

FORSKNING_s

STATUS 

2014

**HJÄRTDOKTORN SOM
FÅR PATIENTERNA
ATT SPRINGA**

**MÅNGA MYTER
KRING ICD VID
LIVETS SLUT**

**Hon forskar på
brustna hjärtan**

**NY VÅRDFORM GAV
HJÄRTSVIKTSSJUKA
BÄTTRE HÄLSA**

**RIKTAD HJÄRTREHAB
FÖR 80-PLUSSARE**

**Omvårdnad - från
Florence till akademien**

Varsågod! Ett helt nummer med vår egen forskning!

I DENNA VACKRA SOMMARTID när vi nyss avslutat en extrakongress med 75-årsjubileum och forskningsseminarier, är det härligt att glädjas åt vårt fantastiska förbund.

Först och främst ett varmt tack för det fortsatta förtroendet att få leda vårt fina förbund HjärtLung. Jag känner mig stolt och glad över mycket, men i denna ledare ska jag fokusera på forskningen eftersom du nu håller en rykande färsk ForskningsStatus i din hand.

I samband med vår extrakongress lyfte vi fram forskningsfrågorna inom våra områden. Vi fick fantastiska presentationer av forskare som fått del av medel från vår forskningsfond. En av dem kan du läsa om här: Gunnar Johansson som utvecklar en kostrådgivning på recept.

VI HAR FORSKNINGEN ATT TACKA för mycket av utvecklingen i sjukvården. Jag kan också konstatera att den patientnära forskningen, med fokus på rehabilitering, förebyggande arbete och omvårdnad, trots alla medicinska framgångar, fyller en otroligt viktig funktion. Och det är just den forskningen som HjärtLung fokuserar på.

Forskning som står patienten nära behöver allt stöd den kan få. Jag är glad att vi bidragit med 23 miljoner under de senaste 10 åren.

I detta nummer av ForskningsStatus kan du se flera exempel på hur vårt arbete och vårt stöd utvecklat forskningen och även sått frön i den kliniska praktiken, läs till exempel om hjärtläkaren som löptränar med patienterna.

Jag ska inte upprepa allt som står i tidningen, bara hoppas att du med

intresse tar del av innehållet. Själv fastnade jag för artikeln om brustet hjärta. Den artikeln visar verkligen att forskning på kvinnohjärtan behövs och jag ser med spänning fram emot slutresultatet.

ATT FÖREBYGGA OCH LEVA med en kronisk sjukdom kräver kunskap och stöd men du kan också bidra väldigt mycket själv för en ökad livskvalitet. De allra flesta av oss mår bra av fysisk aktivitet.

Cirka 85 procent av sjukvårdens kostnader går till patienter som är äldre och till patienter med kroniska sjukdomar. Min övertygelse är att dessa kostnader skulle kunna sänkas och livskvaliteten öka om det fanns ett större fokus på dessa grupper. Trots en bra medicinsk utveckling och bra sjukvård är Sverige långt ifrån att ha en jämlik vård där vård ges efter behov.

JAG VILL SLUTA DENNA LEDARE som jag gjorde för ett år sedan.

Olika sjukdomar och läkemedel påverkar både kropp och själ. Om vi ska klara av att leva med en kronisk sjukdom är det nödvändigt att vi behandlas som en helhet, inte styckevis och delat. Se hela människan.

Lev väl, rör dig lagom, ät med förstånd och ha en fantastisk sommar!




Inger Ros,
förbundsordförande.

FOTO: Magnus Östnäs

” Den patientnära forskningen fyller en otroligt viktig funktion.

STATUS

Status
Riksförbundet HjärtLung
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
6 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. Riksförbundet HjärtLung tar inte ansvar för produkter och tjänster i tidningens annonser.

OMSLAGSBILD
Magnus Östnäs



Sara forskar i brustna hjärtan - takotsubo	6
Hjärtrehab för äldre över 80 år	8
Ny hjärtviktsvård gav bättre hälsa	10
Ångest vanligt vid KOL	12
Florence Nightingale startade en disciplin	16
Hjärtdoktorn botar rädda i löparspåret	20
MoR ska hjälpa dig hålla vikten	22
Rådgivningen behöver ses över efter PCI	26
Många myter kring ICD vid livets slut	28





Fysisk träning vid förmaksflimmer

Förmaksflimmer är den vanligaste hjärtrytmrubbningen hos äldre. Det är också en av de vanligaste anledningarna till sjukhusvård.

Äldre personer med förmaksflimmer undviker ofta fysisk aktivitet på grund av symtom som hjärtklappning, oro och trötthet.

De erbjuds därför sällan hjärtrehabilitering.

På Göteborgs universitet pågår nu en studie där en forskargrupp undersöker effekten av sjukgymnastledd fysisk träning i grupp eller muntliga råd om fysisk träning.

Syftet är att kunna stärka evidensen för vikten av fysisk träning som behandling för de här patienterna.

Sjukgymnastik vid lungkirurgi

Sjukgymnastikbehandling i samband med lungkirurgi.

Lungcancer är en av de vanligaste cancer typerna i Sverige och den cancerform som orsakar flest dödsfall. I Sverige får ungefär 3 700 personer varje år diagnosen lungcancer. Av dessa genomgår 20 procent kirurgi.

På universitetssjukhuset i Örebro undersöker nu sjukgymnast Marcus Jonsson om sjukgymnastisk behandling under sjukhusvistelsen, i samband med lungkirurgi, har effekt på sådant som lungfunktionen, fysisk prestationsförmåga och livskvalitet.

Totalt 106 patienter inkluderas i studien. Patienterna undersöks vid hemgång, tre månader och upp till ett år efter kirurgin.



Grannar skiljs åt av antal hjärtsjuka

Bara fyra mil skiljer dem åt - men den ena staden har många fler drabbade av hjärtsjukdom. Nu ska forskning ta reda på varför.

Städerna Linköping och Norrköping ligger på fyra mils avstånd och tillhör samma landsting. Men senare forskning har visat att det finns betydande folkhälsoskillnader mellan städerna.

Invånarna i den gamla industristaden Norrköping är till exempel betydligt

mer drabbade av hjärtsjukdom, jämfört med den tjänstemannainriktade staden Linköping. Det gäller både män och kvinnor, men framförallt yngre medelålders kvinnor.

PÅ LINKÖPINGS universitet arbetar nu en forskargrupp med syftet att undersöka om det finns faktorer i den sociala miljön eller individuella förhållanden som kan förklara skillnaderna.

Som ett led i arbetet genomfördes en kvalitativ

studie av ett antal kvinnor i de båda städerna.

– Studien visade tydligt att det fanns en klar psykosocial problematik. Rökning, högt blodtryck men också en trasig livssituation, säger projektledare Carina Wennerholm.

UNDER VÅREN 2014 har Carina Wennerholm också inlett ett samarbete med forskare i Edinburgh. Syftet är att undersöka jämförande förhållanden mellan Edinburgh och Glasgow.

Hallå där! Vad blir den viktigaste frågan inom hjärt- eller lungforskningen i framtiden?

Andrei Malinowski, docent och leg. läkare, Uppsala universitet.



– Jag tror det blir två viktiga riktningar inom KOL- och astmaforskningen. Det handlar om att individanpassa behandlingen samt en hemmamonitorering (hemmavakning) av sjukdomen.

Carina Wennerholm, doktorand vid Institutionen för Medicin och Hälsa vid Linköpings universitet:



– Jag tror att det blir viktigare med det förebyggande arbetet. Det rör inte minst de sociala bitarna, som dock är knepigare att komma åt.

Patrik Lyngå, leg, sjuksköterska, hjärtkliniken på Sös:



– Den nya kunskapen med nya tekniska rön som vi nu forskar fram. Hur kan vi förmedla den till våra patienter och hur ska vi kunna utveckla framgångsrika samarbetsformer mellan patienter och vårdgivare.

KBT halverade depressionssymtom

Internetbaserad KBT kan halvera mängden depressionssymtom hos personer med hjärtsvikt, visar en pågående studie.

Depression är både vanligt och farligt vid hjärtsvikt, men behandlingsbart. Upp till hälften av alla med hjärtsvikt lider av depression.

Nu genomför en forskargrupp på Hälsouniversitetet i Linköping en studie där man undersöker om kognitiv beteendeterapi, KBT, förmedlad över internet kan användas för att lindra depression hos hjärtsviktspatienter.

Den uppföljning som hittills gjorts, visar att



Forskningspartner Stig Lodén.

man kunde halvera mängden depressionssymtom med den internetbaserade terapin.

Studien omfattar ett tioveckorsprogram där uppföljning sker efter nio och sex veckor och efter ett år.

Projektet har en forskningspartner. Läs mer om tanken med forskningspartner nedan.

FORSKNINGSPARTNER

Internationell erfarenhet visar att ett aktivt samarbete mellan patientföreningar och den medicinska forskningen gynnar både forskarna och berörda patientgrupper. Efter utbildning erbjuds forskningspartnern att delta i ett forskningsprojekt med syfte att bidra med brukarsynpunkter. Mer information finns på:

www.forskningspartner.se



Ny studie vill hitta enkla lungtest

Omkring åtta procent av befolkningen över 50 år har KOL i Sverige. Runt 2020 beräknas KOL, tillsammans med andra kroniska lungsjukdomar, vara den tredje vanligaste dödsorsaken i världen. Varje försämring av sjukdomen, så kallade exacerbationer, leder till både en akut och en mera bestående försämring av lungfunktionen. Så ökar till exempel risken för ny försämring i efterförloppet.

Det finns idag en brist på enkla verktyg för att kunna bedöma risken för exacerbationer.

– Det finns idag en brist på enkla verktyg för att kunna bedöma risken för exacerbationer.

I en studie vid Uppsala universitet arbetar nu docent Andrei Malinowski med att utvärdera enkla instrument för att kunna identifiera och på det sättet förebygga exacerbationer.

