



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

FÖLJSAMHET TILL LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR EFTER HJÄRTINFARKT HOS KVINNOR OCH MÄN

En registerstudie

Veronica Hallberg & Simon Blomberg

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterska inom hjärtsjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2024
Handledare:	Lena Björck
Examinator:	Angela Bång

Titel svensk:	Följsamhet till livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt hos kvinnor och män
Titel engelsk:	Adherence to lifestyle changes after myocardial infarction in women and men
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterska inom hjärtsjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2024
Handledare:	Lena Björck
Examinator:	Angela Bång
Nyckelord:	Registerstudie, SEPHIA, riskfaktorer, hjärtsjukdom, typ-1 hjärtinfarkt, följsamhet, livsstilsförändringar.

Sammanfattning

Bakgrund: Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till sjukdom och förtidig död i hela världen. Studier visar att bibehållen livsstilsförändring efter hjärtinfarkt minskar risken för återinsjuknande och död. Följsamhet till sekundärprevention efter hjärtinfarkt är associerat med bättre överlevnad på lång sikt. Enligt vår kännedom har få studier undersökt skillnader mellan män och kvinnor vad gäller följsamhet till livsstilsförändringar. Ytterligare kunskap om skillnader i följsamhet av livsstilsförändringar som sekundärpreventiv åtgärd skulle kunna bidra till en jämlikare vård och att sjukvårdens resurser används så bra som möjligt.

Syfte: Att undersöka skillnader i följsamhet vid livsstilsförändringar mellan kvinnor och män efter hjärtinfarkt.

Metod: Prospektiv longitudinell registerstudie med data från kvalitativregistret SWEDHEART och det sekundärpreventiva registret SEPHIA. Totalt inkluderades 1 805 kvinnor och män 18–79 år med typ 1-hjärtinfarkt som vårdats vid Skaraborgs sjukhus Lidköping och Hallands sjukhus Halmstad och som följts upp i SEPHIA 1 och SEPHIA 2 under perioden 2005-01-01 – 2022-12-31. För att bedöma om patienten uppnått de rekommenderade livsstilsförändringarna grupperades svarsalternativen. Andel i procent jämfördes mellan kvinnor och män för att undersöka eventuella skillnader.

Resultat: Resultatet visade att det främst fanns skillnader mellan kvinnor och män i följsamheten till rökstopp och fysisk aktivitet. En högre andel män jämfört med kvinnor (83,4% vs 78,6%) lyckas bibehålla rökstopp efter ett år. Signifikant fler kvinnor än män (66,3% vs 54,9%) bibehöll den fysiska aktiviteten. Skillnader vid matvanor var inte lika framträdande.

Slutsats: För att minska återinsjuknande och död efter hjärtinfarkt behöver fortsatt arbete för att stärka patienters möjlighet till livsstilsförändringar och främja hälsosamma levnadsvanor utvecklas vilket också kan bidra till en jämlikare vård.

Nyckelord: Registerstudie, SEPHIA, riskfaktorer, hjärtsjukdom, typ 1-hjärtinfarkt, följsamhet, livsstilsförändringar, specialistsjuksköterska.

Abstract

Background: Cardiovascular disease is the most common cause of illness and death worldwide. Studies show that maintaining lifestyle changes after a myocardial infarction reduces the risk of relapse and death. Adherence to secondary prevention after myocardial infarction is associated with better long-term survival. To our knowledge, few studies have examined differences between men and women in terms of adherence and maintenance of lifestyle changes. Additional knowledge about differences in adherence to lifestyle changes as a secondary prevention could contribute to more equal care and that healthcare resources are used as well as possible.

Aim: To examine whether there are differences in adherence to lifestyle changes between women and men after a myocardial infarction.

Method: Prospective longitudinal registry study with data from the qualitative registry SWEDEHEART and its subgroup SEPHIA. A total of 1 805 women and men aged 18–79 with type 1 myocardial infarction who were cared for at Skaraborg Hospital Lidköping and Halland Hospital Halmstad and who were registered in SEPHIA 1 and SEPHIA 2 during the period 01/01/2005 – 12/31/2022 were included. To assess whether the patient has achieved a recommended lifestyle, answer options were divided into groups. Percentages were compared between women and men to examine possible differences.

Results: The results showed that there were differences between women and men in adherence to lifestyle changes. It is in questions about tobacco that the differences in adherence are most prominent, where a higher proportion of men compared to women (83,4% vs 78,6%) manage to maintain non-smoking after one year. There was a significant difference where women maintained physical activity to a greater extent compared to men (66,3% vs 54,9%). Differences in eating habits were not as prominent.

Conclusion: In order to reduce relapse and death after a myocardial infarction, continued work to strengthen patients' opportunity for lifestyle changes and promote healthy lifestyles needs to be developed, which can also contribute to more equal care.

Key words: Registry study, SEPHIA, risk factors, heart disease, type 1- myocardial infarction, adherence, lifestyle changes, nurse specialist.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lena Björck för värdefull hjälp och stöttning under arbetets gång. Vi vill också rikta ett stort tack till Ulrika Sjöbom för all hjälp och råd med SPSS under vårt arbete samt Sofia Svensson på Skaraborgs sjukhus Lidköping och Jenny Buchebner på Hallands sjukhus Halmstad för datautdrag ur SEPHIA.

Mars 2024

Veronica och Simon

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Hjärtinfarkt	1
Orsaker till hjärtinfarkt	1
Riskfaktorer	1
Sekundärprevention efter hjärtinfarkt.....	3
Internationella riktlinjer	4
SEPHIA	4
Följsamhet som begrepp	4
Teoretisk utgångspunkt.....	5
Information och delaktighet.....	5
Jämlik och jämställd vård	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Studiedesign.....	6
Bortfall.....	7
Definitioner	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	9
Risker och nytta	9
Etisk granskning.....	10
Hantering av data	10
Resultat.....	10
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22
Referenslista	23
Bilaga 1 Manual för inmatning av variabler i SEPHIA.....	27
Bilaga 2 Tabell riskfaktorer från SEPHIA	29
Bilaga 3 Tabell matvanor från SEPHIA.....	30

Bakgrund

Hjärtinfarkt

Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till sjukdom och förtidig död i hela världen. Ischemisk hjärtsjukdom står för en större del. Enligt en stor studie från 2017 uppskattas över 7 miljoner människor i världen drabbas av akut hjärtinfarkt varje år (1). Insjuknande och dödlighet orsakad av hjärt- och kärlsjukdom minskar i världen men är fortfarande en ledande dödsorsak (2). I Sverige drabbas årligen cirka 23 000 personer varav 4–5 000 personer avlider i en akut hjärtinfarkt. Män insjuknar och dör i högre grad av hjärtinfarkt än kvinnor. I Sverige orsakar hjärt- och kärlsjukdom närmare 40% av alla dödsfall. Ungefär 1,8 miljoner människor lever med hjärt- och kärlsjukdom i Sverige i dag. Typ 1-hjärtinfarkt innebär akut koronart syndrom orsakat av aterosklerotisk kranskärlssjukdom vanligen utlöst av aterosklerotisk plackstörning (ruptur eller erosion). Här innefattas diagnoserna hjärtinfarkt med ST-höjning (STEMI), hjärtinfarkt utan ST-höjning (NSTEMI) och instabil angina (3, 4).

Orsaker till hjärtinfarkt

Akut hjärtinfarkt orsakas av att ett eller flera av hjärtats kranskärl blockeras. Då förhindras blod- och därmed syretillförseln till hjärtmuskeln. Desto tidigare behandling sätts in, desto mindre blir skadan på hjärtat. Hur stor skadan blir beror på storleken på det drabbade kranskärlet och om det är helt tätt eller ej och hur långt tid det går till insatt behandling. Vid en stor skada kan hjärtats pumpförmåga försämrats till följd av syrebristen som skapas. Ateroskleros är en sjukdom som angriper stora och medelstora artärer. Ateroskleros innebär åderförfattning och plackbildning i kärlen och är den kärlsjukdom som ligger bakom den absolut merparten av hjärt- och kärlsjukdomarna. Hypertoni, rökning och diabetes kan bidra till ytterligare förvärring. Utvecklingen av det aterosklerotiska placket delas in i tre faser. Första fasen karakteriseras av en inflammatorisk reaktion i kärnväggen, denna följs av fas två som är fibrotisering av intiman, vilket förtränger lumen men oftast inte ger total förträngning av kärlet. Den sista fasen är nedbrytning av plackets bindväv vilket bidrar till att placket blir instabilt och benäget att rupturera med trombospålagring som följd (5, 6).

Riskfaktorer

De största och viktigaste riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdom är rökning, lipidrubbingar, diabetes och högt blodtryck, därför brukar dessa kallas huvudriskfaktorer. Andra faktorer med orsakssamband är ärftlighet, övervikt, fysisk inaktivitet och psykosocial stress. Lipidrubbingar och rökning spelar störst roll för uppkomst av ateroskleros i kranskärlen. Aterosklerosrelaterade hjärt- och kärlsjukdomar är vanligast hos män i medelåldern. Under kvinnans fertila ålder är de mycket ovanliga, därefter ökar förekomsten relativt kraftigt och kvinnorna kommer sedan alltmer likna männen med avseende på kardiovaskulär risk (7, 8).

En studie från 2004 som inkluderat patienter med hjärtinfarkt från 52 länder visar starkt sambandet mellan riskfaktorer och hjärtinfarkt. Hjärtinfarkterna kunde kopplas till de kända riskfaktorerna där de starkaste var höga blodfetter, rökning och psykosociala faktorer där stress, ekonomi och depression inkluderas. Vad gäller stress som riskfaktor var detta den första studien som konstaterade sambandet till hjärtinfarkt och visar att stress både i familjen och i arbetet ökar risken att drabbas av hjärtinfarkt. Psykosociala stressen kan orsakas av livshändelser som sorg i familjen, sjukdom eller ekonomiska svårigheter (9). Sambandet mellan stress och hjärtinfarkt var konsekvent mellan länder, etniska grupper och kön (7, 9). Forskning både i Sverige och internationellt har rapporterat om hur ökad stress, framförallt hos yngre kvinnor där familjerelaterad stress är ett problem, visat öka risken för hjärtinfarkt. Livssituationen för kvinnor kan alltså direkt påverka hälsan. Män visar oftast en sårbarhet för stress i arbetslivet, medan kvinnor blir mer sårbara för stress i hemmiljön. I synnerhet om kvinnan lever i en destruktiv relation. Kronisk lågintensiv stress är inte bra för någon (9, 10).

Studien från 2004 visar också att andra påverkbara riskfaktorer som till exempel låg fysisk aktivitet, matvanor med lågt intag av frukt och grönsaker var starkt kopplat till hjärt- och kärlsjukdom och visar på att ett hälsosamt kostintag, det vill säga högt intag av grönsaker, fibrer och frukt tillsammans med lätt till måttligt intag av alkohol, och fysisk aktivitet kan motverka risken för hjärt- och kärlsjukdom (7, 9).

