

FORSKNING^s

STATUS



2013

**SKAM OCH RÄDSLÅ
BAKOM VÄNTAN
VID HJÄRTINFARKT**

**FÅ KOL-SJUKA
I REHABILITERING
VID SJUKHUS**

**NYTT HANDFAT SKA
STOPPA SPRIDNING
AV INFEKTIONER**

**Stig har öga
för forskning**

**SURFPLATTA SKA
GE BÄTTRE
KOLL PÅ KOL**

Wii aktiverar äldre

Varsågod! Ett helt nummer med vår egen forskning!

TACK VARE FORSKNINGEN har mycket hänt inom sjukvården – sjukdomar upptäcks tidigare och vid sjukdom finns många väl utvecklade behandlingsmetoder. Många får bättre livskvalitet och vi lever längre upp i ålderna. Detta kan vi bland annat tacka en god forskning för. Men mycket återstår att forska kring. Områden som vårt förbund driver: livsstilsförändringar/rehabilitering och förebyggande åtgärder, har mycket kvar att utveckla. I takt med ny teknik ökar också möjligheterna för högre livskvalitet.

Jag är naturligtvis särskilt glad att vi inom Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund har möjlighet att avsätta ekonomiska resurser och bidra till forskning kring de områden vi brinner för och som har en hög patientnytta.

De senaste tio åren har vi satsat omkring 20 miljoner på patientnära forskning. 2012 delade vi ut 2,3 miljoner och i detta nummer kan du läsa vilka ansökningar som beviljats.

När vi tilldelar pengar för forskning prioriterar vi rehabilitering och prevention (förebyggande arbete). Det här är områden som gagnar våra medlemmar och områden som vi vet att det finns stora brister inom.

Stor vikt läggs på patientnytta. Forskning gör skillnad.

I DETTA NUMMER AV ForskningStatus kan Du läsa flera intressanta studier, där Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund har funnits med som finansör.

Det finns två artiklar som jag särskilt fastnat för. En av dem har rubriken: "Skam bakom tvekan att söka vård". I detta döljer sig mycket, men

det som jag fastnade för direkt var beskrivningen av när människor känner att något är fundamentalt fel i kroppen, men samtidigt känner de sig inte tillräckligt sjuka för att ringa ambulans. I det läget ska det vara naturligt att omgående kalla på ambulans för komma i sjukvårdens händer.

Här har vi mycket att göra för att informera om de diffusa symtom en hjärtinfarkt ofta ger.

DEN ANDRA ARTIKELN handlar om rehabilitering av människor med kroniskt obstruktiv lungsjukdom. En ny studie visar att endast 0,2 procent av de 700 000 personer i Sverige som beräknas ha KOL genomgick en sjukhusbaserad rehabilitering 2011.

Det är skrämmande. Trots att god evidens finns för nyttan av rehabilitering får färre en procent detta.

Som avslutning vill jag ta upp en fråga som engagerar mig mycket och som det varken är första eller sista gången jag tar upp: Se hela människan.

Olika sjukdomar och läkemedel påverkar varandra, både kropp och själ påverkas. Människokroppen hänger ihop och om vi ska komma ur en sjukdom eller leva med en kronisk sjukdom som någorlunda hela individer, är det nödvändigt att vi behandlas som en helhet och inte styckevis och delat. Se hela människan!

En riktigt skön och glad sommar önskar jag alla läsare!




Inger Ros,
förbundsordförande.

FOTO: Magnus Östnäs

De senaste tio åren har vi satsat omkring 20 miljoner på patientnära forskning.

STATUS

Status
Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
Box 9090
102 72 Stockholm
Tel: 08-55 606 200
Fax: 08-668 23 85
Mejl: status@hjärt-lung.se
Webbplats: www.hjärt-lung.se
Adressändringar: 08-55 606 213
Gåvopostgiro: 90 10 10-9

ANSVARIG UTGIVARE
Inger Ros

REDAKTÖR
Magnus Östnäs, 08-55 606 208

ANNONSER
PÅAB, Gruvgatan 35 B, 421 30
Västra Frölunda, tel. 031-84 04 94

TRYCKERI
Exaktaprinting, Malmö

UTGIVNING
8 nummer per år. Finns
även som taltidning.

PRENUMERATIONSPRIS
200 kr per helår

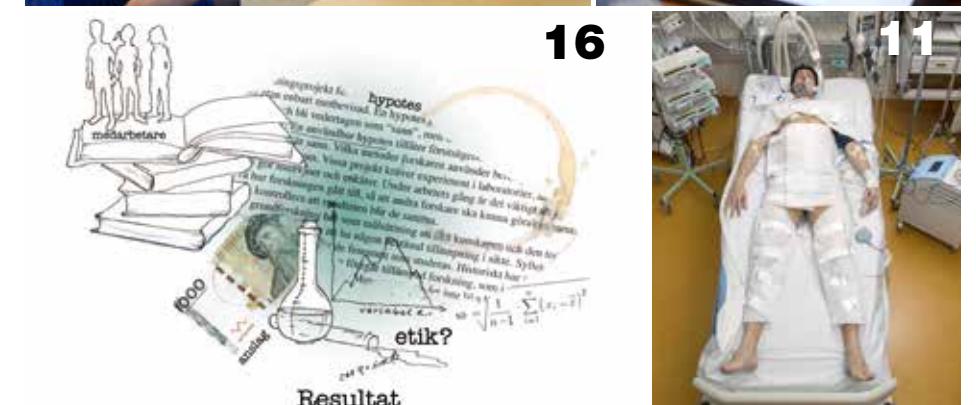
UPPLAGA 36 000 ex
ISSN 1404-4099

Redaktionen ansvarar inte för obeställt material och förbehåller sig rätten att korta i texter och insändare. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund tar inte ansvar för produkter och tjänster i tidningens annonser.

OMSLAGSBILD
Magnus Östnäs



Vårdkontakt fördröjs av ångest och skam	6
Snus fungerade inte vid rökavvänjning	8
Surfplatta ska ge bättre koll på KOL	10
Få KOL-patienter får rehab på sjukhus	12
Wii får hjärtsviktspatienter att träna	14
Han är forskarens högra hand	18
Hjärtstopp och kylbehandling	20
Påverkar arbetsmiljön risken för flimmar?	22
Så upplever KOL-sjuka mötet med vården	26



Efter FaR kommer MoR

Det finns ett klart samband mellan hjärt-kärlsjukdomar och livsstil, som kost och motion.

I en studie vid Högskolan i Halmstad pågår nu ett projekt, kallat MoR, matordning på recept.

Syftet är att studera effekterna av motiverande samtal, stödgrupper och mobila tjänster för att gå ner i vikt och behålla viktneigången i två år.

I studien ska det ingå 300 personer, varav 100 i en försöksgrupp och 200 i en kontrollgrupp. I dagsläget befinner sig projektet ungefär halvvägs. Om tre år väntas forskargruppen vara klar med sina resultat.

Hittills finns liknande studier på cirka sex månader. Poängen med Halmstadstudien är att den ska studera deltagarna under en längre period.

Livsstilsändring vid sömnapné

Obstruktivt sömnapnésyndrom (OSAS) behandlas idag oftast med så kallad CPAP. Via en näsmask får patienterna in tryckluft, vilket håller luftvägarna öppna under sömnen.

Ungefär 70 procent av patienterna med sömnapné är överviktiga.

Vid institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet, pågår nu ett projekt med syftet att undersöka hur fysisk aktivitet i kombination med sunda matvanor ger ytterligare effekt, jämfört med enbart CPAP-behandling.

Livsstilsförändringar vid obstruktivt sömnapnésyndrom. Skräddarsydd beteendemedicinsk behandling för främjande av fysisk aktivitet och sunda matvanor, är en randomiserad studie med 86 deltagare startade 2010 och väntas vara klar i februari 2014.

Risikfaktorer kända hos överlevare

Personer som överlevt hjärtstopp orsakat av hjärtinfarkt försökte finna en orsak till varför de drabbats och göra förändringar i sina levnadsvanor, men de hade ofta en egen uppfattning om och hade gjort sin egen bedömning av olika riskbeteenden, visar ny forskning.

I norra Sverige insjuknade mellan åren 1989-2007, 2977 personer av hjärtstopp utanför sjukhus, orsakat av hjärtinfarkt. Av dessa överlevde endast 71 personer, visar data från MONICA-hjärtinfarktregistret som är en total undersökning av hjärthändelser i norra Sverige.

Av de 71 personerna hade 60 procent ingen tidigare känd anamnes av ischemisk hjärtsjukdom när de drabbades av hjärtstopp, 25 procent hade haft en tidigare hjärtinfarkt. 50 procent var rökare och 50 procent var överviktiga. När vi summerade riskfaktorer (högt blodtryck, diabetes, högt kolesterol, rökare) fann vi att 20 procent av personerna som överlevt hjärtstopp hade tre av



HJÄRTSTOPP

Avhandlingsarbetet fokuserar på personer som haft hjärtstopp utanför sjukhus. Beskrivning av insjuknande och överlevnad/död och intervjuer med personer som överlevt. **MONICA-registret** har varit i funktion sedan 1985.

Foto: Privat

Ann-Sofie Forslund, forskningssjuksköterska MONICA-Hjärtinfarktregistret, doktorand vid Norrbottens läns landsting och Luleå tekniska universitet.

fyra riskfaktorer.

Resultatet visar på vikten av att göra personer medvetna om riskfaktorer för att undvika hjärt-kärlsjukdom och komplikationer, där ibland hjärtstopp. Eftersom siffror inte avslöjar något om hur människor tänker kring riskfaktorer och livsstil avslöjar vi att genomföra intervjuer.

Personerna försökte

finna en orsak till varför de drabbats och försökte göra förändringar i levnadsvanor, men de hade ofta en egen uppfattning och hade gjort

sin egen bedömning av olika riskbeteenden. Personerna var välinformerade om sina riskfaktorer och vinsten med hälsofrämjande val, men vägrade det de visste att de borde göra mot känslan av att livet ska vara gott och njutas av. Det var en balansering mellan de två aspekterna.

Kanske måste vården bli ännu bättre på att hjälpa och stötta personer att väga för- och nackdelar med hälsofrämjande val, hitta roliga aktiviteter och involvera familj och vänner.

Text: **Ann-Sofie Forslund**

Hallå där! Vad blir den viktigaste frågan inom hjärtforskningen i framtiden?

Camilla Sandberg, legitimerad sjukgymnast vid Hjärtcentrum i Umeå.



- Primärprevention, det vill säga hur kan vi förebygga förvärvad hjärtsjukdom med hjälp av bland annat fysisk aktivitet och träning.

Carolin Ny-mark, hjärtsjuksköterska, Danderyds sjukhus:



- Ur mitt forskningsperspektiv blir den viktigaste frågan att få ett ännu djupare och bredare perspektiv på kvinnor respektive mäns fördröjning att söka vård vid insjuknande i akut hjärtinfarkt.

Ing-Marie Larsson, specialist-sjuksköterska, intensivvård och doktorand, Akademiska sjukhuset i Uppsala:



- Jag tycker att den viktigaste forskningsfrågan inom området hjärtstopp är att säkerställa prognosmetoder och uppföljning av patienterna.



Foto: Maria Bäck

Fysisk träning för vuxna med medfödda hjärtfel.

Fysisk träning vid medfödda hjärtfel

Tack vare medicinska och kirurgiska framsteg uppnår allt fler personer med medfödda hjärtfel vuxen ålder. Numera är antalet vuxna med komplicerade medfödda hjärtfel fler än barnen med motsvarande hjärtfel.

Personer med ett medfött hjärtfel har olika grad av nedsatt fysisk prestationsförmåga (kondition), jämfört med friska.

- En av behandlingsmetoderna som behöver utvecklas för den här patientgruppen är fysisk träning, säger Camilla Sandberg, legitimerad sjukgymnast vid Hjärtcentrum i Umeå.

Hon ingår i den forskargrupp vid Hjärtcentrum som nu genomför en träningsstudie på

vuxna med medfödda hjärtfel.

- Det finns få genomförda träningsstudier på denna patientgrupp. Vi planerar nu att studera några av de diagnosgrupper som har lägst prestationsförmåga och vår förhoppning är att konditionsträning i framtiden kan rekommenderas för de flesta vuxna med hjärtfel.

