fokuserat på olivolja. Olivolja eller oliver har ju funnits under många tusen år och då speciellt runt Medelhavet. En mängd forskare har ju spridit kunskap om att just i dessa länder där olivoljan finns där är ischemisk hjärtsjukdom mycket mer sällsynt. Denna kunskap tillsammans med att jag hade ett boende i Frankrike i över tjugo år ledde till mitt intresse för olivolja. I något nummer beskrev jag en äldre, något satt kvinna boende på sluttningarna ner mot Medelhavet i Provence och en ålder på drygt 95. Jag frågade henne efter ett längre samtal hur det kom sig att hon blivit så gammal. Hon svarade prompt: det är olivoljan – ett glas för hjärtat och på kvällen ett glas för magen. Det satte sina spår hos redaktören. Att det senare kommit forskningsstudier om olivoljans gynnsamma effekt på plaquebildning på carotis osv blev bara grädden på moset. Jag har sedan drygt 15 år druckit 5 centiliter olivolja varje morgon. Nu kom beskedet jag lovat alla läsare. I am still alive! Kom ihåg, du behöver inte vara rädd

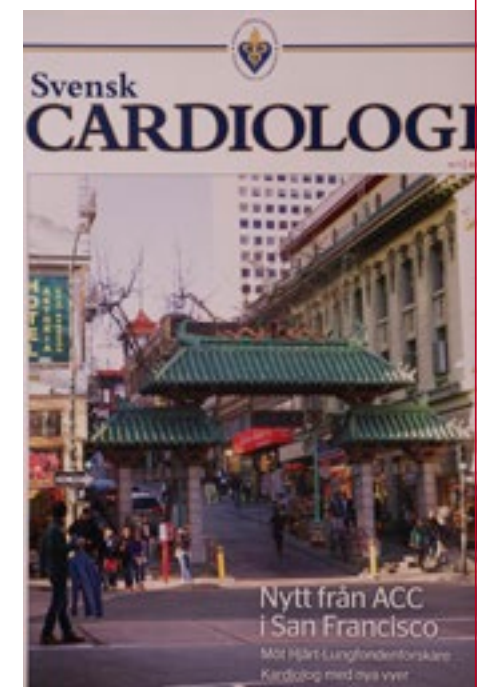


att uttrycka dina egna känslor, speciellt gäller det för mig som redaktör. Om du inte gör det blir tidningen stel och tråkig och hamnar i papperskorgen.

Jag minns texten till den populära låten De sista ljuva åren (Lasse Stefanz). Jag skulle vilja använda några rader av den och säga följande:

Å när jag kommer fram till dagen då mitt hjärta slutar slå, då ska jag tänka på de stunder som var roligast i mitt liv – att vara redaktör för Svensk Cardiologi.

Enjoy life – och tack!
Er avgående redaktör



Nya nordiska närings-
rekommendationer

Gammaldags medelhavsmat står modell

Text: Mai-Lis Hellenius Foto: Bruno Ehrns
Källa: Solens hälsa, ICA-bokförlag

I oktober 2013 lanserades NNR5, d.v.s. Nordic Nutrition Recommendations 5. På uppdrag av Nordiska Ministerrådet har 100 nordiska kostexperter under de senaste åren tillsammans granskat all ny tillkommen kostforskning. Litteraturgenomgången har skett på ett systematiskt sätt och det initiala arbetet granskades av en ny grupp forskare. Processen har varit helt öppen och även andra kostintresserade samt allmänhet har haft möjlighet att granska och kritisera. De näringsrekommendationer som nu publicerats är för tillfället världens mest uppdaterade och de bildar en mycket god grund för evidensbaserade råd om hälsosam mat¹.

Snabbt växande kunskapsområde

Kunskapen om mat och kardiovaskulär hälsa har ökat kraftigt det senaste decenniet. En sökning i PUBMED-databasen med sökorden "diet and/or nutrition and/or food and health" ger över 1 miljoner träffar. Snabbast och mest omfattande har kunskapsutvecklingen varit inom det kardiovaskulära området. Ett stort antal undersökningar har tillkommit inom såväl nutritionsepidemiologisk forskning som interventionsforskning och mekanistiska studier.

Slutsatsen av de nya gemensamma nordiska näringsrekommendationerna är att den som vill minska risken för kardiovaskulär sjukdom, cancer, övervikt samt typ-2 diabetes ska äta mer grönsaker, frukt och bär, fisk, oljor och fullkorn och mindre läsk, godis, vitt mjöl, rött kött, charkvaror och smör. Se Figur 1, som sammanfattar de Nya Nordiska Näringsrekommendationerna¹.

Gammaldags medelhavsmat - ett hälsosamt kostmönster

I en ofta citerad meta-analys i British Medical Journal från 2008 sammanställdes 12 prospektiva kohortstudier med totalt drygt 1,5 miljoner studiedeltagare. Studierna, som hade sitt ursprung i olika delar av världen, hade en varierande uppföljningstid av 3–18 år och samtliga byggde på noggranna kostregistreringar. Man fann konsistent att det kostmönster som brukar kallas medelhavsmat var förknippat med signifikant lägre total dödlighet, kardiovaskulär dödlighet, cancerdödlighet och även en signifikant lägre risk att insjukna i neurodegenerativa sjukdomar som Parkinsons sjukdom och Alzheimers sjukdom². I en ny meta-analys ytterligare ett par år senare kunde sju nya prospektiva studier inkluderas. Resultaten blev desamma. Man noterade också ett dos-respons samband³.

Vad är medelhavsmat?

Ett medelhavslikt kostmönster karakteriseras av



ÖKA	BYT UT	BEGRÄNSA
Grönsaker Baljväxter	Spannmåls- produkter av vitt/säkat mjöl	Spannmåls- produkter av fullkorn
Frukt och bär	Senör, smör- baserade matfetter	Vegetabiliska oljor, oljebase- rade matfetter
Fisk och skaldjur	Feta mejeri- produkter	Magra mejeri- produkter
Nötter och frön		
		Charkprodukter Rött kött
		Drycker och livsmedel med tillsatt socker
		Salt Alkohol

Figur 1 NNR 5 - nya nordiska och svenska näringsrekommendationer

högt intag av omättade fetter och ett lågt intag av mättade fetter. Olivolja utgör basfettet. Ett högt intag av baljväxter såsom ärtor, bönor, linser samt grönsaker och frukt är också ett viktigt karaktäristikum. Nötter och mandel liksom spannmål är andra viktiga komponenter i medelhavsmaten liksom fisk och skaldjur. Konsumtionen av rött kött och charkvaror är låg och proteinkällorna varierar mera än i nordisk mat. Konsumtionen av mjölk och mejeriprodukter är låg. En liten mängd alkohol, i form av ett glas vin till maten, finns ofta med som en del i medelhavsmaten. Detta kostmönster stämmer mycket väl överens med gängse nationella, europeiska och internationella rekommendationer om kost och kardiovaskulär hälsa.

Varning för LCHF med animaliska fetter och proteiner

Flertalet stora epidemiologiska studier liksom en meta-analys visar att låg-kolhydratkoster med ett ökat intag av animaliskt fett och protein är förknippade med en ökad dödlighet⁴⁻⁷. I den amerikanska "Nurses Health Study" gjordes upprepade kostregistreringar på 85 168 kvinnor i åldern 35–59 år och de följdes i 26 år. I "Health Professionals Study" följdes 44 548 män i åldern 40–75 år i 20 år med upprepade kostregistreringar. Båda studierna visade att LCHF (Low Carb High Fat) med ett lågt intag av kolhydrater och ett ökat intag av animaliskt fett och protein var förknippat med en ökad total dödlighet liksom ökad kardiovaskulär dödlighet och cancerdödlighet, medan



LCHF med vegetabiliskt fett och protein medförde en minskad dödlighet⁴. Man har också följt 40 475 friska män i åldern 40–75 år från samma studie upp till 20 år, för att studera relationen mellan kostmönster och insjuknande i typ-2 diabetes. Under uppföljningstiden insjuknade 2689 personer i typ-2 diabetes. Man fann att ett medelhavslikt kostmönster var associerat med en minskad risk och LCHF med mycket animaliskt fett och protein var associerat med en ökad risk för typ-2 diabetes^{8,9}.

