

Patientägd hälsobok – ett resurssnålt sätt att aktualisera frågor om prevention

II Patientägd hälsodokumentation som komplettering till sjukvårdens journal är ett arrangemang med förhållandevis liten spridning i Sverige.

Exempel där patientägd dokumentation ändå förekommer är föräldraägda barnhälsovårdsjournaler och häften som diabetiker använder för självtest.

Patientägd hälsodokumentation inbegriper ett antal tänkbara positiva effekter: ökat patientansvar, ökad känsla av kontroll och som ett stöd för livsstilsförändringar.

I **Landstinget Dalarna** har en 32-sidig hälsobok, »Min bok om hälsa«, framställts med primärt syfte att vara just ett patients personliga dokument för reflexion och referens. Hälsobokens innehåll kretsar huvudsakligen kring livsstilsrelaterade frågor, inkluderande t ex stress och socialt nätverk. År 2000 erbjöds samtliga vårdcentraler i Dalarna att dela ut boken till patienter i åldrarna 20 till 64 år, (spridningen pågår än idag även om den vetenskapliga studien är avslutad). Efter sex månader fick 418 patienter vid sex olika vårdcentraler ett frågeformulär som anknöt till »Min bok om hälsa«.

Enkäten gav en svarsfrekvens på 75 procent. Majoriteten (73 procent) av patienterna uppgav att de fått boken av en sjuksköterska. 80 procent av de svarande hade tittat i/läst boken och en tredjedel hade antecknat i den. Två tredjedelar fann boken mycket bra eller ganska bra.

En fjärdedel svarade ja på frågan om det är »något i din hälsosituation som du förändrat till följd av att ha läst boken?« Motion, kost och stress var de vanligaste företeelser som då nämndes förändrade.

Patientägda hälsoböcker är ett förhållandevis resurssnålt sätt för sjukvården att aktualisera frågor om prevention.

Studien antyder att hälsoböcker skulle kunna vara ett redskap för livsstilsförändringar bland primärvårdens patienter. »Min bok om hälsa« kan laddas ner och läsas som wordfil på webbadressen: <http://www.ltdalarna.se/folkhalsa>.

Lars Jerdén

lars.jerden@ltdalarna.se

Jerdén L, et al. Does a patient-held health record give rise to lifestyle changes? A study in clinical practice. *Family Practice*, 2004;21(6):651-3.

Dansk registerstudie: Ingen ökad frekvens av neurologiska följdtilstånd hos IVF-barn

II I en nyligen publicerad stor dansk registerstudie har man jämfört neurologiska sequelae hos barn födda efter assisterad befruktning med barn födda efter spontan konception [1]. Studien omfattar 5 130 barn födda i enkelbörd, 3 393 tvillingar födda efter in vitro-fertilisering (IVF) och – i en kontrollgrupp – 10 239 tvillingar födda efter spontan konception.

Studien visar att tvillingar födda efter IVF löper väsentligen samma risk att utveckla neurologiska sequelae som barn födda i enkelbörd efter IVF och »spontana tvillingar«. Räknet per 1 000 barn fann forskarna en prevalens av neurologiska sequelae om 8,8 bland IVF-tvillingar, 8,2 vid IVF enkelbörd och 9,6 bland »spontana tvillingar«. Oddsquot (OR) för cerebral pares (CP) var 0,8 (95 procents CI 0,4–1,6) bland IVF-tvillingar jämförda med kontrollgruppen. För IVF-tvillingar jämförda med IVF enkelbörd noterades OR 1,3 (95 procents CI 0,6–2,9).

Resultaten skiljer sig från en tidigare svensk registerstudie [2] där man generellt fann en något högre frekvens neuro-

logiska sequelae och en högre risk för IVF-barn än hos barn födda efter spontan konception.

Den ökade risken för neurologiska sequelae hos IVF-barn, bl a för CP, noterades då framförallt för barn födda i flerbörd.

Angivna skillnader kan bero på att studierna omfattar olika tidsperioder och på olikheter angående hur data har samlats in. Även åldern på barnen skilde sig något åt i de bägge studierna.

Det bör noteras att den danska studien inte inkluderar någon kontrollgrupp med enkelbörd efter spontan konception. Trots goda resultat från den danska studien är slutsatsen i andra publicerade studier att minskad flerbörd efter IVF minskar riskerna för barnen.

Christina Bergh

christina.bergh@vgregion.se

1. Pinborg A, et al. Neurological sequelae in twins born after assisted conception: controlled national cohort study. *BMJ*. 2004;329:311-3.

