Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer – Utvärdering

Utvärdering av vård vid astma och KOL

Huvudrapport med förbättringsområden

2018

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018

Vård vid astma och KOL

Huvudrapport med förbättringsområden

Socialstyrelsen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-478-5
Artikelnummer	2018-12-33

Foto	Matton
Sättning	Åtta.45 Tryckeri AB
Tryck	Åtta.45 Tryckeri AB, Stockholm, december 2018

Svanenmärkt trycksak, 3041 0001

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården vid astma och KOL. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL från 2015.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – vård vid astma och KOL. Indikatorer och underlag för bedömningar* innehåller samtliga resultat samt en utförlig beskrivning av metoden. Denna huvudrapport, som är en sammanfattning av ovanstående rapport, innehåller dessutom de förbättringsområden som Socialstyrelsen har identifierat.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom landstingen, regionerna och kommunerna men den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar, berörda yrkesgrupper samt media.

Projektledare för utvärderingen har varit Christina Broman. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Mikael Nyman och Riitta Sorsa. Externa experter har varit Ann Ekberg-Jansson, Thomas Gars, Bill Hesselmar, Birgitta Jagorstrand, Ulla Olsson och Björn Stridh.

Ett särskilt tack riktas till kvalitetsregistren Luftvägsregistret och Andningssviktregistret Swedevox, som har bidragit med underlag till utvärderingen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **7**
Förbättringsområden för landsting, regioner och kommuner 7
Införandet av de nationella riktlinjerna i landsting och regioner samt kommuner 8
Läkemedelsbehandling vid astma och KOL 8
Fler behöver ansluta sig till kvalitetsregister 9
Ny utvärdering inom några år 9

Inledning **10**
Syfte och avgränsningar 10
Intressenter 11
Samverkan och kommunikation 11
Metod 12
Indikatorer 12
Nationella målnivåer för vård vid astma och KOL 12
Jämförelser rörande utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos 13

Vad är astma och KOL? **14**

Förbättringsområden för landstingen, regionerna och kommunerna **17**
Fler verksamheter behöver erbjuda diagnostisering med spirometri ... 18
Fler verksamheter behöver erbjuda allergiutredning till barn och ungdomar med misstänkt astma 25
Fler verksamheter behöver erbjuda rökavvänjning till patienter som röker 29
Fler verksamheter behöver erbjuda patientutbildning 39
Fler verksamheter behöver erbjuda skriftliga behandlingsplaner till patienterna 49
Fler verksamheter behöver erbjuda patienter uppföljning och återbesök 56
Fler verksamheter behöver erbjuda fortbildning till personalen samt ha tillgång till astma- och KOL-sjuksköterska 66
Fler verksamheter behöver samverka för att få en gemensam syn på processen för en god vård vid astma och KOL 76

Andra områden som ingår i utvärderingen.....**82**

Referenser.....**84**

Bilaga 1 Projektorganisation.....**86**

Sammanfattning

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två stora folksjukdomar som bedöms kunna påverkas av hälso- och sjukvården – dels genom medicinska insatser, dels genom tidig upptäckt och behandling.

I Sverige har omkring 800 000 personer astma och 400 000-700 000 personer KOL. Omkring 3 000 personer dör årligen i KOL och dödligheten ökar, främst för kvinnor.

Utvärderingen visar att en del av rekommendationerna i riktlinjerna har fått genomslag i verksamheterna. Ett exempel på detta är att skattning av hälsostatus med de strukturerade frågeformulären ACT och CAT används alltmer i hälso- och sjukvården. Utvärderingen visar också att det finns ett antal förbättringsområden inom landstingen och regionerna och i relevanta fall kommunerna, där hälso- och sjukvården behöver lägga mer kraft på att i ännu högre grad följa riktlinjerna för en god vård vid astma och KOL.

Förbättringsområden för landsting, regioner och kommuner

Det finns i dag en underdiagnostik av både astma och KOL – särskilt av KOL. Detta innebär att många personer är utan en effektiv behandling, med sämre hälsa som följd. Resultaten i rapporten pekar på betydande skillnader i landstingen och regionerna när det gäller erbjudande av diagnostik med spirometri och rökstopp. Tillgång till astma- och KOL-sjuksköterska samt fortbildning till personalen saknas i flera verksamheter.

Kommunal hälso- och sjukvård har ökat väsentligt, vilket innebär att patienter med astma och KOL i många fall även får insatser från kommunen. För att kunna erbjuda patienterna, med astma respektive KOL korrekt omvårdnad och bemötande är det av stor vikt att personalen får möjlighet till fortbildning. Socialstyrelsen har i utvärderingen identifierat följande förbättringsområden för landstingen och regionerna samt i relevanta fall för kommunerna:

- Fler verksamheter behöver erbjuda diagnostisering med spirometri.
- Fler verksamheter behöver erbjuda allergiutredning till barn och ungdomar med misstänkt astma.
- Fler verksamheter behöver erbjuda rökavvänjning till patienter som röker.
- Fler verksamheter behöver erbjuda patientutbildning.
- Fler verksamheter behöver erbjuda skriftliga behandlingsplaner till patienterna.
- Fler verksamheter behöver erbjuda patienter uppföljning och återbesök.
- Fler verksamheter behöver erbjuda fortbildning till personalen samt ha tillgång till astma- och KOL-sjuksköterska.
- Fler verksamheter behöver samverka för att få en gemensam syn på processen för en god vård vid astma och KOL.

Införandet av de nationella riktlinjerna i landsting och regioner samt kommuner

Socialstyrelsen har genom en enkätundersökning i januari 2018 kartlagt hur landstingen, regionerna och kommunerna har mottagit riktlinjerna för vård vid astma och KOL, samt vilka åtgärder de vidtagit utifrån dessa riktlinjer. Resultatet visar att de flesta landsting och regioner genomfört insatser för att införa riktlinjerna. Inom kommunal hälso- och sjukvård har i stort sett ingen kommun tagit del av riktlinjerna och inte heller informerat och utbildat berörd personal kring dessa.

Läkemedelsbehandling vid astma och KOL

Läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom är en viktig del i behandlingen av astma och KOL. Utvärderingen visar hur vanligt det är med läkemedelsbehandling, hur ofta olika läkemedelstyper används samt geografiska skillnader i landet.

Fler behöver ansluta sig till kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. Socialstyrelsen menar att möjligheterna att följa upp området kan förbättras genom att fler verksamheter ansluter sig till nationella kvalitetsregister för vård vid astma och KOL. Det ger en bättre förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling.

Ny utvärdering inom några år

Socialstyrelsen kommer att utvärdera vården vid astma och KOL på nytt inom några år och då följa upp resultaten från denna rapport. Myndigheten kommer främst att fokusera på de förbättringsområden som har identifierats. Målet är att landstingen och regionerna samt kommunerna ska kunna använda dessa rapporter som utgångspunkt i arbetet med att ytterligare förbättra vården för personer med astma och KOL.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, analyserar, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården samt i socialtjänsten. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva vilka egenskaper som en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. God vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Det innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer samt genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

Den här rapporten utvärderar vården vid astma och KOL. Rapportens utgångspunkt är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL från 2015 [1].

Socialstyrelsen har vid ett tidigare tillfälle genomfört en utvärdering av vården vid astma och KOL. Den utvärderingen genomfördes år 2014, det vill säga innan de nationella riktlinjerna publicerades, och omfattar därmed inte de nationella riktlinjernas rekommendationer, indikatorer och nationella målnivåer. Den tidigare utvärderingen har av den anledningen endast varit utgångspunkt för avsnittet om läkemedelsbehandling [2].

Syfte och avgränsningar

Utvärderingens syfte

Denna rapport är en utvärdering av landstingens och regionernas – samt i relevanta fall även kommunernas – strukturer och processer för den vård som ges vid astma och KOL. Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera vården utifrån följande frågor:

- Bedrivs vården vid astma och KOL i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna?

- Bedrivs vården vid astma och KOL i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg, det vill säga är vården och omsorgen kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Utvärderingens avgränsningar

Utvärderingen omfattar i första hand de områden som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL. Frågeställningar som ingår i andra nationella riktlinjer, till exempel för palliativ vård [3] ingår inte i riktlinjerna. Socialstyrelsen har dock tidigare genomfört en utvärdering [4].

Intressenter

Utvärderingen riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom landstingen och regionerna respektive kommunerna. Den kan även vara till nytta för andra intressenter såsom patientföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara en källa till att öppet redovisa resultat för kvalitetsutveckling samt ett stöd för den offentliga debatten om vården vid astma och KOL.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp som består av utredare på Socialstyrelsen och externa experter. Arbetsgruppen har samverkat med företrädare för Luftvägsregistret. Utvärderingens upplägg och genomförande har informerats för den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), en grupp som består av huvudmannaföreträdare och representanter från myndigheter.

Vidare har utvärderingen presenterats för det nationella programområdet (NPO) Lung- och allergisjukdomar och den nationella arbetsgruppen (NAG) Astma och KOL.

Även flera professionsföreningar och patientföreningar har informerats. Ett stort antal personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Metod

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor, som nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregistret samt olika enkätundersökningar.

Datakällor

Socialstyrelsen har använt underlag till indikatorerna från det nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret. Kvalitetsregistret Swedevox har använts för att studera antalet personer som får syrgas i hemmet till följd av KOL. Andra datakällor har varit läkemedelsregistret, patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.
Fem enkätundersökningar har genomförts:

- enkät till landstings- och regionledningar
- enkät till kommuner och stadsdelar
- enkät till primärvården
- enkät till sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL
- enkät till barn- och ungdomskliniker.

Indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård vid astma och KOL. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i de nationella riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård [1]. Varje indikator har i namnet en siffra. I bilaga 2 finns en teknisk beskrivning av indikatorerna, och den finns även att hämta på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Nationella målnivåer för vård vid astma och KOL

Socialstyrelsen har fastställt nationella målnivåer för vård vid astma och KOL [5]. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god vård som är jämlik i hela landet. Målnivåerna anger hur stor andel av patientgruppen som bör få en viss behandling eller åtgärd.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår.

Jämförelser rörande utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos

I utvärderingen redovisas vissa indikatorer utifrån utbildning och födelseland. Jämförelser görs också mellan de som haft en psykiatrisk diagnos eller inte och en analys görs även efter könsskillnader. Syftet är att synliggöra eventuella ojämlikheter i astma- och KOL-vården.

Vad är astma och KOL?