I genomsnitt insjuknar kvinnor av hjärtsjukdom 8–10 år senare än män. Den bakomliggande faktorn till detta anses vara det kroppsegna könshormonet östrogen. Kvinnor har generellt sett en hög nivå av det goda kolesterolet HDL (high density lipoprotein) fram till ungefär 55-års åldern. I samband med att östrogenet sjunker, så sjunker också nivåerna av det skyddande kolesterolet och risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar. Studier visar att kunskap ibland saknas om att hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland både kvinnor och män vilket kan bidra till att kvinnor inte alltid uppfattar att sina egna upplevda besvär kan vara en hjärtinfarkt. Detta kan också vara en bidragande faktor till att kvinnors kontakt med sjukvården dröjer (11, 12).

Under de senaste åren finns det en ökad medvetenhet om att kvinnor drabbas av konsekvenser av dygnsstörningar mer än män. Detta kan påverkas av flera hormonella stadier som kvinnor går igenom under hela sitt liv, eller att kvinnor vanligtvis spelar en central roll inom familjen och oftare har skiftarbete, vilket kan påverka dygnsrytmregleringen (13). Det finns dessutom kvinnospecifika riskfaktorer, så som ålder av menstruationsdebut och ålder av klimakteriet, polycystiskt ovariesyndrom, infertilitet och provrörsbefruktning, spontan graviditetsförlust, antalet barn kvinnan fött och oönskade graviditeter. Men även autoimmuna sjukdomar, migrän och depression (14). Detta ökar kvinnors kardiovaskulära risk under hela livet. Tillsammans med de traditionella riskfaktorerna bör även hänsyn tas till dessa kvinnospecifika faktorer som en del av den kardiovaskulära riskbedömningen för att möjliggöra en mer omfattande översikt, över risken att utveckla hjärt- och kärlsjukdom (15).

Sekundärprevention efter hjärtinfarkt

I omhändertagandet av patienter som genomgått en hjärtinfarkt spelar sekundärprevention en viktig roll. De viktigaste faktorerna för att undvika återinsjuknande är utöver farmakologisk behandling livsstilsförändringar så som rökstopp, regelbunden fysisk aktivitet, viktstabilitet, hälsosam kosthållning och begränsat alkoholintag (2, 5). Studier visar att bibehållen livsstilsförändring efter hjärtinfarkt minskar risken för återinsjuknande och död. Vid återbesök ett år efter hjärtinfarkt visar studier att patienter har svårt att bibehålla bland annat rökstopp. Riskfaktorer som behandlades med läkemedel så som höga blodfetter och högt blodtryck visade däremot bättre resultat i följsamhet av behandlingen (5, 16, 17).

Skillnader mellan åldrar har påvisats hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt där yngre personer visat en högre förekomst av övervikt och rökning jämfört med äldre (18). Det finns också ett samband mellan utbildningsnivå och hälsa, ju högre utbildning desto bättre hälsa (19). Äldre personer har dock en lägre nivå av fysisk aktivitet vilket delvis förklaras med svaghet, yrsel och rädsla för fall (18). Det är även visat att personlighet kan påverka i vilken grad en person lyckas sluta röka. Ensamboende personer lyckas i lägre grad bli rökfria. Ensamhet är dessutom en faktor som påverkar möjligheten till ytterligare förändringar för en hälsosam livsstil. Upplevt socialt stöd och känsla av samhörighet är faktorer som är associerade med följsamhet efter en hjärtinfarkt. Ytterligare forskning behövs för att förstå samspelet mellan personlighet och livsstilsfaktorer och inverkan på rökstopp (20, 21).

Träningsbaserad hjärtrehabilitering är en del i omhändertagandet efter hjärtinfarkt där patienten erbjuds fysisk träning hos fysioterapeut, vilket har visat minska dödlighet. En svensk studie visar att avstånd till sjukhus är en avgörande faktor för att delta. Även faktorer som rökning, samsjuklighet och manligt kön visade på lägre deltagande i träningsbaserad hjärtrehabilitering (22). De patienter som medverkade vid träningsbaserad hjärtrehabilitering visade på minskad dödlighet två år efter hjärtinfarkt. En studie har visat att träningsbaserad hjärtrehabilitering minskar den kardiovaskulära dödligheten med högre effekt hos kvinnor än hos män (23).

Det finns även skillnader i den farmakologiska behandlingen mellan könen efter hjärtinfarkt. Kvinnor behandlas inte i samma utsträckning med optimal läkemedelsbehandling som män. Detta bekräftas i en studie från 2018. Optimal läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt innebär behandling med betablockerare, trombocythämmare, statiner och vid samtidigt nedsatt vänsterkammarmfunktion även ACE-hämmare (24). Skillnaden visade sig framför allt i behandling med trombocythämmare och statiner. Totalt uppnåddes optimal läkemedelsbehandling efter ST-höjningsinfarkt till 57% hos kvinnor jämfört med 61% hos män. Detta oavsett ålder (25, 26).

Internationella riktlinjer

Rekommendationer enligt Guidelines för att minska återinsjuknandet av hjärt- och kärlsjukdom skiljer sig åt mellan olika grupper och tar hänsyn till ålder, kön och genus, förväntad livslängd, riskfaktorprofiler, etniska och geografiska skillnader. Riktlinjerna innefattar bland annat sänkning av LDL till <1,4 mmol/L, systoliskt blodtryck <140 mmhg, <130 mmhg om det tolereras, rökstopp, välbehandlad diabetes, viktnedgång till BMI <25, motion på måttlig till intensiv nivå 150-300 minuter i veckan, styrketräning minst 2 dagar i veckan, mer växt och mindre djurbaserat matmönster, mer fullkornsprodukter, ersätta mättade fetter med omättade, minskat saltintag, ≥ 200 g frukt /dag, ≥ 200 g grönsaker /dag, minskat intag av rött kött till max 350-500g /vecka, fisk (gärna fet) 1-2 ggr per vecka, 30 g osaltade nötter per dag, begränsad alkoholkonsumtion till max 100g per vecka, avrådan från sötade drycker som läsk och fruktjuicer (14).

SEPHIA

SEPHIA är ett nationellt kvalitetsregister för sekundärprevention efter hjärtinfarkt. SEPHIA startade 2005 och är sedan 2009 en del av kvalitetsregistret SWEDEHEART som är en sammanslutning av flera register. Syftet med SEPHIA är att öka kunskap och förståelse för vilka faktorer som ligger bakom framgång eller motgång vad gäller att nå målen för sekundärprevention eller kranskärlssjukdom och då göra en individuell plan för varje patient. I SEPHIA registreras patienter från alla sjukhusanslutna hjärtrehabiliteringscenter i Sverige. Täckningsgraden har de senaste åren varit 75–80% och mellan 2005 och 2018 har totalt ca 85 000 patienter registrerats enligt SWEDEHEARTS hemsida. Patienter ≤ 79 år som genomgått typ 1-hjärtinfarkt följs upp och registreras vid två tillfällen. 2018-01-01 höjdes åldersgränsen i SEPHIA från 75 till 79 år. Den första uppföljningen, SEPHIA 1, sker 6–8 veckor efter hjärtinfarkt och den andra, SEPHIA 2, efter 12–14 månader. Uppföljning sker som fysiskt besök eller via telefon. Runt 40 variabler ingår i registreringen och innefattar bland annat hur mål har uppfyllts för riskfaktorer och levnadsvanor (ex. fysisk aktivitet, rökning, kostvanor, biometriska och fysiologiska parametrar). 2018 ändrades benämning av variabeln “motionstillfällen” >30 minuter de senaste sju dagarna till “fysisk aktivitet” >30 minuter de senaste sju dagarna (27, 28). *Se bilaga 1 för information om variabler.*

Följsamhet som begrepp

I dagens sjukvård finns tre ord som beskriver följsamhet, Compliance, Concordance och Adherence. Att reflektera över hur väl patienter följer sjukvårdens ordinationer är inget nytt, Hippokrates beskrev vikten av patientens Compliance för över 2 000 år sedan. Utvecklingen av nya ord har skett på grund av att Compliance har fått negativ klang och förknippas med i vilken utsträckning patienten passivt följer förskrivarens rekommendationer (29). För att förtydliga att behandlingen ska vara något som vårdgivare och patient enas om beskriver istället Concordance att fokus ska vara på delaktighet hos patienten. Det innebär bland annat att patienten och läkaren eller sjuksköterskan är överens gällande de förskrivna rekommendationerna. I ett samspel mellan patient och sjuksköterska ska patientens förmågor

att ta egna beslut vara framträdande och de ska bygga på en grund av information och undervisning (30).

Följsamhet som begrepp utifrån Adherence kan definieras som i vilken utsträckning patienten följer de överenskommelser som är gjorda med sjukvården. Det är en fördel med att använda begreppet Adherence, då det baseras på patientens delaktighet, snarare än passivitet när det gäller de förskrivna rekommendationerna av sjukvården (31). Följsamheten är då beroende av relationen mellan personal och patient, där parterna bör ha ett samstämmigt och enigt synsätt på de önskade förändringarna (29).

Teoretisk utgångspunkt

Information och delaktighet

Vård och behandling ska enligt patientsäkerhetslagen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vården ska ges med respekt för patientens individuella behov och med möjlighet till delaktighet. För att kunna vara delaktig i vård och behandling behöver patienten tillgodoses information. Kommunikation mellan sjukvårdspersonal och patient är en central del av vården. Varje patient har unik kunskap om sig själv, sina behov, förväntningar och resurser (32). Kommunikation, utbildning och information ska anpassas och ges på ett sådant sätt att patienten kan ta emot och förstå innehållet. Enligt patientlagen ska information anpassas utifrån exempelvis ålder, mognad, erfarenhet och språkligt bruk. När patienter inkluderas och deltar i utformning av vård och behandling kan detta bidra till ökad följsamhet och en säkrare vård. En delaktig patient kan dessutom bidra till att målen med vård och behandling uppnås (5, 33-36)

Jämlik och jämställd vård

Alla patienter har rätt att ges samma möjligheter till god hälsa anpassat efter patientens behov vilket betyder att vissa skillnader i vården är en förutsättning för jämlik vård. Jämlik vård handlar om att anpassa vården efter den enskildes behov och förutsättningar, inte att ge lika vård (36). Samma möjligheter till god hälsa behöver ges för att uppnå en god och jämlik vård för befolkningen vilket också är målet i hälso- och sjukvårdslagen (37, 38).