Nya svenska studier

I den svenska Malmö-Kost-Cancer studien har man följt 17 126 personer (595 kvinnor) i drygt ett decennium. Initialt gjordes en noggrann kostregistrering. Man fann att de som rapporterat att man följde gängse rekommendationer om mat för hälsans skull hade en signifikant lägre risk att drabbas av en första kardiovaskulär händelse¹⁰.

Nyligen publicerades en 11-års uppföljning av 33 911 svenska kvinnor som undersöktes 1997 med ett omfattande kostformulär. Kvinnorna var friska och fria från hjärt- kärlsjukdom och cancer vid studiestarten. Under uppföljningstiden drabbades 1687 kvinnor av stroke. Man fann att de som åt mera frukt och grönt, mera lättmjölk, mindre rött kött och charkvaror, mindre socker och mindre pommestade frites hade 34 % lägre risk att sjukna i stroke¹¹.

Interventionsstudier visar att hjärtkärlsjukdom kan förebyggas med medelhavsmat

Fynden från nutritionsepidemiologiska studier bekräftas av primär- och sekundärpreventiva interventionsstudier. I den omskrivna ”The Lyon Diet Heart Trial” randomiserade drygt 600 män och kvinnor som haft en första hjärtinfarkt till en interventionsgrupp som fick råd att äta medelhavsmat eller en kontrollgrupp. Redan efter 27 månader noterades att antalet hjärtdöda i interventionsgruppen var endast 3 jämfört med 16 i kontrollgruppen. Fem personer hade drabbats av hjärtinfarkt i interventionsgruppen jämfört med 17 i kontrollgruppen. Skillnaden i total dödlighet var också stor mellan de båda grupperna. Åtta personer dog i interventionsgruppen jämfört med 20 i kontrollgruppen under 27 månader. Man såg alltså en 80 % riskreduktion av hjärtdöd¹².

I den omtalade PREDIMED-studien från Spanien randomiserades 7447 spanska män och kvinnor i åldern 55–80 år (57 % kvinnor) till tre grupper. Individerna var väsentligen hjärt-kärlfriska men hade flertalet kardiovaskulära riskfaktorer, många var diabetiker, hade högt blodtryck och höga lipider. En grupp ordinerades medelhavsmat med extra virgin olivolja motsvarande 1 liter i veckan. Grupp nr 2 ordinerades medelhavsmat med ett extra tillskott av ca 30 gram nötter per dag (valnötter, hasselnötter och mandlar) och grupp 3 (kontroller) ombads äta som vanligt men att dra ned på allt fett. Efter 4,8 år såg man att det gick att förebygga var tredje kardiovaskulär händelse (infarkt, stroke och kardiovaskulär död) jämfört med kontrollgruppen och det var ingen skillnad mellan de

båda grupperna som ordinerats medelhavsmat. Ett flertal subgrupps analyser visade likvärdiga resultat oberoende av t.ex. kön och förekomst av diabetes¹³.

I en liten men intressant substudie av 164 deltagare i PREDIMED följde man intima-media tjocklek med ultraljud vid baslinjen samt efter 2,4 år. I kontrollgruppen såg man tecken till progress, i ”olivoljegruppen” en ganska oförändrad bild och i ”nöt-gruppen” fanns vissa tecken till regress av atherosklerosen¹⁴.

Kraftigt ökad kunskap om bakomliggande mekanismer

Ett stort antal nya studier avseende effekter av olika kostfaktorer på intermediära faktorer såsom lipoproteinomsättning, blodtryck, koagulation, fibrinolys, insulin-känslighet, bukfetma, fettdistribution, kroppssammansättning mm, har bidragit till en kraftigt ökad förståelse för de bakomliggande mekanismerna.

En liten svensk kontrollerad och randomiserad studie, NORDIET, på 88 friska medelålders kvinnor och män visade att nordisk hälsosam mat (27 energi-procent (E%) fett, 52 E% kolhydrater, 19 E%, protein och 2 E % alkohol) uppbyggd enligt kostmönstret medelhavsmat men med svenska produkter, kunde påverka vikt, blodtryck, insulinnivåer och lipider signifikant efter 8 veckor¹⁵.

Det är skillnad på fett och fett

Ett överskott av kalorier i form av t.ex. ett ökat intag av fett eller socker kan leda till leverförfettning. Det är ett välkänt fenomen och kopplingen mellan bukfetma och leverförfettning är starkt. Sextiosju män och kvinnor i åldern 30–65 år med bukfetma (sagittal bukdiameter över 25 cm, midjemått över 88 cm eller 102 cm hos kvinnor respektive män) randomiserades i HEPFAT studien till en isokalorisk kost med fleromättat fett från solrosolja eller mättat fett från smör i tio veckor. Man fann att smörfettet gav en ökad leverförfettning, medan solrosoljan gav en minskning av leverförfettningen. Kosten med mättade fetter gav en tydlig ökning av triglycerider, total kolesterol, LDL-kolesterol och gav en försämrad blodfettsbalans (total kolesterol/HDL-kolesterol). Solrosoljan gav tydliga förbättringar av samma lipidparametrar. Man noterade även att mättat fett jämfört med fleromättat fett gav högre insulinnivåer och högre nivåer av vissa inflammatoriska markörer¹⁶.

Epidemiologiska studier visar att det även finns ett samband mellan fettkvalitet i maten och kroppssammansättning. I TwinsUK Study på 2689 kvinnor i åldern 18–79 år studerades kroppssammansättning med DEXA och man korrelerade detta till kostintag uppmätt med ett frekvensformulär. Man fann att ju mindre mättade fetter och mera fleromättade fetter man åt desto större var muskelmassan¹⁷. Nyligen har dessa fynd bekräftats i en svensk interventionsstudie, LIPOGAIN, där 39 unga vuxna normalviktiga individer i en randomiserad design under 7 veckor fick äta muffins bakade med mättat fett eller fleromättat fett. Båda grupperna gick upp lika mycket i vikt (+1,6 kg). Mättade fetter gav en uttalad ökning

av intra-abdominell bukfetma och två gånger ökad leverförfettning jämfört med fleromättade fetter. Intressant nog fann man att gruppen som fick fleromättade fetterna hade en nästan tre gånger så stor ökning av ”lean body mass” (ett bra mått på andel muskler) jämfört med mättade fetter¹⁸.

Fler nya spännande mekanismer

Ny svensk forskning visar att nitratliska grönsaker som t.ex. rucola, spenat, rödbetor och rädisor kan ha många positiva kardiovaskulära effekter. Man har i djurstudier liksom humanstudier sett en blodtrycks-sänkande effekt, anti-trombogen effekt, minskad bukfetma samt effekter på samtliga parametrar i det metabola syndromet liksom en förbättrad fysisk prestationsförmåga¹⁹. Man har också visat att ett medelhavslikt kostmönster är kopplat till längre telomerer²⁰.

