

## Enkelt vårdprogram för hjärt-kärlprevention

Avståndet mellan riktlinjer och praxis för kardiovaskulär prevention är alltför stort [Eur Heart J. 2004;6(suppl J):J17-26; Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007; 28:2375-414]. Syftet med EUROACTION är att skapa ett enkelt vårdprogram, lett av en sjuksköterska i ett team med sjukgymnast, dietist och med tillsyn av ansvarig läkare. Det 16 veckor långa programmet består av livsstilsråd (fysisk aktivitet, matvanor, rökavvänjning) och en standardiserad uppföljning av riskfaktorer. Patienter med koronarsjukdom (vid angina, efter hjärtinfarkt, PCI och koronarkirurgi) och personer med hög risk enligt SCORE [Eur Heart J. 2003;24:987-1003; 2004;6(suppl J):J3-15] samt deras närmaste anhöriga erbjöds att delta.

Effekten på livsstil, riskfaktorer och användning av läkemedel utvärderades i en kontrollerad studie i åtta länder. För varje deltagande sjukhus eller vårdcentral valdes en motsvarande enhet där man bedrev gängse vård. Totalt inkluderades 5 405 patienter. Sverige deltog endast i slutenvårdsdelen genom sjukhusen i Halmstad och Uddevalla. Studien genomfördes som ett initiativ av The European Society of Cardiology.

I studiegruppen noterades bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet i jämfö-

relse med de koronarpatienter som fick gängse vård. En liknande tendens fanns hos anhöriga och hos personer med hög risk. Fler patienter uppnådde målvärden för blodtrycket utan att man ändrade behandlingen med läkemedel. Inga skillnader noterades i antalet patienter som nådde målvärden för lipider eller blodglukos. I studiegruppen användes oftare lipidsänkande läkemedel, men för övrigt fanns inga skillnader i farmakoterapi. Författarna anser att studien visar att kvaliteten i den preventiva kardiologin kan höjas markant med EUROACTION-modellen och att den är väl anpassad efter resurserna på vanliga sjukhus i Europa.

**Sekundär prevention** och hjärtrehabilitering är väl förankrad, i Sverige genom initiativ från bl a Socialstyrelsen, Hjärt-lungsjukas riksförbund, Hjärt-lungfonden och genom användningen av kvalitetsregistret SEPHIA.

På vilket sätt skiljer sig EUROACTION från den svenska modellen? Det finns flera likheter: att uppnå målvärden för blodtryck, blodglukos och lipider och bruket av kardioprotektiva läkemedel. I den svenska modellen ser man en tydligare inriktning mot fysisk träning i grupp och återgång i arbete. I EUROAC-

TION har sjuksköterskan större möjlighet att ändra doseringen av läkemedel för att uppnå de definierade målvärdena. Den främsta skillnaden är att programmet avser inte bara patienter med etablerad sjukdom utan också personer med ökad risk, en vidgning mot primär prevention. Dessutom engageras familjen i större grad: anhöriga uppmanas att aktivt ta del av programmet.

**EUROACTIONs förtjänst** är att det är den första större preventionstudien där man utvärderar en multidimensionell modell avsedd för vanliga sjukhus. Dess primärpreventiva ansats och inriktningen mot att förbättra livsstilen i hela familjen är nya element, som väl kan bli en värdefull komplettering av den svenska modellen för hjärtrehabilitering.

**Joep Perk**

överläkare, medicinkliniken, Oskarshamns sjukhus; professor i hälsovetenskap, Högskolan i Kalmar

Wood DA, et al; on behalf of EUROACTION Study Group. Nurse coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371:1999-2012.

## Diabetes kan ge hörselnedsättning

För att undersöka om diabetes kan förorsaka sensorineural hörselnedsättning analyserades data från National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999–2004. Bland 5 140 personer som genomgått tonaudiometri, 20–69 år gamla, varav 399 personer med självrapporterad diabetes, var lätt till måttlig hörselnedsättning signifikant vanligare bland vuxna med självrapporterad diabetes än hos dem utan diabetes (justerad oddskvot 2,2–2,4). Hörselnedsättningen var mest uttalad i diskantregistret och framför allt bland yngre, med en åldersjusterad prevalens av lindrig hörselnedsättning på 54 procent hos personer med diabetes jämfört med 32 procent hos dem utan diabetes.

Hörselnedsättningen var oberoende av riskfaktorer, såsom bullerexponering, ototoxiska läkemedel och rökning. Tidigare har hörselnedsättning konstaterats vid studier av äldre där dock faktorer som bullerskada, rökning och ototoxiska läkemedel har kunnat förklara hörselnedsättningen. I denna studie fann man

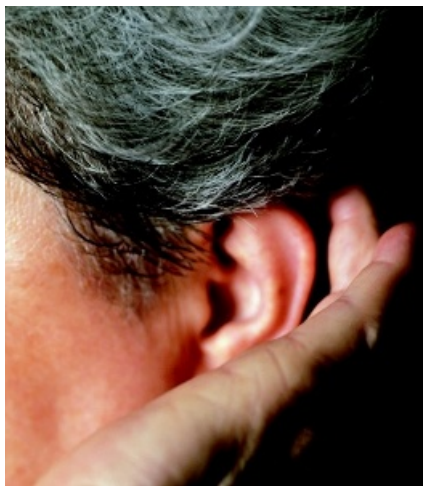


Foto: Cristina Pedrazzini/SPL/IBL

**Diabetesläkare bör efterhöra patienternas uppfattning om sin hörsel.**

ingen inverkan av diabetes på hörselnedsättning bland äldre.

Slutsatsen är att hörselnedsättning är vanligare vid diabetes. En begränsning i studien var att uppgifter om diabetes

och bullerexponering var självskattade. Man kunde heller inte särskilja typ 1-från typ 2-diabetes eller om graden av glukosrubbnings påverkade hörselnedsättningen. Orsaken till hörselnedsättningen diskuteras, och en förklaring som ges är att den är en mikrovaskulär komplikation i koklean.

Studien är välgjord och mycket intressant. Att mikrovaskulära skador är ett viktigt problem vid diabetes vet vi, men att detta även kan påverka hörseln är mindre känt. Det kan därför vara viktigt för klinikern som arbetar med diabetes att efterhöra patientens uppfattning om sin hörsel och undersöka och ge råd vid tecken till påverkan. Något för Nationella diabetesregistret (NDR)?

**Jonas Tovi**

distriktsläkare, Carema vårdcentral, Farsta, och CefAM, Huddinge

Bainbridge KE, et al. Diabetes and hearing impairment in the United States: Audiometric evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2004. *Ann Intern Med*. 2008;149:1-10.