Enligt Socialstyrelsen är kopplingen mellan kön och hälsa tydlig men även andra faktorer som olika levnadsvanor påverkar både kvinnors och mäns hälsa (39). Jämställd vård kan inom hälso- och sjukvård förklaras att patienter oavsett kön, ålder, socioekonomisk bakgrund och etniskt ursprung på lika villkor ska ha tillgång till kvalitativ vård (39, 40). Vårdpersonal behöver kunna se vilka premisser den enskilde patienten lever utifrån och hur det påverkar vägen till god hälsa. Samtidigt kan både medvetna och omedvetna kategoriseringar av människor utifrån sociala normer hos vårdpersonal påverka både bemötande och vård. Genom de skapade normerna kan människor både inkluderas och exkluderas (36).

I ett genusperspektiv kan jämställd vård innebära att både väga in biologiskt och socialt kön då sociala faktorer har stor betydelse. Normer och värderingar är något som påverkar möjligheten till jämställd och jämlik vård. En vårdgivare kan omedvetet ha olika förväntningar på en patient beroende på om det till exempel är en man eller kvinna. Mötet mellan patient och vårdgivare lyfts därför fram som en viktig faktor där skillnader i hälso- och sjukvård kan uppstå. Utöver påverkan av normer kan det också handla om att beslut för en enskild patient bygger på information för en grupp patienter och som då inte tar hänsyn till den enskilde individen (36, 39, 40). Patienternas förutsättningar, kunskaper och behov skiljer sig åt och vården behöver därför anpassas till patienten. Patienten ska inte anpassa sig efter vårdens behov. För att vårdmötet inte ska påverkas negativt och utgöra ett hinder kan vårdpersonalen behöva utbildas för att få tillräcklig kunskap och förståelse för patienters olika behov och förutsättningar (36).

Problemformulering

Patienter som drabbas av hjärtinfarkt behöver genomföra livsstilsförändringar för att minska risken för återinsjuknande och död. Sekundärpreventiva åtgärder både i form av farmakologisk behandling samt att främja en hälsosam livsstil krävs. Hjärtinfarkt är en ledande dödsorsak bland både kvinnor och män i Sverige. Flertalet studier visar att risken för återinsjuknande och död av hjärtinfarkt minskar vid bibehållen livsstilsförändring.

Kvinnor behandlas inte i lika stor utsträckning som män vad gäller optimal läkemedelsbehandling. Det finns även skillnader i åldersgrupper vad gäller övervikt och fysisk träning där yngre har en högre förekomst av övervikt och äldre har en lägre nivå av fysisk aktivitet. Enligt vår kännedom har få studier undersökt skillnader mellan män och kvinnor vad gäller följsamhet och att bibehålla livsstilsförändringar som rökstopp, hälsosam kosthållning och fysisk aktivitet efter en hjärtinfarkt och om det skiljer sig åt mellan olika livsstilsfaktorer. Ytterligare kunskap om skillnader i följsamhet av livsstilsförändringar som sekundärpreventiv åtgärd skulle kunna bidra till en jämlikare vård och att sjukvårdens resurser används så bra som möjligt.

Syfte

Syftet är att undersöka om det finns skillnader i följsamhet vid livsstilsförändringar mellan kvinnor och män efter hjärtinfarkt.

Metod

Studiedesign

För att svara på syftet användes en prospektiv longitudinell registerstudie med en kvantitativ ansats (41). Metoden ansågs vara lämplig då syftet var att jämföra förändringar mellan två

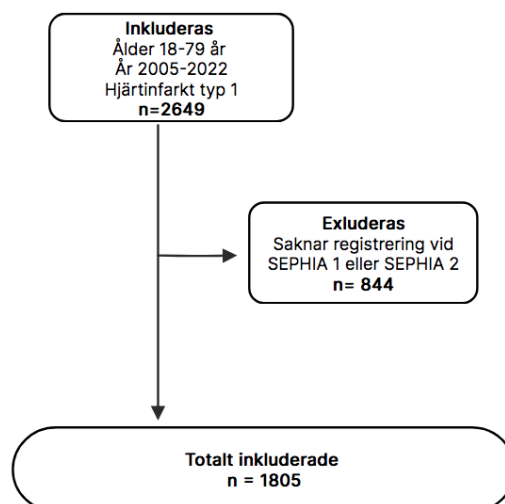
besök. Data användes från kvalitetsregistret SWEDEHEART och dess undergrupp SEPHIA (27).

Urval

Ett konsekutivt urval gjordes där samtliga män och kvinnor 18–79 år som vårdades med typ 1-hjärtinfarkt vid Skaraborgs sjukhus Lidköpings och Hallands sjukhus Halmstad (figur 1) och som registrerats i SEPHIA 1 samt SEPHIA 2 under perioden 2005-01-01 – 2022-12-31 inkluderades. SEPHIA 1: det första besöket som sker 6–8 veckor efter insjuknandet i hjärtinfarkten. SEPHIA 2: det andra besöket som sker 12–14 månader efter hjärtinfarkten (41).

Bortfall

Av 2 649 registrerade patienter exkluderades 844. Patienter som endast närvarat vid ett besök exkluderades. Av dessa fanns det 30 patienter som avlidit innan besök 2. Orsaker till saknad registrering för ett av besöken kan förklaras av flytt till en annan region, uppföljning av annan vårdgivare, att uppföljningen sker utanför perioden för inkludering till SEPHIA eller att besöket inte har registrerats i registret. De 1 805 patienter som var registrerade vid både SEPHIA 1 och SEPHIA 2 inkluderades (figur 2). Från 2018-01-01 höjdes åldersgränsen för att registreras i SEPHIA från 75 år till 79 år vilket kan påverka antal registrerade patienter innan detta datum.



Figur 1. Karta med markerade län där Skaraborgs sjukhus Lidköping och Hallands sjukhus Halmstad ingår.

Figur 2. Flödesschema över inkluderade och exkluderade patienter.

Datainsamling

Data användes från kvalitetsregistret SWEDEHEART och dess undergrupp SEPHIA (27). Begränsning att hämta data från Hallands sjukhus Halmstad och Skaraborgs Sjukhus Lidköping togs för att hantera arbetet inom tidsaspekten för examensarbetet. Insamling av data hanterades med hjälp av sjuksköterska från respektive sjukhus som ansvarar för SWEDEHEART. Via registrets databas hämtades data från SEPHIA 1 och SEPHIA 2. Data från 1 805 patienter samlades in varav 915 av patienterna var registrerade vid Skaraborgs sjukhus Lidköping och 890 vid Hallands sjukhus Halmstads. Variabler som inkluderades för att beskriva gruppen var ålder, kön, vikt, body mass index (BMI), midjemått, diabetes, sysselsättning, deltagande i hjärtskola och deltagande i rökavvänjningsprogram. Inkluderade variabler som berör riskfaktorer som går att påverka med livsstilsförändringar var rökning, snusning, fysisk aktivitet och matvanor. *Se bilaga 2 och bilaga 3.*

Definitioner

Patienten definierades som ex-rökare/-snusare om det gått mer än en månad sedan patienten slutade röka/snusa. Någon övre preskriptionstid för ex-rökare/-snusare finns inte. Bruk av vattenpipa räknas som rökning. E-cigarett räknas inte som rökning under tidsperioden för studien.

Antal dagar den senaste veckan med fysisk aktivitet räknas hur många dagar under minst 30 minuters fysisk aktivitet som fick patienten att bli lätt andfådd och gav något förhöjd puls.

Frågor om matvanor besvaras utifrån hur många gånger per månad, vecka eller dag som patienten intar grönsaker/rotfrukter, frukt/bär, fisk/skaldjur och kaffebröd/choklad/godis/chips/läsk eller sött dryck.

Dataanalys

De båda sjukhusens data lades ihop till ett dokument för att kunna hanteras gemensamt. För att bedöma om patienten uppnått en rekommenderad livsstil delades svarsalternativen in i grupper. Kriterierna till indelningen grundade sig på rekommendationerna enligt ESC Guidelines (24).

För att undersöka bibehållande av rökstopp identifierades de patienter som vid SEPHIA 1 svarat att de slutat röka i samband med hjärtinfarkten. Andel procent som vid SEPHIA 2 fortsatt var ex-rökare jämfördes sedan mellan kvinnor och män. Då antal patienter som slutat röka i samband med hjärtinfarkten var begränsad gjordes också en mätning av alla som var

rökfria (ex-rökare och aldrig rökare) vid SEPHIA 2. Andel i procent jämfördes sedan mellan kvinnor och män.

Antal patienter som slutat snusa i samband med hjärtinfarkten var för få för en statistisk mätning. För att undersöka hur många patienter som bibehöll ett icke snusande identifierades de som inte snusade (ex-snusare och aldrig varit snusare) vid SEPHIA 1 och en mätning gjordes vid SEPHIA 2 för att se hur många av dessa patienter som fortsatt var icke snusare. Andel i procent jämfördes sedan mellan kvinnor och män. En mätning av alla som var icke snusare (ex-snusare och aldrig varit snusare) vid SEPHIA 2 gjordes också på samma sätt som för alla som var rökfria vid SEPHIA2. Andel i procent jämfördes mellan kvinnor och män.

I delen om fysisk träning identifierades de som angett att de utövat fysisk aktivitet under minst 30 minuter \geq fem dagar de senaste sju dagarna vid SEPHIA 1 och jämfördes med hur många av dessa patienter som vid SEPHIA 2 angett att de utövat 30 minuter \geq fem dagar de senaste sju dagarna och därmed bibehöll fem tillfällen.

I delen om matvanor identifierades de som hade minst ett dagligt intag av grönsaker, de som hade minst ett dagligt intag av frukt samt de som åt fisk minst två gånger per vecka. Av dessa patienter räknades hur många som vid SEPHIA 2 bibehöll dessa matvanor. Andel procent som bibehöll matvanorna jämfördes mellan män och kvinnor för att se om det fanns någon signifikant skillnad. För sötsaker räknades de antal som vid SEPHIA 1 åt sötsaker max en gång per vecka för att se hur många som vid SEPHIA 2 bibehöll sitt maxintag av sötsaker.

Deskriptiv statistik med strukturerad mätning användes för att analysera data och för att få svar på forskningsfrågan. Data presenteras med antal (n), medelvärde, median, standardavvikelse (SD) och procent (%). Statistiska beräkningar genomfördes i Statistical Package of the Social Sciences (IBM SPSS). För att ta reda på signifikans användes Chi-Square Test. Statistisk signifikans uppnås vid p-värde $<0,05$ vilket är det vanligaste accepterade gränsvärdet (41, 42).

Etiska överväganden

Risker och nytta

All forskning som inkluderar människor måste enligt Helsingforsdeklarationen utgå från en noggrann bedömning där nyttan överstiger riskerna. Skulle riskerna överstiga nyttan behöver en studie avbrytas. Vid en registerstudie som i detta examensarbete begränsas riskerna då redan befintligt registrerade data används. Ytterligare kunskap om skillnader i följsamhet av livsstilsförändringar som sekundärpreventiv åtgärd skulle kunna bidra till en jämlikare vård och att sjukvårdens resurser används så bra som möjligt. Nyttan av examensarbetet bedöms vara högre än riskerna (43, 44).