Dessa verktyg kommer att jämföras även med mera komplicerade lungfunktionstester.

Projektet bedrivs som ett samarbete, innefattande både primärvård och specialistvård, i Uppsala, Gävle och Dalarna, och startar nu under våren.

Text: **Birgit Andersson**



Har Du räddat liv?



Årets hjärt-lungräddare 2014

Vi efterlyser personer utanför sjukvården som genom aktiv hjärt-lungräddning räddat liv på någon vars hjärta stannat. Sänd in namn, kontaktuppgifter och en beskrivning av livräddningsinsatsen senast den 15 september:

Riksförbundet HjärtLung Box 9090, 102 72 Stockholm, info@hjärt-lung.se



Stiftelsen för hjärt-lungräddning i Sverige



Vill du hjälpa en forskare?

Riksförbundet arbetar via sina forskningspartner för att öka brukarmedverkan i den medicinska forskningen. Forskningspartnern deltar efter utbildningen i passande forskningsprojekt för att bidra med brukarsynpunkter. Som forskningspartner har du erfarenhet av hjärt- eller lungsjukdom, är intresserad av forskning, van vid internet och har kunskap om vår organisation. Du som är intresserad skriver några rader om dig själv till handläggare Pelle Johansson på förbundskansliet: pelle.johansson@hjärt-lung.se

Mer information finns att läsa på förbundets hemsida: www.hjärt-lung.se

Nästa grundutbildning sker i Stockholm 15-16 november 2014.

Välkommen med din ansökan!

Brustet hjärta är en akut hjärtreaktion som förbryllar läkarna. Symtomen liknar hjärtinfarkt och drabbar främst kvinnor.

I sin avhandling vid Göteborgs universitet försöker Sara Wallström komma sjukdomen på spåren.

TEXT: **Birgit Andersson**

FOTO: **Christian Ekholm**

Stress bakom takotsubo Brustet hjärta

PÅ FACKSPRÅK KALLAS BRUSTET hjärta för takotsubo kardiomyopati. Patienterna kommer in med liknande symptom som vid hjärtinfarkt.

Men i motsats till hjärtinfarkt, visar kranskärlsröntgen inte på några kärlförändringar.

Kranskärlsröntgen visar istället att vänstra kammaren antagit en ballongliknande form med ett smalt skaft.

Hjärtat pumpar inte normalt och sammandragningarna är ojämna och ineffektiva.

Sjukdomen drabbar främst kvinnor. 90 procent av patienterna med Brustet hjärta är kvinnor; majoriteten efter klimakteriet.

I sin avhandling på institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet, specialstuderar

nu Sara Wallström den märkliga sjukdomen.

– I den medicinska litteraturen saknas det fortfarande kunskaper om orsakerna till takotsubo kardiomyopati, både i det akuta tillståndet och efterförloppet.

– Jag vill nu försöka kartlägga hur patienterna upplever sin sjukdom och också ge ett genusteoretiskt perspektiv.

HITTILLS HAR FORSKNINGEN konstaterat att det finns ett samband mellan svår psykologisk stress och Brustet hjärta.

Det finns också hypoteser om att de mottagarceller, receptorer, som stresshormonerna sätter sig på är koncentrerade just till spetsen av vänstra kammaren.

Fakta är också att kvinnor drabbas



– Det är viktigt att ytterligare tydliggöra både diagnos och riktlinjer, säger Sara Wallström, doktorand vid Göteborgs universitet.

” I den medicinska litteraturen saknas det fortfarande kunskaper om orsakerna till takotsubo.

mer än män. Och kvinnor efter klimakteriet är särskilt utsatta.

– I dag koncentrerar man sig mest på den biologiska kroppen vid insjuknandet, men jag vill också se en

forskning som rör den psykosociala miljön för patienterna, säger Sara Wallström. Hur ser livet ut för patienterna med Brustet hjärta, när de insjuknar och efter? Kanske måste man titta lite extra på kvinnors livssituation.

– Livet är ju komplext och det finns ett samspel både mellan när vi blir sjuka och vad som händer oss efter att vi drabbats av sjukdom, säger Sara Wallström.

FÖR ETT PAR DECENNIUM sedan kunde man inte skilja på hjärtinfarkt och Brustet hjärta.

Syndromet Brustet hjärta upptäcktes först under 1990-talet i Japan.

Men i takt med den medicintekniska utvecklingen, framförallt med möjligheterna att göra kranskärlsröntgen,

förändrades kunskaperna om de båda sjukdomarna. Kranskärlsröntgen utvecklades under 2000-talet och idag görs rutinmässig kranskärlsröntgen på de flesta med symptom på hjärtinfarkt.

Det går därför nu att också diagnostisera takotsubo kardiomyopati.

Efter diagnos behandlas Brustet hjärta med läkemedel. Patienterna brukar skrivas ut efter några dagar. Vanligtvis har hjärtat återfått sin normala form inom tre till åtta veckor efter hjärtreaktionen.

SARA WALLSTRÖM BEFINNER sig ungefär i mitten av sin avhandling, som består av fyra delar. Om drygt två och ett halvt år beräknar hon att vara klar med sitt arbete.

I studien, som bland annat finan-

BRUSTET HJÄRTA

På engelska kallas Brustet hjärta för broken heart syndrom. I Japan, där sjukdomen upptäcktes, kallas sjukdomen för takotsubo kardiomyopati. Takotsubo är namnet på ett kärl med lång hals som används för att fånga bläckfiskar i.

Sjukdomen är idag utforskad. Man vet inte hur den ska förebyggas, men eftersom takotsubo hör ihop med stress bör man se upp med riskfaktorer som högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes, rökning, övervikt och fysisk inaktivitet.

En till två procent av alla med symptom på hjärtinfarkt beräknas ha takotsubo. Brustet hjärta är kopplat till akut sorg, trauma och stress.

Den medicinska behandlingen är densamma som vid hjärtsvikt och hjärtinfarkt, tills diagnosen är klar. Behandlingen består av betablockerare, blodtrycksmediciner, läkemedel som hämmar blodets koagulering och vätskedrivande läkemedel.

En av de vanligaste och allvarligaste komplikationerna av sjukdomen är ansamling av vätska i lungorna till följd av nedsatt funktion av hjärtats vänstra kammare.

sieras med hjälp av pengar från Riksförbundet Hjärt-Lungs forskningsfond, specialstuderar nu en grupp på 50 patienter med Brustet hjärta och 100 med hjärtinfarkt.

Alla har genomgått kranskärlsröntgen på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

PATIENTERNA REKRYTERAS efter skriftlig och muntlig information och skriftligt samtycke. Kvantitativa data om symptom kommer att föras in i en databas och bearbetas statistiskt.

– Det är viktigt att vi får de här kunskaperna, poängterar Sara Wallström. Det handlar om kunskaperna om symptom, om patienterna och på sikt om hur sjukvårdspersonalen på bästa sätt ska kunna behandla takotsubo kardiomyopati. ■

För att öka kunskapen om effekter av fysisk träning för den allra äldsta gruppen personer med kranskärlssjukdom har en studie startats vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Om effekterna av fysisk träning visar sig vara positiva bör sjukvården i större omfattning remittera också denna grupp till fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

80+ med rätt att träna

FORSKARARTIKEL:
Maria Bäck



DE POSITIVA EFFEKTERNA av fysisk träning inom hjärtrehabilitering för personer med kranskärlssjukdom är väl kända. Individanpassad fysisk träning är en behandling som minskar dödlighet, har positiva effekter på riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och leder till en förbättrad livskvalitet.

Dessa positiva effekter är dock främst baserade på träningsstudier på män med en genomsnittlig ålder av 65 år, där äldre och kvinnor är underrepresenterade. Äldre definieras ofta i studier som över 65 år. Av alla hjärtinfarkter som registrerades i det svenska kvalitetsregistret Swedeheart var dock 31 procent av patienterna 80 år eller äldre. Trots att denna grupp ökar i omfattning erhåller dessa personer olika behandlingsstrategier, så som fysisk träning, i betydligt lägre utsträckning än yngre. Därför såg vår forskargrupp ett stort behov av att öka kunskapen om effekterna av fysisk träning i denna växande och understuderade grupp.

FYSISK TRÄNING efter akut kranskärlssjukdom bör enligt evidens vara individuellt anpassad och innefatta konditionsträning och muskelträning. Därför behöver träningen förskrivas av sjukgymnast efter genomförda tester avseende fysisk prestationsförmåga. För äldre personer rekommenderas

deras utöver detta också balanst träning. Vi utgick från dessa riktlinjer när vi designade träningsupplägget också i den här studien för personer som är 80 år eller äldre. Det finns ingenting som rent fysiologiskt talar för att äldre personer inte kan erhålla positiva effekter av träning.

Däremot är det inte ovanligt att dessa personer har stor variation avseende fysisk förmåga, bland annat beroende på annan samsjuklighet och tidigare aktivitetsvanor. Därför blir det enskilt anpassade träningsupplägget ännu mer betydelsefullt.

DEN AKTUELLA STUDIEN är ett samarbete mellan kardiologkliniken och sjukgymnastikenheten på Sahlgrenska sjukhuset. Per Albertsson, som är verksamhetschef på kardiologen, ansvarar tillsammans med sina kollegor och forskningssjukköterskor för studien på hjärtavdelningen. Alla personer som går med i studien får utföra ett cykeltest uppkopplat med EKG för att testa maximal arbetskapacitet. Personernas kärlfunktion undersöks också med ultraljud.

Efter hemgång får personen träffa Maria Bäck som är sjukgymnast och utföra tester avseende muskelfunktion, gångförmåga och balans. Personerna får skatta sin egen upplevda hälsa, ångest och depression med frågeformulär. Personernas fysiska aktivitetsnivå utvärderas vidare med en accelerometer (rörelsemätare) samt med en aktivitetsdagbok i hemmet.