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är kroniska luftvägssjukdomar som orsakar betydande sjuklighet och lidande hos en stor andel av Sveriges befolkning [6]. Båda sjukdomarna är viktiga att diagnostisera så tidigt som möjligt för att kunna ge rätt vård. Jämfört med andra kroniska sjukdomar, som till exempel diabetes mellitus, som har färre drabbade, har tidigare avsaknad av nationella kvalitetsregister inneburit att astma och KOL inte uppmärksammats i lika stor utsträckning som diabetes [7].

Kostnaderna för astma och KOL är höga – 8 respektive 14 miljarder per år [8,9].

Vad är astma?

Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom med ökad känslighet i luftrören. Besvären yttrar sig som anfall eller episoder av andnöd och brukar vara intermittenta, med besvärsfria perioder. Prevalensen för astma i Sverige är cirka 10 procent [10]. Man beräknar att ungefär 800 000 personer har astma, lika vanligt bland barn som vuxna [1,11].

Orsaken till astma kan variera, hos små barn är oftast luftvägsinfektioner den utlösande orsaken medan hos äldre barn och ungdomar dominerar allergier. Hos vuxna kan besvären utlösas av både allergiska och icke-allergiska orsaker som tobaksrök och ogynnsam inomhusmiljö. Andnöden orsakas av en sammandragning av luftrören som ger en tillfällig sänkning av lungfunktionen vilken oftast kan normaliseras med rätt behandling.

En optimalt behandlad astma innebär frånvaro av försämringsperioder (exacerbationer), nattliga besvär och besvär vid ansträngning samt endast minimalt behov av vidbehovsmedicinering. Vid otillräcklig behandling riskerar astma att utvecklas till en kronisk och svårkontrollerad sjukdom. Fortfarande dör ett antal personer årligen i Sverige på grund av astma [12].

Vad är KOL?

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk inflammatorisk lungsjukdom som i varierande grad påverkar både luftrör och lungvävnad så att lungfunktionen är kroniskt nedsatt. Sjukdomen utvecklas under många år med gradvis försämrad lungfunktion och ökande andnöd, utan besvärsfria perioder. En stor del av personer med KOL har också återkommande exacerbationer. Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för KOL från 2015 är prevalensen för KOL i Sverige mellan 8 och 10 procent från och med 45 års ålder [10]. Omkring 400 000-700 000 personer är drabbade av KOL, men endast en mindre andel, ungefär 30 procent, är diagnostiserade [1,13].

Orsaken till KOL är till största del tobaksrökning. Det finns också de som aldrig har rökt, men ändå drabbas av KOL [14]. Ibland kan orsaken vara så kallad passiv rökning eller andra luftföroreningar. Ibland kan brist på ett skyddande enzym för lungorna, α1antitrypsin, vara orsak. I de flesta fallen av KOL hos icke-rökare känner man dock inte till orsaken till sjukdomsutvecklingen. Lungfunktionsnedsättningen vid KOL orsakas av den kroniska inflammationen som förtränger de små luftrören och som orsakar nedbrytning av lungblåsornas, (alveolernas), väggar med emfysem som följd. Skadorna är bestående, varför tidig upptäckt är avgörande för prognosen. Exacerbationerna, som ofta är infektionsutlösta, accelererar sjukdomsförloppet [15]. Personer med KOL har ofta andra samtidiga sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom, benskörhet, depression och diabetes. Dessa tillstånd försämrar prognosen ytterligare [16]. Ungefär 3 000 personer dör av KOL årligen i Sverige [12].

Vårdbehovet varierar mycket beroende på i vilket stadium KOL-sjukdomen är. I tidigt stadium är ofta symtomen lindriga och rökstopp är den enda åtgärd som behövs för att förhindra sjukdomsutvecklingen. I KOL-sjukdomens mer avancerade stadier blir vårdkonsumtionen allt större av både läkemedel och insatser från vården. Särskilt påtagligt blir detta när en patient drabbas av ett försämringsskov som påverkar blodgaserna vilket kan vara livshotande och kräva vård på sjukhus med andningsstöd i form av non invasiv ventilation (NIV) [17].

För alla patienter som röker är rökstopp livsviktigt och är det enda som förhindrar ytterligare försämring av lungfunktionen [18]. En viktig del av behandlingen är att minska symtom och exacerbationer. Behandlingen kan innebära bland annat fysisk träning, kostråd, strukturerad patientundervisning samt läkemedelsbehandling.

Det är också viktigt att minska risken för och behandla andra samtidiga sjukdomar – särskilt hjärt- och kärlsjukdomar som är en dödsorsak generellt, men hos patienter med KOL i synnerhet.

Även de palliativa aspekterna vid KOL är viktiga att beakta, eftersom KOL i ett avancerat stadium innebär en kraftigt ökad risk för förtida död. Detta innebär att vårdgivare bör vara uppmärksamma på och kunna identifiera när en KOL-patient går in i ett palliativt stadium. Detta stadium kan vid KOL omfatta en längre tidsperiod än vid vissa cancersjukdomar och patienter med KOL kan ha ett stort behov av palliativa åtgärder [19]. Detta tillstånd bör dock särskiljas från KOL i terminalt stadium, som innebär en betydligt kortare tidsperiod när alla behandlingsalternativ är uttömda. I det terminala stadiet inriktas behandlingen på symtomlindrande åtgärder.

Förbättringsområden för landstingen, regionerna och kommunerna

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen förbättringsområden riktade till landstingen och regionerna samt till kommunerna. Förbättringsområdena gäller de områden där utvärderingen har visat att det finns stora regionala skillnader och Socialstyrelsen bedömer att vården inte når upp till önskvärd kvalitet. I de fallen bör resultaten förbättras.

Tanken är att Socialstyrelsens bedömningar ska kunna stödja huvudmännen och verksamheterna i deras kvalitets- och förbättringsarbete. En fullständig beskrivning av samtliga resultat som ingår i utvärderingen, med tillhörande diagram, finns i underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL. Indikatorer och underlag för bedömningar.*
Följande förbättringsområden ingår i kapitlet:

- Fler verksamheter behöver erbjuda diagnostisering med spirometri.
- Fler verksamheter behöver erbjuda allergiutredning till barn och ungdomar med misstänkt astma.
- Fler verksamheter behöver erbjuda rökavvänjning till patienter som röker.
- Fler verksamheter behöver erbjuda patientutbildning.
- Fler verksamheter behöver erbjuda skriftliga behandlingsplaner till patienterna.
- Fler verksamheter behöver erbjuda patienter uppföljning och återbesök.
- Fler verksamheter behöver erbjuda fortbildning till personalen samt ha tillgång till astma- och KOL-sjuksköterska.
- Fler verksamheter behöver samverka för att få en gemensam syn på processen för en god vård vid astma och KOL.

Fler verksamheter behöver erbjuda diagnostisering med spirometri

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- erbjuda diagnostisering med spirometri.

För att diagnostisera astma och KOL bör vården erbjuda patienterna dynamisk spirometri, vilket är en lungfunktionsmätning (i följande text kallad ”spirometri”). En noggrann diagnostik bör även omfatta en utvärdering av hur allvarlig sjukdomen är, vilket möjliggör rätt behandling till rätt person. Mätning av lungfunktionen med spirometri är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande vid astma och KOL enligt de nationella riktlinjerna.

För att diagnostisera KOL krävs att man kan påvisa permanent luftvägsobstruktion, (sänkt kvot FEV_1/FVC), vilket görs med spirometri. Vid spirometrin mäts FEV_1 (forcerad expiratorisk volym på en sekund) och FVC (forcerad vitalkapacitet) varvid kvoten FEV_1/FVC kan beräknas. Det finns i dag en underdiagnostik av både astma och KOL, särskilt av KOL, vilket innebär att många personer är utan en effektiv behandling med sämre hälsa som följd.

Många enheter kan erbjuda spirometri vid diagnostik – men inte alla

Bland primärvårdsmottagningarna samt sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger omkring 90 procent att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder spirometri med reversibilitetstest till vuxna vid diagnostik av astma. Motsvarande siffra för barn och ungdomar är omkring 70 procent (diagram 6.1). Samtliga barn- och ungdomskliniker anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder spirometri med reversibilitetstest (tabell 6.2).

Över 90 procent av primärvårdsmottagningarna och sjukhusklinikerna som ansvarar för vård av astma och KOL anger att de erbjuder mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation till patienter med KOL (tabell 6.4 och diagram 6.2).

Tabell 6.1 Spirometri vid astma – primärvård

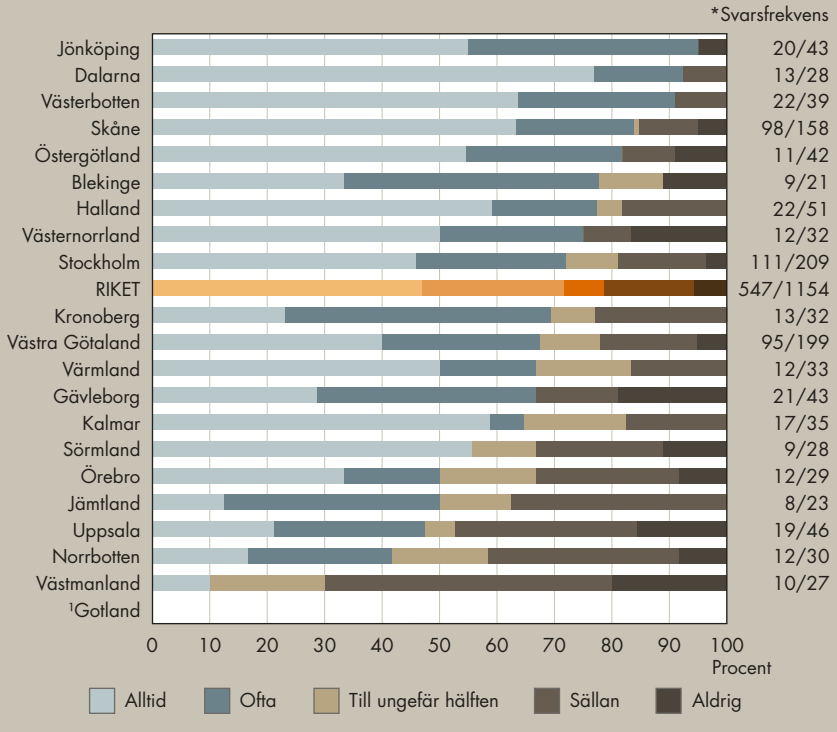
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder dynamisk spirometri med reversibilitetstest vid diagnostisering av astma, år 2017.