Oroande trender i svensks matvanor

En omfattande befolkningsbaserad kostundersökning från Västerbotten och Norrbotten med över 140 000 observationer visar att kostmönstret hos såväl män som kvinnor ånyo försämrats sedan mitten av 2000-talet²¹. De preventiva insatserna från Norsjö-projektet och Västerbottens hälsoundersökningar ledde till att fettintaget minskade och kolhydratintaget ökat under slutet av 1980-talet, men denna trend har nu brutits. Kostmönstret ser till och med sämre ut än vad det gjorde i mitten av 1980-talet. Uppmätt vikt har ökat hos både män och kvinnor under hela observations-tiden och tyvärr har kolesterolnivåerna börjat stiga igen under de senaste åren. Årsrapporten från Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut om folkhälsan i Sverige från mars 2013 visar nu oroande siffror och ett ökat insjuknande av stroke och hjärtinfarkt hos unga män och kvinnor. Särskilt oroande är resultaten hos dem med kort utbildning²².

Nationell konsumtionsstatistik från Jordbruksverket samt Svensk Dagligvaruhandels årsrapporter visar en ökad konsumtion av smör och smörprodukter samt kokosfett, tjock grädde och ost. Konsumtionen av lösgodis ligger kvar på en hög nivå, ca 15–17 kilo per person och år. Allmänheten är bekymrad över tillsatser, kemikalier, färgämnen och socker i maten, men den som är intresserad av preventiv kardiologi är nog ännu mer bekymrad av ett ökat intag av animaliska fetter och proteiner igen och de stigande kolesterolnivåerna.

Dags att gå från ord till handling

De nya Nordiska näringsrekommendationerna har gett oss en god grund att arbeta utifrån. Vi måste nu översätta dessa till råd om mat och skräddarsy dem allt efter individens behov. Tack och lov är det kostmönster som har den allra bästa vetenskapliga grunden, gammaldags medelhavsmat, lätt att till sig. Den maten är god, enkel, lätt att laga och även ”miljövänlig”!

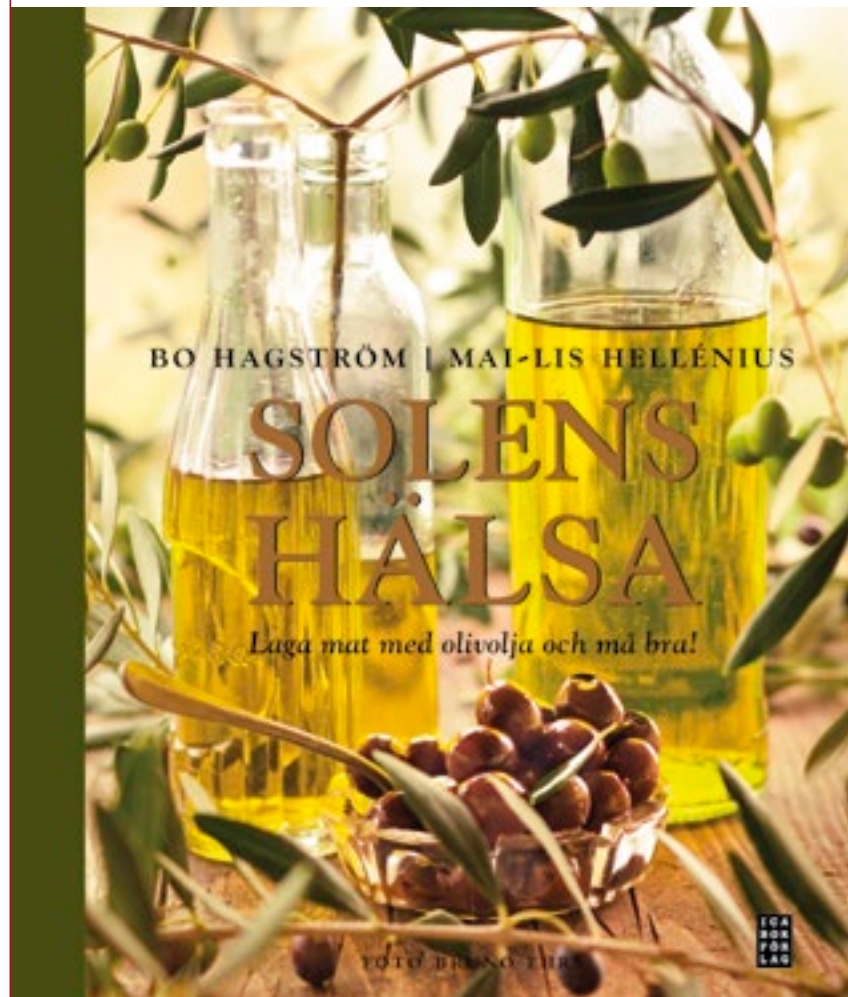
Bo Hagström, välkänd från bl.a. TV programmen om Solens mat, bjuder här på ett härligt recept på ugnsbakade oliver från boken Solens Hälsa. Det är aldrig för sent att börja ett hälsosammare liv!

Referenser

1. Nordiska Näringsrekommendationer. www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/naringsrekommendationer
2. Sofi F1, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 2008;337:a1344.
3. Sofi F1, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1189-96.
4. Fung TT1, van Dam RM, Hankinson SE, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Low-carbohydrate diets and all-cause and cause-specific mortality: two cohort studies. *Ann Intern Med*. 2010;153:289-98.
5. Sjögren P1, Becker W, Warensjö E, Olsson E, Byberg L, Gustafsson IB, Karlström B, Cederholm T. Mediterranean and carbohydrate-restricted diets and mortality among elderly men: a cohort study in Sweden. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:967-74.
6. Lagiou P1, Sandin S, Lof M, Trichopoulos D, Adami HO, Weiderpass E. Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study. *BMJ*. 2012;26:344:e4026.
7. Noto H1, Goto A, Tsujimoto T, Noda M. Low-carbohydrate diets and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One*. 2013;8(1):e55030. doi: 10.1371/journal.pone.0055030. Epub 2013 Jan 25.
8. de Koning LJ, Fung TT, Liao X, Chiuve SE, Rimm EB, Willett WC, Spiegelman D, Hu FB. Low-carbohydrate diet scores and risk of type 2 diabetes in men. *Am J Clin Nutr*. 2011;93:844-50.
9. de Koning LJ, Chiuve SE, Fung TT, Willett WC, Rimm EB, Hu FB. Diet-quality scores and the risk of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care*. 2011;34:1150-6.
10. Hlebowicz J, Drake I, Gullberg B, Sonestedt E, Wallström P, Persson M, Nilsson J, Hedblad B, Wirfalt E. A high diet quality is associated with lower incidence of cardiovascular events in the Malmö diet and cancer cohort. *PLoS One*. 2013 Aug 5;8(8):e71095. doi:10.1371/journal.pone.0071095. Print 2013. PubMed PMID: 23940694; PubMed Central PMCID: PMC3733649.
11. Larsson SC, Akesson A, Wolk A. Overall diet quality and risk of stroke: A prospective cohort study in women. *Atherosclerosis*. 2014 Mar;233(1):27-9. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2013.11.072. Epub 2013 Dec 18. PubMed PMID: 24529117.
12. de Lorgeril M1, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Guidollet J, Touboul P, Delaye J. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet*. 1994;343:1454-9.
13. Estruch R, Ros E, Martínez-González MA. Mediterranean diet for primary prevention of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2013;369:676-7.
14. Sala-Vila A1, Romero-Mamani ES, Gilabert R, Núñez I, de la Torre R, Corella D, Ruiz-Gutiérrez V, López-Sabater MC, Pintó X, Rekondo J, Martínez-González MÁ, Estruch R, Ros E. Changes in ultrasound-assessed carotid intima-media thickness and plaque with a Mediterranean diet: a substudy of the PREDIMED trial. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2014;34:439-45.
15. Adamsson V, Reumark A, Fredriksson IB, Hammarström E, Vessby B, Johansson G, Risérus U. Effects of a healthy Nordic diet on cardiovascular risk factors in hypercholesterolaemic subjects: a randomized controlled trial (NORDIET). *J Intern Med*. 2011;269:150-9.
16. Bjermo H1, Igman D, Kullberg J, Dahlman I, Johansson L, Persson L, Berglund J, Pulkki K, Basu S, Uusitupa M, Rudling M, Arner P, Cederholm T, Ahlström H, Risérus U. Effects of n-6 PUFAs compared with SFAs on liver fat, lipoproteins, and inflammation in abdominal obesity: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2012;95:1003-12.
17. Welch AA, Macgregor AJ, Minihane AM, Skinner J, Valdes AA, Spector TD, Cassidy A. Dietary fat and Fatty Acid profile are associated with indices of skeletal muscle mass in women aged 18-79 years. *J Nutr*. 2014;144:327-34.
18. Rosqvist F, Igman D, Kullberg J, Jonathan Cedernaes J, Johansson HE, Larsson A, Johansson L, Ahlström H, Arner P, Dahlman I, Risérus U. Overfeeding Polyunsaturated and Saturated Fat Causes Distinct Effects on Liver and Visceral Fat Accumulation in Humans. *Diabetes*. 2014 Feb 18. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24550191.
19. Lundberg JO, Carlström M, Larsen FJ, Weitzberg E. Roles of dietary inorganic nitrate in cardiovascular health and disease. *Cardiovasc Res*. 2011;89:525-32.
20. Boccardi V1, Esposito A, Rizzo MR, Marfella R, Barbieri M, Paolisso G. Mediterranean diet, telomere maintenance and health status among elderly. *PLoS One*. 2013 Apr 30;8(4):e62781. doi: 10.1371/journal.pone.0062781. Print 2013.
21. Johansson I1, Nilsson LM, Stegmayr B, Boman K, Hallmans G, Winkvist A. Associations among 25-year trends in diet, cholesterol and BMI from 140,000 observations in men and women in Northern Sweden. *Nutr J*. 2012 Jun 11;40. doi: 10.1186/1475-2891-11-40.
22. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-26Socialstyrelsen