Eftersom effekterna av träning i denna patientgrupp inte är tidigare studerad avgör ett slumpmässigt schema om personerna hamnar i träningsgruppen eller i en kontrollgrupp som lever som vanligt. Julia Philip Wigh, sjukgymnast, leder träningsgruppen som hålls två gånger i veckan under fyra månader. Programmet inleds med intervallcykling och efterföljs av stationsträning med olika övningar för muskelträning och balanst träning. All träning anpassas till den enskilda personens förmåga. Utöver träningen på sjukhuset instrueras personerna att träna också en gång i veckan på egen hand. Julias erfarenhet av träningsgruppen så långt är mycket positiv. "Alla personerna deltar på sin egen nivå och gruppdynamiken gör att man orkar lite mer än på egen hand, säger Julia".

BASERAT PÅ DET NORMALA åldrandet får många äldre personer så låg arbetskapacitet att bara en liten försämring kan leda till konsekvenser för individens självständighet i det dagliga livet. Med en ökad arbetskapacitet kunde personernas reservkapacitet öka, vilket också skulle leda till större marginaler i det vardagliga livet. Om denna studie kan visa att personer som är 80 år eller äldre med kranskärlssjukdom kunde erhålla positiva effekter av fysisk träning, så skulle argumenten stärkas för att i större omfattning också inkludera denna grupp till träningsbaserad hjärtrehabilitering. ■



- Jag tränar mer än förut, säger Olof Christensson, en av deltagarna i studien.

"Man påverkas positivt"

- Man påverkas positivt. Sedan får proven visa om det finns någon mätbar skillnad, säger Olof Christensson en av deltagarna i studien kring fysisk träning för personer över 80 år med hjärtsjukdom.

Olof Christensson i Göteborg är en av de hjärtpatienter deltar i Maria Bäck's studie kring effekter av fysisk träning för personer över 80 år med kranskärlssjukdom. Olof Christensson tillhör en åldersgrupp som traditionellt inte fått ta del av sekundärpreventiva åtgärder i den utsträckning som andra åldersgrupper.

Olof hade sin första hjärtinfarkt i oktober 2008, han PCI-behandlades och fick två stent insatta. I februari i år drabbades han av förträngningar i kranskärlen och fick en ny stent insatt.

- Jag är fysiskt aktivt. Har en stor trädgård vilket innebär mycket trädgårdsarbete. Men jag har också tagit regelbundna ordentliga promenader under alla år, säger Olof Christensson.

Sedan i början av februari är Olof med i studien där en grupp slupas till att få sjukgymnastik med träning av kondition, styrka och balans, två gånger i veckan, en timme varje gång. Efter fyra månader ska man jämföra med det konditionsprov som gjordes när deltagarna inkluderades i studien.

- Jag tycker att det här är bra. De har tagit hand om mig efter hjärtproblemet och det känns bra att vara under deras vingars beskydd. Nu tränar jag mer än förut.

Maria Bäck, medicine doktor och legitimerad sjukgymnast vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, leder studien och hon har sett bortprioriteringen av den här gruppen hjärtpatienter.

- Vi tror ju att de kan få mycket goda effekter av fysisk träning som kan ge dem bättre marginaler i livet i stort. ■

EFFEKTER AV FYSISK TRÄNING FÖR PERSONER MED KRANSKÄRLSJUKDOM 80+

Gruppen äldre personer med kranskärlssjukdom ökar mest, men är samtidigt den minst studerade. **Det finns inga studier** som undersökt effekter av fysisk träning hos personer med kranskärlssjukdom som är 80 år eller äldre. **Den här studien har syftet** att studera effekter av fysisk träning hos personer som är 80 år eller äldre, avseende maximal arbetskapacitet, muskelfunktion, balans, fysisk aktivitetsnivå samt självuppskattad hälsa, ångest och depression. Om studien kan påvisa positiva resultat kunde argumenten stärkas för att i större omfattning också inkludera dessa patienter i träningsbaserad hjärtrehabilitering. **Ansvariga för studien är Maria Bäck**, med dr. leg sjukgymnast, samt Per Albertsson, verksamhetschef och kardiolog vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Bättre hälsa, färre symtom och färre sjukhusinläggningar, det blev resultatet av Hopp-projektet där människor med svår hjärtsvikt vårdas på ett nytt sätt. Nu får projektet också en fortsättning i Västerbottens läns landsting.

Text: **Greti Ohlsson, Magnus Östnäs**

Foto: **Magnus Östnäs**

Bättre hälsa med ny hjärtsviktsvård hemma

UTGÅNGSPUNKTEN FÖR Hopp-projektet var det faktum att människor med svår hjärtsvikt inte har tillgång till avancerad vård i samma utsträckning som andra med svår sjukdom, trots att forskning visar att de har samma symtombörda som cancer-sjuka.

– Många av de här patienterna åker ut och in på sjukhus för akuta behandlingsinsatser. Att kunna få den här vården hemma kommer förhoppningsvis minska symtombördan för patienterna, att de får ett minskat lidande och att antalet sjukhusvistelser ska kunna minska, sade Margareta Brännström, specialistsjuksköter-

ska och lektor vid Umeå universitet till Status i samband med projektets start.

– Vårdkedjorna för patienter som lider av en enda åkomma är oftast bra, säger Kurt Boman, hjärtläkare och ansvarig för Hopp-projektet. Men samsjuklighet ställer krav och är man multisjuk kommer man i kläm.

PROJEKTET INITIERADE en ny vårdform i gränslandet mellan primär och slutenvård, som ett alternativ till sjukhusvård.

Man erbjöd patienter med hjärtsvikt tillgång till både palliativ vård och aktiv hjärtsviktsbehandling i

hemmet. Under sex månader bedrevs ett samarbete mellan specialister, avancerad hemsjukvård, primärvård och Skellefteå kommun.

Dagtid fick patienter med svår hjärtsvikt vård i hemmet genom ett team bestående av sjuksköterskor, kardiolog, läkare med palliativ vård som specialitet, sjukgymnast och arbetsterapeut. Kvällstid och nätter fanns ett palliativt hemsjukvårdsteam som backup för patienterna.

FYRA MÅL SATTES upp. Ett var att förbättra patientens fysiska funktion, mätt i så kallade funktionsklasser, ett annat att förbättra funktionsförmågan i hemmet.

Ett tredje var att minska behovet av slutenvård och att minska vårdtiden och ett fjärde att utvärdera satsning-



Kurt Boman.



Inom Hopp-projektet erbjöds patienter med hjärtsvikt tillgång till palliativ vård och aktiv hjärtsviktsbehandling i hemmet. Vårdformen lyckades så bra att den nu får en fortsättning.

en hälsoekonomiskt. Hypoteserna höll och målen infriades. Patienterna blev signifikant bättre i hälsa och livskvalitet, förbättrade sin funktion och minskade sin totala symtombörda. När det gäller hälsoekonomi använde projektet en SKL-modell och hade också hjälp av en hälsoekonom från Umeå universitet.

– Resultaten är entydiga. Det blev inte bara kostnadseffektivt utan en

halv miljon kronor över. En besparing i reda pengar, alltså, säger Kurt Boman.

BESPARINGEN LIGGER FRÄMST i att Hopp-gruppens behov av sjukhusvård minskade med 38 vårdtillfällen och 202 vårddygn jämfört med kontrollgruppens.

– Det intressantaste fyndet är den stora minskningen av inläggningar

på kirurgen. Det hade vi inte förutsett, säger Kurt Boman.

Nu får projektet en fortsättning i Västerbottens läns landsting. Länskliniken Avancerad hemsjukvård Västerbotten, AHS har fått ett utökad uppdrag som innebär att i modifierad form starta upp arbete med omhändertagande av patienter med avancerade vårdbehov vid hjärtsvikt och KOL. ■

HOPP-PROJEKTET

Forskningsprojektet innefattade 72 patienter som lottades till Hopp-programmet eller till att fortsätta i sin vanliga vård på vårdcentral eller sjukhus. Helheten var utgångspunkten. Hypotesen var att patienterna, förutom bättre kontroll över sjukdomen, genom ökad kontinuitet och tillgänglighet också skulle få en ökad trygghet och livskvalitet.

Deltagarna i Hopp-programmet vårdades enligt modellen under cirka sex månader.

"Jag har vandrat gata upp och ner i åratals här på Costa Blanca för att hitta ett ställe där det är plan mark, utan trappor och branta backar, samt gångavstånd till affärer och restauranger. Nu har jag ett flertal hotell med handikappanpassade rum och på plan mark. Att ha problem med hjärta eller lungor gör det svårt att andas och här är bästa luften för de problemen. Hade ett par som var här och mannen hade gått igenom många hjärtoperationer. Han sa till mig att han längtar till solen, vad som helst kan hända, när och var som helst, men vem tar hand om min fru om något händer mig utomlands? SVAR - Det gör jag! Därför bokade de hos mig och de var mycket nöjda med min insats." Yvonne Santamans

REKREATIONSVISTELSE med Trygghetspaket!

Kort eller lång vistelse i soliga Benidorm, Spanien
Svensk sjuksköterska som talar spanska, utför sår behandling, kontroller, konsultation osv på hotellet.
Promenad vänlig miljö och allt på gångavstånd.

Boka hotell eller lägenhet inklusive Trygghetspaketet på www.trygga-vibo.se telefon: 0738 77 11 03
Personligt bemötande, välkomna!
hälsar
Yvonne Santamans
VD Trygga-ViBO
Leg.Sjuksköterska

Adress: Trygga-ViBO
Box 57
435 21 Mölnlycke

Trygga ViBO
Trygghetsvård

www.trygga-vibo.se
mail: kontakt@trygga-vibo.se
Tele: 073-877 11 03

De flesta patienter har upplevt ångest i samband med KOL, men de har också egna strategier för att handskas med ångesten, det visar intervjustudien "Erfarenhet av ångest bland patienter med svår KOL", från Angereds närsjukhus i Göteborg.