	Astma (barn och ungdomar)	Astma (18 år och äldre)
Alltid	47	71
Ofta	25	22
Till ungefär hälften	7	3
Sällan	15	3
Aldrig	6	1

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 6.1 Spirometri vid astma (barn och ungdomar) – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar där dynamisk spirometri med reversibilitetstest erbjuds vid diagnostisering av astma till barn och ungdomar 6–17 år, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 6.2 Spirometri vid astma – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder dynamisk spirometri med reversibilitetstest till barn och ungdomar 6–17 år vid diagnostisering av astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	89
Ofta	11
Till ungefär hälften	0
Sällan	0
Aldrig	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Tabell 6.3 Spirometri vid astma – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder dynamisk spirometri med reversibilitetstest vid diagnostisering av astma, år 2017.

	Sjukhuskliniker
Alltid	81
Ofta	7
Till ungefär hälften	0
Sällan	3
Aldrig	9

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Tabell 6.4 Mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation

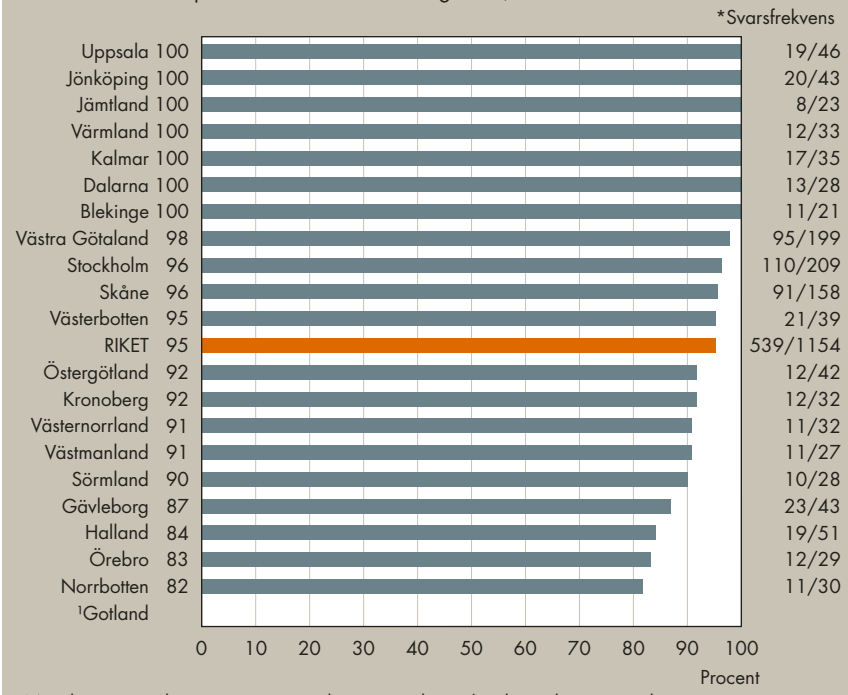
Andel primärvårdsmottagningar och sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL, år 2017.

	Primärvård	Sjukhuskliniker
Ja	95	93
Nej	5	7

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården och till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 6.2 Mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation till patienter med KOL vid diagnostik, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Indikatorer för spirometri

Indikatorerna för astma mäter andelen patienter med astma som har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest.

Indikatorn för KOL mäter andelen patienter 18 år eller äldre med KOL som har genomgått mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation.

Rekommendationerna har fått prioritet 1 i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 95 procent både för primärvård och för specialiserad vård. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

Spirometri vid astma hos vuxna (indikator 2.1)

År 2017 rapporterades 48 974 patienter 18 år eller äldre med astma för indikatorn *Spirometri vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade

48 procent av dessa (23 348 patienter) genomgått spirometri med reversibilitetstest det året. Diagram 6.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Spirometri vid astma hos barn och ungdomar (indikator 3.1)

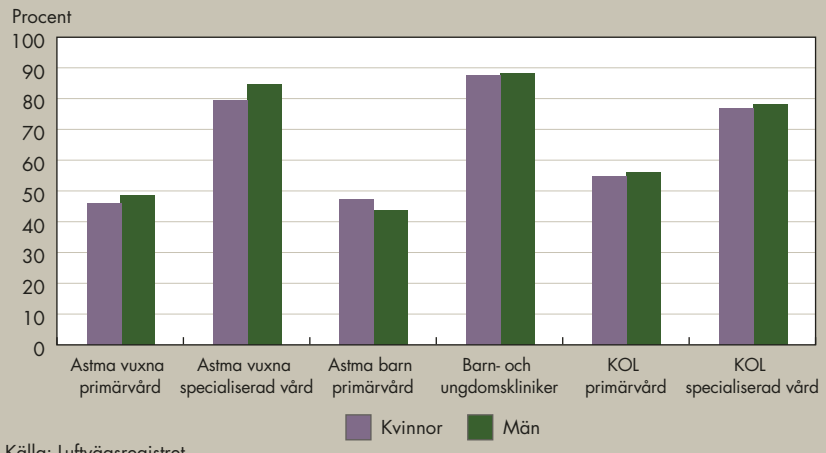
År 2017 rapporterades 10 551 barn och ungdomar (6–17 år) med astma för indikatorn *Spirometri vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 65 procent av dessa (6 908 patienter) genomgått spirometri med reversibilitetstest det året. Diagram 6.3 är uppdelat på primärvård och barn- och ungdomskliniker.

FEV_1/FVC efter bronkdilatation vid KOL (indikator 4.1)

År 2017 rapporterades 31 568 patienter med KOL för indikatorn *FEV_1/FVC efter bronkdilatation.* Enligt Luftvägsregistret hade 57 procent av dessa (17 929 patienter) genomgått mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation det året. Diagram 6.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad

Diagram 6.3 Spirometri vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som har genomgått spirometri vid besök för astma eller KOL, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Jämförelse utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos

Män med astma fick åtgärden spirometri med reversibilitetstest i något högre utsträckning än kvinnor: 47 procent för män jämfört 44

procent för kvinnor. Skillnaden var statistiskt signifikant efter justering för ålder, utbildning och födelseland och psykiatrisk diagnos.

Vidare fick lågutbildade vuxna med astma åtgärden i något högre utsträckning i jämförelse med högutbildade. Personer födda utanför Sverige fick spirometri i signifikant lägre utsträckning än personer födda i Sverige, liksom personer som har eller som haft en psykiatrisk diagnos i förhållande till övriga personer med astma. Samma mönster gällande både utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos återfanns bland både kvinnor och män.

Barn med astma fick åtgärden i ungefär samma utsträckning oavsett vårdnadshavarnas utbildningsnivå och födelseland. Däremot var förekomsten av åtgärden spirometri signifikant högre bland pojkar än bland flickor: 70 procent av pojkarna respektive 66 procent av flickorna (åldersstandardiserade andelar).

Män med KOL genomgick mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation i något högre utsträckning än kvinnor. Det fanns inga skillnader mellan utbildningsgrupper, men däremot fick personer födda utanför Sverige insatsen i signifikant lägre utsträckning än personer födda i Sverige – i synnerhet personer födda utanför EU.

Även personer med KOL och en samtidig psykiatrisk diagnos genomgick mätningen i betydligt lägre utsträckning än övriga personer – en skillnad på 7 procentenheter. Samma mönster för utbildning, födelseland, psykiatrisk diagnos och mätning av FEV_1/FVC återfanns bland både kvinnor och män.

Bedömning av resultat

För att kunna säkerställa en korrekt diagnos vid astma och KOL krävs spirometri med reversibilitetstest. I de nationella riktlinjerna har rekommendationen fått högsta prioritet [1]. Undersökningen kan oftast göras från 6 års ålder och den används inte bara vid diagnos utan också för att följa behandlingseffekten vid astma och för att följa förloppet vid KOL. Socialstyrelsens nationella målnivå för både barn och vuxna anger att minst 95 procent ska ha fått sådan lungfunktionsmätning vid diagnostik av astma och KOL. Flertalet av primärvårdsmottagningarna och sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL hos vuxna har svarat att de erbjuder spirometri vid diagnostik. Inom den specialiserade barnsjukvården är förhållandet detsamma, i princip alla mottagningar erbjuder spiro-

metri med reversibilitetstest vid diagnostik av astma. Något sämre siffror ses inom primärvården där drygt 70 procent av mottagningarna erbjuder sådan lungfunktionsmätning vid diagnostik av astma hos barn. Det finns även skillnader mellan landstingen (regionerna).

I Luftvägsregistret har man registrerat hur stor andel av patienterna med astma respektive KOL som gjort spirometri eller spirometri med reversibilitetstest i samband med vårdbesök. År 2017 hade endast mellan 50 och 65 procent av patienterna gjort spirometri med reversibilitetstest – med andra ord långt ifrån Socialstyrelsens målnivå (95 procent). Siffrorna kan i dag inte användas på det sättet, eftersom registret inte skiljer på huruvida undersökningen gjorts vid diagnostisering eller inte. I princip är samtliga patienter diagnostiserade innan de registreras i Luftvägsregistret. Det är dessutom inte alltid man gör spirometri vid besök när patienten redan är känd och diagnostiserad. På grund av detta är data från Luftvägsregistret inte ett lämpligt mått på huruvida spirometri med reversibilitetstest görs vid diagnostik. Vid KOL rekommenderas dessutom endast spirometri årligen under de första fem åren, samt hos patienter som röker. Detta gör att uteblivен spirometri vid besöket inte behöver innebära dålig kvalitet.

Luftvägsregistret ger däremot en bild av hur spirometri används vid uppföljningen av astma, där cirka 80 procent av vuxna patienter och 90 procent av barn och ungdomar genomförde spirometri vid besök i den specialiserade vården år 2017. Inom primärvården är motsvarande siffra omkring 50 procent för såväl barn som vuxna. Även om dessa uppgifter inte visar hur stor andel som gjort spirometri med reversibilitetstest vid diagnostik av astma, kan man förvänta sig att mottagningar som regelbundet använder spirometri vid de återkommande återbesöken även använder spirometri med reversibilitetstest i diagnostiken av astma.

Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda mätning av lungfunktionen med spirometri, eftersom det är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande. Det är också viktigt att uppmärksamma att personer födda utanför Sverige i förhållande till personer födda i Sverige och personer med psykiatrisk diagnos i förhållande till övriga, verkar få spirometri i mindre utsträckning både vid astma och KOL.