Patienten tillfrågas om deltagande i patientregistret SEPHIA vid mottagningsbesök. Inför detta examensarbete har därför en forskningspersonsinformation (FPI) inte varit aktuell. I en studie med aktivt deltagande personer ska den som lämnar informerat samtycke få information om bland annat studiens syfte, metod och eventuella fördelar eller risker. Att delta i en studie är alltid frivilligt och personen ska informeras att när som helst kunna avbryta sitt deltagande utan att ange orsak.

Etisk granskning

Inför insamlande av data till detta examensarbete har ansökan om etisk granskning lämnats till Etikgruppen vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet. Godkännande har också inhämtats från verksamhetschef hos respektive verksamhetsområde inom Skaraborgs sjukhus Lidköping samt Hallands sjukhus Halmstad.

Hantering av data

I presentation av data är det viktigt att det inte går att identifiera vilka patienter som finns med i examensarbetet. Då resultaten redovisas på gruppnivå är risken för detta låg. Den data som hämtats ut är avidentifierad och ersatt med löpnummer vilket också skyddar den enskilde individen. Alla uppgifter förvaras på datorer som är lösenordskyddade. Efter godkänt arbete kommer all data destrueras. Då personuppgifter används är examensarbetet anmält till systemet DraffIT, som är Göteborgs Universitets register över behandlingar. Data och personuppgifter i examensarbetet hanteras på ett säkert sätt och endast under den tid som är nödvändig för examensarbetet, samt hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679. Det är Göteborgs Universitet som är personuppgiftsansvariga för behandling av personuppgifterna under detta examensarbete.

Resultat

Studien inkluderade 1 805 patienter som vårdats för typ 1-hjärtinfarkt och följts upp efter 6–8 veckor och efter 12–14 månader (23% kvinnor, n=415 och 77% män, n=1 390). Tabell 1 visar data vid baseline. Totalt var 44,1% <65 år (n=795) varav 18,9% kvinnor. I åldersgruppen 65–79 år (n=1 009) var 26,3% kvinnor. Medelåldern var 64,4 år, 66,2 år för kvinnor och 63,9 år för män. Totalt arbetade 24,7% (n=445), 14,5% av kvinnorna och 27,7% av männen. Majoriteten var pensionärer 57,3% (n=1 035), 69,2% av kvinnorna och 54% av männen. Medelvärde för BMI var 27,4 för både kvinnor och män. Antal som deltog i hjärtskola var 40,2% (n=725).

Tabell 1. Baseline hämtat vid uppföljning 6–8 veckor efter hjärtinfarkt (SEPHIA 1).

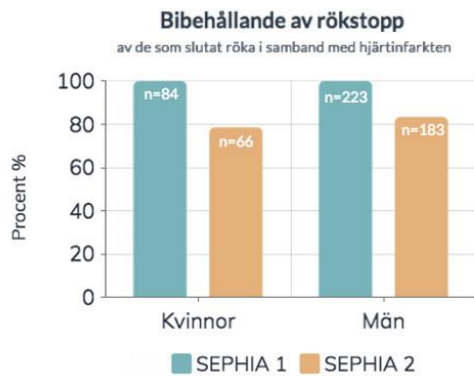
	Totalt n=	Kvinnor n=	Män n=
Antal patienter antal (%)	1 805 (100)	415 (23)	1 390 (77)
Ålder, medel (SD)	64,4 (8,7)	66,2 (8,3)	63,9 (8,8)
Ålder, Median (range)	66 (31–79)	68 (37–79)	64 (31–79)
Åldersgrupper n (%)			
18–64 år	795 (44,1)	150 (18,9)	645 (81,1)
65–79 år	1 009 (55,9)	265 (26,3)	744 (73,7)
Rökning ¹ n (%)			
Rökare	151 (8,4)	35 (8,5)	116 (8,3)
Ex-rökare	974 (54)	223 (53,7)	751 (54)
Aldrig varit rökare	672 (37,2)	156 (37,6)	516 (37,1)
Slutat röka i samband med hjärtinfarkten (%)	307 (17)	84 (20,2)	223 (16)
Snusning ²			
Snusare	185 (10,2)	11 (2,7)	174 (12,5)
Ex-snusare	214 (11,9)	9 (2,2)	205 (14,7)
Aldrig varit snusare	1 377 (76,3)	394 (94,9)	983 (70,7)
Slutat snusa i samband med hjärtinfarkten (%)	40 (2,2)	3 (0,7)	37 (2,7)
Sysselsättning ³			
Arbete	445 (24,7)	60 (14,5)	385 (27,7)

Arbetslöshet	38 (2,1)	7 (1,7)	31 (2,2)
Sjukskrivning	265 (14,7)	57 (13,7)	208 (15)
Studier / övrigt	17 (0,9)	4 (1)	13 (0,9)
Pensionär	1 035 (57,3)	287 (69,2)	751 (54)
Diabetes ⁴	307 (17)	72 (17,3)	235 (16,9)
Vikt (kg) ⁵ medelvärde	84,5	73	87,9
Midjemått (cm) ⁶ medelvärde	100	95	101
BMI (kg/m ²) ⁷ medelvärde	27,4	27,35	27,4
Deltagande i hjärtskola ⁸ n (%)	725 (40,2)	166 (40,0)	559 (40,2)
Deltagande i rådgivande samtal rökning ⁹ n	35	7	28
Deltagande i rökavvänjningsprogram ¹⁰ n	14	2	12

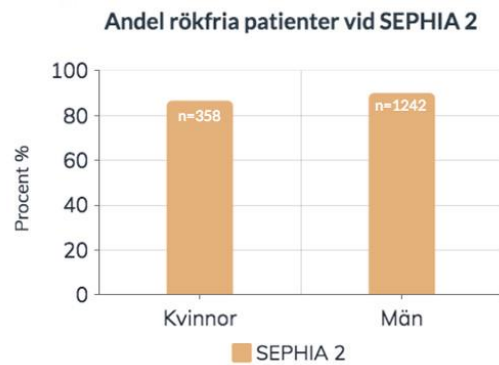
¹ Missing n= 3, ² Missing n= 29, ³ Missing n= 0, ⁴ Missing n= 0, ⁵ Missing n= 10, ⁶ Missing n= 1 032,
⁷ Missing n= 511, ⁸ Missing n= 2, ⁹ Missing n= 44, ¹⁰ Missing n= 1 542

Andelen rökare vid SEPHIA 1 var 8,4%, (n=151) 8,5% kvinnor och 8,3% män. Majoriteten var ex-rökare 54% (n=974) och 37,2% (n=672) hade aldrig varit rökare. Andel rökare vid SEPHIA 2 var 13,3% (n=55) kvinnor och 9,9% (n=136) män. Andel kvinnor som slutade röka i samband med hjärtinfarkten var 20,2% (n=84) och män 16% (n=223).

Av de som slutade röka i samband med hjärtinfarkten var 78,6% (n=66) kvinnor och 83,4% (n=186) män rökfria efter ett år. Endast ett fåtal (n=49) deltog i någon form av rökavvänjning. En högre andel män bibehöll rökstopp jämfört med kvinnor (figur 3), denna skillnad var dock inte signifikant (p-värde 0,325). Vid SEPHIA 2 var signifikant fler män än kvinnor rökfria (90,1%, n=1 242 vs 86,7%, n=358) (figur 4, p-värde <0,05).

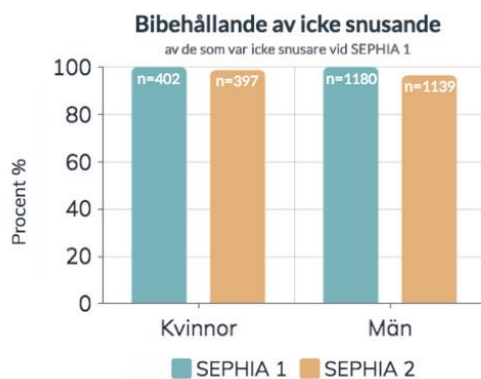


Figur 3. Andel som bibehöll rökstopp av de som slutat röka i samband med hjärtinfarkten (p-värde 0,325).

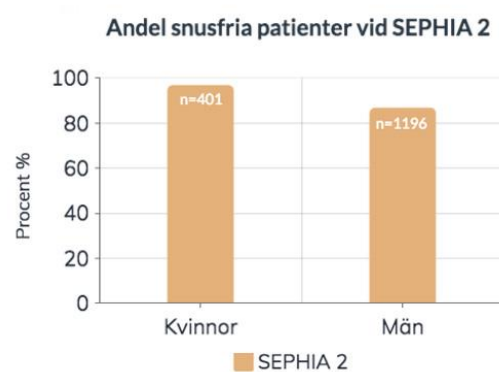


Figur 4. Andel rökfria vid SEPHIA 2 (p-värde <0,05).

Andel snusare vid SEPHIA 1 var 10,2% (n=185), 2,7% (n=11) av kvinnorna och 12,5% (n=174) av männen. Ex-snusare var 11,9% (n=214) och 76,3% (n=1377) hade aldrig varit snusare. Vid SEPHIA 2 snusade 3,1% (n=13) kvinnor och 13,1% (n=177) män. I samband med hjärtinfarkten slutade 2,7% (n=40) snusa varav 0,7% (n=3) kvinnor och 2,2% (n=37) män. Resultatet visade att 98,8% (n=397) kvinnor och 96,5% (n=1 139) män som var icke snusare fortsatt var icke snusare efter ett år. Det skiljer 2,4% (p-värde <0,022) mellan könen och resultatet visade att det var fler män än kvinnor som ett år efter hjärtinfarkt börjat snusa (figur 5). Vid SEPHIA 2 var det signifikant fler kvinnor än män som inte snusade (96,9%, n=401 vs 86,9%, n=1 196) (figur 6, p-värde <0,001).



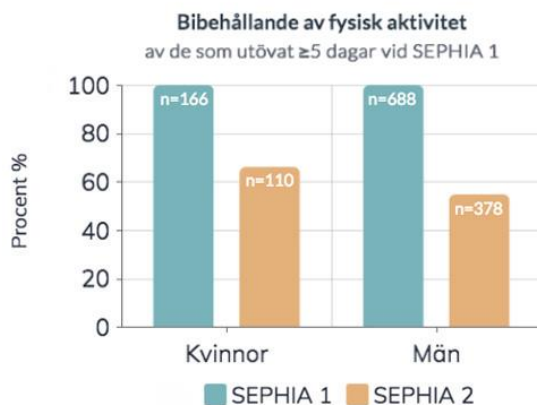
Figur 5. Andel som bibehöll ett icke snusande vid SEPHIA 2 (p-värde <0,022).