2. Strömberg B, et al. Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study. *Lancet*. 2002;359:461-5.

Bättre venfunktion vid bensår med ytlig venös kirurgi

II I en studie som publicerades år 2004 randomiserades 500 patienter med venösa bensår till behandling med kompression med eller utan ytlig venkirurgi. Resultaten visade att sårhelningen var lika i grupperna men att recidivfrekvensen efter ett år var lägre efter kirurgi: 12 procent jämfört med 28 procent, [ESCHAR-studien, *Lancet* 2004;363:1854-9].

En uppföljande rapport från studien redovisar nu en subgruppsanalys av patienter med reflux i vena saphena magna och/eller parva – med eller utan djup venös reflux.

I subgruppsanalysen har 112 patienter behandlats med enbart kompression och 102 med kompression och kirurgi (hög underbindning eller resektion av vena saphena magna och/eller parva samt lokala exstirpationer). Duplex och fotopletysmografi utfördes före behandling samt efter ett år.

Patienterna stratifierades till tre olika grupper: ingen, segmentell eller total djup venös reflux. Efter ett år observerades – i bägge behandlingsgrupperna – såväl minskad som ökad utbredning av djup venös reflux. Delvis kan resultaten förklaras av undersökarvariabilitet mm, men skillnaden mellan grupperna var ändå signifikant till kirurgins fördel.

Venös återfyllnadstid var oförändrad efter enbart kompressionsbehandling men signifikant förbättrad efter kirurgi, oavsett preoperativ utbredning av djup venös reflux. De patienter som preoperativt – vid selektiv komprimering av det ytliga vensystemet – uppnått förbättrad venös återfyllnadstid var också de som förbättrades mest efter kirurgi.

Författarnas konklusion är att patienter med venösa sår förbättras hemodynamiskt av ytlig venös kirurgi oavsett närvaro av djup venös reflux. Enligt studien är venös återfyllnadstid mätt med fotopletysmografi och ytlig stas, ett bra screeningtest för att bedöma vilka patienter som har mest nytta av kirurgi.

Resultaten ökar ytterligare bevisbördan för att vanlig varixkirurgi kan hjälpa patienter med venösa sår även vid djup insufficiens.

Lena Blomgren

lena.blomgren@telia.com

Gohel MS, et al. Randomized clinical trial of compression plus surgery versus compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study) – haemodynamic and anatomical changes. *Br J Surg*. 2005;92(3):291-7.

Rön från 1800-talets Edinburgh ger tänkvärda perspektiv på dagens debatt om samband mellan volym och resultat vid kirurgiska ingrepp

Man skulle kunna tro att den hetlevrade diskussionen om volymens betydelse för resultatet vid kirurgiska ingrepp är en ganska modern historia.

Men så är inte fallet. Professor David Neuhauser i Cleveland har funnit en verklig föregångare i ämnet: James Y Simpson, professor i obstetrik i Edinburgh 1840–1870.

Simpson, son till en bagare i en liten skotsk landsortsstad, är ihågkommen som den som införde kloroform som narkosmedel vid Edinburghs sjukhus.

Nu har Neuhauser bläddrat i Simpsons samlade verk och funnit att han redan år 1869 gjorde en jämförande studie av postoperativ mortalitet vid amputationer på olika sjukhus i England och Skottland.

Simpson kunde i sin studie slå fast att operationens storlek och allvarlighetsgrad hade direkt inverkan på resultatet.

Av de patienter som genomgått lår-amputation avled 18 procent. Av dem som genomgått underbensamputation avled 13 procent och efter amputation av överarmen avled 4 procent.

Vid underarmsamputation var mortaliteten endast 0,5 procent.

Simpsons nästa steg var att undersöka kirurgernas operationsvana. Av idag ökad anledning drog Simpson gränsen för erfarenhet vid sex tidigare amputa-

tioner. Vid alla typer av amputationer sjönk den postoperativa mortaliteten med 27–50 procent när en erfaren kirurg höll i kniven.

Simpson gick vidare till sjukhusens storlek. Han samlade in data från 7 264 amputationer som utförts vid olika typer av sjukhus, alltifrån landsbygdens lilla sjukstuga till de största universitetssjukhusen i London och Edinburgh.

Precis som Ingemar Ihse i Lund 130 år senare fann Simpson en direkt proportionalitet mellan sjukhusens storlek och mortalitet efter amputation.