Fler verksamheter behöver erbjuda allergiutredning till barn och ungdomar med misstänkt astma

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- barn och ungdomar med misstänkt astma erbjuds riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest.

Allergi är en vanlig orsak till astma hos barn och ungdomar. En allergiutredning baseras på misstankar om allergi vid en god anamnes. Det är viktigt att erbjuda en riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest vid misstänkt utlösande allergen [1].

Hur ofta allergiutredning görs kan ibland vara svårt att analysera, eftersom allergiutredning inte alltid behöver göras – eller upprepas – vid diagnos av astma. Utredningen kan ha gjorts tidigare, eftersom många barn med astma har andra allergisjukdomar där en allergiutredning också ingår.

Allergiutredning erbjuds i olika utsträckning

Av enkätsvaren framkommer att närmare 60 procent av primärvårdsmottagningarna ”alltid” eller ”ofta” erbjuder barn och ungdomar allergiutredningar med blodprov eller pricktest vid diagnostisering av astma (diagram 7.1). Nästan samtliga barn- och ungdomskliniker erbjuder ”alltid” eller ”ofta” motsvarande allergiutredningar vid diagnostisering av astma.

Tabell 7.1 Allergiutredning – Barn och ungdomar

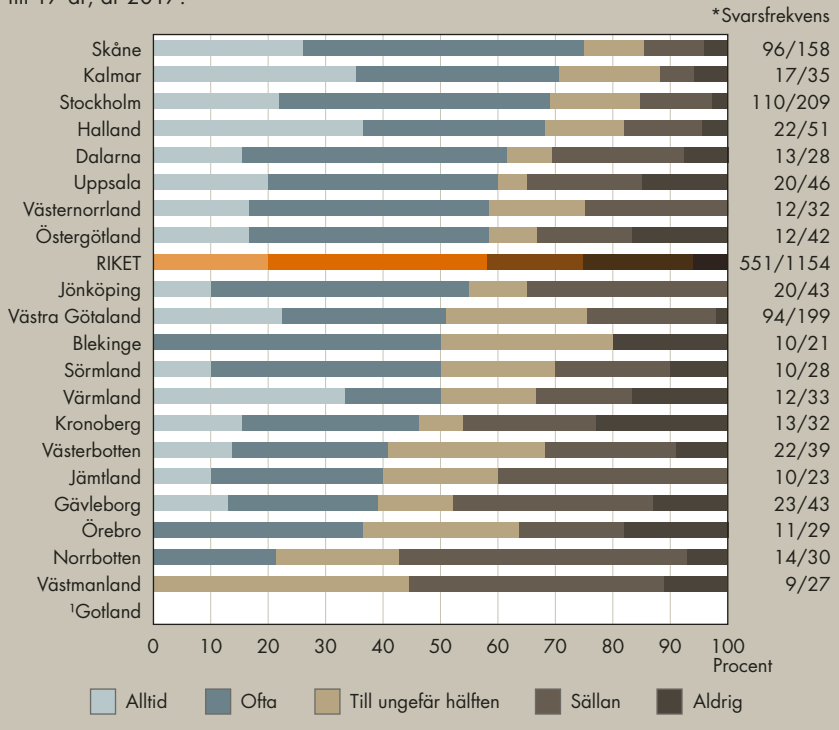
Andel primärvårdsmottagningar och barn- och ungdomskliniker som erbjuder barn och ungdomar (6 månader–17 år) allergiutredning med blodprov eller pricktest vid diagnostisering av astma, år 2017.

	Primärvård	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	20	48
Ofta	38	48
Till ungefär hälften	17	4
Sällan	19	0
Aldrig	6	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården och barn- och ungdomskliniker, 2018.

Diagram 7.1 Allergiutredning – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar där allergiutredning med blodprov eller pricktest erbjuds vid diagnostisering av astma till barn och ungdomar i åldern 6 månader till 17 år, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

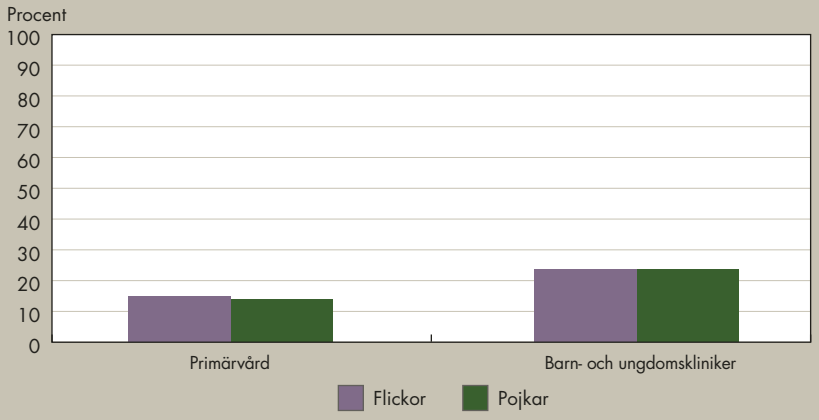
Indikator för allergiutredning vid astma (3.2)

Indikatorn mäter andelen barn och ungdomar (sex månader–17 år) med astma som genomgått allergiutredning med blodprov eller pricktest. Rekommendationen har fått prioritet 2 i de nationella riktlinjerna. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

År 2017 rapporterades 13 755 barn och ungdomar (sex månader–17 år) med astma för indikatorn *Allergiutredning*. Av dessa hade 18 procent (2 502 barn och ungdomar) enligt registret genomgått allergiutredning med blodprov eller pricktest. Diagram 7.2 är uppdelat på primärvård och barn- och ungdomskliniker.

Diagram 7.2 Allergiutredning

Andel barn och ungdomar 6 månader –17 år med astma som genomgått allergiutredning med blodprov eller pricktest, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Jämförelse utbildning och födelseland

Barn till lågutbildade föräldrar fick insatsen mer sällan (15,6 procent) än barn till föräldrar med medelhög utbildning (18,3 procent) eller barn till högt utbildade föräldrar (20,7 procent). Skillnader mellan hög- och lågutbildade var signifikant efter att hänsyn tagits till ålder, kön, föräldrars utbildning och barnets födelseland. Barn födda utanför EU verkade få insatsen i lägre utsträckning än svenskfödda, men antalen är dock små vilket gör att skattning av skillnader är osäker.

Bedömning av resultat

Resultaten från enkätundersökningen visar att nästan samtliga barn- och ungdomskliniker anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder barn och ungdomar riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest. Nästan 60 procent av primärvårdsmottagningarna anger att de erbjuder motsvarande allergiutredningar.

Resultat från Luftvägsregistret visar att endast ett fåtal barn och ungdomar genomgått allergiutredning med blodprov eller pricktest – ett resultat som sannolikt beror på en betydande underrapportering till Luftvägsregistret eftersom det inom den specialiserade barnsjukvården är brukligt att genomföra allergiutredningar med pricktest eller blodprov.

Inom primärvården används inte pricktest lika ofta som på barn- och ungdomsklinikerna, men allergiutredning kan då istället göras med blodprov.

På flera håll i Sverige genomförs satsningar på utbildningar att utföra och tolka pricktest, vilket på sikt bör leda till att fler allergiutredningar även kommer att utföras inom primärvården vid utredning av astma hos barn och ungdomar.

Resultaten från enkätundersökningen samt den stora spridningen inom landet, indikerar att landstingen och regionerna behöver säkerställa att fler barn och ungdomar med misstänkt astma erbjuds riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest.

Fler verksamheter behöver erbjuda rökavvänjning till patienter som röker

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- erbjuda stöd att sluta röka till patienter med astma och KOL som röker
- fråga barn och ungdomar om de röker när de är på kontroll för sin astma. Att tidigt fråga om rökning ger tillfälle att upptäcka de som röker och hjälpa dem att sluta. Det ger också möjlighet till att ha ett informationssamtal med icke-rökare om vikten av att inte börja röka.

Tobaksrökning är en orsak till sjuklighet och förtida död. Rökning är den främsta orsaken till KOL i Sverige. Att sluta röka är den viktigaste åtgärden för personer med KOL, eftersom rökstopp är den enda åtgärden som kan bromsa sjukdomsutvecklingen och minska lungfunktionsförsämring över tid. För personer med astma som röker ger rökstopp minskade dagliga astmasymtom samt större möjlighet till astmakontroll. I de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL har rökstopp fått högsta prioritet [1].

Fler behöver erbjuda rökavvänjning

Omkring 90 procent av primärvårdsmottagningarna, anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder rökavvänjning till de patienter som röker vid besök för kontroll av astma respektive KOL. Strax över 60 procent av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder rökavvänjning vid besök för kontroll av astma och KOL.

Tabell 8.1 Rökavvänjning – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder rökavvänjning till patienter som röker vid besök för kontroll av astma och KOL, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	72	79
Ofta	19	15
Till ungefär hälften	2	1
Sällan	6	4
Aldrig	1	1

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 8.2 Rökavvänjning – sjukhuskliniker

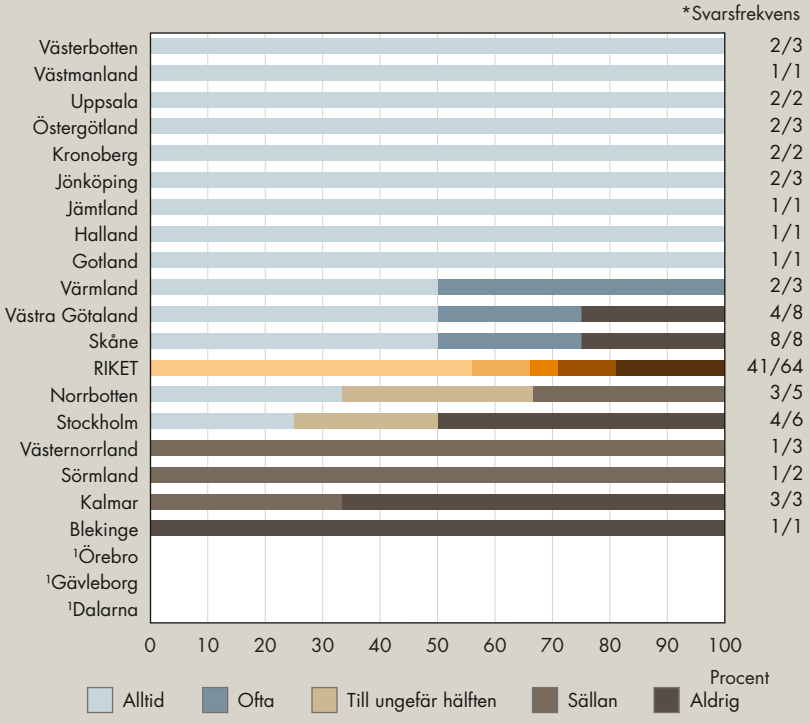
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder rökavvänjning till patienter som röker vid besök för kontroll av astma och KOL, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	47	55
Ofta	16	10
Till ungefär hälften	5	5
Sällan	9	9
Aldrig	23	21

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 8.1 Rökavvänjning vid KOL – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL där rökavvänjning erbjuds, till de patienter som röker, vid besök för kontroll av KOL, år 2017.



*Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Indikatorer för rökavvänjning

I dagsläget är det inte möjligt att redovisa indikatorerna för rökavvänjning eftersom rapporteringsgraden till Luftvägsregistret är alltför låg (indikator 2.3 och indikator 4.4).

Indikatorerna mäter andel rökande patienter 18 år eller äldre med astma och KOL som vid besök för kontroll har erbjudits rökavvänjning (enkla råd, rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal). Indikatorerna visar på hur aktiv hälso- och sjukvården är gällande rökvanor. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 95 procent – både för primärvård och för specialiserad vård.

Indikatorer för rökstopp

Indikatorerna för astma och KOL mäter andel patienter som inte längre röker. Rökstopp har fått prioritet 1 i de nationella riktlinjerna. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

Rökstopp vid astma hos vuxna (indikator 2.4)

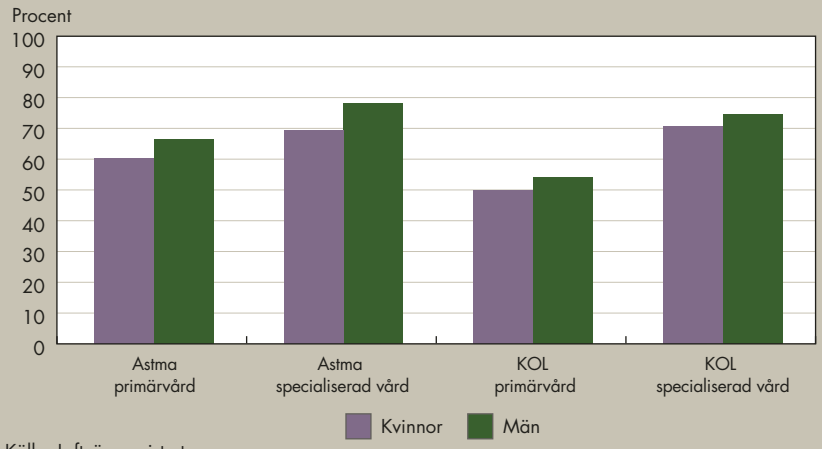
År 2017 rapporterades 12 914 patienter med astma 18 år eller äldre för indikatorn *Rökstopp vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 63 procent av dessa (8 137 patienter) angett att de inte längre röker. Diagram 8.2 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Rökstopp vid KOL (indikator 4.5)

År 2017 rapporterades 16 189 patienter med KOL 18 år eller äldre för indikatorn *Rökstopp vid KOL*. Enligt Luftvägsregistret hade 54 procent av dessa (8 730 patienter) angett att de inte längre röker. Diagram 8.2 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 8.2 Rökstopp

Andel patienter 18 år och äldre med astma eller KOL som angett att de har rökt tidigare och inte längre röker, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Jämförelse utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos

Bland patienter med astma som tidigare rökt anger 10 procent fler män än kvinnor att de slutat röka. I jämförelserna togs hänsyn till ålder, utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos. Låg- och medel-

högt utbildade personer slutade röka i mindre utsträckning än högutbildade och det gäller även personer med ursprung utanför Sverige i förhållande till svenskfödda. Personer födda utanför EU slutade röka i närmare 25 procent lägre utsträckning än vad svenskfödda gjorde.

Patienter med psykiatrisk diagnos slutade röka i allra lägst omfattning och hade närmare 30 procent lägre förekomst av rökstopp än övriga personer med astma. Kvinnor och män med astma uppvisade liknande resultat när det gäller rökstopp i förhållande till födelseland och psykiatrisk diagnos. Lägre utbildningsnivå var dock en starkare riskfaktor för män än för kvinnor för att fortsätta röka.

Vid KOL (liksom vid astma) var det något vanligare att män än kvinnor uppgav att de slutat röka. Lågutbildade personer slutade röka i mindre utsträckning än högutbildade och det gäller även de med ursprung utanför Sverige i förhållande till svenskfödda. Personer med psykiatrisk diagnos slutade röka i allra minst omfattning: i mer än 30 procent lägre utsträckning än övriga personer med KOL.

Kvinnor och män uppvisade liknande resultat när det gäller rökstopp i förhållande till utbildning och psykiatrisk diagnos. Män med ursprung utanför de nordiska länderna slutade röka i mindre utsträckning än vad kvinnor med motsvarande ursprung gjorde.

Tabell 8.4 Rökstopp vid KOL efter utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos, vuxna

Jämförelser efter kön, utbildning, födelseland samt förekomst av psykiatrisk diagnos bland personer 18–89 år under perioden 2016–2017. De relativa förekomsterna är justerade för ålder + variablerna i tabellen.

	Utbildning	Antal som slutat röka (%)	Relativ förekomst (95% ki)
Kön	Män	7229 (55,0)	1,06 (1,03–1,10)
	Kvinnor	8423 (51,4)	1 (ref.)
Utbildning[1]	Låg	11 105 (51,6)	0,86 (0,82–0,91)
	Medel	3019 (55,4)	0,94 (0,88–1,01)
	Hög	1363 (60,4)	1 (ref.)
Födelseland[1]	Övriga världen	590 (38,5)	0,82 (0,77–0,90)
	EU	665 (45,7)	0,85 (0,79–0,92)
	Norden	927 (44,7)	0,82 (0,75–0,88)
	Sverige	13 261 (55,4)	1 (ref.)
Psykiatrisk diagnos[2]	Ja	878 (31,5)	0,66 (0,61–0,70)
	Nej	14 774 (55,2)	1 (ref.)

[1]Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte är lika.
[2]Avser psykiatriska diagnoser F1–F9 under fem år innan eller i samband med KOL-vårdbesök.
Källa: Luftvägsregistret, Utbildningsregistret (SCB) och patientregistret.

Fråga ungdomar om rökning

Ungdomar med astma som röker riskerar försämring av sin sjukdom och har ännu högre risk att utveckla KOL. Att tidigt fråga om rökning ger tillfälle att upptäcka de som röker och hjälpa dem att sluta. Det ger också möjlighet till att ha ett informationssamtal med icke-rökare om vikten av att inte börja röka.

Nästan alla frågar ungdomar om de röker

Primärvården anger att 90 procent av primärvårdsmottagningarna ”alltid” eller ”ofta” frågar ungdomar om de röker vid besöken för kontroll av astma (diagram 8.3). Motsvarande siffra för barn- och ungdomsklinikerna är närmare 80 procent (diagram 8.4).

Tabell 8.5 Ungdomar med astma som har fått frågan om rökning

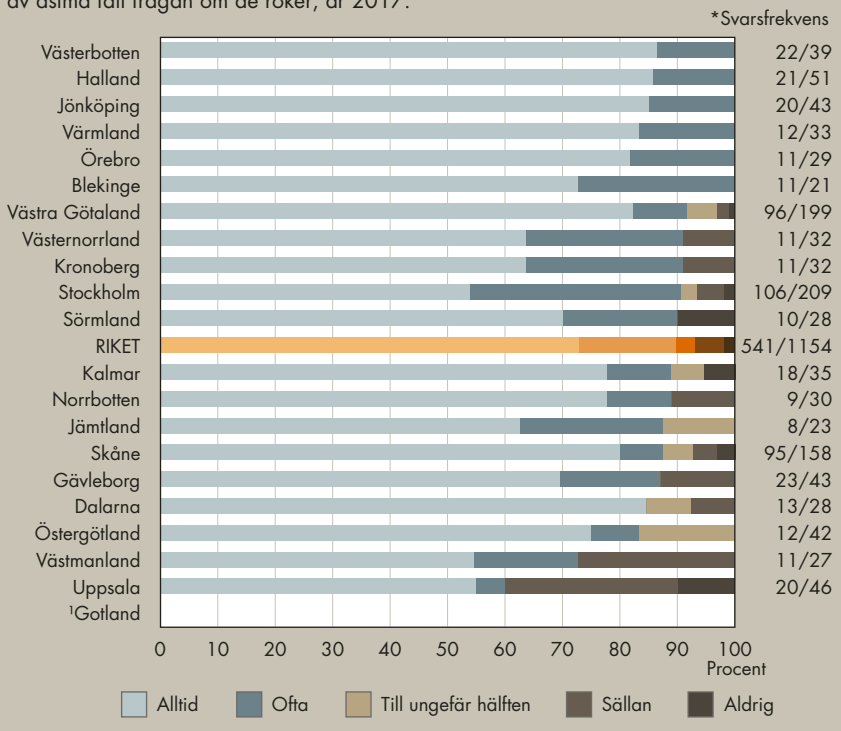
Andel primärvårdsmottagningar och barn- och ungdomskliniker som frågar ungdomar (12–17 år) om de röker vid besök för kontroll av astma, år 2017.

	Primärvård	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	73	33
Ofta	17	45
Till ungefär hälften	3	15
Sällan	5	7
Aldrig	2	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården och barn- och ungdomskliniker, 2018.