Figur 6. Andel snusfria vid SEPHIA 2 (p-värde <0,001).

Andel av kvinnor som utövade fysisk aktivitet under minst 30 minuter vid \geq fem dagar de senaste sju dagarna vid SEPHIA 1 var 40,3% (n=166) och männen 49,5% (n=688). Vid SEPHIA 2 bibehöll 66,3% (n=110) av kvinnorna den fysiska aktiviteten jämfört med 54,9% (n=378) av männen. Det fanns en signifikant skillnad (p-värde 0,008) där kvinnor i högre

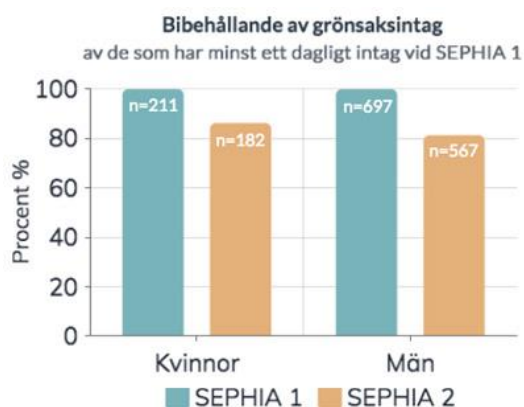
utsträckning bibehöll den fysiska aktiviteten jämfört med män (figur 7). Fler män än kvinnor utövade fysisk aktivitet vid SEPHIA 1.



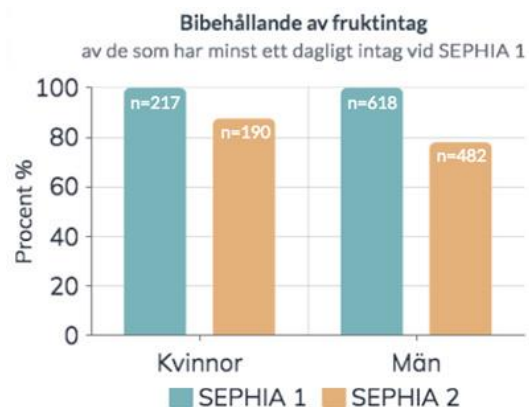
Figur 7. Andel som bibehöll minst fem dagar >30 minuter fysisk aktivitet de senaste sju dagarna vid SEPHIA 2 (p-värde 0,008).

Andel av kvinnorna som åt grönsaker minst en gång per dag vid SEPHIA 1 var 79,3% (n=211) och männen 77,98% (n=697). Vid SEPHIA 2 bibehöll 86,3% (n=182) av kvinnorna intaget jämfört med 81,3% (n=567) av männen (figur 8). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan könen (p-värde 0,1).

Andel av kvinnorna som hade minst ett dagligt intag av frukt vid SEPHIA 1 var 81,6% (n=217) och männen 69,1% (n=618). Vid SEPHIA 2 bibehöll 87,6% (n=190) av kvinnorna intaget jämfört med 78% (n=482) av männen (figur 9). Det fanns en signifikant skillnad (p-värde <0,0002) där kvinnor i högre utsträckning bibehöll minst ett dagligt intag av frukt jämfört med män.



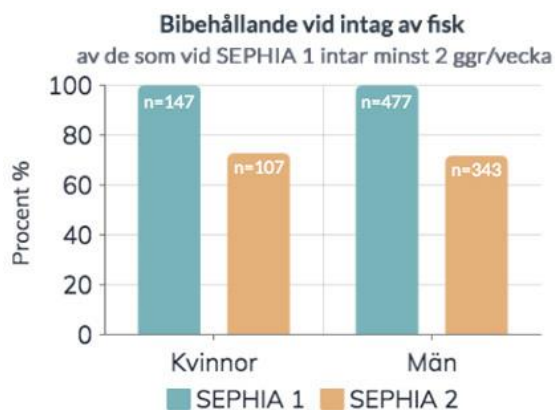
Figur 8. Andel kvinnor och män som bibehöll minst ett dagligt intag av grönsaker (p-värde 0,1).



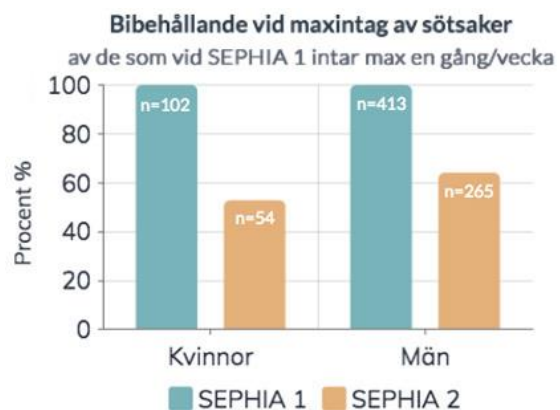
Figur 9. Andel kvinnor och män som bibehöll ett dagligt intag av frukt (p-värde 0,002).

Det fanns ingen skillnad för intag av fisk. Hos båda könen var det ca 72% (kvinnor n=107, män n=343) av de som vid SEPHIA 1 angav ett intag av fisk minst 2 gånger per vecka som bibehöll intaget vid SEPHIA 2 (figur 10).

Vid SEPHIA 1 angav 38,6% (n=102) av kvinnorna ett intag av sötsaker till max en gång per vecka och 46,4% (n=413) av männen. Vid SEPHIA 2 bibehöll 52,9% (n=54) av kvinnorna maxintaget jämfört med 64,2% (n=265) av männen. Mätningen visade att en signifikant högre andel män lyckades bibehålla maxintaget av sötsaker jämfört med kvinnor (figur 11, p-värde 0,037).



Figur 10. Andel kvinnor och män som bibehöll ett intag av fisk minst 2 gånger per vecka visar ingen skillnad (p-värde 0,835).



Figur 11. Andel kvinnor och män som bibehöll ett intag av sötsaker till max en gång per vecka (p-värde 0,037).

Diskussion

Metoddiskussion

Data insamlades från två regionala sjukhus. Hallands sjukhus Halmstad är ett av två akutsjukhus i Region Halland, på Hallands sjukhus Halmstad görs akuta PCI dygnet runt. Skaraborgs sjukhus i Lidköping är en del av Västra Götalandsregionen och var fram till november 2023 ett akutsjukhus med dygnet runt-verksamhet med möjlighet till akut PCI via Skaraborgs Sjukhus i Skövde. Båda sjukhusen vårdar patienter som insjuknat i hjärtinfarkt och motsvarande vård och uppföljning ges som vid andra regionala sjukhus. Gruppen anses därför vara representativ för populationen med hjärtinfarkt. Begränsning till datainsamling från två sjukhus valdes för att kunna hanteras inom tidsramen för examensarbetet. Då samtliga patienter som insjuknat i typ 1-hjärtinfarkt och följts upp enligt SEPHIA på respektive sjukhus under studieperioden inkluderades anses resultatet generaliserbart på hela populationen. Det totala bortfallet var 31,9% (n=844 varav n=30 avlidna) och berodde på att patienter inte registrerats vid båda SEPHIA besök. Orsak till saknad registrering för ett av besöken kan förklaras av att patienten avlidit, flyttat till annan region, uppföljning av annan vårdgivare, äldre multisjuka patienter som inte kan ta sig till besöket, att uppföljningen skett

utanför perioden för inkludering till SEPHIA eller att besöket inte registrerats i registret.

Av de exkluderade patienterna var 42,2% (n=356) <65 år (män n=279, kvinnor n=77) 57,8% (n=488) ≥ 65 år (män n=343, kvinnor n=145), se tabell 2. Gruppen skiljer sig inte markant mot de inkluderade patienterna i ålder och andel kön. I de exkluderade patienterna fanns det dock något högre andel rökare jämfört med den inkluderade gruppen.

Tabell 2. Data över bortfall.

	Totalt n=	Kvinnor n=	Män n=
Antal patienter antal (%)	844 (100)	222 (26,3)	622 (73,7)
Ålder, medel (SD)	64,9 (9,0)	66,2 (8,7)	64,4 (9,1)
Ålder, Median (range)	67 (35–79)	68 (35–79)	66 (37–79)
SEPHIA 1	571 (67,7)	147 (25,7)	424 (74,3)
SEPHIA 2	273 (32,3)	75 (27,5)	198 (72,5)
Åldersgrupper n (%)			
18–64 år	356 (42,2)	77 (21,6)	279 (78,4)
65–79 år	488 (57,8)	145 (29,7)	343 (70,3)
Rökning ¹ n (%)			
Rökare	110 (13)	33 (14,9)	77 (12,4)
Ex-rökare	431 (51,1)	112 (50,5)	319 (51,3)
Aldrig varit rökare	292 (34,6)	74 (33,3)	218 (35)

¹ missing n=11

Det är svårt att uttala sig om hur många patienter med hjärtinfarkt som inte inkluderats då antalet som inte registrerats i SEPHIA är oklart. För att kunna svara på detta hade en jämförelse behövts göras av hur många patienter som registrerats i RIKS-HIA som är ett

annat kvalitetsregister vilket också ingår i SWEDEHEART där alla patienter med hjärtinfarkt oavsett vilken vårdavdelning de vårdats på och patientens ålder vid insjuknandet registreras i under samma period på båda sjukhus och jämföra RIKS-HIA med SEPHIA (45).

SWEDEHEARTS målvärde för täckningsgrad av patienter <80 år med hjärtinfarkt som genomgår uppföljning efter 1 år är 90%. De valda sjukhusen ligger samma eller högre än riket. Under 2022 hade Hallands sjukhus Halmstad en täckningsgrad på 83% och Skaraborgs sjukhus Lidköping 86% jämfört med rikets täckningsgrad på 83%. Eftersom de valda sjukhusen ligger över eller samma som rikets täckningsgrad i SEPHIA anses arbetets resultat vara generaliserbart mot populationen (41, 46). Examensarbetets validitet anses vara relativt hög då vi har mätt det som avsetts att mätas. Det vill säga att frågor som avser livsstilsfaktorer som kost-, motion- och tobaksvanor har undersökts (41).