Ugnsbakade Oliver

OLIVE AL FORNO



I Syditalien är det vanligt att ugnsbaka oliver i värmen efter brödbaket. Oliverna blir nästan kanderade och får en spännande smak av apelsin och kryddnejlika. Godast blir oliver med kärnor.

4 PERSONER

- 2 burkar (ca 500 g) ekologiska blandade oliver
- 2 apelsiner
- 1 chili
- 3 oskalade vitlöksklyftor
- 1 msk kryddnejlikor
- 4 msk extra jungfruolja

Låt oliverna rinna av i durkslag. Lägg oliverna i ugnsform eller anslagsplåt med höga kanter. Borsta apelsinerna under rinnande varmt vatten. Riv skalet och strö det över oliverna. Hacka chilin grovt, gärna med kärnor, och fördela hacket över oliverna. Krossa vidösklyftorna under knivbladet och lägg i formen. Strö över kryddnejlikor. Ringla över oljan och baka mitt i ugnen i 175 grader i ca 20 minuter.

CARLOS REFLEKTIONER

Uppmärksamhet och nyfikenhet i den kliniska vardagen

Text: Caros Valladares

1928 träffade kollegan Philip Showalter Hench en patient med reumatoid artrit som hade blivit inlagd p g a ikterus. Patienten hade berättat för Hench att märkligt nog hade hans ledbesvär blivit mycket bättre efter att han hade blivit "gul". Denna lindring kvarstod flera månader efter det att hans ikterus försvann. Hench trodde att det var en slump, men han var klok nog att uppmärksamma detta och upptäckte då att flera patienter under liknande omständigheter vittnade om samma förbättring under de åren som kom. För att göra en lång historia kort, ledde denna observation så småningom till upptäckten av kortison, varvid Hench tilldelades Nobelpriset 1950 (ur "The Rise and Fall of Modern Medicine" av James Le Fanu).

Sjukvården har utvecklats och blivit mer komplex. Vårt yrke har blivit mer och mer specialiserat. Vi har tillgång till mer information, diagnostisk teknik och fler behandlingsmöjligheter. It-utvecklingen har spelat en stor roll i det och lett till större effektivitet. Dessvärre har det också lett till ett överskott av onödig information och administrativa uppgifter. Datoriserade journalsystem har många fördelar men är långt ifrån användarvänliga. Relevanta ändringar i journalföring tar tid och kräver ofta långa administrativa omvägar. Trots datoriserade journalsystem håller man fortfarande obsoleta pappersrutiner "vid liv för säkerhetens skull". Onödig dubbeldokumentation och – paradoxalt nog – underdokumentation av det som är verkligen viktigt förekommer. En del mejl ramlar in i inkorgen just "för kännedom", trots att kännedom om innehållet inte har med mottagaren att göra. I den här miljön kan uppmärksamhet och nyfikenhet

lätt drunkna i rutiner och processer. Risken finns att dagen löper som på en fabrik, där man omedvetet kopplar in autopilot, startar sin dator, går rond, skriver in och skriver ut, dikterar, signerar, rensar mejlkorgen och flexar hem när dagen är slut.

Daniel Goleman beskriver i "Focus: the hidden driver of excellence" hur uppmärksamhet har tagit stryk i vårt samhälle nu när vi har tillgång till teknologiska under som smarta telefoner, snabbare datorer etc. Många har vant sig vid att kommunicera med korta meningar och symboler och orkar inte läsa mer än några ord i taget. Böcker? För långa! Vem har tid och tålamod? – frågar sig en del av den nya generationen. En del av oss ser hur detta drabbar våra ungar, men vi själva är nog inte heller immuna mot sådant. Orkar man läsa en hel remiss eller tidigare anteckningar för att få ett bättre möte med patienten? Hur länge lyssnar man på hjärtat eller lungorna? Det är en sak att lägga stetoskopet på bröstet och en annan att auskultera. Satsar man hellre på att läsa ett utlåtande istället för att bedöma själva undersökningar – om man har tillgång till dessa? Låter man differentialdiagnostiken krympa till det området vi är verksamma inom? Har processen ersatt den individualiserade bedömningen och handläggningen?

Missförstå mig inte, jag njuter av teknologins under och önskar att dessa medel hade funnits med under min utbildning. Vilken lyx att leta och hitta artiklar i sin Ipad istället för att gå igenom Index Medicus! Det är nödvändigt med genomtänkta processer och rutiner är viktiga för att kunna erbjuda en standardiserad och effektiv vård. Samtidigt gäller dock att i själva processen



vara uppmärksam och nyfiken på individen, på patienten. Det är detta som är utmaningen, att mitt i en redan befäst infrastruktur av åtgärder kunna fokusera på den enskilde och inte låta sig drivas av rutin. Multitasking i all ära, men det finns en tid för att jonglera och en tid för att stanna, tänka och reflektera. Vi jobbar på olika arbetsplatser under olika arbetsförhållanden, men det som var och en definitivt kan påverka är ens egen attityd. Att fråga sig varför man gör det man gör är ett sätt att hitta hem. Hem till den uppmärksamhet och nyfikenhet om individen, hälsa och sjukdom som kryddade bland annat långa nätter under läkarutbildningen.