Projektet består av fyra olika delarbeten, där man bl.a. studerar livskvalitet, muskelfunktion och fysisk aktivitet. Forskargruppen samarbetar med enheterna för vuxna med hjärtfel i Lund och Göteborg. Text: **Birgit Andersson**

Handfat ska stoppa infektioner

En ny typ av värmedesinficerade handfat ska kunna minska antalet luftvägsinfektioner hos lungsjuka eller lungtransplanterade patienter.

Multiresistenta bakterier i handfat och vattenlås har blivit ett allt större problem inom sjukvården. Patienter med KOL eller cystisk fibros är speciellt utsatta för dessa bakterier eftersom deras luftvägar har en nedsatt förmåga att försvara sig mot bakterier. Upprepade infektioner kan leda till att

lungfunktionen blir alltmer nedsatt. Nu har speciella handfat utvecklats som med hjälp av ånga och värme dödar de bakterier som orsakar en stor del av infektionerna.

Förhoppningen är att den här typen av handfat ska fungera förebyggande i arbetet för lungsjuka patienter, skriver docent Åsa Melhus vid Akademiska sjukhuset som är ansvarig för studien.

HJÄRT- OCH LUNGSJUKAS RIKSFÖRBUND

Har Du räddat liv?

Vi efterlyser personer utanför sjukvården som genom aktiv hjärt-lungräddning räddat liv på någon vars hjärta har stannat.

Sänd in namn, kontaktuppgifter och en beskrivning av livräddningsinsatsen. Senast den 20 augusti 2013.

"Årets hjärt-lungräddare"
Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
Box 9090, 102 72 Stockholm
mejl: info@hjarlung.se

HJÄRT- OCH LUNGSJUKAS RIKSFÖRBUND

SÖK BIDRAG TILL DIN FORSKNING!

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund delar ut bidrag till forskning som berör personer med hjärtsjukdom eller lungsjukdom.

Vi prioriterar forskning om rehabilitering och prevention för våra medlemsgrupper. Stor vikt läggs på patientnytta.

Praktisk information på: www.hjarlung.se/forskning.

Ansökan om forskningsbidrag ska vara Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund tillhanda senast 30 september 2013.

Välkommen med din ansökan!

HJÄRT- OCH LUNGSJUKAS RIKSFÖRBUND
e-postadress info@hjarlung.se www.hjarlung.se
Tel: 08-55 606 202 fax 08 - 668 23 85

Vid en hjärtinfarkt är det livsviktigt att snabbt komma under sjukhusvård. Men trots att varje minut är viktig, väntar många med att söka vård.

- Här spelar känslorna en stor roll. Det handlar om sådant som ångest, rädslor och en upplevelse av vanmakt, säger hjärtsjuksköterskan Carolin Nymark på Danderyds sjukhus i Stockholm.

TEXT: Birgit Andersson

FOTO: Magnus Östnäs

Skam bakom tvekan att söka sjukhusvård

I SIN DOKTORSAVHANDLING specialstudier Carolin Nymark bland annat känslornas betydelse för att människor med akut hjärtinfarkt väntar med att söka sjukhusvård.

Risken för död och förlust av hjärtmuskulär är som högst under de första timmarna efter infarkten, men majoriteten av hjärtinfarktpatienter har en fördröjningstid på två till fyra timmar innan de söker vård.

Man vet att faktorer som ålder, kön, kunskap, bedömning av symtom och hur omgivningen reagerar, påverkar beslutstiden.

- Jag tittar nu specifikt på känslornas inverkan på att hjärtpatienter väntar så länge med att söka sjukvård, säger Carolin Nymark.

- Syftet med mina studier är att lägga till en djupare förståelse av pa-

tienternas tankar, känslor och handlingar som föregick beslutet.

Det andra delarbetet inom ramen för Carolin Nymarks avhandling publicerades i januari i år i den medicinska tidskriften European Journal of Cardiovascular Nursing.

I studien redovisar hon resultaten från intervjuer med patienter som fritt fått tala om sina känslor i en livshotande situation.

Nu arbetar hon vidare med att bearbeta en enkät som distribuerats till 300 inläggande patienter med diagnosen akut hjärtinfarkt.

SMÄRTA ELLER OBEHAG I BRÖSTET med utstrålning mot vänster arm, käken och rygg är tecken på hjärtinfarkt. Illamående, andnöd och ont i magen är andra symtom.



- Patienterna tvekade om de var tillräckligt sjuka för att åka in till sjukhuset, säger hjärtsköterskan Carolin Nymark.

Hjärtinfarktpatienter råkar in i ett slags förtvivlan och vanmakt.

Ibland kan symtomen vara diffusa, men patienterna uppgav dock att de hela tiden kände att något var fel.

- Det vi sett är att hjärtinfarktpatienter råkar in i ett slags förtvivlan och vanmakt, säger Carolin Nymark.

- Patienterna kände intensiv ångest eftersom de upplevde att något i



- Man ska alltid ta ambulans. Behandlingen startar redan i ambulansen.

hela kroppen var fundamentalt fel. Men rädslan och ångesten gjorde dem handlingsförlamade. Det fanns en uttryckt tvekan i att ta beslutet att söka vård och patienterna tvekade om de var tillräckligt sjuka för att åka in till sjukhuset.

- Någon berättade om att hjärtinfarkten kändes som om man hade en

tung rygsäck hängande på ryggen, fastän rygsäcken var tom.

ATT KÄNNA SKAM INFÖR att söka vård för en hjärtinfarkt och oro över hur grannarna skulle reagera om det kom en ambulans, är andra faktorer som Carolin Nymark sett i sina studier.

Flera av de intervjuade visade sig också ha tagit sig till sjukhus utan ambulans. Bil och kommunala färd-sätt övervägde.

- Man ska alltid ta ambulans. Behandlingen startar redan i ambulansen och det vet inte alla. Det är normalt att känna oro, ångest, skam och vanmakt när man drabbas av hjärtinfarkt, men det är viktigt att människor förstår att man inte ska låta känslorna hindra en att söka hjälp.

Ett antal dödsfall inträffar efter

CAROLINS AKUTRÅD

Symtom på hjärtinfarkt är ofta en ihållande smärta eller obehag i bröst-korgen. Smärtan eller obehaget kan stråla ut i företrädesvis vänstra armen, magen, ryggen, halsen, nacken eller käkarna. Man kan bli illamående, kallsvettig, uppleva andnöd och yrsel och även andra symtom.

Det är normalt att känna oro och ångest, skam och vanmakt när man drabbas av hjärtinfarkt, men låt inte känslorna hindra dig att söka hjälp!

Symtomen kan vara diffusa, men vid minsta misstanke om att obehagen kommer från hjärtat, ring 112. Behandlingen kan börja redan i ambulansen!

Kontakta alltid en medicinskt kunnig person!

"Emotions delay care-seeking in patients with an acute myocardial infarction", European Journal of Cardiovascular Nursing, 2013, Carolin Nymark, Anne-Cathrine Mattiasson, Peter Henriksson, Anna Kiessling.

den första timmen efter hjärtinfarkten och effekten av behandlingen är tidsberoende.

EN FÖRDRÖJNING INNEBÄR att en större mängd muskelceller i hjärtat skadas eller dör.

- Avhandlingen ska nu kunna användas som ett vetenskapligt underlag för utformning av nya strategier för hur vi ska få patienter att söka vård fortare vid insjuknande i akut hjärtinfarkt.

- Informationen idag är för likriktad. Man måste prata mer om känslor, inte minst för de patienter som redan har haft en hjärtinfarkt och får eftervård. Det hjälper inte att man upplevt en infarkt. Studierna visar att även om man haft en infarkt, söker man inte vård tidigare nästa gång. ■

Användning av snus eller läkemedel som ersättning för rökning ökade inte chansen att bli rökfri. Det visar en studie bland Sluta-röka-linjens klienter. Studien visar också att den enklare rådgivningen fungerar lika effektivt som den mer omfattande.

Text: **Eva Nohlert**

Lika effektivt med enklare rökavvänjning

DET ÄR VETENSKAPLIGT BELAGT att tobaksrökning ger ökad risk för över 50 olika sjukdomstillstånd. De vanligaste är hjärt-kärlsjukdomar, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, lungcancer och andra cancerformer. Det tar ofta många år innan skador visar sig och de flesta förtida dödsfall inom överskådlig tid kommer att inträffa bland personer som redan röker idag och som inte lyckas sluta.

Majoriteten av rökarna vill sluta och var tredje vill ha hjälp och detta innebär drygt 200 000 personer i Sverige idag. Behovet av professionellt rökavvänjningsstöd av hög kvalitet är större än tillgången, varför det är viktigt att utnyttja befintliga

resurser på bästa sätt. För att kunna göra det bör effektiviteten hos olika program med varierande intensitet/arbetsinsats undersökas.

SLUTA-RÖKA-LINJEN ÄR EN statligt finansierad nationell telefonlinje som funnits sedan 1998 och som ger kostnadsfritt stöd till tobaksbrukare som ringer.

Kontinuerlig uppföljning har visat att var tredje klient är tobaksfri 12 månader efter första kontakten med Sluta-röka-linjen.

Linjen har två tjänster som klienterna fått välja mellan, en reaktiv som bara svarar på inkommande samtal och en proaktiv som erbjuder ett antal återuppringningar. Den pro-

aktiva tjänsten är mer resurs- och tidskrävande. Mot bakgrund av bristen på avvänjningsstöd i landet och vikten av att skattemedel nyttjas på bästa sätt, måste strävan vara att inte göra mer än vad varje klient behöver.

TIDIGARE UTVÄRDERINGAR har indikerat att den proaktiva tjänsten gett lite fler rökfria än den reaktiva och också visat på könsskillnader, där den proaktiva tjänsten för kvinnor gett ett bättre resultat. De utvärderingarna har dock inte varit grundade på randomiserade kontrollerade studier



Eva Nohlert.

Foto: Privat

SLUTA-RÖKA-LINJEN

Rökningen fortsätter att minska bland vuxna och bland grundskoleelever men ökar något bland gymnasieungdomar.

11 procent av Sveriges vuxna är dagligrökare, medan drygt var tredje gymnasieelev röker.

Cigarett-rökningens skadeverkningar (exkl passiv rökning) kostar samhället 30 miljarder kr/år för sjukvård, produktionsbortfall och sjukfrånvaro.

I genomsnitt dör 17 personer varje dag i

Sverige i förtid på grund av rökning. Det lönar sig alltid att sluta.

Av de som ringer Sluta-röka-linjen är 3 av 10 rökfria 12 månader senare oavsett om man blir återuppringd eller inte. Sluta-röka-linjen 020-84 00 00, www.slutarokalinjen.org

SLUTA-RÖKA-LINJEN RING 020-84 00 00

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund bidrar till studien som inkluderar en kostnadseffektivitetsanalys under 2014. Studien är en del av ett större samarbetsprojekt mellan Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Karolinska institutet och Mälardalens Högskola, Västerås där man undersöker möjligheter att optimera insatser för tobaksavvänjning på olika arenor.



Tillit till den egna förmågan att hantera stress och nedstämdhet utan att röka var en signifikant faktor för att förutsäga rökfrihet, enligt studien.

och därför har inte skillnaderna kunnat fastställas.

FÖR ATT VETENSKAPLIGT KORREKT jämföra Sluta-röka-linjens olika tjänster krävdes en randomiserad kontrollerad studie. I den nu aktuella studien har vi randomiserat/slumpat hälften av klienterna till proaktivt och hälften till reaktivt stöd. Syftet var att försöka klargöra om fler blir rökfria i den grupp som får det mer omfattande och resurskrävande stödet.

Studien är nu avslutad och 612 personer finns med. Datainsamling på Sluta-röka-linjen sker i tre steg: 1) vissa uppgifter lämnas vid första samtalet och sparas i en datajournal, 2) en basenkät skickas hem till klienten och returneras till linjen, 3) en uppföljningsenkät skickas hem till klienten 12 månader efter första samtalet och returneras till linjen.

Tvärt emot tidigare indikationer visar resultaten från studien att båda tjänsterna var lika effektiva för att få rökare rökfria.