Men intressant nog var förhållandet det *rakt motsatta* till dagens postulat: sjukstugans genomsnittsmortalitet var 11 procent, de största universitetssjukhusens 41 procent.

I dag debatteras om kirurgiska resultat ska offentliggöras. Simpson hade inga dubier i detta avseende: varje sjukhus och dess mortalitetsciffror nämns i klartext.

På hans eget Royal Infirmary i Edinburgh avled under perioden 1859–68 varannan patient efter amputation av lår, underben eller överarm.

Simpson skrader inte orden i sin dom över de stora sjukhusen;

»I våra palatslika byggnader dör hundrafalt fler än i de små enkla landsortssjukhusen, ska vi låta dessa

oskyldiga medmänniskor drabbas, visar inte dessa fruktansvärda siffror att det är dags att reformera vårt sjukhusystem?»

Simpson trodde att storsjukhusens höga döds-siffror berodde på dålig luft, som ökade infektionsrisken.

Antagandet gjordes i en tid innan bakteriernas roll för smittspridning av infektiösa processer var kartlagd. Hans analys var inte oviktig för den politiska reform som under det sena 1800-talet byggde upp små sjukhus på engelska landsbygden.

Även om Simpsons arbete ska ses i den tidens ljus så förstod han att det inte är tillräckligt att observera skillnader i resultat. För att förklara sådana skillnader måste hela processen vara känd i detalj.

Professor Neuhauser avslutar med en inte alldeles oäven fundering:

»This tells us that a simple theory of hospital size and good outcomes is inadequate, and we must look for better theories to explain this relationship across centuries.«

Johannes Järhult

johannes.jarhult@lj.se

Neuhauser D. Surgical experience, hospital size and severity adjusted mortality: James Y Simpson, 1869. Qual Saf Health Care. 2005;14:67-8.

Ambulanspersonal kan bli bättre på hjärtlungräddning. Viktigt med basala insatser och korta uppehåll för analys och defibrillering

Värdet av basal hjärt-lungräddning och tidig defibrillering är väl känt vid hjärtstopp.

Väl utarbetade riktlinjer med ramar för såväl kompression, ventilation som fria intervall för analys och defibrillering finns tillgängliga. Det är dock mindre känt huruvida dessa riktlinjer efterlevs i en verklig situation.

En internationell forskargrupp med säten i Oslo, Stockholm och London har analyserat omhändertagandet av 176 vuxna individer som drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus. Patienterna i studien hade behandlats av ambulanssjukvårdare och/eller narkossjuksköterskor.

De defibrillatorer som användes i studien hade extra sensorer som registrerade de hjärt-lungräddande insatsernas effektivitet. En accelerator som registrerade kompressionernas hastighet och djup applicerades över bröstkorget.

Patienternas ventilation registrerades via defibrillatorpaddlar som läste av to-

raximpedansen. Samtliga värden registrerades oavbrutet under hela den pågående hjärtstoppssituationen.

En utvärdering visar att bröstkompressioner inte gavs under 48 procent av den tid då patienterna saknade spontan cirkulation (95 procent CI 45–51 procent). Värdet var 38 procent om man räknar bort nödvändig tid för EKG-analys och defibrillering, (95 procent CI 36–41 procent).

I endast 28 procent av granskade fall gavs tillräckligt djupa kompressioner.

Författarna skriver sammanfattande att ambulanspersonalen – vid behandling av hjärtstopp utanför sjukhus – inte gav hjärt-lungräddning under hälften av den tid då patienten saknade cirkulation.

Tiden för EKG-analys och defibrillering svarade endast för ett kortare avbrott i givandet av bröstkompressioner.

Denna studie är ett bra exempel på kvalitativ forskning kring problem som rör alla organisationer på alla nivåer.

Det är av stor vikt att kontinuerligt kvalitetssäkra och följa upp medicinsk verksamhet. Detta gäller även rutiner för hjärt-lungräddning och därvidlag – som den citerade studien visar – i synnerhet bland ambulanspersonal. Huvudbudskapet till ambulanspersonal är: Fokusera alltid på basal hjärtlungräddning vid hjärtstoppssituationer och gör så korta uppehåll som möjligt för analys och defibrillering.

Den forskargrupp som genomfört studien arbetar nu vidare. I en kommande publikation väntas beskrivna defibrillatorer testas i ett läge som ger ambulanspersonalen möjlighet till direkt återkoppling om hur effektivt pågående hjärt-lungräddning utförs!

Leif Svensson

leif.svensson@medklin.sos.sll.se

Wik L, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. JAMA. 2005;293: 299-304.