I en värld där allt fler strävar efter att vara i nuet genom mindfulness, har vi möjligheter att göra det när vi tar en anamnes eller auskulterar. En del av lösningen ligger i att komma ikapp den teknologiska utvecklingen och rensa bland onödiga rutiner. Det gäller att vi doktorer får inflytande i om hur vi vill att it-lösningar ska se ut. Att vi tillsammans med klinikchefer eller andra ansvariga skapar en medvetenhet och en miljö som stimulerar kreativitet, nyfikenhet och uppmärksamhet inom det dagliga arbetet. I väntan på detta är den snabbaste och mötesfria vägen till det, att själv vara här och nu med alla sinnen och förmågor i mötet med patienten.

7:e Postgraduate kurs i GUCH

22-25 september, 2014
Skånes Universitetssjukhus, Lund



- Program
- Anmälan
- Utställning

läs mer om kursen på
www.mkon.se/guch

VIC – Extra starka, extra friska

Text: Maria Bäck

Utrycken är varierande, krokusar som blommor, uteserveringar som öppnar upp, massor med spring i benen på både lekplatser och i jogging-spår, men nog är det vårkänslor det handlar om! Vi står inför en alldeles speciell tid. Passa på att njut av den.

Det spirar också inom VIC och flera nyheter är på gång. Vi har under senhösten arbetat med att rekrytera nya medlemmar till två av VIC:s arbetsgrupper, arytm och sekundärprevention, med gott resultat. I nya arytmgruppen ingår nu fem sjuksköterskor; Tina Westberg, Visby (sammankallande), Lena Wimark, Uppsala, Agneta Bodin Strand, Jönköping, Elin Westberg, Stockholm, Maria Fjorde, Ystad och en sjukgymnast; Victoria Caldenius, Stockholm. I den sekundärpreventiva gruppen ingår så långt två sjuksköterskor, Marianne Lång, NÄL (sammankallande) och Lena Burman, Tierps VC samt Camilla Sandberg, Umeå som är sjukgymnast. Vi har förhoppningar om att kunna rekrytera också en dietist till denna grupp där det tvärprofessionella tänket och samarbetet blir så tydligt. Även VIC:s vetenskapliga råd är på gång att byta ut medlemmar. Åsa Axelsson, docent och sjuksköterska från Göteborg, lämnar sin plats till förfogande för Ingela Thylén, docent och sjuksköterska från Linköping. Även Margareta Scharin Täng, docent och BMA från Göteborg kommer avgå och hon ersätts av Rachel De Basso som är med dr och BMA från Jönköping. VIC vill framföra ett stort och varmt tack till Åsa och Margareta som arbetat engagerat i VR under många år! Vi vill också passa på att hälsa alla nya medlemmar i arbetsgrupper och VR varmt och hjärtligt välkomna! Vi i styrelsen ser mycket fram emot framtida samarbete och att få träffa flera av er i samband med vårmötet i maj!

För att ge er som medlemmar större inblick i vad som är aktuellt och händer inom VIC har vi i år valt ett tema där alla arbetsgrupper kommer att få presentera sina verksamheter i var sitt nummer i tidningen.

Först ut i det här numret kan ni läsa om HLR-gruppen och PCI-gruppen som berättar mer om sitt arbete. Trevlig läsning!

Jag var under januari inbjuden till ett av kardiologföreningens möten för att stimulera god samverkan mellan föreningarna. Bland annat vill vi arbeta för ett ökat samarbete mellan arbetsgrupperna i respektive förening, t.ex. i form av gemensamma utbildningsinsatser.

Nu närmar sig det kardiovaskulära vårmötet i Malmö 7-9 maj med stormsteg. Jag hoppas att era verksamhetschefer ger så många av er som de kan avvara från verksamheten möjlighet att åka på vårmötet. Detta för att ni ska kunna ta del av ett spännande och varierande program, uppdatera er om det senaste inom kardiologin och inte minst att få möjlighet att träffa kollegor och utbyta erfarenheter. I år får ni inte heller missa att titta förbi VIC:s monter. Redan 1989 myntade dåvarande sekreterare Birgitta Andersson uttrycket att gruppen inom VIC måste vara "extra stark, precis som VICKs blå". Så kom namnet VIC till och det passade perfekt. Vi har nu inspirerats vidare i detta tema när vi arbetat med design av t.ex. ny roll-up tillsammans med Malmö kongressbyrå. Under vårmötet, mer exakt den 8:e maj, kl 16.40, kommer VIC att hålla sitt årsmöte. Alla medlemmar hälsas hjärtligt välkomna att delta.

Jag önskar er en fin vår med förhoppningar om att träffa många av er under vårmötet i Malmö!

Varma hälsningar från Maria



"Hoppas vi träffas på vårmötet!"

 SVENSKA
HJÄRTFÖRBUNDET bjuder in till

 Svenska
Kardiovaskulära
Värmötet
7-9 maj 2014, Malmö

Svenska Kardiovaskulära Värmötet har under de senaste åren utvecklats till det största svenska mötet inom sitt område med hög kvalitet och stort deltagande.

Varmötet är en utmärkt mötesplats för såväl läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, BMA och annan vårdpersonal, för den erfarna medarbetaren med behov av uppdatering och fortbildning och för blivande medarbetare under utbildning.

1300 deltagare besöker årligen mötet, gör Din anmälan idag.

www.varmotet.se

HLR-gruppen

Text: Annika Ehlers, leg sjuksköterska och HLR organisatör, Arvika sjukhus samt ordförande i HLR- gruppen/Regiongruppen HLR Bild: privat

Varför startades gruppen?

Hjärt-lungräddning (HLR) har sedan 1993 förknippats med västkusten och framför allt Göteborg men det saknades en anknytning till alla delar av vårt avlånga land. På initiativ av Birgitta Andersson skapades en arbetsgrupp vars medlemmar skulle komma från olika landsändar och specialiteter men ha det gemensamt att de arbetade aktivt med HLR.

När startades gruppen?

Denna rikstäckande grupp startade sitt arbete 20 oktober 1994 med namnet VIC:s arbetsgrupp för HLR. År 2008 fick gruppen dubbel tillhörighet och är sedan dess en arbetsgrupp både i VIC och i Svenska HLR-rådet där den går under namnet Regiongruppen HLR.

Gruppens arbetssätt och syfte.

Gruppen arbetar på uppdrag av Svenska HLR-rådet med att skapa nätverk regionalt och nationellt för att få fler personer intresserade av HLR. Vår huvuduppgift är att sprida kunskap om behandling av hjärtstopp och utbildning i HLR såväl inom sjukvården som i samhället i enlighet med Svenska HLR-rådets mål.

Gruppen är en länk mellan övriga arbetsgrupper i Svenska HLR-rådet och personer som utbildar i HLR i landet.

Arbetet utförs via Nätverk för; HLR-organisatörer, Lärare som utbildar i HLR i vårdutbildningar samt Ambulanssjukvård.

Via nätverken kan information från Svenska HLR-rådet spridas, synpunkter och information till Svenska HLR-rådet tas emot samt erfarenheter och kunskap utbytas.

För att få effektiv spridning av HLR- information i landet har vi delat upp Sverige i åtta regioner. Arbets-gruppens medlemmar, med undantag av några få, ansvarar för varsin region. I varje region finns lokala kontaktpersoner som är verksamma på sjukhus, vårdcentraler, ambulans, räddningstjänst, vårdutbildningar, kommunal hemsjukvård, grundskolan, sim- och idrottshallar osv. I varje region anordnas informationsträffar för dessa kontaktpersoner en till två gånger per år med fokus på aktuella ämnen rörande HLR.

Vartannat år anordnas en nationell träff för HLR-organisatörer och HLR-ansvariga läkare. Denna träff anordnas tillsammans med arbetsgruppen HLR inom sjukvården, en annan arbetsgrupp i Svenska HLR-rådet.