Ångest vanligt i samband med KOL

KOL I SENT STADIUM har många svåra symtom såsom andnöd, orkeslöshet, depression. Därför är det rimligt att anta att svår KOL även kan framkalla känslor av både fysisk och existentiell ångest som i sin tur orsakar betydande lidande och minskar livskvaliteten. Syftet med denna studie var att undersöka om och hur patienter med svår KOL upplever ångest och vilka strategier de använder för att lindra ångesten.

Djupintervju genomfördes med trettio patienter med KOL (stadium III eller IV) om vad det innebär att leva med KOL och hur eventuell ångest påverkar dem. Intervjuerna analyserades med hjälp av en tematisk innehållsanalys.

RESULTATET VISADE att de flesta patienterna hade upplevt ångest i samband med KOL. Tre huvudteman framkom: dödsångest, livsångest, och motvikt till ångest.

Dödsångest handlade om rädsla för kvävning. Denna rädsla att känna

Susanne Strang, sjuksköterska, docent, Angereds Närsjukhus.



Ann Ekberg-Jansson, läkare, docent, Angereds Närsjukhus, Göteborg.



” Det känns som om jag blir strypt.

sig kvävd och strypt begränsade patienternas liv och skapade osäkerhet eftersom de aldrig visste när nästa ångestattack skulle inträffa.

”Det kändes precis som om jag var på väg att dö. Det är den där förbannade rädslan när du inte kan få tillräckligt med luft. Det känns som om jag blir strypt.”

PATIENTERNA UPPLEVDE också dödsångest som handlade om att de snart

skulle lämna livet självt. KOL hade förvandlat döden till ett verkligt hot vilket framkallade många oroande tankar: "Vad händer med min son när jag dör? Kommer jag att kvävas till döds? Vad händer sen?" De flesta patienter trodde inte att de skulle överleva ett år till.

FLERA AV PERSONERNA beskrev en känsla av livsångest, det vill säga att utsikten att leva och kämpa med andnöd och andra KOL-symtom skapade mer ångest än rädslan för att dö. KOL begränsade patienternas liv både fysiskt och psykiskt; de hade förlorat mycket av deras tidigare livsenergi och roll i livet.

De hade en rädsla för att leva sina liv som de brukade göra och de kunde inte genomföra vanliga sysslor såsom promenader, arbete och fritidsintressen – saker som de tidigare tagit för givna. Där fanns en oro för framtiden; osäkerheten gjorde det omöjligt att planera för nästa dag eftersom de inte visste hur de mådde då.

Studien visar att upplevelse av ångest snarare är regel än undantag hos KOL-patienterna – även när känslan av andfåddhet släppt.

”Kommer jag att klara av att leva? Kommer jag sluta som en jävla grönsak? Det är inte mycket till liv. Ibland har jag fruktansvärd ångest”. (Man 70 år).

”Vanliga människor har svårt att förstå att man blir så fysiskt trött och inte kan delta i ordinarie verksamhet. De säger, kom ut och rör på dig. Men jag kan inte! Bara gå till köket gör mig andfådd. Det är som att sitta i fängelse”. (Man 75 år).

PATIENTERNA HADE EGNA strategier för att handskas med kvävningss attacker. Det kunde handla om att bara sitta ner en stund, ha andningsövningar, låta ångesten passera, öppna fönstret och undvika stress. En annan faktor för att må bra var att ha fungerande kontakt med sjukvården, bra mediciner, god information och våga hoppas på nya behandlingar.

När ångesten var av en existentiell natur och tankar om döden kom över dem, försökte patienterna på något sätt att kapsla in det, tränga undan det, och undvika att tala om framti-

den, sova bort tiden eller skratta bort detta svåra ämne. Istället betonade de vikten av att ta en dag i taget och att dra nytta av det som är här och nu.

Även om livet med KOL upplevdes som tungt och smärtsamt, fanns det också faktorer som gav livet glädje och mening, särskilt goda relationer med familj och vänner. Andra faktorer som gav livsglädje var fritidssysselsättningar, husdjur, att kunna prata i telefonen, att orka utföra enkla hushållssysslor.

”Jag kan inte göra så mycket längre, jag orkar inte promenera. Men jag sitter vid fönstret och tittar ut ibland. Och jag tittar mycket på TV, vilket jag kan njuta av.” (Kvinna 68 år).

MÅNGA AV PATIENTERNA hade omvärderat sina liv och uppskattade små, enkla saker som man inte tänkt på tidigare.

Trots att majoriteten av patienterna upplevde svåra symtom och livsbe-gränsande ångest, ville ändå samtliga patienter fortsätta leva och de

hittade en trotsig glädje trots svåra omständigheter.

RESULTATEN VISADE ALLTSÅ att upplevelse av ångest snarare var regel än undantag – även när känslan av andfåddheten hade släppt. Tidigare forskning visar att symtom såsom ångest och depression sällan behandlas hos patienter med svår KOL och att kontakt med palliativ vård sällan erbjuds.

Därför är det viktigt att ha god kommunikation, utarbeta fungerande vård-kedjor och forska vidare kring ångestproblematiken bland patienter som lider av KOL så att de inte lämnas ensamma med sin börda. ■

KOL OCH ÅNGEST

Ursprungsartikeln:

Strang S, Ekberg-Jansson A, Henoch I. Experience of anxiety among patients with severe COPD - A qualitative, in-depth interview study Palliat Support Care. 2013 Aug 6:1-8.

Personer som överlevt ett hjärtstopp upplever att livskvaliteten förbättras under de första sex månaderna. Deras fysiska hälsa var påverkad i högre grad än den psykiska visar ny forskning.

Livet efter hjärtstopp

ETT PLÖTSLIGT HJÄRTSTOPP drabbar drygt 10 000 personer årligen i Sverige. Rutinbehandlingen är intensivvård i respirator och nedkylning till 32-34°C under 12-24 timmar efter lyckad återupplivning. Nedkylningen används för att skydda hjärnan.

Vid Akademiska sjukhuset, Länsjukhuset i Gävle och Falu lasarett har under tiden 2008-2012, 54 personer som överlevt ett hjärtstopp och som kylbehandlats deltagit i en uppföljningsstudie.

De fick under sex månader besvara enkäter om sin livskvalitet, livstillfredsställelse, oro, depression och kognitiva förmåga vid flera tillfällen. Materialet resulterade i två artiklar som finns publicerade i tidskriften Resuscitation.

Ing-Marie Larsson specialistsjuksköterska intensivvård, doktorand, Akademiska sjukhuset.



Ewa Wallin specialistsjuksköterska intensivvård, doktorand, Akademiska sjukhuset, Uppsala.



Resultatet från studierna ger nya insikter om återhämtningsprocessen efter hjärtstopp och bekräftar att förbättringar i kognitiv funktion, fysisk och psykisk hälsa pågår flera månader efter utskrivning från sjukhus.

HOS HJÄRTSTOPPSÖVERLEVAREN är det vanligt med lätta till måttliga kognitiva funktionsnedsättningar såsom minne, koncentration och slutledningsförmåga. Vid en månad efter hjärtstoppets sågs dessa funktions-



Efter ett hjärtstopp är det vanligt med kognitiva funktionsnedsättningar, men dessa förbättras under det första halvåret, visar Ing-Marie Larsson och Ewa Wallings forskning.

Vården och uppföljningen bör innefatta hjärtsjukvård, neurologi, rehabilitering och stöd.

nedsättningar hos 40 procent av deltagarna.

Flera av dessa nedsättningar hade minskat vid sex månader men hos några personer (11%) finns det fortfarande tydliga svårigheter med framförallt närminnet och att räkna. Dessa nedsättningar är inte alltid

synliga hos personen under tiden på sjukhuset utan märks först när personen återgår till vardagen och arbetslivet. Det kan innebära att det kan vara svårt att utföra sina ordinarie arbetsuppgifter såväl som uppgifter i vardagen.

DET VI SÅG I STUDIEN var att livskvaliteten hos hjärtstoppsoverlevarena ökade från att personerna skrevs ut från sjukhuset, till sex månaderna efter hjärtstoppet. De rapporterade att de hade en god livskvalitet efter sex månader och det skiljer sig inte från folk i allmänhet.

Vad som också framkom var att livskvaliteten upplevdes som god, men att den inte var samma som innan hjärtstoppet. Hjärtstoppsover-

levarena rapporterade att det var mer fysiska besvär än psykiska besvär som påverkade deras livskvalitet.

DE FYSISKA BESVÄR som förekom var framförallt inom förflyttningar och rörlighet, men även dessa besvär förbättrades med tiden. Fysiska begränsningar är inte alltid tydliga under vårdtiden på sjukhuset, utan blir mer märkbara i hemmiljön där hiss, och andra hjälpmedel saknas. Oro och depression förekom endast i mindre utsträckning men det fanns ett samband mellan oro och depression och påverkan på livskvalitet. Det fanns även en tendens att oron ökade första tiden efter utskrivning från sjukhuset. Det är svårt att undersöka en grupp som hastigt insjuknar och vi

EFTER HJÄRTSTOPP

Livskvalitet är enligt The World Health organisation (WHO) "Den upplevda känslan av fysisk och psykisk hälsa samt tillfredsställelsen med den sociala situationen". En hälsorelaterad livskvalitet används för att visa hur sjukdom och ohälsa påverkar livskvalitet.

Kognitiv funktion definieras som uppfattningsförmåga, förnimmelse eller i vid bemärkelse förstånd. Det innefattar hjärnfunktioner som tänkande, perception, uppmärksamhet, minne och språk, även förmågan att kunna sälla, prioritera och planera effektivt samt hämma inadekvat eller irrelevant beteende.