Den proaktiva gruppen hade fått signifikant fler samtal, i genomsnitt

4.3 jämfört med 2.3 i den reaktiva gruppen. Den proaktiva gruppen hade också signifikant längre samtalstid, i genomsnitt 60 minuter jämfört med 37 minuter i den reaktiva gruppen.

ANALYS AV FAKTORER som bäst förutsäger vilka individer som kommer att vara rökfria om 12 månader visar att motivation mätt som "rökfri vid första samtal" var den starkaste faktorn, vilket innebär att de redan håller på med ett rökslutsförsök och ringer för att få stöd under det. Tillit till den egna förmågan att hantera stress och nedstämdhet utan att röka var också en signifikant faktor för att förutsäga rökfrihet. Denna information ger möjlighet till att effektivisera stödet genom att fokusera på dessa faktorer i fortsatt arbete. Användning av snus eller läkemedel som ersättning för rökning ökade inte chansen att bli rökfri bland Sluta-röka-linjens klienter.

De preliminära slutsatserna indikerar att det finns utrymme för att effektivisera stödet på Sluta-röka-linjen. ■

"Kvaliteten har ökat i samtalen"

Åsgeir R. Helgasons och Eva Nohlerts studie visar att den enklare varianten av Sluta-röka-linjen, är lika effektiv som den mer omfattande där man också ringer upp den som vill sluta röka.

Den här första randomiserade studien går emot tidigare utvärderingar. Vad tror du det beror på?



- Anledningen tror jag är att man med hjälp av de motiverande samtalen blivit så duktiga att utföra behandlingen. Klienten känner sig trygg i att själva återkomma vid behov. Kvaliteten i samtalen har ökat och vi ser en kontinuerlig förbättring över tid, från 1998 har antalet som slutar röka gått från 33 till 38 procent. Ju bättre man blir, desto mindre behov har man av den proaktiva tjänsten där man ringer upp klienten.

Så nu kan vi slänga ut den proaktiva tjänsten, och bara svara på samtal?

- Nej, det är viktigt att tänka på att resultaten inte är generaliserbara till andra rökavvänjningslinjer som inte är lika utvecklade. Har man inte kommit så långt i utvecklandet av samtalsmetoderna så är den proaktiva tjänsten ett viktigt tillägg. Sedan kan det också finnas individer som behandlarna känner av klinisk erfarenhet skulle tjäna på den proaktiva varianten.

Vad är det avgörande för att en sådan här kontakt ska bli lyckosam?

- Att man bildar en allians med klienten. Om klienten känner sig sedd och förstådd går det snabbare och bättre med rökavvänjningen. Där spelar färdigheter i motiverande samtal en väsentlig roll.

Studien visar att tillit till den egna förmågan att hantera stress och nedstämdhet är en viktig faktor. Vilka konsekvenser får studien?

- Det preliminära resultatet visar att det finns utrymme för effektivisera stödet på Sluta-röka-linjen bland annat genom att fokusera mer på de här faktorerna. Det man måste tänka på är att de som ringer inte är representativa för gruppen rökare. De har själva tagit ett första steg. Samhället behöver lägga ännu mer resurser på vårdcentraler och sjukhus för att fånga upp de andra. ■

Magnus Östnäs



KOL-STUDIEN

Projektet är ett samarbete mellan Lung- och Allergisektionen, Medicincentrum, Norrlands universitetssjukhus, (docent Karin Wadell och professor Anders Blomberg), Enheten för Medicinsk Teknik-Forskning och Utveckling, Norrlands universitetssjukhus (Med Dr Åsa Holmner Rocklöv) och Institutionen för Samhällsmedicin och Rehabilitering, Sjukgymnastik, Umeå Universitet (Karin Wadell).

I en pilotstudie har patienter haft en spirometer och en läsplatta i hemmet. De har genomfört spirometri samt besvarat ett frågeformulär. Informationen skickades över nätet till studiecentrat.

Koll på KOL över nätet

Att finna metoder som kan förebygga utveckling av svåra förvärringstillstånd är av mycket stor vikt i KOL-vården. Detta projekt är ett i riktningen mot att förbättra vård och behandling av den växande gruppen patienter med KOL.

FORSKARARTIKEL:
Karin Wadell



Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, är en sjukdom som drabbar patienter hårt med ökad andnöd, sänkt fysisk förmåga och sänkt livskvalitet. Försämringsperioder ökar lidandet hos de drabbade och ökar konsumtion av vård. Det är vanligt att patienter som drabbats av en förvärring i sin sjukdom söker/får hjälp för sent, vilket kan leda till att tillståndet blir så svårt att sjukhusinläggning krävs.

Antal sjukhusinläggningar på grund av KOL är en negativ faktor vad gäller överlevnad.

Det är således viktigt att patienter och sjukvård kan hitta tidiga tecken på försämringsperioder för att kunna behandla och därigenom förebygga tillstånd som är så svåra så att sjukhusvård krävs.

Syftet med detta projekt är att skapa den kunskapsbas som behövs för att kunna utveckla och utvärdera ett personligt hälsosystem som levererar kliniskt relevant medicinsk information från patientens hem till vårdgivaren för att upptäcka en försämringsperiod i tidigt skede.

Telemonitorering av patienter med KOL är ett väldigt nytt och utforskat område. Det finns lite i litteraturen som

indikerar vad, när, hur och hur ofta man ska mäta för att det ska ge någon klinisk nytta och erbjuda tidig upptäckt av försämringsperioder. Man vet också lite om den fysiologiska variation som förekommer mellan individerna och vilka parametrar som är relevanta att följa regelbundet.

Baserat på tidigare studier har ett antal markörer identifierats på populationsnivå (lungfunktion, fysisk förmåga, hälsorelaterad livskvalitet, BMI, Hs-CRP, frekvens av försämringsperioder) som på egen hand eller tillsammans beskriver risken för försämringsperioder och mortalitet. Dock vet man väldigt lite om hur dessa variabler varierar från dag till dag och mellan olika individer. Vi ämnar testa patientnära teknik och utveckla ny teknik för test av subjektiv hälsa och lungfunktion och utvärdera dessa

med avseende på om de är användbara för detektion av försämringsperioder – i realtid och på individnivå.

Fyra patienter har, i en pilotstudie, haft en spirometer och en läsplatta i hemmet. De har genomfört spirometri med både inandnings- och utandningsmanövrar samt besvarat ett frågeformulär (CAT, COPD Assessment Test) regelbundet under 6-12 veckor. Informationen skickades trådlöst till studiecentrat. De preliminära resultaten är mycket lovande. Tekniken fungerade, följsamheten till att genomföra testerna var god och patienterna upplevde det som positivt att göra testerna. Efter dessa pilotpatienter har systemet utökats med möjlighet att mäta pulsoximetri (blodets syresättning). Arbetet pågår nu med rekrytering av fler patienter som kan testa det utökade systemet.

Nedkylning efter hjärtstopp – hur blir livskvaliteten?

ÄRLIGEN DRABBAS drygt 10 000 människor i Sverige av hjärtstopp. Rutinbehandlingen är intensivvård i respirator och nedkylning till 32-34 °C under 12-24 timmar efter lyckad återupplivning. Nedkylning används för att skydda hjärnan.

PÅ AKADEMISKA SJUKHUSET i Uppsala genomförs nu en studie med syftet att undersöka patienternas, men också de närståendes upplevelser i samband med hjärtstoppet och de följande sex månaderna efter insjuknandet.

Neurologiska undersökningar och blodprover hos patienten kopplas till ett frågeformulär om livskvalitet.

– **Arbetet** med livskvalitetsinstrumenten pågår och vi är nu helt klara med de anhörigas upplevelser, säger Ing-Marie Larsson, specialistsjuksköterska i in-



Nedkylning efter hjärtstopp används för att skydda hjärnan.

tensivvård och doktorand vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

– **DEN FÖRSTA TIDEN** hos de närstående karakteriseras av rädsla, oro och ovisshet. Stödet från personal och andra stod för en viktig trygghet i en kaotisk tillvaro, säger Ing-Marie Larsson.

Efter sommaren vidtar studierna av de neurologiska undersökningarna.

Text: **Birgit Andersson**

LIVSKVALITET EFTER HJÄRTSTOPP

Kylbehandling efter hjärtstopp – Patienters livskvalitet och funktion kopplat till hjärnskademarkörer som närstående upplever. Ing-Marie Larsson, Ewa Wallin, Uppsala Akademiska sjukhus.

RESMED

En av två hjärtsviktspatienter har sömnapné.

Är du en av dem?⁽³⁴⁾

Fråga din doktor om ASV-behandling.



AutoSet CS med ASV-behandling är anpassad för en säker och effektiv stabilisering av andningsmönstret.

(34) Paulino A et al. Prevalence of Sleep Disordered Breathing in a 316-French cohort of stable congestive heart failure. AVCD 2009; 102:169-75

www.resmed.com

Alltför få personer med KOL genomgår eller har tillgång till rehabilitering. En ny studie visar att endast 0,2 procent av de 700 000 personer i Sverige som beräknas ha KOL genomgick sjukhusbaserad rehabilitering under 2011.

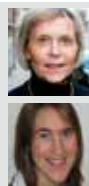
Få KOL-sjuka får sjukhusbaserad rehab

TROTS GOD EVIDENS om effekt genomgår färre än en procent av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, rehabilitering i Sverige

Rehabilitering som innefattar fysisk träning är en evidensbaserad, multidisciplinär och kostnadseffektiv behandlingsform som leder till förbättrad hälsa för personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). I internationella och nationella riktlinjer rekommenderas personer med KOL, som har andnöd, en sänkt livskvalitet och/eller sänkt fysisk kapacitet, rehabilitering. Tyvärr efterföljs inte dessa rekommendationer och variationen inom och mellan länder är stor. I Kanada genomgår exempelvis 1,2 procent av patienterna rehabilitering medan motsvarande siffra i England är 1 procent.

I EN POPULATIONSBASERAD undersökning har vi utvärderat sjukhusbaserad rehabilitering vid KOL i Sverige under 2011, dvs. rehabilitering som organiseras från sjukhus. Definitionen av rehabilitering i denna enkätstudie är

Margareta Emtner, docent, leg sjukgymnast, Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet.
Karin Wadell, docent, leg sjukgymnast, Norrlands universitetssjukhus och Umeå universitet.



”fysisk träning och en eller flera av aktiviteterna; patientutbildning, kostintervention, energibesparande arbetsätt eller psykosocial intervention”.

VIA EN ENKÄT fick vi svar på hur många patienter som deltagit i rehabilitering under 2011, hur många som tackat nej, vad rehabiliteringen innehållit och hur den utvärderats.

Enkäten skickades till samtliga 71 sjukhus i Sverige och den besvarades av representanter vid 70 sjukhus. Det var främst sjukgymnaster, som arbetade vid sjukhusen och som vi tidigare identifierat och haft kontakt med, som besvarade enkäten.

46 sjukhus (66 procent) erbjöd rehabilitering. Sjuttiotre procent av sjukhusen i Götaland erbjöd rehabilitering, medan motsvarande siffror

för Svealand och Norrland var 77 och 33 procent dvs. betydligt färre sjukhus i de norra delarna av Sverige erbjöd rehabilitering. Vid de 70 sjukhus som besvarade enkäten fanns det 33 lungspecialister. Av dessa arbetade 29 på kliniker som erbjöd rehabilitering dvs. betydligt fler sjukhus som erbjöd rehabilitering hade också en specialistutbildad lungläkare.

TOTALT GENOMGICK 1328 patienter sjukhusbaserad rehabilitering under 2011, vilket motsvarar 0,2 procent av de 700 000 personer i Sverige som beräknas ha KOL. Majoriteten av patienterna som genomgick rehabilitering var i en stabil sjukdomsfas, medan endast en mindre del hade fått rehabilitering i samband med en försämring. Att så få får rehabilitering är anmärkningsvärt då denna behandlingsform har visat sig mycket effektiv för att förbättra hälsan för KOL-patienter och även står i behandlingsriktlinjerna.

Drygt en tredjedel av de tillfrågade patienterna (34 procent) hade tackat

Alltför få personer med KOL genomgår eller har tillgång till rehabilitering, en behandlingsform som visat sig ha en mycket god effekt. Orsakerna är många: Alltför få remisser skrivs, alla sjukhus erbjuder inte rehabilitering och patienterna kan eller vill inte delta.

nej till att genomgå rehabilitering. Anledningen var bland annat att det var kostsamt, svårt att transportera sig till sjukhuset, att man var i för dåligt skick eller att man inte trodde att man skulle bli bättre av att delta.