Svarsfrekvens hos de inkluderade 1 805 patienterna som finns registrerade vid både SEPHIA 1 och SEPHIA 2 skiljer sig åt i frågor gällande riskfaktorer och matvanor. Tobak hör till de med högst svarsfrekvens. Frågor som gäller rökning har missing <1% och snusning <3%. Fysisk aktivitet hör också till den variabeln med hög täckningsgrad där missing är <1% hos de inkluderade patienterna. Frågor om matvanor har inte lika hög täckningsgrad med missing >35%. Om täckningsgraden hade varit högre skulle resultaten kunnat bli annorlunda. Däremot är det fortsatt en relativt hög andel patienter (n=>1 000) där svar finns registrerade vilket ändå stärker resultatets validitet och reliabilitet. Orsaker till att svarsfrekvensen är lägre på området för matvanor beror dels på att ifyllandet blev obligatoriskt först år 2020 (27). Det kan också bero på att det innan dess inte har prioriterats av sjuksköterskan vid besöket. Kanske beroende på tidsbrist, engagemang eller kunskap om kvalitetsregistrets syfte. Sjuksköterskorna som jobbar på mottagningarna behöver hålla sig uppdaterade angående förändringar och uppdateringar i systemet för att kunna fylla i registret på rätt sätt.

Resultaten i detta examensarbete är begränsade till de svar som sjuksköterskan på hjärtmottagningen har registrerat i SEPHIA. Reliabiliteten i arbetet kan påverkas av hur sjuksköterskan ställer eller tolkar frågan. Bemötande, vård och behandling behöver anpassas för att uppnå en jämlik vård. Att ställa samma frågor utifrån till exempel SEPHIAS mall för att ge vård på lika villkor för alla kan göra att svaren blir fel. Frågorna kan behöva anpassas beroende på vilken patient man ställer dem till, följdfrågor kan behövas för att kontrollera om patienten uppfattat frågorna korrekt (36, 47). Frågan som berör fysisk aktivitet skulle till exempel beroende på hur den ställs och hur ingående den förklaras av sjuksköterskan kunna tolkas av patienten till att endast gälla motion och till en annan patient att även inkludera vardagssysslor som till exempel städning som ger lätt andfåddhet och förhöjd puls. En patient som löptränar 1 h tre gånger i veckan får sämre resultat än en annan patient som anser sig få pulsstegring fem dagar i veckan av hushållssysslor >30 minuter. Frågan gällande fysisk aktivitet benämndes fram till 2018 som antal motionstillfällen och ändrades därefter till fysisk aktivitet vilket kan ge olika resultat beroende på vilket år besöket är registrerat. I formuläret står också att det ska anges antal gånger patienten utövat fysisk aktivitet. I manualen förklaras

detta betyda antal dagar, vilket ger risk för felregistrering där antal dagar istället anges som tillfällen (27, 47). Något som också kan påverka är recall bias hos patienten till exempel att de inte minns vad de gjort förra veckan eller att de inte minns vad de ätit vilket kan ge både positiva och negativa felvärde när svaren registreras i kvalitetsregistret (48).

Mätningen som genomfördes om fysisk träning tittade på de som hade en relativt hög andel träningstillfällen (≥ 5 dagar på en vecka) för att inkludera de som ligger nära den rekommendation som finns för fysisk träning efter hjärtinfarkt. En svaghet i detta examensarbete kan vara att det i registret också finns de patienter som vid SEPHIA 1 hade en relativt låg andel aktivitet men som vid SEPHIA 2 ökat antal träningstillfällen per vecka vilket inte tas upp i mätningarna i examensarbetet. De patienterna har gjort en positiv livsstilsförändring men uppfyller inte kriterierna för mätning av följsamhet.

Frågor om matvanor är begränsade och tar endast upp intag för grönsaker, frukt, fisk och sötsaker. En patient kan ha gjort stora förändringar i matvanor utöver de frågor som tas upp. En patient som drastiskt minskat intaget av rött kött och mejeriprodukter får genom SEPHIA ingen bekräftelse på den sunda livsstilsförändringen. Inte heller vid byte av mättade fetter mot omättade. Formuläret är därför inte helt komplett för användning att identifiera alla livsstilsförändringar hos patienter vilket kan påverka validiteten i detta examensarbete (41).

Det är endast vid frågan om tobak som patienten kan svara på om de gjort en förändring i samband med hjärtinfarkten. Utöver patienterna som svarat att de slutat röka eller snusat i samband med hjärtinfarkten går det inte veta om frågorna som patienterna svarat på vid SEPHIA 1 är en livsstilsförändring eller om det är sedan tidigare en hälsosam livsstil.

Att samla in data genom journalgranskning skulle vara resurskrävande och etiskt utmanande utan att ge en högre validitet. Arbetets syfte hade varit svårt att besvara med en kvalitativ studie därför valdes en registerstudie. Flera fördelar finns med att använda registerdata i studier, bland annat kan stora studiepopulationer vara lättillgängliga. SWEDEHEART tillhandahåller en omfattande mängd data från alla Sveriges samtliga län vilket gör studier kostnadseffektiva. Ur ett forskningsetiskt perspektiv finns fördelar då detta examensarbete med hjälp av registerdata inte krävt någon ytterligare tid eller deltagande från patienter. All data har varit oidentifierad och resultaten har analyserats och presenterats på gruppnivå vilket har skyddat den enskilde individen. (27, 49)

Resultatdiskussion

Syftet med arbetet var att undersöka om det finns skillnader mellan män och kvinnors följsamhet till livsstilsförändringar efter att de insjuknat med typ 1-hjärtinfarkt.

Resultatet visade att det fanns skillnader i följsamheten till vissa livsstilsförändringar mellan kvinnor och män.

Det är vid frågor om tobak som skillnaderna om följsamhet är mest framträdande. Av de som slutat röka i samband med hjärtinfarkten lyckades högre andel män jämfört med kvinnor bibehålla rökstopp efter ett år. Det var dock högre andel kvinnor som slutade röka i samband med hjärtinfarkten. Fler män jämfört med kvinnor började snusa efter hjärtinfarkten vilket till viss del kan förklara att de lyckades bibehålla rökstopp. Socioekonomiska förutsättningar spelar stor roll för personers rökvanor. Bland både kvinnor och män med lägre utbildning är fler rökare, medan rökarna är färre bland de som har en eftergymnasial utbildning (50). Utbildningsnivån hos de inkluderade patienterna är inte känd.

Endast ett fåtal patienter deltog i någon form av rökavvänjning. När antalet patienter som deltog i rökavvänjning (n=49) jämförs med antal personer som slutat röka i samband med hjärtinfarkten (n=307) deltog endast 15,9%. Det är oklart om patienterna får tillräckligt mycket information om betydelsen av att sluta röka och vilka metoder det finns för att sluta röka. En ökad delaktighet i vården vid rökstopp behövs. Utökad satsning på rökavvänjning skulle kunna bidra till att fler lyckas bibehålla rökstopp och bidra till en bättre hälsa. För att kunna ta till sig information bör informationsmaterial som används vara individanpassat och genom den personliga kontakten i slutenvård eller på mottagning ska patienten ges möjlighet att återkoppla med frågor. När anhöriga deltar och tillsammans med patienten får samma information stärks möjligheten för patienten att ta till sig informationen. Muntlig information bör också stärkas genom komplettering med skriftlig (33, 51).

Andel rökare, ex-rökare och aldrig rökare vid baseline var lika mellan könen. Baseline hämtades vid SEPHIA 1 som sker 6–8 veckor efter hjärtinfarkt. Det finns därför ingen information om hur stor andel som var rökare vid insjuknandet.

Gruppen kvinnor var äldre än män och det var en högre andel av kvinnorna som var pensionärer jämfört med männen (69,2% vs 54%). Männen hade högre andel yrkesverksamma (27,7% vs 14,5%). Att vara yrkesverksam jämfört med pensionär kan innebära ekonomiska skillnader som också kan påverka möjligheter till livsstilsförändringar. Nya vanor kan vara svårt och förutsättningar för att genomföra livsstilsförändringar kan begränsas av ekonomi, samsjuklighet, kunskap och socialt nätverk (50).

Vid fysisk aktivitet var det högre andel kvinnor än män som bibehöll den rekommenderade nivån. Jämfört hur stor del som vid SEPHIA 1 utfört minst 5 tillfällen av fysisk aktivitet var det däremot en högre andel av männen jämfört med kvinnorna (49,5% vs 40%) som var fysiskt aktiva. Fysisk aktivitet som livsstilsförändring kan vara svårt och kräver att patienten är delaktig och motiverad i sin vård och till sin livsstilsförändring. Vården ska enligt lag ges i samråd med patienten (34). För att skapa förutsättningar för att patienten ska vara aktiv behöver patienten ses genom ett helhetsperspektiv med hänsyn till patientens livssituation (51). Det kan ske genom ett personcentrerat förhållningssätt och innebär att ta vara på patientens egna förutsättningar, tidigare kunskap, sociala faktorer och resurser. Patienten ska ses som en unik individ, en hel människa, inte en patient med sjukdomar och symtom (52).

Upplever patienten ett bra bemötande och känner delaktighet och förtroende för personalen stärks möjligheterna för patienten att vara aktiv. Ett tvärprofessionellt förhållningsätt till andra yrkeskategorier kan innebära ett ytterligare stöd för patienten (51). När patienten ses som en resurs och inkluderas i sin egen vård och behandling kan detta bidra till att minska maktförhållandet mellan patient och vårdgivare vilket kan skapa en mer jämlik vård. Mötet mellan sjukvårdspersonal och patient är avgörande och patienten behöver bjudas in till samtal som möjliggör delaktighet (36).

Skillnader vid matvanor var inte lika framträdande där det vid intag av fisk inte fanns någon skillnad alls mellan könen och inte heller vid dagligt intag av grönsaker gick det mäta någon signifikant skillnad. Kvinnor bibehöll i högre utsträckning ett dagligt intag av frukt jämfört med män medan högre andel män bibehöll maxintag av sötsaker. Både den sociala och fysiska delen påverkar hur vi förhåller oss till mat. Kostvanor delas med familj, partner, vänner och kolleger. Att förändra sina kostvanor kan därför påverka fler än den enskilde individen. Kostvanor handlar också om utbud, marknadsföring, smak, ekonomi, tillgänglighet, kultur och sociala normer. Matmiljön som den ser ut i dag bidrar till en ojämlig hälsa (53).

De valda sjukhusens registrering i SEPHIA ligger strax över eller samma som rikets täckningsgrad. Ett högt antal patienter med hjärtinfarkt som är representativ för populationen inkluderades i detta arbete. Resultatet bedöms ha en relativt hög validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. En viss försiktighet finns dock till generaliserbarheten då patienterna som inkluderades kommer från begränsade upptagningsområden i Sverige och exempelvis socioekonomiska förutsättningar kan skilja sig åt från resten av landet. En styrka anses dock vara att två olika upptagningsområden i Sverige är inkluderade i arbetet (41, 46).