Mer läsning:

Health-related quality of life improves during the first six months after cardiac arrest and hypothermia treatment. Larsson IM, Wallin E, Rubertsson S, Kristofferzon ML. **Resuscitation.** 2014 Feb;85(2):215-20. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.09.017. Epub 2013 Oct 2. PMID: 24096198.

kan inte utifrån denna studies resultat jämföra med hur hjärtstoppsoverlevaren skulle ha skattat sin livskvalitet, fysiska och kognitiva funktion före hjärtstoppet.

STUDIERNAS RESULTAT ger dock en viktig information om hur hjärtstoppsoverlevaren skattar sin funktion just nu. De visar att tid är en viktig faktor vid återhämtning efter hjärtstopp och detta ska tas med i vården och informeras om till patienter och närstående.

Kanske vården måste skapa rutiner för att "upptäcka" och ta hand om hjärtstoppsoverlevarena. Vården och uppföljningen bör innefatta hjärtsjukvård, neurologi, rehabilitering och stöd. ■



Antalet sjuksköterskor som forskar har ökat kraftigt de senaste decennierna. Men hur skiljer sig den forskningen från den rent medicinska, som läkare vanligtvis utför? Status reder ut begreppen.

TEXT: **Ulrika Juto**
ILLUSTRATION: **Maria Wall**

Forskning mellan bot och bättring

YRKESUTÖVARE INOM VÅRDEN förväntas idag arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Evidensbaserad vård har blivit något av ett modeord. Det har blivit vanligare att olika yrkesgrupper i sjukvården forskar. Sjuksköterskor forskar i området vårdvetenskap, som också ofta omnämns som omvårdnadsvetenskap eller bara omvårdnad.

När medicinare forskar handlar det ofta om diagnostik och behandling.

Sjuksköterskor som forskar fokuserar huvudsakligen på själva omvårdnaden. Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och specialitet, vilket inbegriper såväl det patientnära arbetet som det vetenskapliga kunskapsområdet.

Men gränsen mellan medicinsk forskning och omvårdnadsforskning är inte knivskarp.

– Vilken ansats en sjuksköterska som forskar har beror helt på forsk-

ningsfrågan, säger Ingegerd Fagerberg, professor vid institutionen för vårdvetenskap på Ersta Sköndal högskola i Stockholm. Det är hela tiden forskningsfrågan som avgör vilken metod som används.

GENERELLT KAN MAN dock säga att den medicinska forskningen handlar om att hitta bot och förklaringar till olika medicinska tillstånd. Vårdvetenskaplig forskning under-

söker själva omvårdnaden. Kunskapsområdet utgår från en humanistisk människosyn och innefattar bland annat kunskap om människan, hennes utveckling, hälsa och välbefinnande i samband med födelse, ohälsa, lidande och död.

EXEMPEL PÅ OMRÅDEN som undersöks är hur det kan vara att vårda personer som har olika sjukdomar: hur upplever patienterna, vårdgivarna och de

närstående vårdandet? Forskningen kan även handla om att på ett vetenskapligt sätt försöka förstå hur patienter med vissa medicinska tillstånd, till exempel hjärtsvikt, upplever omvårdnaden och hur livet gestaltar sig för dem.

– Det kan också handla om att man fått fram ny kunskap och vill göra en intervention, det vill säga en förändring av den vård som man ger, förklarar Ingegerd Fagerberg. Målsättning-

en med vårdvetenskaplig forskning är att förbättra vårdandet och omsorgen av personer med ohälsa samt att ta reda på vad som kan underlätta deras vardag. Det är värdefullt att flera professioner runt patienten är med och bidrar med sin specifika kunskap.

Fortsättning s. 18



Från Florence till självständig disciplin

VÅRDANDET HAR FUNNITS lika länge som det funnits människor på jorden. Varje familj och samhälle har haft ett intresse av att vårda sina svaga och sjuka familjemedlemmar. Fram till mitten av 1800-talet skedde vården huvudsakligen i hemmet, inom familjen. Under 1900-talet blev vårdandet en samhällsrelig funktion, alltså en arbetsuppgift för professionella yrkesgrupper.



Ingegerd Fagerberg.

DEN MEDICINSKA VETENSKAPEN har gjort att många sjukdomar kan botas men också att människor kan leva länge med olika typer av sjukdomar,

vilket genererar ett behov av vård. En offentlig struktur för vård med bland annat sjukhus, vårdcentraler och hemsjukvård har byggts upp. Behovet av kunskap har ökat.

I Sverige började sjuksköterskor

forska i slutet av 1970-talet och under de senaste åren har forskningsområdet vuxit rejält.

DEN FÖRSTA PERSONEN som började systematisera kunskapen kring vårdandet var den banbrytande sjuksköterskan Florence Nightingale. När hon skrev sin bok "Notes of Nursing" på 1850-talet rymdes vårdandets kärna och grunder på 70-80 sidor.

Idag är vårdvetenskapen en självständig disciplin; antalet sjuksköterskor som forskar och doktorerar ökar för varje år.

Text: **Ulrika Juto**

Vad är skillnaden mellan grund- och tillämpad forskning?

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 publi-

cerats i tidskriften citerats någon annanstans, så kallad impact factor. Två av de mest ansedda och inflytelserika medicinska vetenskapliga tidskrifterna är The Lancet och 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.

Lilla ordlistan för vetenskapliga artiklar

Bias – Någonting 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.

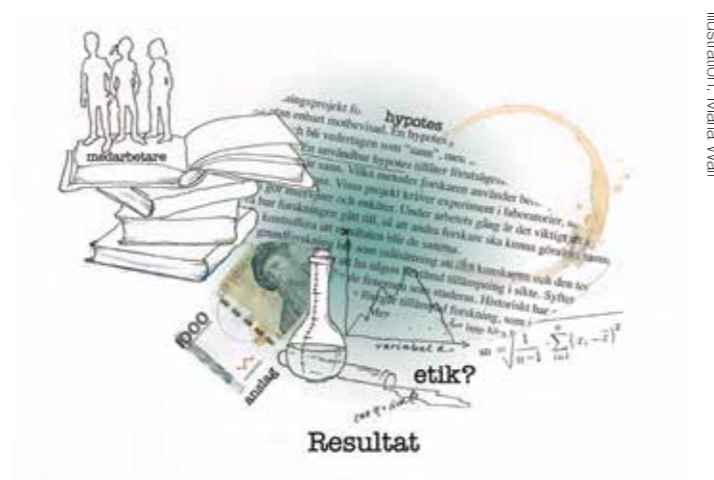


Illustration: Maria Wahl

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

Empirisk – En behandling baserad på experiment och observation.

Evidensbaserad medicin – är den samvetsgranna, explicita och omdömesgilla använd-

ningen 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.

Text: **Anna-Karin Andersson**
Källa: www.forskningspartner.se

Effektiv inhalation med nebulisering



PARI BOY®mobile 5 mobil inhalationsutrustning



PARI TurboBOY® SX inhalationsutrustning



PARI TurboBOY® S årsförpackning



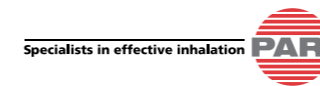
eFlow® rapid elektronisk nebulistör



VORTEX® för inhalationsspray



PARI PEP® S system andningsavlastning för KOL-patienter



Active Care Sverup AB
Tel: 031-91 75 25 Fax: 031-91 75 05 e-post: info@activecare.se



Mälargården Rehab Center Helhetslösningen inom rehabilitering

Mälargården Rehab Center ligger i natursköna Sigtuna 40 minuter norr om Stockholm. Vi är ett multimodalt kompetent rehabiliteringsteam där vi tillsammans med patienten arbetar fram ett individuellt rehabiliteringsprogram för vistelsen.

Vi har utbildning och behandlingsprogram för patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) och/eller astma bronchiale.

Patienter med ovanstående sjukdomar kan rehabiliteras på Mälargården, fråga oss gärna om hur du skall gå tillväga för att få en remiss.

- 3 veckors KOL program
- 3 veckors astma program
- Repetitionsprogram

Avtal finns med Stockholms läns landsting

För ytterligare information om programmen, se hemsida www.malargarden.se



Box 46 • 193 21 SIGTUNA • Tfn 08-5949 3630 • www.malargarden.se

KINESIOFOBI

Maria Bäcks studie på 332 patienter med kranskärlsjukdom visade att 20 procent hade en hög grad av rörelserädsla, kinesiophobia. Studien finansierades bland annat av Riksförbundet Hjärtlung.

Mer om studien i

ForskningsStatus 2012 och på Hjärtlungs hemsida: www.hjart-lung.se



Gänget som löptränar med doktor Albertsson.

Hjärtläkaren Per Albertsson tar med sig patienterna ut i spåret. Ett komplement till den hjärtrehabiliteringsverksamhet som redan idag finns på sjukgymnastiken.

Hjärtläkaren som "botar" rörelserädda i löparspåret

Studier visar att var femte hjärtpatient är rädd att motionera. Per Albertsson, hjärtläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, tar med sig patienterna i löpspåret för att övervinna deras rörelserädsla.

Under joggingturen i Vitsippsdalen, på vägen hem från sin arbetsplats, funderade hjärtläkaren Per Albertsson på hur man kan bota patienter från sin rörelserädsla.

Denna oro för att röra på sig, så kallad kinesiophobia, är vanlig hos patienter som

drabbats av en hjärtinfarkt. – De är rädda att hjärtat inte håller för påfrestningen och ibland kan det vara anhöriga som av misstriktad välvilja spär på känslan att inte ta ut sig för mycket för hjärtats skull, säger Per Albertsson.

EN AV DE VANLIGASTE frågorna som ställs av patienten under återbesöket, som alltid är sex veckor efter sjukhusvistelsen, är hur mycket kan jag röra på mig utan att jag skadar mitt hjärta?