VID DE SJUKHUS SOM ERBJÖD rehabilitering var fysisk träning den viktigaste komponenten i programmet. De flesta program erbjöd också patientutbildning samt tillgång till dietist, arbetsterapeut och kurator. Ofta omfattade rehabiliteringen verksamhet i grupp under fem veckor till sex månader, men mer individuellt anpassad rehabilitering fanns också. Majoriteten av de sjukhus som gav re-

habilitering hade samarbete med en eller flera patientorganisationer.

Alltför få personer med KOL genomgår eller har tillgång till rehabilitering, en behandlingsform som rekommenderas och som visat sig ha en mycket god effekt. Orsakerna till detta är många. Alltför få remisser skrivs, alla sjukhus erbjuder inte denna behandlingsform och patienterna kan eller vill inte delta.

VAD BEHÖVS FÖR ATT FLER PERSONER med KOL ska få en bättre vård? Erbjuder vi rätt form av rehabilitering, dvs. att patienten ska komma till sjukhuset och delta i de aktiviteter som vi erbjuder och som vi tror är

mest effektiva. Vi är övertygade om att kunskapen om behandling och rehabilitering vid KOL måste öka inom hälso- och sjukvården, men vi tror också att andra former av rehabilitering är nödvändiga för att fler personer med KOL ska få bästa möjliga vård. Det sker en utveckling av KOL-vård inom primärvården, men även andra former såsom rehabilitering i hemmet, inom kommunal regi och över internet behöver utvecklas. ■

Undersökningen kommer att publiceras i *Respiratory Medicine*: Wadell K, Janudis Ferreira T, Arne M, Lisspers K, Stållberg B, Emtner M. Hospital-based pulmonary rehabilitation for patients with COPD in Sweden – a national survey. Accepted for publication in *Respiratory Medicine* 2013.



REHABILITERING TILL DIG SOM HAR KOL

Rehabilitering som omfattar fysisk träning vid KOL är en väl beprövad och effektiv behandlingsform.

Efterfråga på ditt sjukhus eller din vårdcentral hur du kan få tillgång till rehabilitering.

Efterfråga rökslutarstöd om du är rökare.

Om du är underviktig så kontakta en dietist.

Behöver du socialt stöd så kan du vända dig till en kurator.

Försök minska din dagliga sitt- och liggtid.

Försök vara fysiskt aktiv varje dag under minst 30 minuter.

Börja aktiviteter i långsam takt och öka efter hand som du orkar.

Använd gärna rollator så att du kan förflytta dig längre.

Träna inte så att du blir helt slut – ta pauser.



Kan tv-spelet Wii ge fysisk funktionsförmåga och livskvalitet för äldre med hjärtsvikt? Det undersöker just nu en forskargrupp vid Linköpings universitet.

TEXT: **Anna Strömberg**
FOTO: **Privat**

Wii får äldre att träna

HJÄRTSVIKT LEDER TILL FÖRSÄMRAD överlevnad, nedsatt livskvalitet och stora hälsoekonomiska kostnader i form av sjukhusvård vid episoder av försämring. Fysisk träning är en viktig del av egenvården och har visat sig minska dödlighet och sjuklighet, öka livskvalitet och förbättra fysisk funktionsförmåga. Det är dock enbart 50 procent av patienterna som är fysiskt aktiva och de som börjar träna har ofta svårt att vidmakthålla den fysiska aktiviteten.

Det finns ett antal hinder (brist på tid och motivation, trötthet och andra symtom, svårigheter med transport till träningslokal, svårt att ta sig ut från sitt hem speciellt vintertid, ovana/ovilja mot att träna omklädd i grupp) som gör det svårt för patienter med hjärtsvikt att delta i konventionella träningsaktiviteter till exempel rehabiliteringsgrupper på sjukhus eller träningscenter.

Virtual Reality (VR) kan då vara en lösning som kan erbjuda en alternativ, individuellt anpassad träningsmetod i hemmiljö. VR bygger på att användaren direkt kan interagera med en dator-simulerad miljö. Nintendo Wii®, är en spelkonsol som använder VR för att genomföra fysisk träning. Spelkonsolen ansluts till en TV och genom att använda en fjärrkontroll kan personen genomföra en sportaktivitet

” **Enbart hälften av patienterna är fysiskt aktiva.**

till exempel tennis, bowling, baseboll eller golf. Graden av aktivitet kan anpassas individuellt.

DET ÖVERGRIPANDE SYFTET med studien är att studera hur effektivt en strukturerad introduktion och tillgänglighet till fysisk träning via tv-



Wii ökade självförtroendet och motiverade användarna att vara aktiva.

spelkonsolen Wii är med avseende på att förbättra fysisk funktionsförmåga, minska behovet av sjukvård och öka livskvaliteten.

PRELIMINÄRA RESULTAT. Vi har under 2012 genomfört en pilotstudie på Vrinnevisjukhuset i Norrköping med 30 hjärtsviktspatienter för att testa studieprotokollet och utvärdera användbarhet och genomförbarhet av att använda spelkonsolen Wii för att förbättra dagliga aktiviteter hos patienter med kronisk hjärtsvikt. Patienterna upplevde det som mycket positivt att använda Wii, det ökade deras självförtroende och motiverade dem att vara aktiva. Flera patienter spelade med sin partner och sina barnbarn och upplevde även att det ökade deras sociala kontakter.

Medelåldern var närmare 75 år och hälften av patienterna ökade sin fysiska förmåga signifikant.

GENOMFÖRANDE. Studien planerar att totalt inkludera 300 patienter med hjärtsvikt på olika sjukhus i Sverige och 300 patienter i andra europeiska länder. Patienterna lottas antingen till kontrollgruppen som får strukturerade råd kring fysisk träning eller till interventionsgruppen som i tillägg till träningsråd får träna via tv-spelkonsolen Wii. Inledningsvis sker



Patienterna upplevde det som mycket positivt att använda Wii, det ökade deras självförtroende och motiverade dem att vara aktiva. Flera upplevde även att det ökade deras sociala kontakter, skriver Anna Strömberg, till vänster, och Tiny Jaarsma, båda professor i omvårdnad vid Linköpings universitet, om de preliminära resultaten av studien.

första datainsamlingen (baseline) och därefter randomiseringen.

PATIENTERNA I interventionsgruppen får först en introduktionslektion i att träna med Wii och får sedan hjälp med att installera tv-spelkonsolen Wii i hemmet. En instruktör finns tillgänglig för frågor kring träningen och för att ge praktisk och tekniskt stöd av utrustningen. Instruktören ger instruktioner i överensstämmelse med de säkerhetsföreskrifter som finns för Nintendo Wii användning.

Alla patienterna rings upp efter två, fyra, åtta och tolv veckor. Till in-

terventionsgruppen ställs frågor om användandet av Wii och eventuella problem bedöms. Kontrollgruppen blir också uppringd för att minska den påverkan extra uppmärksamhet kan ge i interventionsgruppen.

EFTER TRE MÅNADER AVSLUTAS tillgången till instruktören för praktisk och tekniskt stöd, men patienterna i interventionsgruppen behåller tv-spel konsolen Wii.

Primär utfallsvariabel i studien är fysisk funktionsförmåga, mätt med sex minuters gångtest. Efter tre, sex och tolv månader kommer vi att mäta

om den fysiska funktionsförmågan ökat i Wii-gruppen jämfört med kontrollgruppen. Vi kommer även att mäta bilateral isometrisk axelabduktion och unilateral isoton axelflexion, objektivt och subjektivt skattad daglig fysisk aktivitet, träningsmotivation, kognitiv funktion, sjukvårdskonsumtion och livskvalitet. Ytterligare kommer patienterna att tillfrågas om motivation till träning och hur de skattar sin aktivitetsnivå. Patienterna i Wii-gruppen kommer även att tillfrågas om det praktiska användandet och om de haft några problem att använda spelkonsolen. ■

NYTÄNKANDE OCH KREATIVITET FÖR KRONISKT SJUKA

Denna studie tar ett nytt och kreativt grepp på rehabilitering av äldre kroniskt sjuka genom att studera om individualiserad fysisk träning via en billig, användarvänlig och tillgänglig spelkonsol som använder VR (Nintendo Wii®) kan vara en metod för att öka den fysiska funktionen och förmågan att klara av dagliga aktiviteter för äldre

personer med kronisk hjärtsvikt. Användandet av tv-spel är mycket låg i gruppen äldre kroniskt sjuka över 70 år, men i vår pilotstudie har vi visat att efter instruktion hade dessa patienter inga problem att använda spelkonsolen. **Om forskning kring fysisk** träning via tv-spelkonsolen Wii kan påvisa positiva

effekter på fysisk funktionsförmåga, minska behovet av sjukvård och öka livskvaliteten kan detta leda till att ny teknik kan börja användas i landstingets verksamhet för att öka den fysiska aktiviteten bland äldre hjärtsjuka personer och kanske även erbjudas till personer med andra kroniska sjukdomar till exempel stroke och KOL.

Forskning – mer än bara geni...

Den typiske forskaren beskrivs fortfarande ofta som en ensam hjälte som går mot strömmen. Den bilden är dock inte sann. En typisk forskare idag arbetar i grupp och i nätverk, ofta med kontakter utomlands.

NÄR SVENSKA UNGDOMAR ska beskriva en vetenskapsman är det bilden av en äldre man med vit labbrock och yvigt hår som utför experiment på ett laboratorium. Som exempel nämns Albert Einstein som kom på sina banbrytande upptäckter enbart med hjälp av papper och penna på patentverket i Bern.

Bara 14 procent kan nämna en nu levande svensk forskare eller vetenskapsman. Det visar en undersökning som för några år sedan gjordes på uppdrag av Stiftelsen för strategisk forskning.

Men verkligheten ser annorlunda ut. En typisk forskare idag arbetar i grupp och i nätverk, ofta med mer kontakter utomlands än med kolleger vid andra svenska universitet. Medianåldern för när doktorsexamen avläggs är 34 år. Dessutom blir allt fler kvinnor forskare – cirka 40 procent av forskarna i Sverige är kvinnor.

FORSKNING BEDRIVS OFTA i en forskargrupp. Den leds av en professor eller annan disputerad forskare; själva arbetet på golvet görs av doktorander eller så kallade post docs. En post dok är en nyligen disputerad forskare som fortsätter sin karriär med att arbeta inom sitt eller angränsande område på ett annat universitet i ett eller ett par års tid.

Att forska är att systematiskt söka ny kunskap eller nya sätt att använda

kunskap som redan finns. Att sökan-det är systematiskt och genomlyst innebär att forskaren redovisar sina resultat offentligt i så kallade "peer reviewed journals", så att dennes resultat kan kontrolleras och upprepas av andra forskare.

OFTA BÖRJAR FORSKNINGEN med en idé eller ett problem. Idén kan komma från andra forskare på universitet, eller kan ha fötts ute i samhället, till exempel hos en yrkesgrupp. Forskning kan också vara beställd av en myndighet eller ett större företag. Det första forskaren gör är en litteraturgenomgång för att ta reda på vad som redan är gjort i ämnet.

I alla forskningsprojekt formuleras hypoteser (antaganden). En hypotes kan aldrig bli bevisad utan enbart motbevisad. En hypotes kan genomgå flera omgångar av vetenskapliga tester och bli vedertagen som "sann", men det är dock inte samma sak som att den är bevisad.

En användbar hypotes tillåter förutsägelser och att man kan verifiera att förutsägelsen är sann.