Diagram 8.3 Ungdomar med astma som har fått frågan om rökning – primärvård

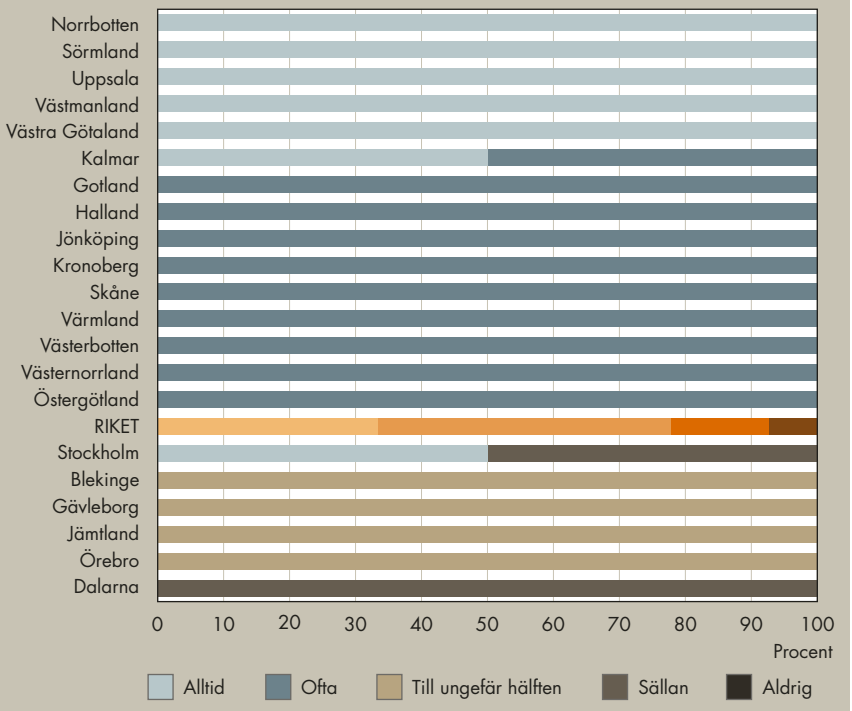
Andel primärvårdsmottagningar där ungdomar 12-17 år vid besök för kontroll av astma fått frågan om de röker, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 8.4 Ungdomar med astma som har fått frågan om rökning – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker där ungdomar 12–17 år vid besök för kontroll av astma fått frågan om de röker, år 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

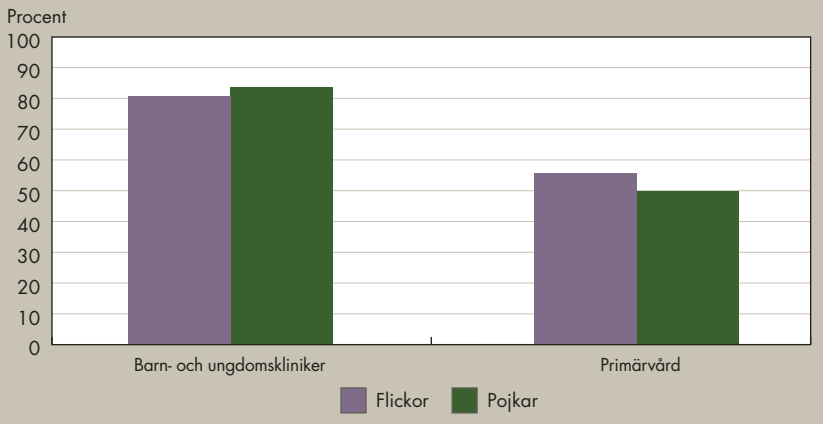
Indikator fråga om rökning (3.4)

Indikatorn mäter andelen ungdomar mellan 12 och 17 år gamla med astma som vid sitt besök för kontroll av astma fått frågan om de röker. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 97 procent – både för primärvård och för specialiserad vård. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

År 2017 rapporterades 5 484 ungdomar mellan 12 och 17 år med astma för indikatorn *Fråga om rökning*. Enligt Luftvägsregistret hade 65 procent av dessa (3 588 ungdomar) fått frågan vid besök för kontroll av sin astma om de röker. Diagram 8.5 är uppdelat på primärvård och barn- och ungdomsklinikerna.

Diagram 8.5 Ungdomar med astma som har fått frågan om rökning

Andel ungdomar 12–17 år med astma som har fått frågan om de röker vid besök för kontroll av astma, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Jämförelse utbildning och födelseland

När det gäller fråga om rökning vid kontroll av astma fanns inga signifikanta skillnader i jämförelser mellan föräldrars utbildningsnivå eller barnets eget födelseland.

Bedömning av resultat

För personer med astma och KOL kan fortsatt rökning leda till svårare symtom och snabbare försämring av sjukdomen än hos personer som inte röker. Därför är det av största vikt att hälso- och sjukvården erbjuder dessa patienter rökavvänjning.

Det finns i dag ett flertal olika program inom vården för att ge stöd att sluta röka, både individuellt och i grupp. De flesta av landets landsting och regioner gör satsningar på tobaksförebyggande arbete och tobaksavvänjning. Dessutom finns intresseorganisationer som arbetar med detta, till exempel Psykologer mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak samt Läkare mot Tobak.

I en del regioner finns även Kunskapscentrum för levnadsvanor och sjukdomsprevention, där man bland annat arbetar med olika program för tobaksavvänjning.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller myndighetens rekommendationer om vilka typer av åtgärder som bör erbjudas till personer som röker [20]. Forskning har visat att enkla råd från hälso- och sjukvården signifikant ökar chansen för att personer ska sluta röka. Med ett längre rådgivande samtal och samtidigt stöd från utbildad personal ökar chansen att bli rökfri ännu mer.

Flera landsting (regioner) arrangerar kurser för att bli diplomerad tobaksavvänjare – en viktig satsning för att öka kvaliteten på arbetet med tobaksavvänjning. Insatser som leder till rökstopp kan ge stora kostnadsbesparingar på längre sikt: en rapport från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) har visat att rökning kostar samhället över 31 miljarder kronor varje år [21]. Deras beräkning inkluderade kostnader för hälso- och sjukvård, kostnader för den produktion som går förlorad till följd av frånvaro från arbetet (marknadsproduktion) samt den minskade produktion i hemmet (hemarbete) som kan tillskrivas rökning.

Resultaten från enkätundersökningen visar att patienter i varierande utsträckning erbjuds stöd att sluta röka av hälso- och sjukvården. Primärvården erbjuder stöd till att sluta röka i högre utsträckning (90 procent) än sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL (60 procent).

Resultaten visar att primärvården till 90 procent respektive barn- och ungdomsklinikerna till 80 procent frågade de ungdomar som kommer på kontroll för astma om de röker. Varken primärvården, de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL eller barn- och ungdomsklinikerna har ännu nått de nationella målnivåerna. Även skillnaderna i rökstopp efter astma och KOL som visades mellan grupper med och utan psykiatrisk diagnos och efter utbildningsnivå och födelseland, behöver analyseras vidare.

Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda stöd att sluta röka till alla patienter med astma och KOL som röker. Det är också viktigt att alla ungdomar med astma tillfrågas om rökning.

Fler verksamheter behöver erbjuda patientutbildning

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- erbjuda patienterna strukturerad patientutbildning för att få en god och jämlik vård vid astma och KOL
- erbjuda utbildning för föräldrar till barn med astma
- säkerställa att patientutbildningen både för astma och KOL innehåller samtliga rekommenderade delar: sjukdomskunskap, egenvård, riskfaktorer och läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik.

Hos personer med astma och KOL ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskad risk för sjukhusinläggningar, akutbesök och sjukfrånvaro, förbättrad livskvalitet och ökad förmåga till aktiviteter i det dagliga livet [1].

En patientutbildning bör innehålla information om sjukdomen, aktuell läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, lämplig egenvård samt information om olika riskfaktorer. Utbildningen kan ske individuellt eller i grupp.

Hos barn och ungdomar med astma ger patientutbildning individuellt eller i grupp, eller föräldrautbildning, minskat antal akutbesök, minskad skolfrånvaro och förbättrad lungfunktion, jämfört med sedvanlig vård.

Patientutbildning erbjuds i varierande grad

Primärvård

Av primärvårdsmottagningarna anger 66 procent att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder strukturerad patientutbildning till vuxna med astma. Det finns dock även landsting och regioner som anger att majoriteten av patienterna ”sällan” eller ”aldrig” får ett sådant erbjudande. Något färre primärvårdsmottagningar, 55 procent, anger att de erbjuder patientutbildning till ungdomar med astma, medan 75 procent av pri-

märvårdsmottagningarna anger att de erbjuder patientutbildning till patienter med KOL (diagram 9.1).

Nästan samtliga primärvårdsmottagningar anger att det i patientutbildningen ingår information om inhalatorerna och utbildning i inhalationsteknik.

Socialstyrelsen frågade även patientorganisationerna Riksförbundet HjärtLung och Astma- och Allergiförbundet om de som organisation kunde besvara frågan om i vilken utsträckning deras organisations medlemmar har blivit erbjudna patientutbildning. Astma- och Allergiförbundet svarade ofta och HjärtLung sällan. Av svaren framkom att det finns oklarheter om patientutbildningen ingår som en strukturerad del av vården och vad utbildningen omfattar.

Tabell 9.1 Patientutbildning – primärvård

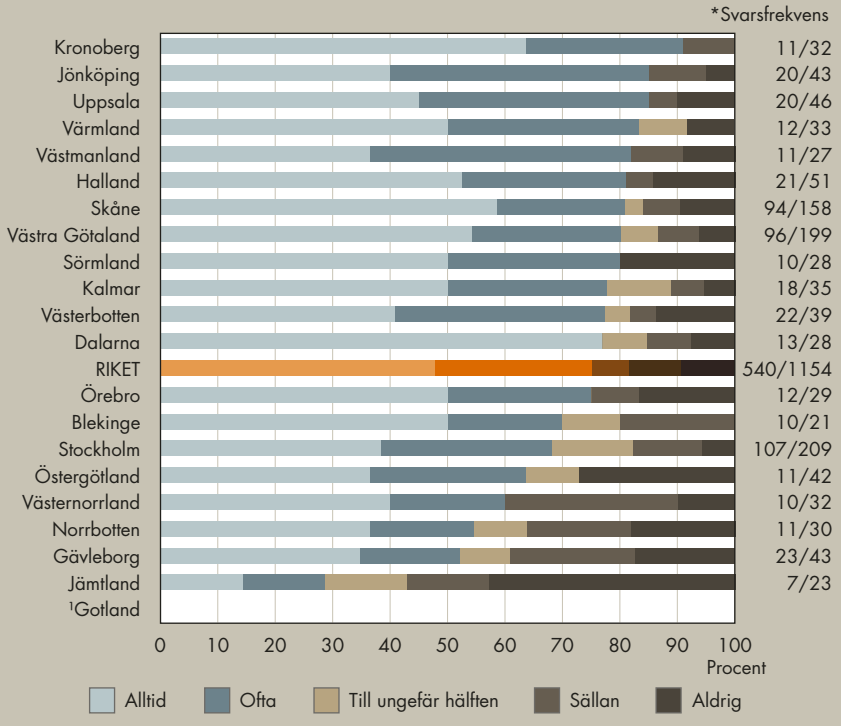
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med astma och KOL, år 2017.