Maria Bäcks studie på 332 patienter med kranskärlsjukdom visar att en av fem hade en så hög grad

av rörelserädsla att det påverkar rehabiliteringen.

DET SOM SKILJER löpturen åt från det sedvanliga läkarbesöket är att det går att behandla fler patienter åt gången, men utan att ge avkall på det personliga samtalet. Per Albertsson springer med gruppen men ägnar varje patient en stund för att prata om ämnen som lämpar sig bättre på tu man hand än i grupp.

– Givetvis är det viktigaste att få patienterna trygga med att de kan jogga i lugn takt. Det handlar om måttlig motion inte elitträning. Om vi har hjälpt några pa-

tienter att få bukt med deras rörelserädsla så har vi vunnit mycket, konstaterar Per Albertsson.

Är du inte rädd att något händer under löpturen?

– Inte ett dugg. Jag är mer rädd om patienterna inte rör på sig. Det finns studier som visar på den stora nyttan med att röra sig i lagom mängd och att det minskar risken för hjärtkärlsjukdom med 30 procent i jämförelse med de som inte tränar alls. Motion är den bästa tänkbara medicinen, säger Per Albertsson.

Text: **Sahlgrenska universitetssj, Magnus Östnäs**

Vi ser inte dina röntgenplåtar. Vi ser dig.

Som nydiagnosticerad med hjärt- eller lungsjukdom är det många frågor och olustkänslor som uppstår. Vi finns för att ge svar på dina frågor, väcka hopp och få dig att må bättre. Som medlem hos oss får du hjälp till livsstilsförändringar, senaste nytt om forskningen och väldigt många nya vänner. Bli medlem idag!

Ge oss ditt stöd. Gåvoplusgiro 90 10 10-9

Två sätt att bli medlem

Ring
020-21 22 00

Mejla
info@hjart-lung.se

90 SVENSK
INSÄMLINGS
KONTO & KONTROLL



Riksförbundet
Hjärtlung

hjart-lung.se

SÖK BIDRAG TILL DIN FORSKNING!

Riksförbundet Hjärtlung 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 och ansökan på:
www.hjart-lung.se/forskning.

Ansökan om forskningsbidrag ska vara Riksförbundet Hjärtlung tillhanda senast 30 september 2014.

Välkommen med din ansökan!

Riksförbundet
Hjärtlung

www.hjart-lung.se info@hjart-lung.se
Tel: 08-55 606 200 fax 08-668 23 85

Många försöker gå ner i vikt och förändra sina levnadsvanor. Många lyckas göra det under en kortare tid, men färre åstadkommer en permanent förändring. Matordning på recept (MoR) vill ändra på det.

TEXT: Magnus Östnäs
FOTO: Höskolan i Halmstad

MoR ska klara viktnedgången

STUDIEN MATORDNING på recept (MoR) genomförs vid Höskolan i Halmstad.

– Man lyckas ofta med någonting under en kortare tid. Men det intressanta är att hitta något som fungerar under en längre tid, säger Gunnar Johansson, professor och ansvarig för studien kring det nya livsstilsförändringskonceptet som inbegriper matråd på recept och stöd via hemsida.

ÖVERVIKT OCH FETMA är ett folkhälsoproblem där ungefär halva Sveriges befolkning kan sägas vara omfattade av problemet

” Man lyckas ofta med någonting under en kortare tid.

som är en riskfaktor för ett flertal sjukdomar, inte minst hjärt-kärlsjukdom.

För att försöka komma till rätta med det ofta fysiska och psykiska lidande som

övervikt och fetma medför, vill Gunnar Johansson vid sektionen för hälsa och samhälle vid Höskolan i Halmstad hitta strategier som verkar långvarigt för viktning och livsstilsförändring.

– **DET VI VILL HITTA** är en intervention som inte bara fungerar för att man gör en kraftfull insats där man kontinuerligt får träffa vårdpersonal. Tanken är att det ska fungera även efter att interventionen är slut och att konceptet sedan ska kunna implementeras på vårdcentralerna, säger Gunnar Johansson.

300 personer vid de deltagande vårdcentralerna är inkluderade i den randomiserade studien.

HÄLFTEN FÅR HELA interventionen med motiverande samtal, butiksvandringar där man lär sig om olika livsmedel, matordning på recept och stöd via en hemsida; den andra hälften får enbart kostråd, baserade på en svensk version av ”medelhavskost”. Efter två år sker uppföljningen av interventionen.

– Efter två år har den initiala effekten släppt och då tittar vi efter om man har behållit viktning.



Gunnar Johansson leder studien om livsstilsförändring, som med hjälp av motiverande samtal, stödgrupper och mobila tjänster ska få människor att lyckas med långvarig viktning.

Man går inte på entusiasm i två år, säger Gunnar Johansson.

MATORDNING på recept, MoR, liknas vid FaR, fysisk

aktivitet på recept. Kostråden ges i dialog med patienten med motiverande samtal.

– Vi har testat korta råd som ”lägg ner besticken

efter varje tugga” och det har uppskattats. Effekten har bland annat blivit att äthastigheten sjunkit, säger Gunnar Johansson. ■

MATORDNING PÅ RECEPT: MOR

Ett nytt koncept för livsstilsförändring: Matordning på recept (MoR) genom Motiverande samtal, stödgrupper och mobila tjänster.

Studien kommer att studera MoR till upplevd hälsa, kostintag, fysisk aktivitet, riskmarkörer för hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, sömn- och hälsokvalitet.



Kostråden baseras på en svensk version av medelhavskost.

Surfplattor stöd för patienten vid hjärtsvikt

NY TEKNIK GÖR det idag möjligt att ge patienter med hjärtsvikt egenvårdsstöd på distans med hjälp av surfplattor. På Karolinska Institutet pågår nu ett sådant projekt där hjärtsjuksköterskan Patrik Lyngå ingår i en forskargrupp som undersöker nyttan med surfplattor i vården.

I en randomiserad studie på 82 personer undersöks hur den nya tekniken påverkat egenvårdsarbetet för att få mer aktiva patienter. Målet är att med plattornas hjälp kunna minska antalet inläggningar på sjukhus.

Surfplattan som innehåller ett program, baserade på riktlinjer inom hjärtsviktsvården, är inte uppkopplad till sjukhuset.

– Patienten bestämmer själv i hemmet hur aktiv man vill vara i sin egenvård, säger Patrik Lyngå.

Egenvården handlar om sådant som vikt, vätskeintag, träning, motion och kostråd.

Text: Birgit Andersson



Patrik Lyngå, legitimerad sjuksköterska på hjärtkliniken, Södersjukhuset, leder studien.

Hallå där!

Anne Lindberg, lungläkare och en av tre ledamöter i forskningsrådet.

Vad fyller Riksförbundets forskningsfond för funktion?

- Forskningsfonden är en värdefull forskningsfinansiering där riktlinjerna tydligt fokuserar på patientnyttan.



Gör den det i praktiken?

- Absolut. I bedömningsgruppen finns patientmedverkan. Det är väldigt viktigt att det inte är enbart professionen som deltar. Som läkare har jag min bakgrund men patientmedverkan är ytterligare en garant för att patientperspektivet bevakas.

Vad tittar du på i ansökningarna?

- Om studien kan svara på den frågeställning den formulerar. Finns det en forskargrupp med kompetens att genomföra detta. Finns det en struktur och finansiering. Om studien är nyskapande och inte bara bekräftande av det man redan vet.

Vad tror du blir den viktigaste frågan inom lungforskningen i framtiden?

- Utifrån mitt område inom epidemiologin: Vad gäller KOL, handlar det om att försöka svara på frågan vad det är som gör att vissa drabbas av lindrig eller svår KOL, och varför några rökare inte drabbas alls. Andelen barn som är sensibiliserade, visar positiv allergitest, har ökat mycket, frågan är hur det kommer att manifestera sig på astma-förekomsten, kommer förekomsten av astma att öka?

Magnus Östnäs



Foto: Magnus Östnäs, Johan Israelsson, Claes Fröberg

Via forskningsfonden stöder Riksförbundet HjärtLung patientnära forskning.

Forskning som är patienten närmast

23 miljoner kronor till patientnära forskning. Det har Riksförbundet HjärtLungs forskningsfond delat ut på tio år.

Riksförbundet HjärtLung tar årligen emot ansökningar om ekonomiskt stöd från cirka 50 forskningsprojekt. Ansökningarna är jämt fördelade över landet från de större universiteterna och har olika inriktning.

Riksförbundet välkomnar forskning som har stor pa-

tientnytta, gärna inom rehabilitering och prevention.

Riksförbundets vetenskapliga forskningsråd går igenom alla ansökningar och gör en värdering av det vetenskapliga innehållet, kompetens i forskargruppen, patientnytta och genomförbarhet.

Forskningsrådet har ingen beslutanderätt, utan lämnar sina rekommendationer utifrån ett vetenskapligt perspektiv.

Det är förbundsstyrelsen som beslutar vilka projekt som

ska erhålla stöd med utgångspunkt från forskningsrådets synpunkter.

Forskningsrådet består

av tre ledamöter vilka har en mandatperiod på tre år. Nuvarande råd utgörs av lungläkare Anne Lindberg, hjärtläkare Per Tornvall och sjuksköterskan Mona Schlyter.

Projektansökningar ska vara riksförbundet tillhanda senast den sista september.

Mer information finns att läsa på www.hjart-lung.se/

FORSKNINGSFONDEN OCH FORSKNINGSRÅDET

Riksförbundet HjärtLung stöder vetenskaplig forskning om hjärtsjukdomar och lungsjukdomar, speciellt inom rehabilitering och prevention.

Medel ges företrädesvis till patientnära forskning som förbättrar livsvillkoren och livskvaliteten för personer med hjärtsjukdom och lungsjukdom.