VILKA METODER FORSKAREN använder beror på vilken sorts forskning det handlar om. Vissa projekt kräver experiment i laboratorier, andra kräver att forskaren gör intervjuer och enkäter. Under arbetets gång är det viktigt att systematiskt beskriva hur

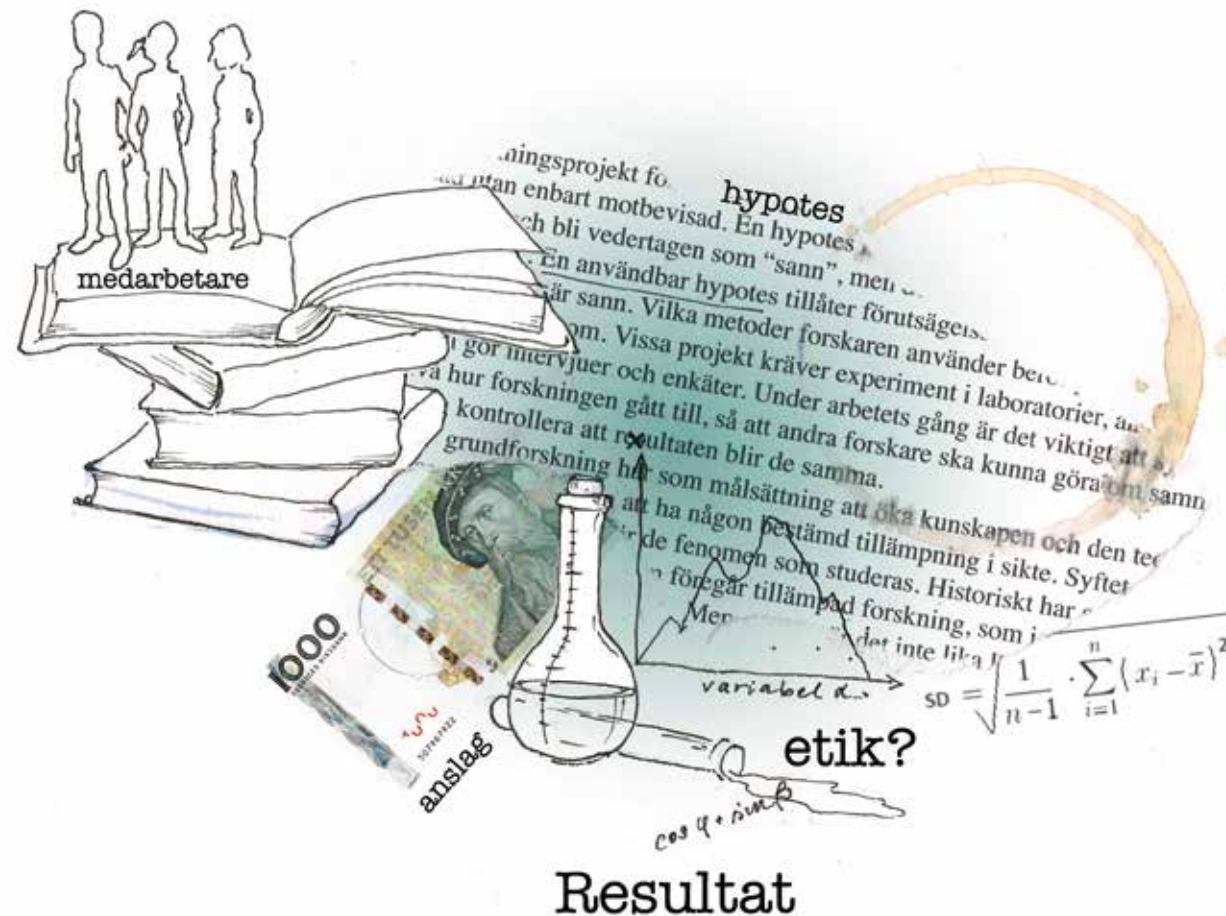


ILLUSTRATION: MARIA WALL

forskningen gått till, så att andra forskare ska kunna göra om samma procedur och kontrollera att resultaten blir de samma.

SÅ KALLAD GRUNDFORSKNING har som målsättning att öka kunskapen och den teoretiska förståelsen i ett ämne utan att ha någon bestämd tillämpning i sikte. Syftet är att nå grundläggande förståelse för de fenomen som studeras.

Historiskt har grundforskning ansetts vara en verksamhet som föregår tillämpad forskning, som i sin tur föregår utveckling till praktisk användning.

Men numera är det inte lika lätt att göra dessa distinktioner, ibland är alla tre steg i gång samtidigt.

Text: **Ulrika Juto**

Källa: Forskning.se, Stiftelsen för strategisk forskning

Lilla forskarordlistan

Här är förklaringarna till orden du bör känna till för att hänga med när det handlar om vetenskap och forskning.

Grundforskning – Oberoende forskning som syftar till att öka kunskap och hitta nya upptäckter utan att ha något förutbestämt mål.

Tillämpad forskning – Forskning som utgår från ett givet problem eller frågeställning som man söker svar eller lösningar på.

Peer Review – den process som används när det ska avgöras om en vetenskaplig artikel ska publiceras eller inte. Innebär att sakkunniga, inom samma fackområde som den specifika artikeln handlar om, granskar artikeln.

Impact factor – De vetenskapliga tidskrifterna har olika hög status och rankas efter hur ofta artiklarna som publicerats i tidskriften citerats någon annanstans, så kallad impact factor. En av den mest ansedda och inflytelserika medicinska vetenskapliga tidskriften är New England Journal of Medicine.

Negativa resultat – Forskningsresultat där man kommer fram till att man inte gjort några fynd eller sett något samband. Den typen av ickeupptäckt är vanlig inom forskningen men är inte så populär att publicera. Negativa resultat är emellertid betydelsefulla för forskningen eftersom även faktorer som kan uteslutas är intressanta för fortsatta studier inom området.

Lilla ordlistan för vetenskapliga artiklar

Bias – Någoting som snedvrider en process.

Blindad studie – innebär att om du inte vet vilken behandling du får (du kanske får placebo) så kan du inte påverka resultaten. Enkelblind innebär att det bara är patienten som inte vet om han/hon får det verkliga läkemedlet eller placebo.

Dubbelblind betyder att varken patient eller vårdpersonal (läkare, sköterska eller forskare) vet.

Empirisk – En behandling baserad på experiment och observation.

Evidensbaserad medicin – är den samvetsgranna, explicita och omdömes-

gilla användningen av bästa aktuella bevis för att fatta beslut om vården för enskilda patienter.

Klinisk studie – Avser vanligtvis studier som är direkt användbara på patienter och deras vård eller studier som utförs på patienter.
Källa: www.forskningspartner.se

För tjugo år sedan genomgick han en bypass-operation och skrev en bok om upplevelsen. Nu är Stig Lodén forskningspartner i en studie av hur kognitiv beteendeterapi skulle kunna motverka depression hos hjärtsviktspatienter.

Text och foto: **Magnus Östnäs**

Forskarens högra hand

”Jo, därom kan jag ge besked, om herrn så vill, ty jag var med.”

Stig Lodén låter ett citat ur Johan Ludvig Runebergs ”Fänriks Ståls sägner” inleda ”Hjärta med smärta”, en bok om livet före, under och efter en kranskärloperation. Och inget citat kan väl vara mer passande för författaren, skribenten och byggnadsingenjören som drabbades av kranskärlo-sjukdom bara 46 år gammal, och som genomgick en bypass-operation elva år senare.

– Mycket talar för att jag sluppit både kärlekskrampen och det som följde sedan, om jag hade gjort en del

förändringar i min livsstil tidigare, säger Stig Lodén.

Hjärthändelserna, kärlekskrampen och bypass-operationen blev starten på en informationsresa som resulterat i ett flertal böcker.

I DAG HAR HAN med sig erfarenheterna från sin sjukdom in i rollen som nybliven forskningspartner.

– Med min erfarenhet av hjärtsjukdom har jag som forskningspartner en fördel när det gäller att sätta mig in i hur det är att leva med en kronisk sjukdom, säger Stig Lodén.

Stig deltar som forskningspartner i en studie där personer med hjärtsvikt får

kognitiv beteendeterapi, KBT, förmedlat via internet. På kardiologiska kliniken vid Linköpings universitet har en forskargrupp utvecklat ett internetbaserat självhjälpsprogram. Syftet är att undersöka om terapin kan minska och eller lindra depressiva symptom. Uppdraget är viktigt: Upp till hälften av alla med hjärtsvikt lider av depression.

ATT NEDSTÄMDHET och psykiska besvär är något som ofta tillhör livet med en kronisk sjukdom är ett faktum som Stig Lodén också talar om. I boken ”Hjärta med smärta” beskriver

”**Det är till viss del ett möte med en helt ny värld och det är bra att vara medveten om det från början.**

han till exempel de första dagarna efter den lyckosamma operationen som ”berg- och dalbana mellan lycka och sorg.”

Som forskningspartner kan uppdragen se olika ut.

Vid vissa projekt är forskningspartnern med från start. Vid andra, som i Stigs fall, kommer man in lite senare i processen.

– I den här studien har mitt bidrag främst legat på det språkliga planet, att försöka påverka de enkäter som ligger till grund för interventionsprogrammet, säger Stig Lodén.

DEN SAMLADE erfarenheten visar att ett samarbete mellan forskare och forskningspartner ofta är väldigt positiv. Men man ska heller inte, menar Stig, sticka under stol med att det kan föreligga svårigheter.

– Det är ju till viss del ett möte med en helt ny värld och det är bra att vara medveten om det från början. Här har de utbildningar som jag gått för att bli forskningspartner varit mycket bra och genomtänkta, i allt

från forskningsmetodik till etiska frågeställningar, säger Stig Lodén.

GRUNDKURSEN för att bli forskningspartner är tre dagar. Efter grundutbildningen har man återkom-

mande uppföljningsdagar. Förutom erfarenheten av att leva med kronisk sjukdom och att ha ett intresse för forskning, är kommunikativ förmåga något som värdesätts hos den som ska bli forskningspartner. ■



– Med min erfarenhet av hjärtsjukdom har jag en fördel när det gäller att sätta mig in i hur det är att leva med kronisk sjukdom, säger Stig Lodén.

FORSKNINGSPARTNER

Internationell erfarenhet visar att ett aktivt samarbete mellan patientföreningar och den medicinska forskningen gynnar både forskarna och berörda patienter.

Efter utbildning erbjuds forskningspartnern att delta i ett forskningsprojekt med syfte att bidra med brukarsynpunkter. Det kan vara synpunkter på information som går ut till patienter som deltar i studien och på enkätformulär. Andra uppgifter är att vara en länk till de som finansierat forskningen samt vara en resurs när forskningsresultatet ska spridas.

Mer information finns på: www.forskningspartner.se



Att överleva hjärtstopp – hur blir det sedan?

Just nu pågår en stor studie, "the Target Temperature Management trial (TTM)", som undersöker om temperaturbehandling det första dygnet efter hjärtstopp skyddar hjärnan från skada. TTM-studien kommer i första hand utvärdera om temperaturbehandlingen har effekt på överlevnad, men dessutom utvärderas, med ett enkelt frågebatteri, förekomst av hjärnskada efter sex månader.

FORSKARTIKEL:
Gisela Lilja



Få personer som drabbas av ett hjärtstopp överlever. Även om återupplivningen lyckas finns det risk att personen drabbats av hjärnskador till följd av bristande cirkulation.

Till följd av en hög energiförbrukning och minimala energireserver är vår hjärna särskilt utsatt då hjärtat stannar och inte kan pumpa runt det välbeförliga syret i kroppen. Efter bara några minuters cirkulationsstillestånd börjar nervcellerna ta skada. Vanligt är att patienter som återfår cirkulationen efter sitt hjärtstopp senare avlider pga. svåra hjärnskador.

De som klarar den första kritiska tiden, och skrivs ut från sjukhuset, har däremot mycket sällan svåra hjärnskador och de flesta verkar överleva med en god livskvalitet.

Vanligt är dock att de drabbats av lätta hjärnskador, vilket kan visa sig i form av svårigheter med kognitiva funktioner till exempel nedsatt koncentrationsförmåga, minnessvårigheter eller svårigheter att planera och ta initiativ till aktiviteter. Flera små studier har undersökt detta, och omkring 30-50 procent av patienterna som överlevt ett hjärtstopp verkar ha kognitiva svårigheter i någon grad. Det finns lite skrivet om hur dessa svårigheter påverkar överlevare och

deras anhöriga. Kunskap från andra patientgrupper med liknande symtom exempelvis traumatiska hjärnskador, är att konsekvenserna varierar beroende på vem man är och vad det är för aktiviteter man skall göra i sin vardag. För personer som skall återgå till aktiviteter med höga krav på våra mentala förmågor, till exempel ett krävande arbete, kan även lätta svårigheter få stora konsekvenser. Ofta kan man med hjälp av att ändra sitt sätt att utföra aktiviteter, enkla strategier och hjälpmedel undvika mycket av svårigheterna. Ibland kan dessa mer dolda handikapp omöjliggöra utförandet av vissa aktiviteter, vilket kan vara svårt för omgivningen att förstå. För att få rätt stöd krävs oftast att man kommer i kontakt med personer som arbetar med de svårigheter en hjärnskada kan ge.