För att läsa mer om HLR- rådet och HLR-gruppen/Regiongruppen HLR besök www.hlr.nu/regiongruppen-hlr.



Fv. Ulrika Karlgren, Liselott Rehn, Johan Israelsson, Lars-Micael Lundmark, Marie-Louise Södersved Källestedt, Solveig Aune, Annika Ehlers, Marianne Eldh, Ulla Lindbäck. På bilden saknas Marika Hampel och Katarina Eggertz.

Arbetsgruppens nuvarande medlemmar.

Gruppen består av elva entusiastiska sjuksköterskor. Alla med olika specialiteter och mycket erfarenhet i bagaget. Från norr till söder; Lars-Micael Lundmark, Skellefteå, Ulla Lindbäck, Härnösand, Ulrika Karlgren, Karlskoga, Marie-Louise Södersved-Källestedt, Västerås, Marika Hampel, Stockholm, Solveig Aune och Katarina Eggertz, Göteborg, Johan Israelsson, Kalmar, Liselott Rehn, Malmö, Annika Ehlers, Arvika, Marianne Eldh, Kungshamn.

Vad har gruppen gjort sedan starten?

Här kommer ett axplock av vad gruppen arbetat med under åren som gått; kartläggning av HLR-verksamheten på svenska sjukhus, deltagit i arbetet med att ta fram nya utbildningsprogram (görs vart femte år), byggt upp nätverken, anordnat flertalet A-HLR konferenser och nationella HLR-organisatörsträffar, deltagit i arbetet vid ett flertal HLR-kongresser, tagit fram arbetsblad för S- och A- HLR för både vuxna och barn, deltagit i arbetet gällande uppföljning av hjärtstoppspatienter.

Just nu deltar gruppen i utvecklingen av utbildningsregistret samt deltar i en kartläggning av HLR-verksamheten inom primärvården i Sverige

Framtiden?

Gruppens stora utmaning framöver är arbetet med att utvidga spridningen av HLR i samhället, utanför sjukvården. Det blir ett spännande och digert arbete med att hitta kontaktpersoner och skapa nya nätverk regionalt och nationellt.



PCI-gruppen

Perkutan Coronar Intervention (PCI) är en behandlingsmetod som utgör en av den moderna kardiologins stora landvinningar. Sedan den första proceduren utfördes 1977 av den tyske läkaren Andreas Gruntzig, har PCI utvecklats från en experimentell verksamhet till en av de viktigaste behandlingsmetoderna vid akut kranskärslsjukdom. Resan från den första ballongvidgningen till dagens avancerade metoder för diagnostik och intervention är inte bara en resa i teknisk utveckling. Det är också en historia om hur den akuta hjärtinfarkt-vården förändrats från symtomlindring till behandling.

1979 utfördes den första PCI-behandlingen i Sverige. Idag, 2014, utför vi ungefär 40 000 coronarangiografier och dryga 20 000 interventioner vid landets 28 PCI-center. Den explosionsartade utvecklingen av avancerad hjärtsjukvård ställer helt nya krav på vårdpersonalen, som till största delen består av kardiologsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor. Idag utförs inte enbart coronarangiografi och PCI på våra center, utan även avancerade hybridgrepp som inläggning av aortaklaff med perkutan teknik (TAVI). Utvecklingen har inte bara gynnat vår åldrande befolkning där perkutana ingrepp skapar alternativa behandlingsmetoder. Den har även öppnat möjligheter till multidisciplinära samarbeten.

Nya metoder kräver annorlunda kompetens, vilket i sin tur kräver forskning och utbildning. För att möta detta behov, bildades 2010 ett nationellt nätverk för PCI. Under ett möte i Lund där en stor majoritet av landets PCI-center var representerade, valdes fem sjuksköterskor från olika delar av landet till att bilda PCI-gruppen Sverige som en del av Vårdprofessioner inom Cardiologi (VIC). PCI-gruppen Sverige består av David Zughaft (Lund), Annika Gunnarsson (Uppsala), Maarit Kylmämaa (Luleå), Elisabeth Lindeberg (Gävle) och Ole Wagner (Helsingborg).

Målsättningen med PCI-gruppen är att skapa ett forum och nätverk för vårdprofessioner verksamma inom PCI-området. Det sker främst genom att varje år

arrangera nationella utbildningsdagar, PCI-dagarna. Genom vårt samarbete med Svenska Cardiologförbundet kan vi erbjuda utbildningsdagar av högsta vetenskapliga klass med senaste nytt inom den interventionella kardiologin. De första utbildningsdagarna arrangerades 2011 i Uppsala, och efter två fullmatade dagar åkte de dryga 60 deltagarna hemåt, trötta men nöjda. Vårt fokus detta första år var att erbjuda ett brett program som inte bara skulle tilltala deltagare från de högspecialiserade universitetssjukhusen, utan för hela PCI-Sverige. I och med den stora variationen bland landets alla center, är kopplingen mellan nyheter inom området, forskning och tillfälle att utbyta erfarenheter våra framgångsfaktorer.

December 2012 följde vi upp med en ny konferens, denna gång i Lund vid Skånes Universitetssjukhus. Även här var vår tanke att skapa ett tilltalande program, och vi var stolta över att som första omvårdnads-konferens i Europa kunde visa en direktsänd klaff-operation (TAVI). Vår ambition har med dylika programpunkter varit att visa att multidisciplinära samarbeten mellan medicin, omvårdnad och övriga vårdyrken är framtiden.

Förra året deltog vi som en arbetsgrupp vid det nationella VIC-mötet State of the Heart i Malmö. Huvudsyftet var här att följa patienten genom kardiologins olika instanser, och för vår del innebar det föreläsningar kring PCI vid akut hjärtinfarkt, kylbehandling i samband med PCI samt om syrgasens numera omdebatterade roll. I skrivande stund blickar vi framåt och norrut. Under 2014 kommer PCI-dagarna att arrangeras i Gävle i november, datum är ännu inte fastställt. Vi hoppas på god uppslutning och trevliga dagar i Gästrikland!

Även om teknik utvecklas och material förbättras, kommer alltid våra grundläggande värderingar som god kommunikation, engagemang och flexibilitet vara det som avgör hur patienten uppfattar den vård som vi förmedlar. För interventionell kateterbehandling in i framtiden – PCI-gruppen VIC.

”Multidisciplinära samarbeten är framtiden”

Kognitiv förmåga hos äldre med kronisk hjärtsvikt

Avhandlingen "Cognitive function in elderly patients with chronic heart failure" som försvarades den 13 september 2013 av Carina Hjelm.

Avhandlingen fokuserar på den kognitiva förmågan hos äldre med kronisk hjärtsvikt med fokus på förekomst, riskfaktorer, inverkan av sömn och påverkan på egenvård. Hjärtsvikt drabbar 1–2 % av den vuxna befolkningen i västvärlden. Prevalensen för hjärtsvikt ökar till 10–20 % bland individer över 80 år. Egenvård är en viktig del av behandlingen och vårdpersonal ger ofta information och utbildning kring detta. Det finns dock inte så mycket forskning kring hur den kognitiva förmågan påverkas vid hjärtsvikt. Speciellt saknas longitudinella studier som fokuserat på hjärtsviktpatienter över 80 år.

Ett stort antal neuropsykologiska tester användes i avhandlingen för att undersöka; global kognitiv funktion, psykomotorisk hastighet, exekutiva funktioner, viso-spatial förmåga, spatial förmåga, semantiskt och episodiskt minne.