	Astma (ungdomar 12-17 år)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	35	40	48
Ofta	20	26	27
Till ungefär hälften	7	8	7
Sällan	19	14	9
Aldrig	19	12	9

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 9.1 Patientutbildning vid KOL – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med KOL, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Barn- och ungdomskliniker

Av barn- och ungdomsklinikerna anger 77 procent att de “alltid” eller ”ofta” erbjuder strukturerad patientutbildning till ungdomar 12-17 år (diagram 9.2). Samtliga kliniker anger att det i patientutbildningen ingår information om inhalatorerna och utbildning i inhalationsteknik.

Tabell 9.3 Patientutbildning – barn- och ungdomskliniker

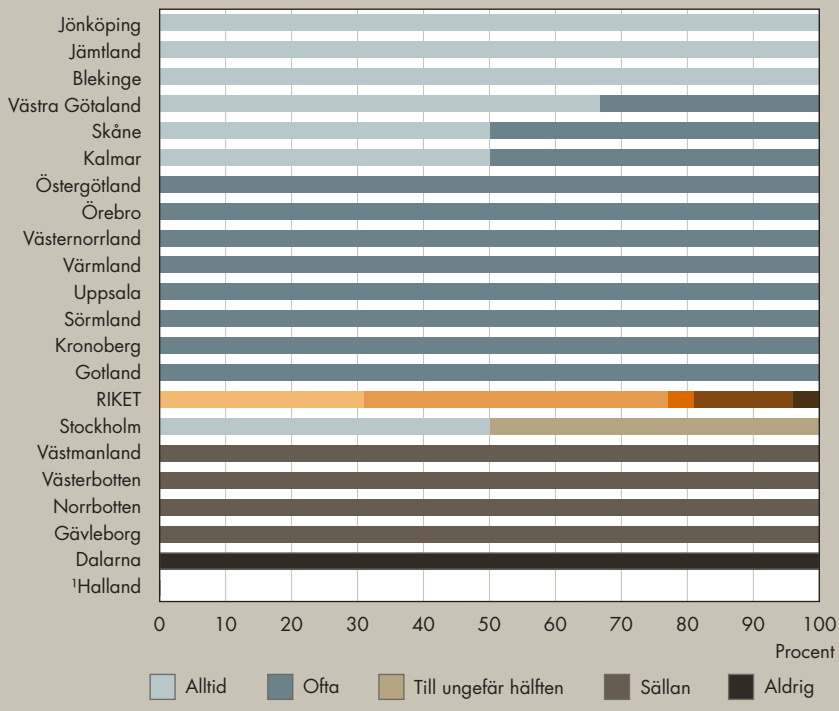
Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder strukturerad patientutbildning till barn och ungdomar med astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	31
Ofta	46
Till ungefär hälften	4
Sällan	15
Aldrig	4

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Diagram 9.2 Patientutbildning – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder strukturerad patientutbildning till ungdomar 12–17 år med astma, år 2017.



[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Sjukhuskliniker

Andelen sjukhuskliniker som anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med astma är 40 procent, men varierar stort mellan landstingen och regioner, från 0 till 100 procent. Närmare hälften av sjukhusklinikerna anger att de ”sällan” eller ”aldrig” erbjuder patientutbildning till patienter med astma. Sjukhuskliniker erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med KOL i något högre utsträckning än till patienter med astma (diagram 9.3). Hälften av klinikerna anger att patienter med KOL ”alltid” eller ”ofta” får sådant erbjudande, men i åtta landsting får hälften eller fler patienter ”sällan” eller ”aldrig” patientutbildning. Majoriteten av sjukhusklinikerna anger att det i patientutbildningen ingår information om inhalatorerna och utbildning i inhalationsteknik.

I kommentarerna anger flera kliniker att de inte har så många patienter med astma som förklaring till att de har svarat att de inte erbjuder patientutbildning.

Vi är en specialiserad sjukhusmottagning. Vi har nästan inga patienter med astma hos oss och har därför inget strukturerat omhändertagande av denna patientgrupp …. De som har riktigt svår astma remitteras till en närliggande universitetsklinik.

Vi utreder i princip inte astma, det har med patientunderlaget att göra, och patienter med okontrollerad astma sköts inte hos oss.

Tabell 9.4 Strukturerad patientutbildning – sjukhuskliniker

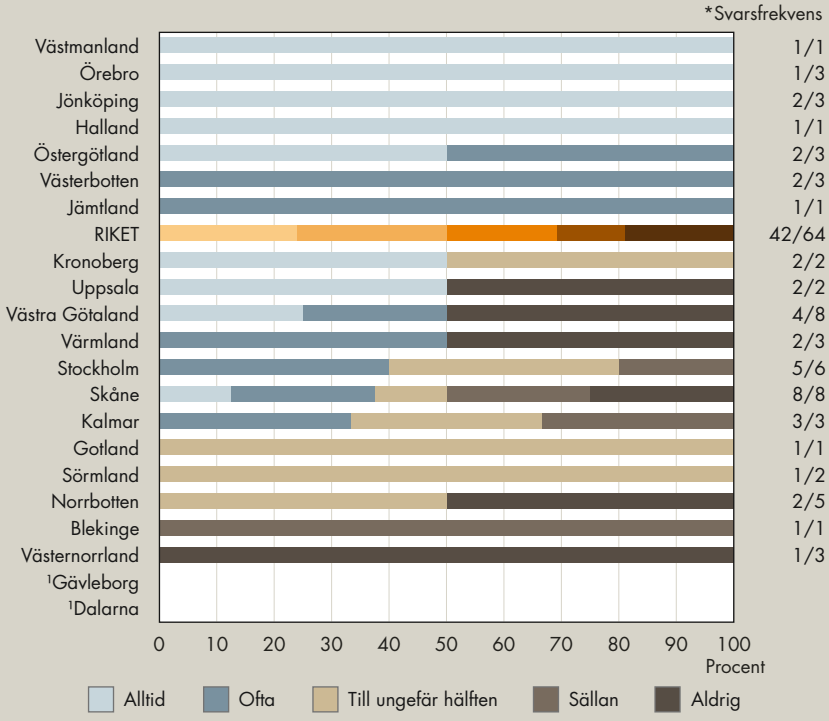
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med astma respektive KOL, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	21	24
Ofta	19	26
Till ungefär hälften	16	19
Sällan	14	12
Aldrig	30	19

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 9.3 Patientutbildning vid KOL – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med KOL, år 2017.



*Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Indikatorer för patientutbildning

Följande indikatorer mäter andelen patienter med astma respektive KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning. Rekommendationen har i de nationella riktlinjerna fått prioritet 3 för både astma och KOL. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 80 procent – både för primärvård och för specialiserad vård. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

Patientutbildning vid astma hos vuxna (indikator 2.7)

År 2017 rapporterades 14 728 patienter (18 år eller äldre) med astma för indikatorn *Patientutbildning.* Enligt Luftvägsregistret hade 93 procent (13 709 patienter) genomgått strukturerad patientutbildning, individuellt eller i grupp. Diagram 9.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Patientutbildning vid astma hos ungdomar (indikator 3.8)

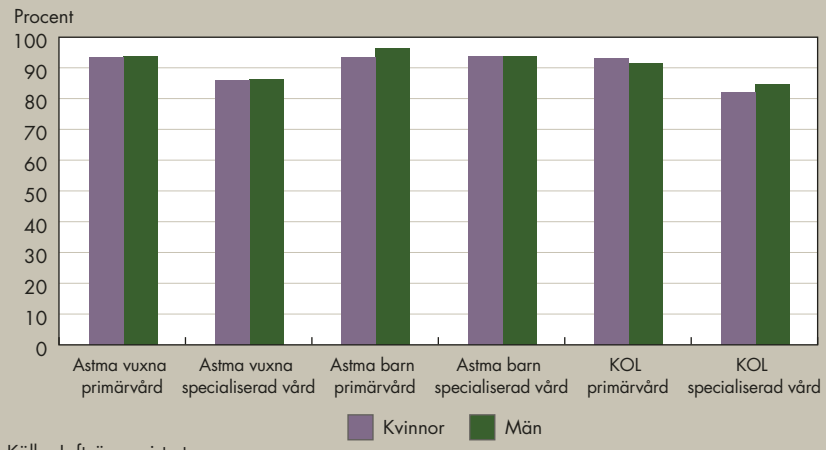
År 2017 rapporterades 2 859 ungdomar (12–17 år gamla) med astma för indikatorn *Patientutbildning.* Enligt Luftvägsregistret hade 94 procent av dessa (2 689 ungdomar) genomgått strukturerad patientutbildning, individuellt eller i grupp. Diagram 9.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Patientutbildning vid KOL (indikator 4.10)

År 2017 rapporterades 12 849 patienter (18 år eller äldre) med KOL för indikatorn *Patientutbildning.* Enligt Luftvägsregistret hade 91 procent av dessa (11 712 patienter) genomgått strukturerad patientutbildning, individuellt eller i grupp. Diagram 9.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 9.4 Strukturerad patientutbildning

Andel patienter med astma respektive KOL som har genomgått en strukturerad patientutbildning, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Jämförelse utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos

Det fanns inga skillnader när det gäller i vilken mån barn med astma eller vuxna med astma eller KOL genomgått strukturerad patientutbildning, varken avseende på kön, utbildningsnivå (föräldrars i uppföljning av barnen), födelseland eller psykiatrisk diagnos (enbart bland vuxna).

Föräldrautbildning

Omkring 30 procent av primärvårdsmottagningarna anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder utbildning för föräldrar till barn med astma. Denna andel varierar mellan olika landsting och regioner; från 0 till 40 procent. Av enkätens kommentarer framgår dock att ett flertal av primärvårdsmottagningarna anger att de inte har ansvar för barn – ibland inte heller för ungdomar – varför dessa i stället remitteras till en barnmottagning eller ungdomsklinik. Av barn- och ungdomskliniken är det 71 procent som anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder föräldrautbildning (diagram 9.6).