Just nu pågår en stor studie, "the Target Temperature Management trial (TTM)". Den undersöker om temperaturbehandling det första dygnet efter hjärtstopp skyddar hjärnan från skada.

TTM-studien kommer i första hand utvärdera om temperaturbehandlingen har effekt på överlevnad, men dessutom utvärderas förekomst av hjärnskada efter sex månader med ett enkelt frågebatteri som utgår från en uppföljningsmetod som vi använt oss av i Lund sedan några år. Ungefär hälften av TTM-patienterna gör dessutom en

fördjupad kognitiv utredning inom en sub-studie som stöds av Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund (ca 230 patienter inkluderade). För dessa patienter har frågebatteriet utökats med ytterligare tester för att få en bättre förståelse för förekomst av kognitiva svårigheter, hur dessa påverkar personens förmåga att återgå till sin vardag, och om det skiljer sig åt mellan gruppen behandlade med 33 eller 36 grader. Studien kommer också att visa om svårigheter hos den överlevande påverkar anhörigas hälsa och upplevelse av börda.

Att undersöka detta närmare kan hjälpa oss att svara på om det enkla testbatteri som används i den stora TTM-studien är tillräckligt känsligt för att finna patienter med kognitiva svårigheter. Vi tror att detta kan vara en bra metod för enkel screening, för att se vilka personer som kan behöva vidare råd, stöd och i vissa fall mer intensiv rehabilitering.

En svårighet med att undersöka en grupp som hastigt insjuknar är att vi inte vet något om hur de varit förut. Därför matchas varannan av patienterna i sub-studien mot en kontrollgrupp av patienter i samma ålder och kön, som drabbats av hjärtinfarkt men inte hjärtstopp. Båda grupperna har liknande sjuklighet och riskfaktorer och har båda varit med om ett trauma sex månader tidigare. Kontrollpatienterna och deras anhöriga får utföra samma frågebatteri som TTM-patienterna.

Att överleva något traumatiskt skall vara förenat med möjligheten att återgå till ett bra liv, både för personen som drabbas och dess anhöriga.

För att kunna ge rätt stöd och support är det viktigt för oss inom vården att förstå vilka svårigheter som kan finnas och hur dessa påverkar. Vi hoppas att denna studie skall kunna vägleda oss ytterligare i vad vi kan förvänta oss för svårigheter hos de som överlever hjärtstopp och leda fram till ett bra vårdprogram.

TTM-STUDIEN

The Target Temperature Management Trial undersöker om nedkylning till 33 grader är mer effektivt än behandling med kontrollerad temperatur, 36 grader hos patienter som överlevt ett hjärtstopp.

Att sänka kroppstemperaturen (terapeutisk hypotermi) efter man återfått cirkulationen används idag ofta som behandlingsmetod, men det är fortfarande oklart vilket som är den bästa temperaturen.

Sista patienten, av 950, inkluderades i januari 2013, varav hälften i varje temperatur grupp. För att inkludera så många patienter har flera centra behövt hjälpas åt, både i Europa och Australien. TTM-studien ger en unik möjlighet att följa en stor grupp patienter som överlevt hjärtstopp. Ungefär hälften av de inkluderade patienterna beräknas överleva. Patienterna som överlevt följs upp efter sex månader med ett besök hos en arbetsterapeut, studie sjuksköterska eller psykolog. Sista uppföljningen planeras till juli 2013.



Påverkas risken att drabbas av förmaksflimmer av arbetsmiljö- och livsstilsfaktorer? I WOLF-projektet pågår nu dataanalyser för att studera om och i så fall hur olika arbetsmiljö- och livsstilsfaktorer kan vara kopplade till risken att drabbas av förmaksflimmer.

Fetma och rökning ökar risken för förmaksflimmer

FÖRMAKSFLIMMER är en vanlig hjärtåkomma som drabbar cirka en procent av den vuxna befolkningen. Risken att drabbas av förmaksflimmer ökar med stigande ålder; det är ovanligt före 50-årsåldern, medan så många som 6-10 procent av de som är 80 år har förmaksflimmer.

Män drabbas oftare än kvinnor i samma ålder, men då kvinnor i genomsnitt lever längre än män så är antalet män och kvinnor i befolkningen som har förmaksflimmer ungefär detsamma.

Symptomen på förmaksflimmer är hjärtklappning, men även andfåddhet, trötthet, yrsel och nedsatt

FORSKARARTIKEL:
Eleonor Fransson



fysisk arbetsförmåga kan förekomma. Symptomens svårighetsgrad kan variera kraftigt mellan olika personer, allt från att man knappt märker av symptomen till att man blir kraftigt påverkad av sjukdomen. En allvarlig komplikation till förmaksflimmer är den ökade risken att drabbas av stroke.

GENOM BIDRAG FRÅN bland andra Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund har vi inom ramen för WOLF (Work, Lipids and Fibrinogen)-projektet fått möjlighet att

studera om och i så fall hur olika arbetsmiljö- och livsstilsfaktorer är kopplade till risk att drabbas av förmaksflimmer.

I WOLF-PROJEKTET deltog under 1990-talet drygt 10000 personer från Stockholms-, Västernorrlands- och Jämtlands län.

Deltagarna besvarade



Fetma och rökning ger en ökad risk för förmaksflimmer, visar WOLF-projektet.

en enkät om arbetsmiljö, livsstil och hälsa, samt deltog i en mindre undersökning med blodprovstagning och mätning av blodtryck, längd och vikt. Inom ramen för projektet har vi sedan via register från sjukhusvård och öppen specialistvård kunnat följa vem som har drabbats av förmaksflimmer under en uppföljningsperiod på i genomsnitt 13 år.

I PROJEKTET KOMMER flera frågeställningar att belysas och analysarbetet pågår fortfarande. Från de första preliminära resultaten har vi observerat, som förväntat, att hög ålder är relaterat till ökad risk att



Eleonor Fransson, docent i epidemiologi och lektor vid Hälsohögskolan i Jönköping, leder en studie som genom WOLF (Work, Lipids and Fibrinogen)-projektet studerar om och i så fall hur olika arbetsmiljö- och livsstilsfaktorer är kopplade till risk att drabbas av förmaksflimmer.

drabbas av förmaksflimmer och att män drabbas i högre grad än kvinnor.

DE SOM REDAN vid studiens början rapporterade att de

hade hjärtsvikt eller haft en hjärtinfarkt hade också klart högre risk att under uppföljningsperioden drabbas av förmaksflimmer.

Vi kunde även se ett tyd-

SAMMANFATTNING

Förmaksflimmer är en vanlig hjärtsjukdom som drabbar ungefär en procent av den vuxna befolkningen.

En allvarlig komplikation till förmaksflimmer är den ökade risken att drabbas av stroke.

I WOLF-projektet pågår nu dataanalyser för att studera om och i så fall hur olika arbetsmiljö- och livsstilsfaktorer kan vara kopplade till risken att drabbas av förmaksflimmer. Hittills har analyserna visat att ökande ålder, högt blodtryck, och tidigare hjärtsjukdom i form av hjärtsvikt och hjärtinfarkt ger en ökad risk för förmaksflimmer, samt att män drabbas oftare än kvinnor. Fetma och rökning ger också en ökad risk, medan något tydligt samband mellan ett stressigt arbete eller skiftarbete inte har kunnat ses.

ligt samband mellan högt blodtryck och förmaksflimmer.

VAD GÄLLER livsstilsfaktorer har vi sett att fetma (body mass index >30) och rökning ger en ökad risk.

De första analyserna av arbetsmiljöfaktorer i form av arbetsrelaterad stress (här definierat som att en person har höga krav och samtidigt låg kontroll på jobbet) och skiftarbete tyder inte på något starkt samband mellan dessa faktorer och risken att drabbas av förmaksflimmer under uppföljningstiden.

ARBETET I PROJEKTET går vidare och fördjupade ana-

lyser av sambandet mellan arbetsmiljö- och livsstilsfaktorer och förmaksflimmer kommer göras.

EN DEL AV studiedeltagarna besvarade en ny enkät i början av 2000-talet. Det innebär att man för den gruppen kan studera hur risken för förmaksflimmer påverkas om man till exempel har rapporterat arbetsrelaterad stress vid båda tillfällena, endast vid ett tillfälle, eller inte alls. ■

För WOLF:s projektgrupp:
Eleonor Fransson, docent i epidemiologi och lektor vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Hallå där! Mona Schlyter, sjuk- sköterska och en av tre ledamöter i forsk- ningsrådet.

Vad fyller Hjärt- och Lung- sjukas Riksförbunds forsk- ningsfond för funktion?

- Forskningsfonden priori-
terar och stöttar
forskning som är
nära både klini-
ker och patien-
ter. Även om det
finns undantag
så är det ofta
mindre studier som får stöd.
Det man vill se är att forsk-
ningen ska kunna komma ut i
den kliniska verkligheten och
på ett direkt sätt gynna hjärt-
eller lungsjuka patienter.



Gör den det?

- Ja, det finns många
sjuksköterskor ute på av-
delningarna som berättat att
de kunnat ta till sig forsk-
ningsresultaten och kunnat
använda dem direkt i vården.
Ett exempel är studien med
hjärtsviktspatienter som
använder tv-spelet Wii.

Vad tittar du på i ansök- ningarna?

- För det första att den
passar med den forsknings-
inriktning som är avsikten
med fonden. Att det finns
en bra vetenskaplig grund,
en realistisk projektplan och
att det står klart och tydligt
hur pengarna ska användas.
Har sökanden fått pengar
tidigare så vill man se att de
har åstadkommit något.

Vad tror du blir den vikt- gaste frågan inom hjärtfor- skningen i framtiden?

- En svår fråga men jag
tycker att primärprevention,
att förebygga hjärtsjukdomar
är en mycket viktig fråga.
Här behöver vi se över infor-
mationen.

Magnus Östnäs



Foto: Magnus Östnäs

Genom forskningsfonden stöder Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund patientnära forskning.

Miljoner i stöd till patientnära forskning

**Sedan 2003 har
Hjärt- och Lungsjukas
Riksförbunds forsk-
ningsfond delat ut sam-
manlagt 20 miljoner
kronor till patientnära
forskning.**

Hjärt- och Lungsjukas

Riksförbund tar årligen emot
ansökningar från cirka 50
forskningsprojekt som söker
ekonomiskt stöd från vår
forskningsfond. Ansökning-
arna är jämt fördelade över
landet från de större universi-
teten och har olika inriktning.

Hjärt- och Lungsjukas Riks-
förbund välkomnar forskning
som har stor patientnytta,
gärna inom rehabilitering och
prevention.

Riksförbundets vetenskap-
liga forskningsråd går igenom
alla ansökningar och gör en
värdering av det vetenskapliga

innehållet, om det
finns kompetens
i forskargruppen,
patientnytta och
genomförbarhet.

Forskningsrådet
har ingen beslu-
tanderätt, utan
lämnar bara sina
rekommendationer
utifrån ett veten-
skapligt perspektiv.

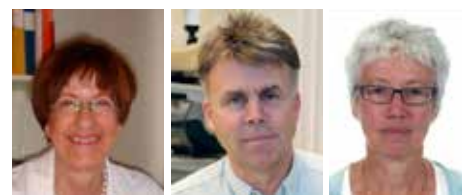
Det är förbundsstyrelsen
som beslutar vilka projekt som
ska erhålla stöd med utgångs-
punkt från forskningsrådets
synpunkter.

Forskningsrådet består

av tre ledamöter med en
mandattid på tre år. Dagens
råd utgörs av lungläkare Anne
Lindberg, hjärtläkare Per Torn-
vall och sjuksköterskan Mona
Schlyter.

Projektansökningar ska vara
riksförbundet tillhanda senast
den sista september.