De två första studierna är baserade på data från 702 svenska tvillingar 80 år eller äldre (OCTO-TWIN studien). Kognitiv dysfunktion mättes med ett neuropsykologiskt testbatteri vartannat år mellan 1991–2001. Den första studien handlar om påverkan av hjärtsvikt på förändringar i kognition över tid samt vilka kognitiva funktioner som påverkades av hjärtsvikten. Resultatet visar att individer med hjärtsvikt hade signifikant försämrad spatial förmåga och ett sämre episodiskt minne än de som inte hade hjärtsvikt i samma ålder.

Den andra studien jämförde förekomst av demens mellan äldre-äldre med och utan hjärtsvikt. Studien hade också till syfte att kartlägga vilka faktorer som var associerade med ökad risk för demens hos äldre-äldre med kronisk hjärtsvikt. Antalet dementa personer var högre i hjärtsviktsgruppen. Faktorer som var förknippade med en ökad risk för demensutveckling var diabetes, depression och högt blodtryck. Högre halter av homocystein var en markör för demensutveckling vid hjärtsvikt.

Studie tre och fyra är utförda på personer med kronisk hjärtsvikt, data samlades in 2009–2011 vid ett universitetssjukhus och två länssjukhus.

Tredje studien handlar om sambandet mellan sömnrelaterade andningsstörningar, sömnvakneshetsmönster och kognitiva funktion hos patienter med kronisk hjärtsvikt. Data samlades in från 137 patienter. Resultatet visade att det inte fanns några skillnader i kognitiv funktion och sömnvakneshetsmönster mellan hjärtsviktpatienterna som hade och inte hade sömnrelaterade andningsstörningar. Insomni var dock signifikant associerad med en försämrad kognitiv funktion.

I studie fyra studerades relationen mellan egenvård och kognitiv funktion. Egenvård mättes med instrumentet European Self-Care Behavior Scale. Psykomotorisk hastighet var den kognitiva funktionen som signifikant påverkade egenvård. Påverkad hastighet och uppmärksamhet påverkar förmågan att tänka snabbt och uppmärksamheten att ta emot information med egenvårdsuppgifter kan vara påverkad. Det är viktigt att tänka på när egenvårdsutbildning ges till patienter med hjärtsvikt.

Sjukvårdspersonal har en viktig uppgift i att uppmärksamma kognitiva problem hos patienter med hjärtsvikt. Det kan dock vara svårt då symtomen inte alltid märks så tydligt i ett tidigt skede. De kognitiva nedsättningarna visade sig främst finnas i de spatiala och episodiska minnet hos de allra äldsta och inom uppmärksamhet och snabbhet hos de äldre hjärtsviktpatienterna. Kognitiva problem är viktigt att uppmärksamma vid egenvårdsutbildning och för att hinna sätta in förebyggande behandling. Preventiva åtgärder för att minska demensrisk vid hjärtsvikt är prevention och kontroll av depressiva symtom diabetes och hypertoni.

Läs mer om avhandlingen:

<http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:641584>

Carina Hjelm, Anders Broström, Anna Dahl, Boo Johansson, Mats Fredrikson and Anna Strömberg

Factors Associated With Increased Risk for Dementia in Individuals Age 80 Years or Older With Congestive Heart Failure Journal of Cardiovascular Nursing, 2014, 29(1), 82-90.

Carina Hjelm, Anna Strömberg, Kristofer Franzén Årestedt and Anders Broström

Association between sleep-disordered breathing, sleep-wake pattern, and cognitive impairment among patients with chronic heart failure European Journal of Heart Failure, 2013, 15(5), 496-504.

Carina Hjelm, A Dahl, Anders Broström, J Mårtensson, B Johansson and Anna Strömberg

The influence of heart failure on longitudinal changes in cognition among individuals 80 years of age and older Journal of Clinical Nursing, 2012, 21(7-8), 994-1003.



Carina Hjelm

Ät din mat med närvaro

Text: Carl Johan Höjer

”Betrakta
ett russin
intensivt”

En sen söndagskväll går tankarna kanske inte så mycket till hur man ska laga mat utan mer till hur vi uppfattar den mat vi äter. Hur mycket av vårt ätande är ett omedvetet skyfflande av föda in i munnen och hur mycket av matens smak och egenskaper är vi egentligen medvetna om?

Typexemplet; en stressad frukost, halvt på språng, en kopp och en macka i handen vid köksbänken, samtidigt som man läser tidningen och kollar mailen. Märker vi överhuvudtaget vad det är vi egentligen äter? Detsamma gäller tyvärr för de flesta måltider, se er om i lunchrummet på kliniken och notera med vilken obefintlig uppmärksamhet avseende matens smak och innehåll de flesta av kollegerna stoppar i sig sin lunch. Med tanke på den färdiglagade, microvärmda kartongmat de flesta har framför sig är det kanske tur det.

Dock, för den ambitiösa kocken som anstränger sig för att tillreda något riktigt bra och lägger både tanke, tid och energi bakom planering och tillagning, kan det onekligen vara en smula deprimerande om ifall ens gäster inte ens noterar vad som serveras.

Ibland undrar jag om det beror på att vi idag tar mat så mycket för givet. Jag menar, vem kan egentligen minnas när man var riktigt utsvulten och desperat hungrig senast? I vårt dagliga liv är vi sällan mer än tio meter från ett välfyllt kylskåp, en kiosk eller ett café och sällan eller aldrig har väl någon heller känt den desperata oron över möjligheten att det kanske inte blir någon mat alls?

Munkar får ett mål om dagen

Buddhistiska munkar i Indien, Thailand och Burma får av tradition inte äga något mer än kläderna på kroppen samt en skål att tugga mat med. På förmiddagarna vandrar munkarna ut i byarna och tigger ihop dagens mat som de sedan delar med varandra i klostret. Således får de bara ett mål mat om dagen och det bara om andra människor är tillräckligt generösa.

Man kan ju fundera över vad det gör med inställningen till mat, till andra människor och till sig själv. Kanske kan man försöka sätta sig in i hur det faktiskt är för tiggarna på våra gator nu för tiden och deras beroende av vårt givande för att få något att äta.

Nog kan det vara nyttigt för oss alla att ibland reflektera över hur mycket mat vi egentligen behöver och vad det är vi egentligen försöker tillfredsställa genom att stoppa något i munnen.