Det finns en påtaglig ojämlikhet i hälsa i Sverige i dag. Trots att det står i FN:s förklaring om mänskliga rättigheter, i WHO:s stadga och i den svenska grundlagen om goda villkor för hälsa, så är det långt kvar till en god hälsa på lika villkor för hela svenska befolkningen (37, 50, 54-56). Att vara normmedveten kan öka förutsättningar till jämställd och jämlik vård. Det handlar bland annat om att vara medveten om sina egna föreställningar om andra människor. Detta kan påverka hur sjuksköterskan genomför den lärande processen med patienterna och användas för att analysera och påverka villkor i sjukvården (36). Om utbildningsinsatser på hjärtskolan riktas baserat på individnivå skulle det kunna leda till en jämlikare vård. Insatserna bör inrikta sig på den enskilde individen och då öka förutsättningarna för patienter att förändra och bibehålla sunda levnadsvanor. En ojämlig vård kan leda till en ojämlig hälsa vilket också leder till ökade kostnader för den svenska sjukvården (50).

Specialistsjuksköterskans roll både i slutenvård där patienter vårdas för hjärt- och kärlsjukdom samt i öppenvård vid uppföljning på hjärtmottagningar innebär en möjlighet att påverka förutsättningarna för dessa patienter till livsstilsförändringar. Med god kunskap och rätt kommunikation kan förutsättningarna för patientens delaktighet öka och möjligheten att bibehålla följsamheten till livsstilsförändringarna stärkas. Kunskap och makt går ihop med varandra. Genom att vara medveten om detta stärks förståelsen för varför det är viktigt att

patienten har rätt till kunskap och information om sin vård och behandling. När patienten blir mer delaktig förändras maktrelationen mellan patient och vårdgivare (36). Vilket kan bidra till en mer jämlik vård.

Vissa tveksamheter finns i de svar patienterna givit eller som sjuksköterskan fyllt i, där en del patienter vid SEPHIA 1 är registrerade som aldrig varit rökare men som vid SEPHIA 2 står registrerad som ex-rökare. Detta kan visa på att svaren inte alltid fylls i eller att frågan inte ställs helt korrekt. Om en patient står som aldrig varit rökare eller ex-rökare vid SEPHIA 1 ska inte ha påverkat resultatet om rökning då mätningen gjorts på de patienter som svarat att de slutat röka i samband med hjärtinfarkten. Det kan däremot tyda på att det kan finnas andra felaktiga registreringar i registret. Om registret används rätt kan fakta användas för att visa hur vården i Sverige ser ut för beslutsfattare och politiker och en mer rättvis och jämlik vård kunna nås över hela Sverige (26).

Då syftet med SEPHIA bland annat är att öka förståelse för vilka faktorer som påverkar den enskilde individen och möjliggöra att uppnå målen bör frågorna som rör riskfaktorer utökas. I ESC Guidelines finns tydliga rekommendationer om minskat intag av rött kött för att minska risken för återinsjuknande av hjärt- och kärlsjukdom med specificerad maxmängd till 350–500 g/vecka (2). I SEPHIA finns dock ingen fråga som tar upp hur det växt- eller djurbaserade matmönstret ser ut hos patienterna (27). Frågor om växtbaserade alternativ skulle kunna bidra till att se nya möjligheter.

Frågorna gällande matvanor var inte obligatoriska innan 2020 och omkring 65% av patienterna har registrerats vilket kan ha påverkat resultatet då vi inte vet om de som inte svarat skiljer sig från den gruppen som svarat. Patienter med goda matvanor eller med intresse för hälsa kanske tar upp frågan mer och är mer öppna för kostförändringar.

När förutsättningarna för rökavvänjningsprogram skiljer sig beroende på var man bor innebär det en ojämlik vård. Detta är något som behövs arbetas mer med från hjärtmottagningarna och även direkt från vårdavdelningarna för att få bättre resultat och för att ge jämlikare vård till patienterna. Rådgivning och stöd vid rökavvänjning ska vara utformat så att den kan svara upp mot rökarens behov av stöd och hjälp vid olika tidpunkter i rökavvänjningen (57).

Det är lämpligt att påbörja arbetet med rökavvänjning i samband med att patienten vårdas inneliggande efter sin hjärtinfarkt. Patienter kan ofta känna sig sårbara vid denna period och vara mer mottaglig för information. Då sjukhuset i sig förmedlar auktoritet kan det hjälpa patienten att förstå allvaret i sin situation. På sjukhuset finns alltid personal och resurser att tillgå när patienten behöver stöd eller har frågor (58).

Slutsats

Det finns skillnader mellan kvinnor och män i följsamhet till livsstilsförändring. Framför allt vid rökning där män lyckades bättre jämfört med kvinnor att bibehålla rökstopp efter ett år. När det kom till fysisk aktivitet så var kvinnor bättre än män på att bibehålla livsstilsförändringar. För att minska återinsjuknande och död efter hjärtinfarkt behöver fortsatt arbete för att stärka patienters möjlighet till livsstilsförändringar och främja hälsosamma levnadsvanor utvecklas.

För att förbättra möjligheter till livsstilsförändringar för patienterna så behövs ökade resurser för att få tillgång till rökavvänjning med stöd av sjukvården för alla patienter. Sjuksköterskor behöver mer tid med patienter för att de ska kunna erbjuda varje patient den hjälp och stöttning den behöver. Patienten behöver inkluderas att delta i sin egen vård och behandling. En ökad normmedvetenhet hos sjuksköterskor kan öka förutsättningarna för en jämlik vård.

Kliniska implikationer

Detta arbete kan möjligen bidra till att identifiera vilka områden där mer fokus behöver läggas och därmed bidra till en jämlikare vård. Information och utbildning inom rökavvänjning, fysisk träning och kost behöver anpassas till den enskilde individen för att få fler patienter att uppnå målen. Om utvecklingen och arbetet med SEPHIA fortsätter finns stora vinster för både patienter, sjukvård och samhälle.

Kanske är det inte skillnaderna mellan kön som är mest framträdande utan att det sekundärpreventiva arbetet behöver anpassas utifrån den enskilde individen. En framtida studie med anpassade och utvecklade formulär för att ta reda på patienters faktiska livsstilsförändringar skulle kunna bidra till ytterligare kunskap om ämnet och bidra till kvalitetsutveckling och jämlikare vård i det sekundärpreventiva arbetet med patienter efter hjärtinfarkt.

Referenslista

1. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(1):1-25.
2. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal.* 2023.
3. Statistik om hjärtinfarkter [Internet]. Socialstyrelsen. 2022 [cited 2023-12-03].
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal.* 2018;40(3):237-69.
5. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [Internet]. 2018 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>.
6. Falk E. Pathogenesis of atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(8 Suppl):C7-12.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-52.
8. Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2006;27(8):994-1005.
9. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):953-62.
10. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol.* 2012;9(6):360-70.
11. Kuller LH. Cardiovascular disease is preventable among women. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2010;8(2):175-87.
12. Weininger D, Cordova JP, Wilson E, Eslava DJ, Alviar CL, Korniyenko A, et al. Delays to Hospital Presentation in Women and Men with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Multi-Center Analysis of Patients Hospitalized in New York City. *Ther Clin Risk Manag.* 2022;18:1-9.
13. Rabinovich-Nikitin I, Crandall M, Kirshenbaum LA. Circadian regulation of genetic and hormonal risk factors of cardiovascular disease in women. *Can J Physiol Pharmacol.* 2023;101(1):1-7.
14. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention

in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*. 2021;42(34):3227-337.

15. Rajendran A, Minhas AS, Kazzi B, Varma B, Choi E, Thakkar A, et al. Sex-specific differences in cardiovascular risk factors and implications for cardiovascular disease prevention in women. *Atherosclerosis*. 2023;384:117269.
16. Leosdottir M, Hagstrom E, Hadziosmanovic N, Norhammar A, Lindahl B, Hambraeus K, et al. Temporal trends in cardiovascular risk factors, lifestyle and secondary preventive medication for patients with myocardial infarction attending cardiac rehabilitation in Sweden 2006-2019: a registry-based cohort study. *BMJ Open*. 2023;13(5):e069770.
17. Booth JN, 3rd, Levitan EB, Brown TM, Farkouh ME, Safford MM, Muntner P. Effect of sustaining lifestyle modifications (nonsmoking, weight reduction, physical activity, and mediterranean diet) after healing of myocardial infarction, percutaneous intervention, or coronary bypass (from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke Study). *Am J Cardiol*. 2014;113(12):1933-40.
18. Wagner M, Gelbrich G, Kircher J, Kotseva K, Wood D, Morbach C, et al. Secondary Prevention in Younger vs. Older Coronary Heart Disease Patients-Insights from the German Subset of the EUROASPIRE IV Survey. *Int J Behav Med*. 2018;25(3):283-93.
19. Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop? www.folkhalsomyndigheten.se2015 [
20. Nachshol M, Lurie I, Benyamini Y, Goldbourt U, Gerber Y. Role of psychosocial factors in long-term adherence to secondary prevention measures after myocardial infarction: a longitudinal analysis. *Ann Epidemiol*. 2020;52:35-41.
21. Schlyter M, Leosdottir M, Engström G, André-Petersson L, Tydén P, Östman M. Smoking Cessation After Acute Myocardial Infarction in Relation to Depression and Personality Factors. *Int J Behav Med*. 2016;23(2):234-42.
22. Borg S, Öberg B, Leosdottir M, Lindolm D, Nilsson L, Bäck M. Factors associated with non-attendance at exercise-based cardiac rehabilitation. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2019;11:13.
23. Eklom Ö, Cider Å, Hambraeus K, Bäck M, Leosdottir M, Lönn A, et al. Participation in exercise-based cardiac rehabilitation is related to reduced total mortality in both men and women: results from the SWEDEHEART registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2022;29(3):485-92.
24. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2023;44(38):3720-826.
25. Eindhoven DC, Hilt AD, Zwaan TC, Schalijs MJ, Borleffs CJW. Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction:

- Women do not receive optimal treatment - The Netherlands claims database. Eur J Prev Cardiol. 2018;25(2):181-9.
26. SWEDEHEART Highlights 2023
<https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/swedeheart-highlights-2023-swedish-2/viewdocument/3651>: SWEDEHEART; 2023 [
 27. Om SEPHIA <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/om-sephia/bakgrund-och-historia-sephia>: swedeheart; 2023 [
 28. SWEDEHEART <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/> [
 29. Cohen SM. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. Nurs Forum. 2009;44(1):25-36.
 30. Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. Br J Clin Pharmacol. 2007;64(5):710-1; author reply 1-3.
 31. Bissonnette JM. Adherence: a concept analysis. J Adv Nurs. 2008;63(6):634-43.
 32. Patientens delaktighet <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsaker/patientens-delaktighet/2020> [updated 20240219.
 33. Patientlag (2014:821) [Internet]. Sveriges riksdag. 2014-06-19 [cited 2023-12-27].
 34. Patientsäkerhetslag (2010:659) [Internet]. Sveriges riksdag. 2010-06-17 [cited 2023-12-27].
 35. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig
www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen 2015 [updated 2023-12-27. April 2015:[
 36. Dahlborg E, Tengelin E. Jämlik vård : normmedvetna perspektiv. Andra upplagan ed: Lund : Studentlitteratur; 2022.
 37. Hälsa och sjukvårdslag (2017:30) [Internet]. Sveriges Riksdag. 2017 [cited 2023-12-29].
 38. Folkhälsan i Sverige årsrapport 2023
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a448b27d603c44f590fc1aff741b0d5d/folkhalsan-sverige-arsrapport-2023.pdf> [
 39. Socialstyrelsens inriktning för arbetet med jämställdhetsintegrering 2023–2025
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/inriktning-jamstalldhetsintegrering.pdf>: Socialstyrelsen; 2023 [
 40. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2004-103-3_20041033.pdf2004 [
 41. Polit DF. Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. Eleventh edition ed. Beck CT, editor: Philadelphia, PA : Wolters Kluwer; 2021.
 42. IBM SPSS Statistics Data Editor. 29.0.1.1 ed1989.
 43. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2013;310(20):2191-4.
 44. Cöster H. Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola. 1. uppl. ed: Stockholm : Liber; 2014.