Mer information finns att



**Mona Schlyter, Per Tornvall och Anne Lind-
berg utgör Hjärt- och Lungsjukas Riks-
förbunds forskningsråd.**

läsa på www.hjart-lung.se/
forskning

FORSKNINGSFONDEN

Hjärt- och Lungsjukas
Riksförbund stöder
vetenskaplig forskning
om hjärtsjukdomar och
lungsjukdomar, speciellt
inom rehabilitering och
prevention. Medel ges fö-
reträddelsevis till patientnära
forskning som förbättrar
livsvillkoren och livskvalite-
ten för personer med hjärt-
sjukdom och lungsjukdom.

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbunds bidrag till forskningen 2012

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund delar varje år ut pengar till forsk- ning i Sverige.

I år delas sammanlagt
2 300 000 kronor ut till

olika forskningsprojekt. I
faktarutan nedan kan du se
vilka projekt och hur mycket
stöd de fått 2012. Forsknings-
fonden stödjer i första hand
forskning inom prevention och
rehabilitering.

**Vill du stödja forskningen?
Du kan enkelt skänka en
gåva till forskning via vår
hemsida, www.hjart-lung.se
eller via vårt gåvopostgiro
90 10 10-9.**



Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
är anslutet till Svensk insamlingskon-
troll som kontrollerar att pengarna
används på rätt sätt.

BEVILJADE ANSÖKNINGAR 2012

Problem-based learning in PRIMARY care after an event of CORONARY artery disease: a randomised study of long-term effects on beliefs, self-efficacy and empowerment (COR-PRIM study). Anita Kärrer, Tiny Jaarsma, ISV, Linköpings universitet 110.400 kr

Gruppintervention i Primärvården för att förbättra symtom- och funktionshantering samt upplevelse av delaktighet bland patienter med KOL och/eller hjärtsvikt. Kersti Theander, Peter Egfeldt, Primärvårdens FoU-enhet, avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet. 108.300 kr

Kan en internetbaserad intervention baserad på KBT lindra depressiva symtom hos personer med hjärtsvikt? Peter Johanson, Kardiologiska kliniken, Linköpings universitetssjukhus. 156.500 kr

Förbättrad fysisk funktionsförmåga för patienter med kronisk hjärtsvikt genom användning av Nintendo Wii: en randomiserad kontrollerad studie. Tiny Jaarsma, Anna Strömberg, ISV, Linköpings Universitet. 249.700 kr

Neurologisk uppföljning och Kognitivt handikapp efter hjärtstillestånd. Tobias Cronberg, Gisela Lilja, Neurologiska kliniken, Skånes Univsjh, Lund. 83.600 kr

Patienters upplevelser, bedömningar och beslutsfattande i samband med insjuknande i akut hjärtinfarkt. Carolin Nymark, Anna Kiessling, Danderyds sjukhus. 39.600 kr

Ett nytt koncept för livsstilsförändring, matordning på recept (MoR) genom motiverande samtal, stödgrupper och mobila tjänster. Gunnar Johansson, Högskolan i Halmstad. 147.000 kr

Effekt på lungfunktion och metabolism av viktnedgång och behandling av andningsstörning under sömn. Eva Lindberg, Lung- och Allergikliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala. 244.900 kr

Hjärt hälsa hos ungdomar med fetma. Vilket ger bäst resultat, träning eller medicin? En randomiserad kontrollerad interventionsstudie. Maria Westerståhl, Karolinska Institutet, Stockholm. 114.100 kr

Kylbehandling efter hjärtstopp – Patienters livskvalitet och function kopplat till hjärnskademarkörer som närstående upplever: uppföljning i 6 månader. Ing-Marie Larsson, Ewa Wallin, Centralintensiven Uppsala Akademiska sjukhus. 177.100 kr.

Vilka faktorer påverkar sjukdomskontroll, exacerbationer, livskvalitet samt mortalitet hos patienter med astma och KOL – en sexårsuppföljning. Björn Stållberg, Christer Janson, Gagnefs vårdcentral. 119.300 kr.

Livsstilsförändringar vid obstruktivt sömnapné syndrom. Skräddarsydd beteendemedicinsk behandling för främjande av fysisk aktivitet och sund matvanor. Helena Igelström, Pernilla Åsenlöf, Institutet för Neurovetenskap, Uppsala universitet. 207.600 kr.

Minskat antal nedre luftvägsinfektioner hos lungsjuka eller lungtransplanterade patienter med hjälp av värmedesinficerade handfat. Åsa Melhus, Klinisk Mikrobiologi, Uppsala Akademiska sjukhus. 154.200 kr

Ökad fysisk aktivitetsnivå och tidig upptäckt av försämringsperioder hos patienter med KOL. Nya möjligheter med webbaserade system. Karin Wadell, Inst Samhällsmedicin och Rehabilitering, Umeå universitet 220.700 kr

Fysisk aktivitet, träning och prestationsförmåga vid medfödda hjärtfel hos vuxna. Camilla Sandberg, Bengt Johansson, Hjärtcentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå. 167.000 kr

Pedagogik som tillvaratar gruppdynamik, eget ansvar och lärande om levnadsvanors betydelse efter en händelse av kranskärslsjukdom är utgångspunkten för en studie vid Hälsouniversitetet, Linköpings universitet.

Problembaserad patientutbildning i primärvård eller patientinformationsbroschyrer i brevlådan ett år efter kranskärslsjukdom – det är två metoder som ska jämföras.

Text: **Anita Kärner, disputerad sjuksköterska, lektor i omvårdnad.**

Foto: **Privat.**

Utbildningen som ska stärka patienten

COR-PRIM-STUDIEN, är en del av ett omfattande program vid institutionen för samhälls- och välfärdsstudier vid Linköpings universitet med målsättning att lära sig leva livslångt med ohälsa. Målet är att genom strukturerat stöd i primärvården, som bygger på teori om delaktighet och eget ansvar, stärka patienter som genomgått till exempel hjärtinfarkt, ballongvidgning av kranskärl eller kranskärlsopererats, att

hantera livet trots sjukdomen och dess konsekvenser. COR (betyder hjärta på latin) och PRIM står för att studien är lokaliserad till primärvård. Idag erbjuds patienterna hjärtrehabilitering i slutenvården under cirka tre månader och enligt forskning är fokus ofta inriktad på följsamhet till medicinsk behandling.

I VÅR STUDIE vill vi fokusera på "empowerment" som signalerar att patienten gör

egna informerade val kring sitt liv och sin hälsa. Studien ska testa om problem-baserat lärande (PBL) i patientutbildning i jämförelse med att skriftlig patientinformation skickas hem under studieåret förbättrar empowerment och föreställningar om levnadsvanor.

SEDAN TIDIGARE är det känt att framsteg i behandling och förändringar av levnadsvanor efter kranskärslsjukdom positivt påverkar

nyinsjuknande och återfall. Dödligheten har nästan halverats i jämförelse med för 20 år sedan.

Trots det är kranskärslsjukdomen en av våra stora folksjukdomar bland män och kvinnor i de flesta europeiska länder. Dagligen insjuknar 110 svenskar i hjärtinfarkt, omkring 60 procent överlever och har sjukdomen livslångt.

Ett drygt år efter påbörjad medicinering för kranskärslsjukdom, röker nästan var femte patient och drygt hälften

har förhöjda kolesterolvärden. Hur kan det förklaras?

TIDIGARE STUDIER visar att personen strävar efter att skapa balans mellan de egna resurserna och de problem som upplevs för att återskapa trygghet i vardagen. Återhämtningen kan liknas vid en kris som utmanar vardagslivet och levnadsvanorna.

Vi har preliminära fynd från fokusgruppsintervjuer, genomförda inför patientut-

bildningsstarten, som visar att föreställningar om levnadsvanor influeras av önskan om ett gott liv.

Patienterna har en föreställning om att de vill leva upp till den norm som hälso- och sjukvården har gällande medicinering och levnadsvanor. Därför blir det bekymmer när de känner sig rädda för överansträngning i samband med motionsaktiviteter.

Föreställningar om att äta hälsosamt framkommer

också men råden upplevs som motsägelsefulla vilket skapar osäkerhet. Medicinering beskrivs som viktig men inte till priset av alla biverkningar. Patienterna behöver stöd från hälso- och sjukvården för att kunna ta ansvar för levnadsvanorna men blir osäkra när stödet från vården inte blir som förväntat.

Fynd utgör en utgångspunkt för patienternas lärande och förändring som i sin tur kan leda till personlig utveckling och förståelse

kring hur levnadsvanor och medicinering kan hanteras.

STUDIEN AVSER att bidra till att patienter med kranskärslsjukdom blir stärkta i att hantera sjukdomen och dess konsekvenser i vardagslivet. Vidare fördjupas kunskapen om vilken effekt PBL har långsiktig på levnadsvanorna. Resultaten anses relevanta att generalisera till patienter med liknande hjärt- och lungsjukdomar. ■



Experimentgruppen lär om egenvård med hjälp av problembaserat lärande vid tretton tillfällen under ett år genom handledning av distriktssköterska. Patienterna söker egen kunskap som värderas, problematiseras och tillämpas i vardagslivet.

COR-PRIM-STUDIEN BEDRIVS I PRIMÄRVÅRDEN

Studiestart september 2011. Ett sjukhus och sex vårdcentraler i Östra Östergötland ingår.

165 patienter (hälften kontroller) med kranskärslsjukdom ska inkluderas sex månader till ett år efter insjuknande/behandling. Åttio patienter har inkluderats.

Alla patienter beräknas vara inkluderade hösten 2014.

Medicinska- och beteendemässiga mätningar samt gruppintervjuer om levnadsvanor genomförs innan patienterna lottas till experiment- eller kontrollgrupp. Uppföljning av mätningarna sker efter ett, tre och fem år.

Pedagogiska interventioner: Experimentgruppen lär om egenvård med hjälp av PBL vid 13 tillfällen under ett år genom handledning av distriktssköterska. Patienterna söker egen kunskap som värderas, problematiseras och tillämpas i vardagslivet. Läkare, dietist och sjukgymnast är exempel på resurspersoner som

inbjuds till PBL-grupperna för att besvara frågor som patienterna inte löser. Kontrollgruppen får broschyrer med patientinformation om egenvård hemskickad.

Distriktssköterskor som genomgått handledarutbildningen utgör en mycket viktig resurs för studiens genomförande.

FORSKARGRUPPEN – COR-PRIM-STUDIEN

Den multidisciplinära forskargruppen består av juniora och seniora forskare anställda vid Linköpings Universitet (LiU) eller Landstinget i Östergötland (LiÖ). Projektledare är Anita Kärner, disputerad sjuksköterska, lektor i omvårdnad, Tiny Jaarsma, är professor i omvårdnad, Staffan Nilsson, är



Forskargruppen.

distriktsläkare och lektor i allmänmedicin, Pia Tingström, disputerad sjuksköterska, lektor i omvårdnad. Lena

Dahl, disputerad sjuksköterska, lektor i pedagogik och Madeleine Abrandt Dahlgren, professor i pedagogik (från LiU). Från LiÖ medverkar Agneta Andersson, disputerad hälsoekonom och Ann-Britt Wiréhn, disputerad statistiker. Roland Carlstein, forskningspartner från Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund.

Flera studenter på olika nivåer har medverkat i studien genom att skriva examensarbeten: Victoria Grönlund & Anna Carlsson, magisterarbete i distriktssköterskeutbildningen, Lisa Hjelmfors, masterarbete i medicinsk pedagogik och Johannes Arnell, läkarprogrammet, för att nämna några.

Stressad personal och opersonligt bemötande var den främsta källan till att patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom upplevde brister i vården, vilket i sin tur skapade otrygghet, det visar en intervjustudie från Angereds närsjukhus i Göteborg. För att patienter med KOL-sjukdom ska få en optimal vård och bli en mer prioriterad patientgrupp är det viktigt att personalen arbetar med bemötandefrågor och att man ger utrymme till utbildning och forskning på sjukdomen, menar uppsats-skrivarna.

Stressad personal ger otrygghet i KOL-vården

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en allvarlig sjukdom som karaktäriseras bland annat av andnöd, trötthet, depression, sömnsvårigheter och för tidig död.

I Sverige är drygt en halv miljon drabbade och sjukdomen ökar i förekomst. Ungefär 20 procent av de individer som lider av sjukdomen är diagnostiserade och kända av sjukvården.