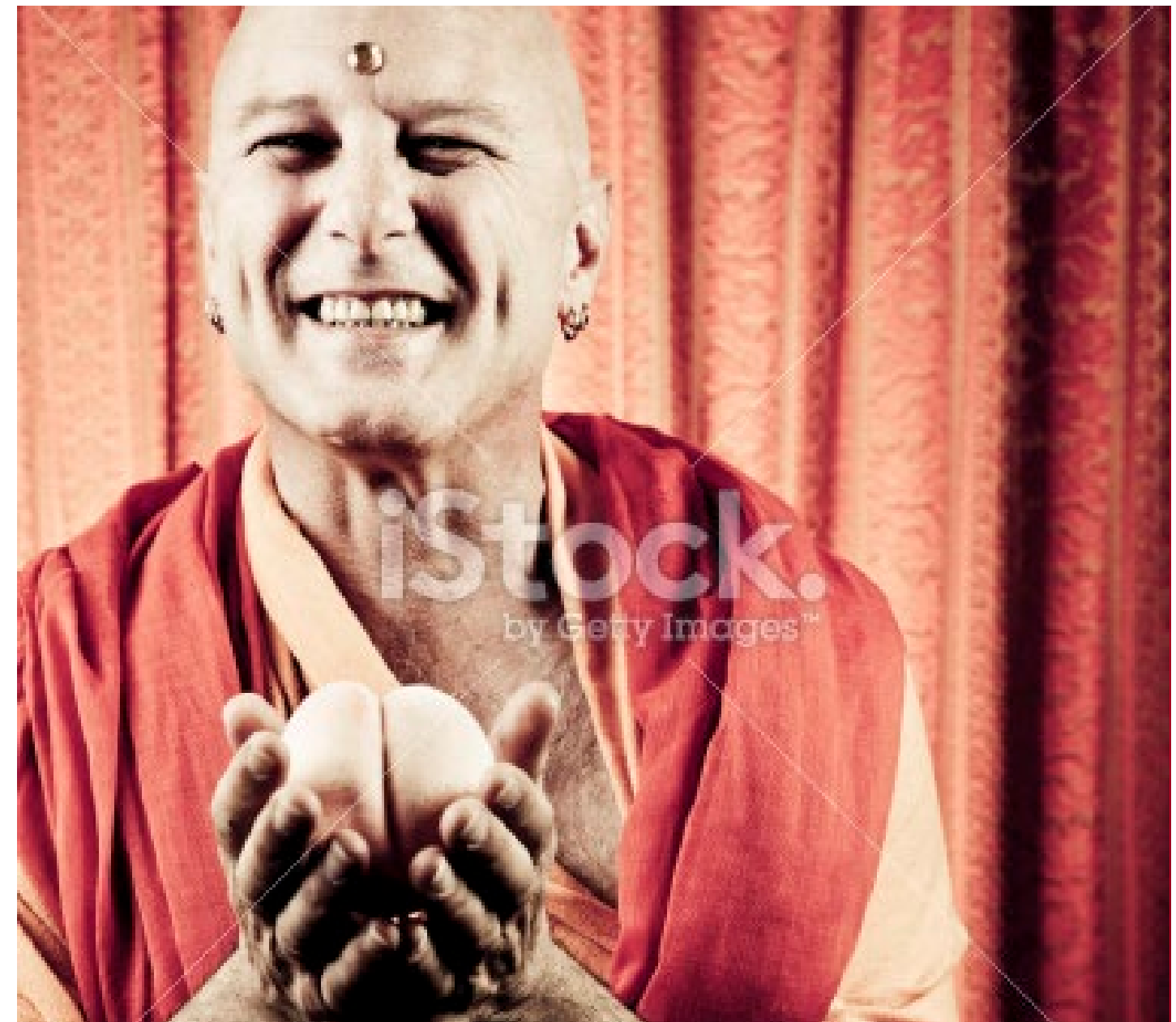
För några år sedan var jag på ett retreat med en glad munk från Sri Lanka, på ett ställe med fantastiskt god vegetarisk mat. En dag lät emellertid munken, med ett sardoniskt leende, meddela att denna kväll blev det ingen kvällsmat utan alla skulle istället få varsitt kex och han uppmanade oss att noga reflektera över hur mycket tillfredsställelse vi kunde få ut ur detta enda kex, med vetskapen om att det var det enda vi skulle få.

En ganska intressant upplevelse och jag tror nog att få av oss skulle ta någon allvarlig skada av att låta bli att äta en kväll för att se vad det gör med en.

Medveten matlagning

Inom den japanska buddhismen råder en annan inställning till maten; Den viktigaste positionen i klostret anses allmänt vara kockens, eller tensho som han heter på japanska. Zen-buddismens grundare, Dogen, skrev redan på tidig medeltid en berömd instruktionsbok till tenshos, som fortfarande anses vara en av zens viktigaste skrifter, angående konsten att koka ris.

Grundtanken i den zen-buddhistiska matlagningen är liknande den som man kan se hos en riktigt skicklig sushi-kock, medveten närvaro i varje steg i tillagningen. När man sköljer riset, sköljer man riset och fokuserar helt på att det göra det och inget annat, man hedrar råvarorna genom att använda dem så fräscha som möjligt och tillaga dem så väl som möjligt. När man diskar, så diskar man och inget annat.



Upplev maten

Inom mindfulness-träning finns en klassisk övning som brukar ges ett viss löjets skimmer, nämligen att man ska betrakta ett russin så intensivt som möjligt och notera utseende, textur, doft och slutligen noggrant känna efter hur det egentligen smakar.

En ganska värdefull övning egentligen och i grund och botten vad vi alla borde göra varje gång vi äter:

När vi äter gör vi bara det och inget annat. Bort med tidningen, TV:n, telefonen och datorn. Låt maten få den huvudroll den förtjänar.

Ät bara vid bordet. Sitt ner. Inget snabbt snaskande på vägen till bussen.

Glöm inte bort att vi äter med alla sinnen. Uppläggning och presentation av maten är viktig.

Fokusera på en munfull åt gången och låt upplevelsen av den få bli färdig innan ni stoppar in nästa. Upplevelsen av måltiden är nämligen huvudsaken, inte att få i sig så många kalorier så fort som möjligt, eller hur?

Ge kroppen en chans att hinna känna när den är mätt och sluta åt då.

Nu ska jag gå och äta min kvällsmat; en ostsmörgås, ett löskokt ägg och ett glas kall mjölk. Intaget med eftertanke och närvaro och serverat på ett svart underlägg är det en svårslagen supé.



Hia gruppens Nationella Utbildningsdagar 23-24 September 2014 i Umeå

Plats: Konferanslokal Havet på Hotell Björken. Umeå

Målgrupp: Sjuksköterskor som är verksamma vid HIA eller liknande verksamheter.

Tid: 23-24 September 2014 (Start 23/9 kl 8:30-9:30 för registrering och avslutar kl 16.00 den 24/9)

Kursavgift: 3000kr (3500 kr för icke medlemmar.
Bli medlem på v-i-c.nu för 250kr).

Kursinnehåll: Heartmate, patientfall. Differentiering av tjocka hjärtan, Genetik. Träning vid hjärtsjukdom. Högt blodtryck i lungan en angelägenhet för hjärtsjukvård. Akuta coronara syndrom. Fullständigt program kommer senare. Lunch och kaffe båda dagarna samt middag på kvällen ingår i anmälningavgiften

Anmälan: Anmälan är bindande, sista anmälningdagen är 25 augusti. Anmälningblanketten finns att hämta på VIC's hemsida www.v-i-c.nu

Frågor: Susanne Jälmlbrant
susanne.jalmlbrant@vll.se
Alt. 090-7851414



SIKTA LÅGT

Statin + EZETROL® (ezetimib) kan hjälpa dina patienter nå mål!¹



EZETROL (ezetimib) kolesterolabsorptionshämmare (Rx; (F); SPC sept 2013) tabletter 10 mg.

Indikationer: EZETROL givet tillsammans med en statin är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) som inte är adekvat kontrollerade med en statin enbart. EZETROL i monoterapi är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) hos vilka en statin anses olämplig eller inte tolereras. EZETROL givet tillsammans med en statin, är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Annan kompletterande behandling (t ex LDLafäres) kan ges. EZETROL är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med homozygot familjär sitosterolemi. Fördelaktig effekt av EZETROL på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av hjälpämnen. När EZETROL ges tillsammans med en statin bör produktresumén för det aktuella läkemedlet konsulteras. EZETROL givet tillsammans med en statin är kontraindicerat under graviditet och amning. EZETROL givet tillsammans med en statin är kontraindicerat hos patienter med aktiv leversjukdom eller med kvarstående transaminasförhöjning utan känd orsak.

Vid förskrivning och för aktuell information om villkor i förmånssystemet, förpackningar och priser se www.fass.se.

Villkor för subvention: Subventioneras endast för patienter som har provat generisk statin och inte uppnått behandlingsmålet, eller om det konstateras att patienten inte tål statiner.

1. Bays et al. Am J Cardiol. 2013;112(12):1885-95



MSD

Box 7125, 192 07 Sollentuna, 08-578 135 00

EZETROL®
(ezetimib)