45. Bakgrund och historia RIKS-HIA <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/om-riks-hia/bakgrund-och-historia>: RIKS-HIA; [
46. Swedehearts kvalitetsindex - Trender och jämförelser <https://register.ucr.uu.se/swedeheartreports/public;jsessionid=20EFE078B8A7E3E470494B8A7DA6F9D4.swedeheartreports.mars?0>: SWEDEHEART; [
47. Manual för inmatning av variabler i SEPHIA <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sephia/manualer-sephia/sephia-manual-2024/viewdocument/30762024> [
48. Raphael K. Recall bias: a proposal for assessment and control. Int J Epidemiol. 1987;16(2):167-70.
49. Ludvigsson JF, Håberg SE, Knudsen GP, Lafolie P, Zoega H, Sarkkola C, et al. Ethical aspects of registry-based research in the Nordic countries. Clin Epidemiol. 2015;7:491-508.
50. Det handlar om jämlik hälsa https://www.regeringen.se/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1eaa58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf: Statens offentliga utredningar; 2016 [
51. Lindh M. Säker vård : att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg. 1. utg. ed. Sahlqvist L, editor: Stockholm : Natur & Kultur; 2012.
52. VIC - VÅRDPROFESSIONER INOM KARDIOLOGI
KOMPETENSBEKRIVNING FÖR SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA
MED INRIKTNING HJARTSJUKVÅRD
<https://www.sls.se/globalassets/vic/arsmoten/kompetensbeskrivning-for-specialistsjukskoterska-med-inriktning-hjartsjukvard.pdf> [
53. Matmiljöns betydelse för vår hälsa <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/79017b052e0741f98193437e8f04560d/matmiljon-betydelse-halsa.pdf>: Folkhälsomyndigheten; [
54. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region <https://www.who.int/publications/i/item/9789289000307> [updated 2014.
55. Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>: Förenta Nationerna; [
56. WHO och internationell samordning [Internet]. Folkhälsomyndigheten. [cited 2023-12-29].
57. Hjalmarsen A. En handledning för tobaksavvänjning. Folkhälsoinstitutet, editor: Stockholm : Statens folkhälsoinstitut; 2006.
58. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):Cd001837.
59. Formulär uppföljning SEPHIA <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sephia/formular-sephia>: SWEDEHEART; 2024 [

Bilaga 1 Manual för inmatning av variabler i SEPHIA

Vad menas med de olika variablerna?

Sysselsättning:

Är patienten sjukskriven ska hel- eller deltidssjukskrivning anges. Vid mer än en sysselsättning annan än sjukskrivning/sjukersättning (till exempel arbete + studier) anges det svarsalternativ som kommer först i listan.

De valbara variablerna är:

1. Arbete
2. Sjukskrivning / sjukersättning
3. Arbetslöshet
4. Ålderspensionär
5. Studier / Övrigt
6. Okänt

Rökning:

Patienten betraktas som ex-rökare om det gått mer än 1 månad sedan patienten slutade röka. Någon övre gräns (preskriptionstid) för ex-rökare finns inte. Svarsalternativet *Slutat röka i samband med eller efter hjärtinfarkten* anges om patienten har slutat röka i samband med eller efter insjuknandet i den aktuella hjärtinfarkten. Bruk av vattenpipa räknas som rökning. E-cigarett räknas inte som rökning (användning av e-cigarett räknas som rökning i registret från 2024-01-01).

Snusning:

Patienten betraktas som ex-snusare om det är mer än 1 månad sedan patienten slutade snusa. Någon övre gräns (preskriptionstid) för ex-snusare finns inte. Svarsalternativet *Slutat snusa i samband med eller efter hjärtinfarkten* anges om patienten har slutat snusa i samband eller efter den aktuella hjärtinfarkten.

Fysisk aktivitet:

Ange hur många dagar under den senaste veckan patienten har ägnat sig åt minst 30 minuter sammanlagt (minst 10 minuter åt gången) av fysisk aktivitet som fick patienten att bli lätt andfådd och gav något förhöjd puls. Denna aktivitet kan ske på egen hand tex i hemmet. Maxvärdet på denna variabel är 7, ett 60 minuters-pass kan alltså inte "fördelas" på två dagar. Däremot kan två 15-minuterspass under en och samma dag läggas ihop till ett 30-minuterspass. Observera att det inte ska anges hur många tillfällen patienten brukar vara fysiskt aktiv på en vecka, utan antal faktiska dagar som patienten varit fysiskt aktiv enligt ovan under den senaste veckan.

Diabetes:

Ange om patienten har känd diabetes eller ej, detta baseras på tidigare journaldata eller på patientens uppgift. Detta oavsett behandling (kost- eller läkemedelsbehandling). Om Ja välj typ, 1, 2, eller oklart.

Matvanor:

Socialstyrelsen har utarbetat ett kostindex sammansatt av fyra frågor. Indexet baseras på en poängsättning av svarsalternativen för de fyra frågorna där maxpoäng är 12. Poängen har satts utifrån poängsättningen i Livsmedelsverkets enkätfrågor. Enligt Livsmedelsverket bedöms 0–4 poäng betydande ohälsosamma matvanor, 9–12 poäng innebär hög följsamhet till matråden. Målsättningen med de föreslagna frågorna är att de ska fånga dem med störst förbättringspotential när det gäller matvanor, det vill säga de som får 0–4 poäng. Markera ett alternativ på varje fråga – det patienten brukar göra.

Deltagande i utbildningsprogram och hjärtskola:

Ange om patienten deltar eller har deltagit i övergripande utbildningsprogram efter utskrivning, d.v.s. något utöver den rådgivning som ges i samband med t ex utskrivningssamtal eller rutinåterbesök. Riktade program definieras här som program avsedda för patienter med kranskärslsjukdom som erbjuds i samband med klinikens hjärtrehabilitering, även om utförandet kan ske till exempel i patientföreningens eller primärvårdens regi. Med hjärtskola (kan ske interaktivt) menas program om riskfaktorer och hjärtsjukdom för patienter och närstående. Ska innehålla utbildningstillfällen om hälsosamma matvanor, tobak, psykosociala faktorer, fysisk aktivitet och träning samt om hjärtsjukdomens orsaker, konsekvenser och behandling.

Deltagande i kvalificerat rådgivande samtal avseende rökning:

Patienten har deltagit i kvalificerat rådgivande samtal avseende rökning på sjukhus eller i annan regi (till exempel primärvården). Kvalificerat rådgivande samtal innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten. Samt anpassar den till den specifika individens ålder, hälsa, risknivåer, med mera. Kvalificerat rådgivande samtal kan inkludera motiverande strategier, till exempel motiverande samtal, och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, kontakten sker vid ett eller flera tillfällen. Åtgärden kan ges individuellt eller i grupp.

Mätning och registrering av LDL-kolesterol:

LDL-kolesterol beräknas automatiskt (enligt Friedewalds formel) om totalkolesterol, HDL-kolesterol och triglycerider fylls i. För att komma runt en del av problemen med att det finns olika mätmetoder i Sverige har SWEDEHEART valt att använda beräknat LDL-kolesterol enligt FRIEDEWALDS formel för att minska spridningen mellan sjukhus. Arbete med standardisering av mätning av LDL-kolesterol i landet pågår.

Blodtryck:

Blodtrycksmätning får vara utförd max två veckor före eller två veckor efter besöket/telefonsamtalet vid uppföljning 1, respektive max två månader före eller två månader efter uppföljning 2. Både systoliskt och diastoliskt blodtryck ska anges. Vid beräkning av uppfyllt målblodtryck i SWEDEHEART:s kvalitetsregister tas samtliga mätningar i beaktan. Mottagningsblodtryck ska mätas på ett standardiserat sätt på mottagning/vårdcentral (enligt Vårdhandboken) – patienten sittande efter minst 5 min vila.

Vikt:

Vikt bör mätas i lätta kläder (dvs. ej ytterkläder) utan skor. Vikt uppmuntras att mätas på alla patienter.

Midjemått:

Midjemått uppmuntras att mätas på alla patienter. Midjemåttet bör vara under 102 cm hos män och under 88 cm hos kvinnor. Man mäter mitt mellan nedersta revbenet och höftkammen. Placera måttbandet runt midjan och mät midjemåttet medan patienten andas ut och låter bukmuskulaturen slappna av. (47)

Bilaga 2 Tabell riskfaktorer från SEPHIA

Riskfaktorer					
Rökning	Aldrig varit rökare	Ex-rökare> 1 mån	1	Rökare	Okänt
Slutat röka i samband med eller efter hjärtinfarkten	Nej	Ja			
Snusning	Aldrig varit snusare	Ex-snusare> 1 mån	1	Snusare	Okänt
Slutat snusa i samband med eller efter hjärtinfarkten	Nej	Ja			
Fysisk aktivitet> 30 min de senaste sju dagarna	Antal gånger:			Okänt	
Diabetes	Nej	Ja, typ II	Ja, typ I	Ja, oklart vilken typ	Okänt

Tabell från SWEDEHEART Uppföljning SEPHIA (59)

Bilaga 3 Tabell matvanor från SEPHIA

Matvanor					
Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?	Två gånger per dag eller oftare	En gång per dag	Några gånger i veckan	En gång i veckan eller mer sällan	Okänt
Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade etc.)?	Två gånger per dag eller oftare	En gång per dag	Några gånger i veckan	En gång i veckan eller mer sällan	Okänt
Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?	Tre gånger i veckan eller oftare	Två gånger i veckan	En gång i veckan	Några gånger i månaden eller mer sällan	Okänt
Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?	Två gånger per dag eller oftare	En gång per dag	Några gånger i veckan	En gång i veckan eller mer sällan	Okänt

Tabell från SWEDEHEART Uppföljning SEPHIA (59)