Mona Schlyter, Per Tornvall och Anne Lindberg utgör Riksförbundets forskningsråd.

Riksförbundet HjärtLungs bidrag till patientnära forskning 2013

Riksförbundet HjärtLung delar varje år ut pengar till forskning i Sverige.

I år delas sammanlagt 2 500 500 kronor ut till olika forskningsprojekt. I fakturen

nedan kan du se vilka projekt och hur mycket stöd de fått 2013.

Forskningsfonden stödjer i första hand forskning inom prevention och rehabilitering.

Vill du ge ett bidrag till forskningen? Du kan enkelt skänka en gåva till forskning via vår hemsida, www.hjart-lung.se eller via vårt gåvplusgiro. 90 10 10-9.



Riksförbundet HjärtLung är anslutet till Svensk insamlingskontroll som kontrollerar att pengarna används på rätt sätt.

BEVILJADE ANSÖKNINGAR 2013

Sjukgymnastisk behandling i samband med lungkirurgi – en randomiserad kontrollerad studie. Marcus Jonsson, sjukgymnast, Univsjh, Örebro 175.450 kr

Kan en internetbaserad intervention baserad på KBT lindra depressiva symtom hos personer med hjärtsvikt? Peter Johansson, Kardiologiska kliniken, Linköpings universitetssjukhus. 256.500 kr

Effekter av fysisk träning för patienter med kranskärlssjukdom som är 80 år eller äldre – en randomiserad kontrollerad studie. Maria Bäck, leg sjukgymnast, Per Albertsson, leg läkare Göteborgs Universitet 287.720 kr

Ett nytt koncept för livsstilsförändring, matordning på recept (MoR) genom motiverande samtal, stödgrupper och mobila tjänster. Gunnar Johansson, Högskolan i Halmstad. 103.960 kr

Surfplattor som egenvårdsstöd för patienter med hjärtsvikt. Patrik Lyngå, leg ssk Karolinska Institutet. 115.050 kr

Experiences symptoms and signs in patients with takotsubo cardiomyopathy. Inger Ekman, professor, Sara Wallström, leg ssk, Kerstin Dudas, Göteborgs Universitet 158.900 kr

Hälsa och behov av stöd till patienter och närstående efter ett plötsligt oväntat hjärtstopp. Kristofer Årestedt, lektor, Johan Israelsson sjuksköterska, Anna Strömberg, professor, Linnéuniversitetet, Kalmar/Växjö 191.270 kr

Utveckling av törstskala för patienter med hjärtsvikt. Nana Waldréus, leg sjuksköterska, Tiny Jaarsma, professor Linköpings Universitet 100.000 kr

Interaktiv 3D-visualiseringsteknik i patientutbildning på sjukgymnastikliniken. Gun Faager, med dr, Ulrika Einarsson, sjukgymnast, Karolinska Univsjh. Interaktiv 3D-visualiseringsteknik i patientutbildning sjukgymnastikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. 229.900 kr

COR-PRIM studien: Problem-baserat lärande efter en händelse av coronar sjukdom – en randomiserad studie i primärvården av långsiktiga effekter på föreställningar om, egenkraft och egenmakt att hantera egenvård. Att fastställa den långsiktiga effekten av PBL utbildning jämfört med standardiserad hem – skickad patientinformation, om egenvård efter CAD. Anita Käner Köhler, universitetslektor, Tiny Jaarsma, professor, Linköpings Universitet. 200.750 kr

Hjärtinfarkt hos kvinnor i yrkesverksam ålder i olika sociala miljöer. Carina Wennerholm, doktorand, Tomas Faresjö. Med. sociolog, Linköpings Universitet. 74.000 kr

Fysisk träning för äldre personer med förmaksflimmer. Åsa Cider, med dr, Maria Borland, sjukgymnast, Göteborgs Universitet. 232.000 kr

Vilka är de bästa verktygen för att identifiera KOL – patienter med risk för exacerbationer? Andrei Malinovschi, docent, Uppsala Universitet. 200.000 kr

Fysisk aktivitet, träning, och prestationsförmåga hos vuxna med medfödda hjärtfel. Camilla Sandberg, sjukgymnast, Bengt Johansson, läkare, Karin Wadell, docent, Umeå universitet. 175.000 kronor.

En majoritet av hjärtsjuka anser att de inte kan påverka sin sjukdom. Vården måste nu förbättra informationen som ges till patienter som vårdats för allvarliga hjärtbesvär, det är slutsatsen av en studie från Riksförbundet HjärtLung som presenteras i den vetenskapliga tidskriften Eurointervention.

TEXT: Joep Perk, Pelle Johansson, Magnus Östnäs.
ILLUSTRATION: Maria Wall.

”Informationen efter PCI måste förbättras”

– Om det viktiga budskapet att patienten behöver göra förändringar i sina levnadsvanor inte når fram, så måste sättet som läkare och sjuksköterskor informerar på förändras. Det arbetet vill vi som patientorganisation göra tillsammans med vården, säger Inger Ros, förbundsordförande i Riksförbundet HjärtLung.

I EN VETENSKAPLIG STUDIE som genomförts med stöd av Riksförbundet HjärtLung dras slutsatsen att patienter som behandlats för en akut hjärtinfarkt med ballongvidgning, PCI, behöver informeras på ett annat sätt för att de ska få bättre kunskap om sin sjukdom och för att de ska få stöd att leva på ett sätt som bättre skyddar hjärtat.

– SPICI-studien som publicerats i den vetenskapliga tidskriften Euro-Intervention har gett oss ny kunskap som kommer att få stor betydelse för morgondagens hjärtpatienter, säger professor Joep Perk.

I studien svarade 1073 patienter från 29 svenska sjukhus på frågor om vad de ansåg orsakade hjärthändelsen, hur de uppfattade informationen från läkare och sjuksköterskor och hur de förändrat sina levnadsvanor efter ballongvidgningen.

STUDIEN VISAR ATT ENDAST 27 procent har uppfattat informationen de fick på sjukhuset, i samband med att de vårdats för förträngningar i hjärtats kranskärl, på ett riktigt sätt: att de fortfarande hade en hjärtkärlsjukdom och att de behövde ändra sina levnadsvanor.

Majoriteten tror att orsaken till sjukdomen är faktorer som de själva

inte kan påverka, som ärftlighet och ålder, istället för faktorer man själv kan förändra som rökning, motion och matvanor.

STUDIEN VISAR OCKSÅ att 71 procent av patienterna inte hade med någon närstående när de fick informationen och var tredje patient önskade mer information från vårdpersonal.

– Brister i informationen till hjärtpatienter kan vara en förklaring varför patienterna inte når sina målvärden för blodtryck och blodfetter och varför så få deltar i rehabiliteringsprogram, säger Kristina Hambræus, en av forskarna i studien som är en av de hjärtläkarna som svarar för kvalitetsregistret SEPHIA.

Som ett resultat av undersökningen kommer sjukhusen att kontaktas av Riksförbundet HjärtLung för att diskutera hur patienter och vårdpersonal bör använda den korta informations-tiden på sjukhuset på bästa sätt. ■



SPICI-studien.



Om det viktiga budskapet att patienten behöver göra förändringar i sina levnadsvanor inte når fram, så måste sättet som läkare och sjuksköterskor informerar på förändras, det är en slutsats som dras av SPICI-studien.

SAMMANFATTNING AV SPICI-STUDIEN

SPICI är en förkortning av Study of Patient Information after percutaneous Coronary Intervention.

Enkätstudie bland 1073 patienter som genomgått PCI, från 29 slumpvis utvalda svenska sjukhus med följande frågor: vad ansåg man orsakade sjukdomen, hur uppfattades informationen från sjukvården och har man förändrat levnadsvanor efter ballongvidgningen (PCI).

Majoriteten tror att sjukdomen orsakas främst av faktorer som inte kan påverkas, som ärftlighet och ålder.

Endast var fjärde patient har uppfattat informationen de fick på sjukhuset på ett

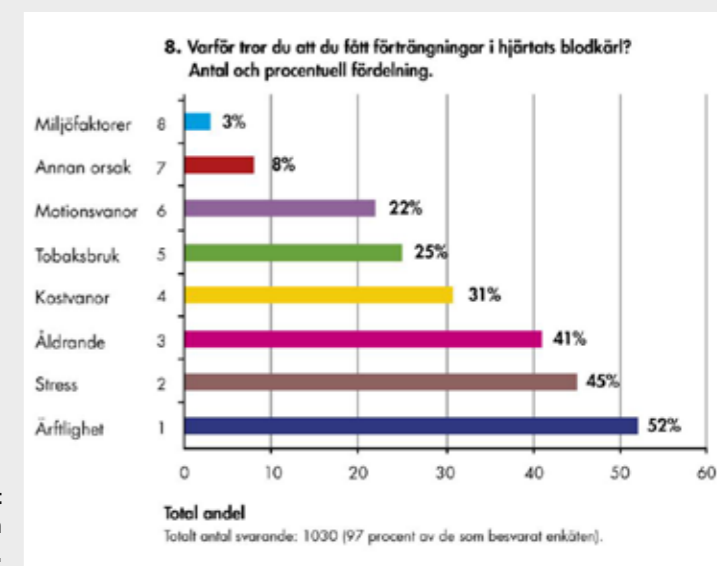
riktigt sätt: att de fortfarande har en hjärtkärlsjukdom och att de behöver ändra sina levnadsvanor.

71 procent av patienterna hade inte med någon närstående vid informationen, var tredje patient önskade mer information från vårdpersonalen och många sökte information på annat sätt.

Studien motiverar ett förbättringsarbete inom eftervården efter akuta hjärthändelser.

52 procent angav ärftlighet som orsak till varför man fått förträngningar.

