

Swedish summary

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är den femte vanligaste dödsorsaken i världen och kommer enligt WHO att år 2020 vara den tredje vanligaste. I Sverige beräknas mellan 400 000 och 700 000 personer ha KOL. Sjukdomen är ovanlig före 40 års ålder, men ökar med stigande ålder. Sjukvårds-konsumtion bland patienter med KOL är hög, såväl inom sjukhus- som inom primärvård.

KOL är en långsamt progredierande inflammatorisk lungsjukdom som kännetecknas av kronisk luftvägsobstruktion. Diagnosen bekräftas med spirometri. KOL betraktas också som en systemsjukdom, eftersom den påverkar flera organ och organsystem i kroppen. Fysisk inaktivitet är vanlig hos personer med KOL bland annat på grund av ökad andfåddhet och svag benmuskulatur. Fysisk inaktivitet tillsammans med trötthet och andra samtidiga sjukdomar kan medföra att personen hamnar i en ond spiral med sämre funktionsförmåga, social isolering och sänkt livskvalitet.

Syfte

Syftet med avhandlingen var att beskriva personer med KOL ur olika perspektiv. Fokus var att (1) studera patientens perspektiv vid tidpunkt för diagnos, (2) jämföra olika kroniska sjukdomars påverkan på fysisk aktivitetsnivå och livskvalitet, (3) identifiera faktorer av betydelse för god hälsa och livskvalitet och (4) undersöka diagnostisk spirometri i klinisk verksamhet.

Delarbete I

Första delarbetet beskriver personer i primärvården (n=10) som nyligen fått diagnosen KOL eller varit under utredning. En kvalitativ metod, grounded theory, användes och data samlades in via intervjuer och analyserades. Resultaten redovisas i en modell där "Konsekvenser av rökning" var kärnkategorin. Under analysen framträdde kategorin "Skam" som en huvudkategori, som påverkade andra kategorier under förloppet. Begränsningar i fysisk aktivitet var en indikator för att sjukdomen höll på att utvecklas och att få en diagnos var väsentligt för patienten. En slutsats var att det är viktigt att man i sjukvården uppmärksammar personer som riskerar att utveckla KOL och har en öppen och inte fördömande attityd, eftersom skam kan hindra personer från att söka sjukvård. Vidare upplevs det viktigt för patienten att få en tydlig diagnos.

Delarbete II och III

Delarbete II och III utgick från befolkningsenkäten ”Liv och hälsa”, som genomförs vart fjärde år i landstingen i Sörmlands, Uppsala, Värmlands, Västmanlands och Örebro län.

I delarbete II analyserades data från Liv och hälsa 2004, där fysisk aktivitet och livskvalitet jämfördes hos personer (40–84 år) med de kroniska sjukdomarna KOL, reumatoid artrit (RA) och diabetes mellitus (DM) samt friska kontroller (n=10 755). Resultaten visade att den fysiska aktiviteten var på en nivå som, enligt rekommendationer, inte är tillräcklig för att bibehålla en god hälsa. Andelen som inte hade en tillräckligt hög nivå var: KOL (84%), RA (74%), DM (72%) och kontroller (60%) ($p < 0.001$ KOL vs RA, DM och kontroller). Livskvalitet mätt med EQ-5D (EuroQoL 5 dimensioners formulär) var sämst hos personer med KOL eller RA. Trötthet upplevdes av hälften av personerna med KOL eller RA. En slutsats är att fysisk inaktivitet behöver uppmärksammas hos personer med kroniska sjukdomar.

I delarbete III analyserades data från Liv och hälsa 2004 och 2008 hos personer med KOL (n=1 475). Syftet var att identifiera faktorer som hade samband med god hälsa och livskvalitet. Förekomst av självrapporterad KOL var 2.1% år 2004 och 2.7% år 2008. Den faktor som tydligast hade samband med god hälsa och livskvalitet var fysisk aktivitetsnivå. Oddsquoter (95% konfidensintervall) varierade från 1.90 (1.47-2.44) till 7.57 (4.57-12.55), beroende på fysisk aktivitetsnivå, där personer med högre aktivitetsnivå hade den bästa hälsan och livskvaliteten. Tillgång till socialt stöd och frånvaro av ekonomiska problem fördubblade oddskvoterna för bättre hälsa och livskvalitet. Slutsatser är att sjukvårdspersonal bör ge socialt stöd och uppmuntra personer med KOL att vara fysiskt aktiva så att hälsa och livskvalitet kan bibehållas eller förbättras.

Delarbete IV

Delarbete IV utgick ifrån Praxisstudien i Uppsala-Örebroregionen. Slumpvis utvalda patienter från 56 vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar på 14 sjukhus inkluderades i studien. Spirometridata från de patienter som fått KOL-diagnos under studieperioden (2000-2003, n=533) inkluderades. Diagnostisk spirometri definierades som spirometri utförd inom 6 månader före eller efter diagnosdatum. Resultatet visade att spirometridata saknades hos 41% av patienterna och hos ytterligare 14% saknades värden efter bronkdilatation. Trettio procent av det totala antalet patienter hade värden efter bronkdilatation under 0.70 för kvoten FEV_1/VC (forcerad expiratorisk volym under första sekunden / vitalkapacitet), dvs. var obstruktiva. Hos 15% var kvoten $FEV_1/VC \geq 0.70$, dvs. var inte obstruktiva. Utmärkande för dessa var låg ålder, kvinnligt kön, rökning, högt BMI och kortare tid för forcerad ut-

andning. Utandningstid var den kvalitetsparameter som oftast inte var uppfylld. Slutsatser var att hos endast en tredjedel av patienterna med nydiagnostiserad KOL kunde diagnos bekräftas av spirometridata i journal. Att ha tillgång till spirometriapparat är inte tillräckligt, utan den måste användas med god kvalitet enligt riktlinjer. Ej fullständig utandning mätt som utandningstid var den faktor som oftast påverkade kvaliteten på spirometriundersökningen.

Sammanfattning

Den positiva framtidssynen på KOL som en sjukdom möjlig att förebygga och behandla är en god grund för denna avhandling. Förhoppningsvis kan behandlande personal med en öppen attityd stödja personer, där KOL håller på att diagnostiseras. Att också ge möjligheter till individanpassad rehabilitering är väsentligt. Fortsatt forskning behövs för att undersöka eventuella orsakssamband mellan ökad fysisk aktivitet och förbättrad hälsa och livskvalitet för patienter med KOL.