Det är viktigt att KOL-patienter får god vård och den skall ges på lika villkor för hela befolkningen med respekt för alla människors lika värde. Ett gott bemötande är avgörande för hur patienter upplever omvårdnaden. Individuellt anpassad information till patienten är en förutsättning för att de skall bli delaktiga i sin vård.

Tidigare forskning visar att ungefär en tredjedel av patienterna någon gång har upplevt sig illa bemötta när de sökt vård. Det visar sig att information om sjukdom och behandling är av stor betydelse.

MAGISTERUPPSATS

Maria Svensson

Susanne Stenberg



Intervjustudie

Upplevelser av vårdkontakter för svårt sjuka patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) – en intervjustudie från Angereds närsjukhus.

Patienter med svår KOL lider av allvarliga symtom och har därför stort behov av välfungerande vårdkontakter. Flera studier har visat att många patienter upplever en bristande information gällande sjukdomstillstånd från sjukvårdens sida.

Syfte: Att undersöka hur patienter med svår KOL upplever bemötande och information från sjukvården.

Metod: Intervjuer har genomförts med 31 patienter som lider av KOL (grad 3-4). Patienterna rekryterades från

Tema	Kategori	Subkategori
Trygghet	Fungerande vård	God omvårdnad Gott bemötande Tillgänglighet
	Information	Kunskap om sjukdom God kommunikation
Otrygghet	Brister i vården	Bristande omvårdnad Bristande bemötande Bristande tillgänglighet
	Bristande information	Bristande kunskap om sjukdom Bristande kommunikation

Angereds närsjukhus som har specialinriktning mot lungsjukdomar i ett område med stor andel rökare.

Frågor som rör patienters upplevelser av bemötande och information inom sjukvården har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

För många patienter med svår KOL var kontakten med sjukvården inget som skedde lättvindigt. Det kunde finnas en oro många dagar i förväg för hur man överhuvud taget skulle orka förflytta sig hemifrån. Även rädsla för att läkaren kan lämna negativa besked avseende sjukdomen kunde bidra till oro och ångest.

Genom analysen av 31 intervjuer framkom två huvudteman: vad som skapar trygghet respektive otrygghet för svårt sjuka patienter med KOL i kontakten med sjukvården.



SAMMANFATTNING

Syfte: Att undersöka hur patienter med svår KOL upplever bemötande och information från sjukvården.

Metod: Intervjuer har genomförts med 31 patienter som lider av KOL (grad 3-4). Patienterna rekryterades från Angereds Närsjukhus som har specialinriktning mot lungsjukdomar i ett område med stor andel rökare. Frågor som rör patienters upplevelser av bemötande och information inom sjukvården har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: För många patienter med svår KOL var kontakten med sjukvården inget som skedde lättvindigt. Det kunde finnas en oro många dagar i förväg för hur man överhuvud taget skulle orka förflytta sig hemifrån. Även rädsla för att läkaren kan lämna negativa besked avseende sjukdomen kunde bidra till oro och ångest.

Tema: Trygghet

Fungerande vård/God omvårdnad

De flesta informanterna uttryckte att de var nöjda med vården på närsjukhuset. Det som framkom i intervjuerna var att god omvårdnad till stor del handlar om personalens förhållningssätt. Att som patient uppleva att personalen genuint brydde sig om hur man mätte var en källa till trygghet.

"... när jag var här förra veckan i torsdags jag var väldigt dålig. Jag menar hon ringde hem dagen efter för att kolla och ringde hem på måndag och. Bara sånt, vilket sjukhus gör det?"

Engagemang och hjälpsamhet hos personalen på närsjukhuset föreföll genomgående vara hela personalgruppen. En patient gav en ingående beskrivning av hur han blev erbjuden vatten av en av läkarna när han suttit i väntrummet och hostat. Att läkaren

visade engagemang även utanför sitt arbetsrum var ett uttryck för en god omvårdnad. Tacksamheten över den goda omvårdnaden och förtroende för personalen var en källa till trygghet.

Gott bemötande

En annan aspekt som skapade trygghet för patienterna på närsjukhuset var upplevelsen av personalens personliga bemötande. Det var lättare att skapa en personlig kontakt på en mindre enhet såsom på närsjukhuset jämfört med de större sjukhusen i regionen. Det personliga bemötandet kunde ta sig i uttryck genom att personalen hälsade när patienterna kom innanför entrédörren. Att personal hälsade på patienterna var en betydande orsak till att de kände sig välkomna och "sedda".

"Jag tycker att alla har varit personliga så man känner att de ser patienten."

"och sedan säger alla att här är det bara ånglar. Alla

säger att det finns ingen finare vård än här."

Det fanns också goda upplevelser av bemötanden på akut- och vårdavdelning på ett av de stora sjukhusen i regionen. En patient förundrades över att alla tog väl hand om henne och dessutom ägnade uppmärksamhet åt hennes minderåriga son genom att hämta spel och ordna mat när väntan blev för lång. Det goda bemötandet var särskilt viktigt och skapade trygghet i en utsatt situation som vid exacerbationer.

Att känna sig tagen på allvar var av stor betydelse för upplevelsen av ett gott bemötande och att personalen tog sig tid att lyssna. En kvinna beskrev hur kontakten med närsjukhuset fått henne att för första gången känna sig tagen på allvar. Detta skapade känsla av att känna sig sedd.

"Jag hade med mig två frågor idag... sköterskan tog med sig frågorna direkt till läkaren och jag fick svar på

en gång. Det betyder otroligt mycket att få respons på en gång på de frågor och undringar man har. För då känner man att man är sedd..."

Tillgänglighet

En tillgänglig vård skapade trygghet för patienterna. Det kunde innebära att ha en fast vårdkontakt, att regelbundet bli kallad till läkarbesök och provtagning eller att veta att man kunde ringa till närsjukhuset när man hade frågor. Det fanns även ett KOL-team som kunde göra hembesök efter hemkomst från sjukhus efter inläggande vård. Bara vetskapen om tillgänglig vård, skapade trygghet.

Information

Kunskap om KOL är viktigt för att förstå sambanden mellan symtom och mående. En del patienter skaffade sig själva kunskap, medan andra fick kunskap om sjukdomen genom råd och information

Fortsättning s. 30

från sjukvården eller genom "KOL-skolan".

"Jag får förklaring på allt. Jag kunde fråga om allt. Speciellt läkaren här, han är jättesnäll människa, han förklarar, han visar på datorn, mina lungor, allt."

God kommunikation

Alla patienter har individuella behov av hur och vilken information de önskar sig från sjukvårdspersonalen.

En god kommunikation innebär att personalen var lyhörd och hade en förmåga att läsa av patientens signaler. Detta upplevdes som mycket viktigt och kunde skapa trygghet.

Tema: otrygghet

Brister i vården

Bristande omvårdnad

Det framkom att patienterna gav uttryck för bristande omvårdnad i någon form. Stressad personal och platsbrist, speciellt på storsjukhus, samt upplevelsen av att inte få adekvat vård, eller att man "bollas runt", var ett hinder för god omvårdnad och skapade otrygghet.

"Ja, de vet ingenting. Nya läkare som inte känner mig. Skall de bara titta i journalerna så ändrar de mediciner och grejer. Ja visst och sedan skickar de hem mig efter ett par dagar. Ja visst då är jag lika dålig när de skickar hem mig."

Bristande bemötande

Ett bristande bemötande karakteriserades av att inte känna sig personligt bemött och sedd. Man kände sig som en i mängden vid besök på de stora sjukhusen i regionen. Någon upplevde att datoriseringen inom sjukvården förhindrade kontakt med läkaren, vilket medförde att patienterna inte kände sig sedda när de besökte vårdcentralen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
... när jag var här förra veckan i torsdags jag var väldigt dålig. Jag menar sköterskan ringde hem dagen efter för att kolla och ringde hem på måndag och.. Bara sånt, vilket sjukhus gör det.	Jag var här förra veckan, var väldigt dålig. Hon ringde hem dagen efter för att kolla.	Engagerad personal	God omvårdnad	Fungerande vård	Trygghet

Bristande tillgänglighet

Bristande tillgänglighet kunde te sig på skilda sätt för olika individer. För de sjukaste patienterna skulle tillgängligheten av vården ha underlättats med fler hembesök. En kvinna tog upp att avsaknaden av en astma- och KOL-sjuksköterska på vårdcentralen orsakade problem för henne. Svårigheter att få läkartid på vårdcentral och till sjukhusen i regionen, poängterades.

Bristande information

Bristande kunskap om sjukdom

Många patienter saknade kunskap om sin sjukdom, men många ville heller inte ha det, kanske för att man var rädd för att veta för mycket. Någon hade fått broschyrer om KOL men hade inte läst den.

"... jag har någonting i lungorna men vete fasen vad det är." (man med KOL grad 4)

Bristande kommunikation

Otydlig information från läkare, speciellt vid språkförbistring, gjorde att patienterna kunde känna otrygghet. Att en läkare inte lämnade besked om orsa-

ker kring behandling och vård kunde skapa otrygghet hos patienterna.

"Jag tycker att hålla på o ta prover och skicka hit och dit och fram o tillbaka. Jag får ju inte veta någonting om varför jag gör detta... Jag är så orolig... när jag inte får veta nåt."

Diskussion

Överlag framkom

att informanterna var nöjda med vården på närsjukhuset.

Det som tydligt framträdde var personalens förhållningssätt. Personalen på närsjukhuset visade upp ett engagemang som beskrevs som något utöver det vanliga inom sjukvården.

En annan anledning till att patienterna var nöjda med vården på närsjukhuset var upplevelsen av en personlig kontakt med personalen. Sannolikt kan detta möjliggöras lättare på en mindre enhet såsom närsjukhuset.

En annan trolig faktor kan vara att personalens förhållningssätt gentemot patienterna är en fråga som prioriteras i ledningen och är ständigt på agendan inom personalgruppen.

I vårdpersonalens profes-

sion ligger att bemöta varje patient som en unik person. Dessa frågor om respekt och bemötande arbetas regelbundet med inom närsjukhuset.

Ändå var det ytterst enkla handlingar som gjorde att patienterna kände sig personligt bemötta och sedda - som att hälsa på patienterna eller ge ett glas vatten. Dessa handlingar varken kostar tid eller pengar utan är ett uttryck för ett medvetet förhållningssätt. Känslan att bli tagen på allvar och att personalen tar sig tid att lyssna har en väsentlig betydelse i upplevelsen av ett gott bemötande.

För många patienter, och inte minst en utsatt grupp som de med svår KOL, är det av största vikt att känna sig trygga med vetskapen att kunna få vård när behov finns.

Stressad personal och opersonligt bemötande är däremot den främsta källan till att patienter upplevde brister i vården, vilket i sin tur skapade otrygghet.

För att patienter med KOL-sjukdom ska få en optimal vård och bli en bättre prioriterad patientgrupp, är det viktigt att personalen fortsätter att arbeta med bemötandefrågor och att man ger utrymme till utbildning och forskning inom KOL-området. ■

Spara med hjärtat

Låt pengarna växa samtidigt som de verkar för en god sak. Spara i Swedbank Robur Humanfond så bidrar du årligen med två procent av din fondförmögenhet till Hjärt- och Lungsjukas Riksförbunds viktiga arbete. I Humanfond investerar vi i svenska företag som tar ansvar för vår omvärld. Mer information om ideellt fondsparande hittar du på swedbank.se/hjartlung

Swedbank Robur i stolt samarbete med Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund



Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. På grund av fondens sammansättning och de förvaltningsmetoder som används, så kan pengar som placeras i fonden både minska och öka kraftigt i värde och det är inte säkert att du får tillbaka hela det insatta kapitalet. Faktablad, informationsbrochyrer och fondbestämmelser för Swedbank Roburs fonder finns att hämta hos din återförsäljare eller på swedbankrobur.se



CoaguChek® XS

*Enkel självkontroll av AK-behandling**



AK-behandling* - en del av ditt liv? Välj självkontroll med CoaguChek XS

CoaguChek®
Because it's my life

- ▶ **Ökad säkerhet** – tack vare tätare kontroll av din behandling
- ▶ **Ökad frihet** – testa dig när som helst, var som helst
- ▶ **Ökad kontroll** – ta själv aktiv del i din hälsa

www.coaguchek.se