Study of Patient Information after percutaneous Coronary Intervention (SPICI): should prevention programmes become more effective? *EuroIntervention* 2014;9 published ahead of print January 30, 2014. Joep Perk, Kristina Hambræus, Gunilla Burell, Roland Carlsson, Pelle Johansson, Jan Lisspers.



Många ICD-bärare saknar tillräckliga kunskaper om innebörden av en ICD-avstängning vid livets slut, det visar Ingela Thyléns och Christina Fluurs forskning. En fortsatt utmaning för vårdpersonal är därför att sprida relevant kunskap runt ICD-behandlingens roll i ljuset av livets ändlighet, skriver de.

Mer kunskap ger mindre oro kring ICD vid livets slut



Christina Fluurs och Ingela Thyléns studie inbegriper drygt 3 000 patienter med ICD.

BEHANDLING MED inopererad defibrillator - ICD - har erbjudits personer som överlevt hjärtstopp och allvarlig kammarrusning alltsedan början av 1990-talet (sekundärpreventiv ICD). I dag finns det cirka 6 000 vuxna ICD-bärare i Sverige. Allt fler får ICD-behandling, eftersom stora studier visat att ICD minskar risken för plötslig hjärtdöd även hos personer med svår hjärtsvikt men utan påvisad rytmstörning (primärpreventiv ICD).

Detta tillstånd - liksom annan avancerad sjukdom och slutligen hög ålder -

leder trots ICDn så småningom till livets slut då nyttan med defibrilleringsterapi saknas. ICD-behandling i livets slutskede kan istället hindra en lugn och värdig död i en situation då individen är bortom all bot och be-



Forskarartikel: ICD-bärares erfarenheter, kunskap och inställning till ICD-behandlingen.

Christina Fluor
överläkare, Universitets-
sjukhuset i Linköping



Ingela Thylén
ICD-sjuksköterska och
docent, Universitets-
sjukhuset i Linköping



handling. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska vårdpersonal tillsammans med patienten överväga att stänga av ICD-terapierna (defibrillatorfunktionen) i en sådan situation och denna insats prioriteras högt.

DISKUSSION KRING möjligheten till avstängning äger dock inte rum i den

utsträckning som rekommenderas enligt tidigare internationell forskning.

MÅLSÄTTNINGEN MED detta projekt var att beskriva svenska ICD-bärares erfarenheter, attityder och kunskap runt ICD-behandlingen med särskilt fokus på avbrytande av densamma. För att ta reda på detta användes ett nykonstruerat frågeformulär. Dessutom användes enkäter som speglade bland annat socialt stöd, självskattad livskvalitet, förekomst av ångest och nedstämdhet, samt oro inför eventu-

ell ICD-chock. Samtliga 5.535 vuxna ICD-bärare som fanns registrerade i Svenska ICD- och pacemakerregistret hösten 2012 tillfrågades via brev om deltagande, under förutsättning att de haft sin ICD i minst ett år.

AV DE TILLFRÅGADE personerna besvarade 3,067 enkäten. Åttio procent var män och medelåldern var 66 år med en spridning från 19 till 94 år. Knappt en fjärdedel hade en ICD kombinerad med hjärtsviktspacemaker (CRT-D) och en fjärdedel hade varit

med om minst ett byte av ICD-dosan på grund av batteriurladdning. Majoriteten hade fått sin ICD på sekundärpreventiv grund och en tredjedel (30 %) hade upplevt en eller flera ICD-chocker.

Svåra frågor som inte alltid diskuteras:

I enkätsvaren framkom det att endast 43 procent hade diskuterat innebörden av ett batteribyte med sin läkare eller ICD-sköterska utifrån ett individuellt sjukdomsperspektiv, och det stora flertalet (79%) uppgav på förfrågan att de

önskade få en ny ICD-dosa vid batteriurladdning även om de aldrig fått någon chockterapi. En hög andel ville byta ICDn också om de uppnått mycket hög ålder (63%) eller var svårt sjuka i en livshotande sjukdom (55%). Avstängning av ICDn vid dessa tillstånd hade i regel aldrig (86%) diskuterats i samband med uppföljning.

Enkätsvaren speglade svårigheten att ta ställning till avstängning av defibrillatorfunktionen i händelse av dödlig sjukdom; 39 procent ansåg inte att de över huvud taget kunde ta ställning till

hur de ville göra i ett sådant tänkt scenario, lika många angav att de skulle föredra avstängning och 22 procent ville behålla chockterapierna trots allt.

När är det lämpligt att diskutera avstängning?

ICD-avstängning ska föregås av diskussion med ICD-bäraren men den stora majoriteten (86%) hade aldrig samtalat runt den frågan, och 40 procent angav också att de aldrig önskade ha en sådan diskussion. Flertalet

Fortsättning s. 30



En tredjedel har otillräcklig kunskap

bejakade ändå ett sådant samtal i livets slutskede medan hälften menade att frågan bäst behandlades i samband med implantationen. De allra flesta (84%) ville själva ta upp frågan när de hade behov för det.

KUNSKAPERNA RUNT avbrytande av ICD-behandling visade sig variera mycket och så hög andel som 29 procent visade sig ha otillräcklig kunskap och stora missuppfattningar beträffande innebörden av terapiavstängning.

Enkäten innehöll 11 på-

stående rörande avbrytande av ICD-behandling att ta ställning till (se faktaruta nedan för korrekta svar).

DET VISADE SIG att flertalet var införstådda med att hjärtat inte slutar slå när ICDn stängs av (85%) och att ICDn inte måste opereras bort för att möjliggöra avstängning, men så många som en tredjedel trodde felaktigt att ICDn alltid avgav chocker i samband med livets slut och nästan lika många trodde felaktigt att terapiavstängning var likvärdigt med aktiv dödshjälp. Många ICD-bära-

re verkar sakna tillräckliga kunskaper om innebörden av en ICD-avstängning och har således inte heller bästa möjliga förutsättning att fatta ett välgrundat beslut om sin ICD-behandling vid livets slut.

DÄRMED RISKERAR personen att drabbas av såväl onödig oro som onödig/oönskad chockbehandling.

Det är därför en fortsatt utmaning för vårdpersonal att sprida relevant kunskap runt ICD-behandlingens roll i ljuset av livets ändlighet med målsättningen att ICD-bäraren ska få bästa

möjliga information och stöd för att själv/tillsammans med sina anhöriga fatta ett välgrundat beslut om ICD-byte och terapiavstängning. ■

Artiklarna i sin helhet:

Thylén et al. Are ICD recipients able to foresee if they want to withdraw therapy or deactivate defibrillator shocks? **Int J Cardiology:** Heart & Vessel Open Access 2013;22-31

Strömberg et al. ICD-recipients' understanding of ethical issues, ICD function, and practical consequences of withdrawing the ICD in the End-of-Life. **PACE** 2014;00:1-9

FAKTA OM ICD - SÅ FUNGERAR DET

ICDn behöver inte opereras bort för att stänga av defibrilleringschockerna.

Defibrilleringschockerna kan sättas på igen efter avstängning om man ändrar sitt beslut.

Hjärtat fortsätter att slå även när defibrilleringschockerna stängts av.

Defibrilleringschockerna får inte stängas av utan patientens eller närståendes kännedom.

Att stänga av defibrilleringschockerna i en ICD är inte samma sak som aktiv dödshjälp.

För att stänga av ICDns defibrilleringschocker kan en tillfällig avstängning göras via magnet.

Man kan utan fara ha direkt kroppskontakt med den som får defibrilleringschocker.

ICDns funktion är fullgod trots sjunkande batterispänning fram tills den signalerar att utbyte bör planeras.

Endast en mindre andel ICD-bärare drabbas av defibrilleringschocker samband med livets slut.

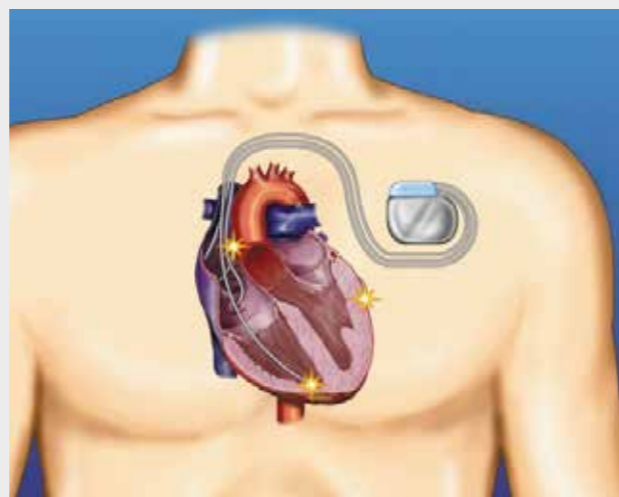


Illustration: Medtronic

Illustrationen visar en CRT, en biventrikulär pacemaker (ICD).

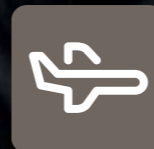
För att stänga av ICDns defibrilleringschocker kan en omprogrammering göras via en extern programmerare.

ICDns pacemakerfunktion bibehålls även när defibrilleringschockerna stängts av.

Hur mår du Curt?

Vill du berätta hur du har det så kan vi hjälpa dig att må ännu bättre. Ibland genom att rekommendera en bra produkt, ibland genom att uppfinna något nytt som Resehjälpen, en tjänst som hjälper dig att få ut det mesta av din viktiga semester. Kan du dricka vattnet? Behöver du någon form av vaccinering och hur är vädret? Fyll i vart du ska åka och få praktiska tips och medicinska råd direkt.

Gå in på Resehjälpen och börja förbereda din nästa semester, eller läs mer om hur vi kan göra det lättare för dig att må bra, på apotekhjartat.se



Resehjälpen



Läkemedelsrådgivning



Solsäker



Läkemedelsabonnemang

APOTEK 
ett apotek med hjärta



Självtestning gör mig trygg och delaktig i min blodförtunnande behandling