Tabell 9.6 Föräldrautbildning

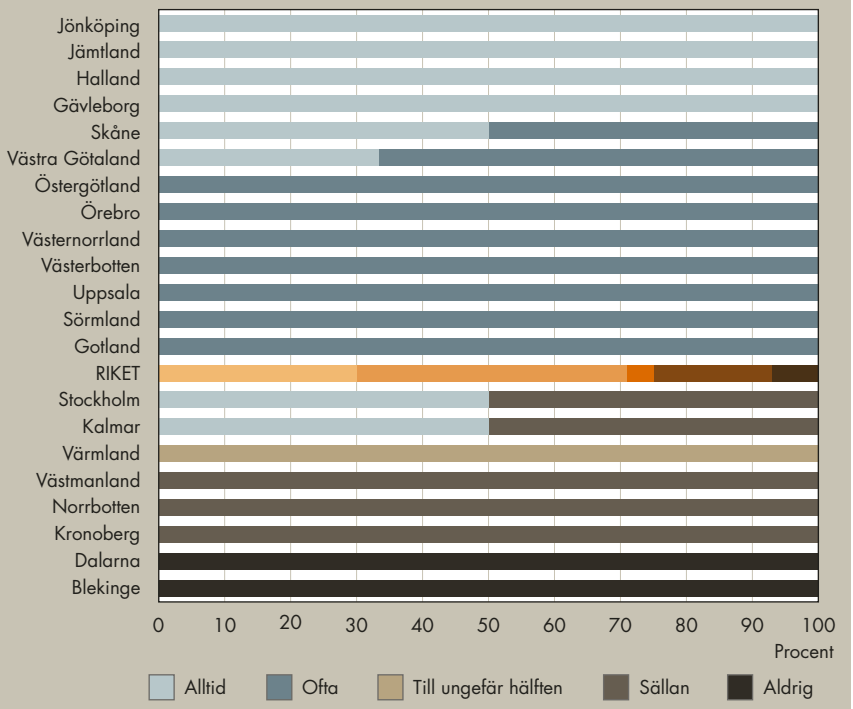
Andel barn- och ungdomskliniker och primärvårdsmottagningar som erbjuder föräldrautbildning till föräldrar som har barn eller ungdomar med astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker	Primärvård
Alltid	30	13
Ofta	41	17
Till ungefär hälften	4	3
Sällan	18	24
Aldrig	7	43

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker och till primärvården, 2018.

Diagram 9.6 Föräldrautbildning – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder föräldrautbildning till föräldrar som har barn eller ungdomar med astma, år 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Bedömning av resultat

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården erbjuder patientutbildning [1]. Resultaten visar att många kliniker och mottagningar erbjuder strukturerad utbildning för patienter med astma och KOL, men det finns stora variationer mellan landstingen (regionerna). Även registerdata visar att en stor del av patienterna har fått en sådan utbildning. Hittills har dock inget landsting (region) nått den nationella målnivån på minst 80 procent.

Trots att resultaten i utvärderingen är positiva ska uppgifterna tolkas med försiktighet, eftersom uppfattningen varierar om vad ”en strukturerad astma- eller KOL-utbildning” innebär i praktiken. Därför är det möjligt att utvärderingens resultat är bättre än vad verklig-

heten är. Vissa enheter ger sannolikt en strukturerad utbildning som innefattar samtliga fyra rekommenderade delar, medan andra endast ger kort information i samband med besök där inte alla delar ingår.

Fler verksamheter behöver erbjuda skriftliga behandlingsplaner till patienterna

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- erbjuda patienter med astma och KOL en skriftlig behandlingsplan
- utveckla de skriftliga behandlingsplanerna inom såväl den specialiserade vården som inom primärvården så att behandlingsplanerna innehåller råd såsom förebyggande åtgärder och medicinering vid fysisk träning, dosjusteringar vid försämring och information om när man bör söka akut vid försämring.

En skriftlig behandlingsplan är ett sätt att underlätta egenvården. För patienter med astma ger det en möjlighet till god astmakontroll. För patienter med KOL ger en skriftlig behandlingsplan ett stöd att tidigt upptäcka exacerbation så att behandling kan insättas.

Skriftliga behandlingsplaner utformas i samråd med behandlande läkare och därefter följas upp och utvärderas av sjuksköterska tillsammans med patienten. En skriftlig behandlingsplan innehåller information som gör det möjligt för patienten att själv tidigt sätta in eller förändra läkemedelsbehandlingen. En skriftlig behandlingsplan bör också innehålla råd om exempelvis fysisk träning och aktivitet samt kost.

Långt ifrån alla patienter har en skriftlig behandlingsplan

Omkring 40 procent av primärvårdsmottagningarna anger att patienter med astma ”alltid” eller ”ofta” har en skriftlig behandlingsplan. Motsvarande för patienter med KOL är närmare 50 procent (diagram 10.1).

Omkring 80 procent av barn- och ungdomsklinikerna anger att barn och ungdomar med astma ”alltid eller ofta” har en skriftlig behandlingsplan (diagram 10.2).

Omkring en tredjedel av sjukhusklinikerna för vuxna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger att patienterna med astma respektive KOL ”alltid” eller ”ofta” har en skriftlig behandlingsplan (diagram 10. 3).

En viktig del av patientutbildningen är att ge patienten redskap att hantera sin sjukdom genom att följa upp den individuella skriftliga behandlingsplanen. Kunskapscentrum för allergi, astma och KOL (KAAK) har behandlingsplaner för barn som är 0–5 år och för barn som är över 6 år. Det finns även behandlingsplan för vuxna [22].

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har utarbetat en behandlingsplan för patienter med KOL. Den innehåller bland annat råd till patienten samt en checklista för läkemedel och vaccinationer [23].

Socialstyrelsen frågade patientorganisationerna Riksförbundet HjärtLung samt Astma- och Allergiförbundet i vilken utsträckning deras medlemmar har en skriftlig behandlingsplan. Astma- och Allergiförbundet svarade ”ofta” och HjärtLung svarade ”sällan”. Av svaren framkom även att det kan finnas risk för ojämlikheter i behandlingen mellan landstingen eftersom vissa landsting inte har ett strukturerat sätt att erbjuda patienter en skriftlig behandlingsplan.

Tabell 10.1 Skriftlig behandlingsplan – primärvård

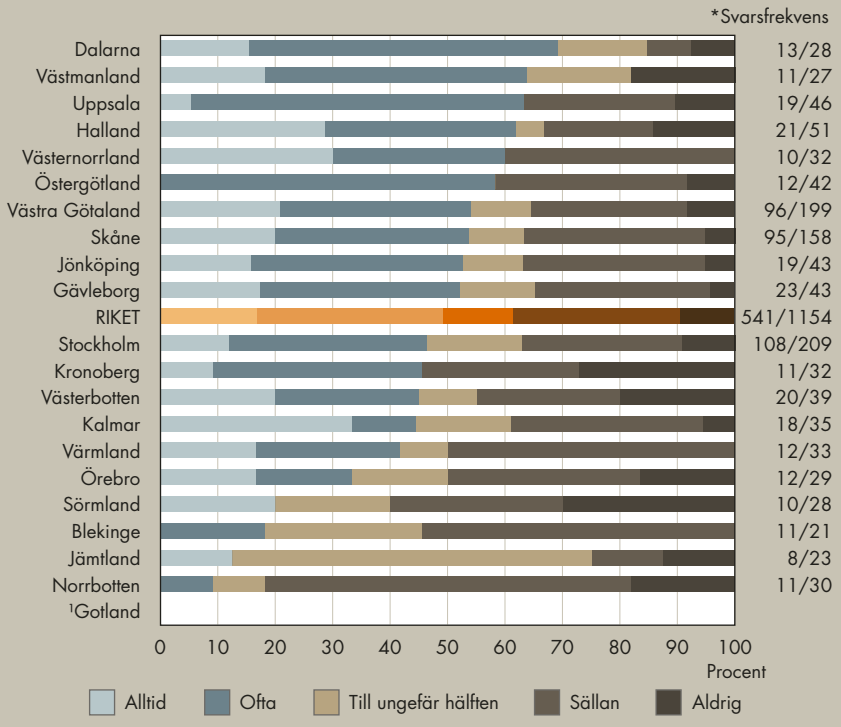
Andel primärvårdsmottagningar som angett att patienter med astma respektive KOL har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.

	Astma (ungdomar 12-17 år)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	12	12	17
Ofta	27	31	32
Till ungefär hälften	11	13	12
Sällan	37	35	29
Aldrig	13	9	10

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 10.1 Skriftlig behandlingsplan vid KOL – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar där patienter med KOL har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 10.2 Skriftlig behandlingsplan – barn- och ungdomskliniker

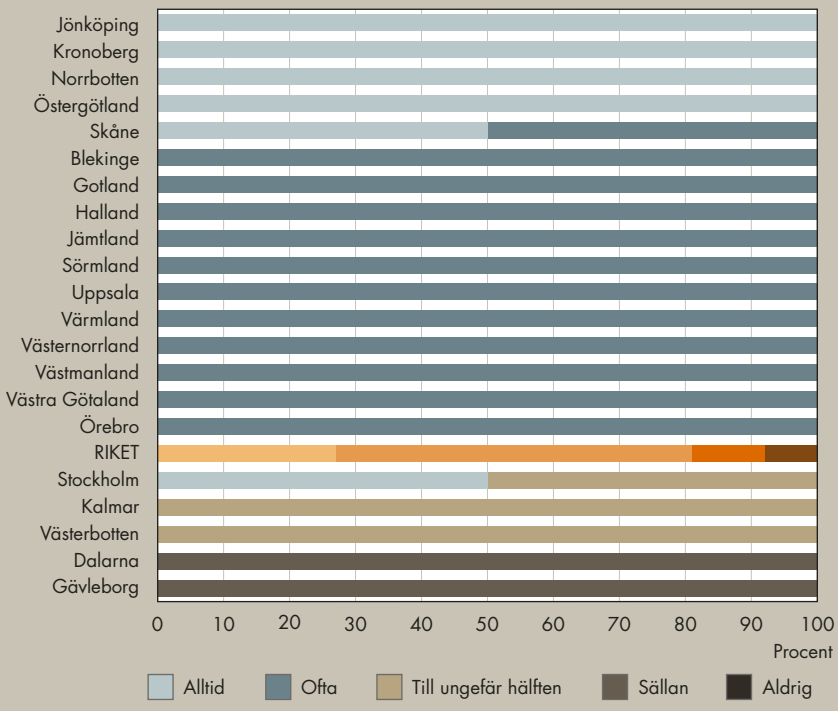
Andel barn- och ungdomskliniker som angett att barn och ungdomar med astma har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	27
Ofta	54
Till ungefär hälften	11
Sällan	8
Aldrig	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn-och ungdomskliniker, 2018.

Diagram 10.2 Skriftlig behandlingsplan – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker där barn och ungdomar med astma har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Tabell 10.3 Skriftlig behandlingsplan – sjukhuskliniker

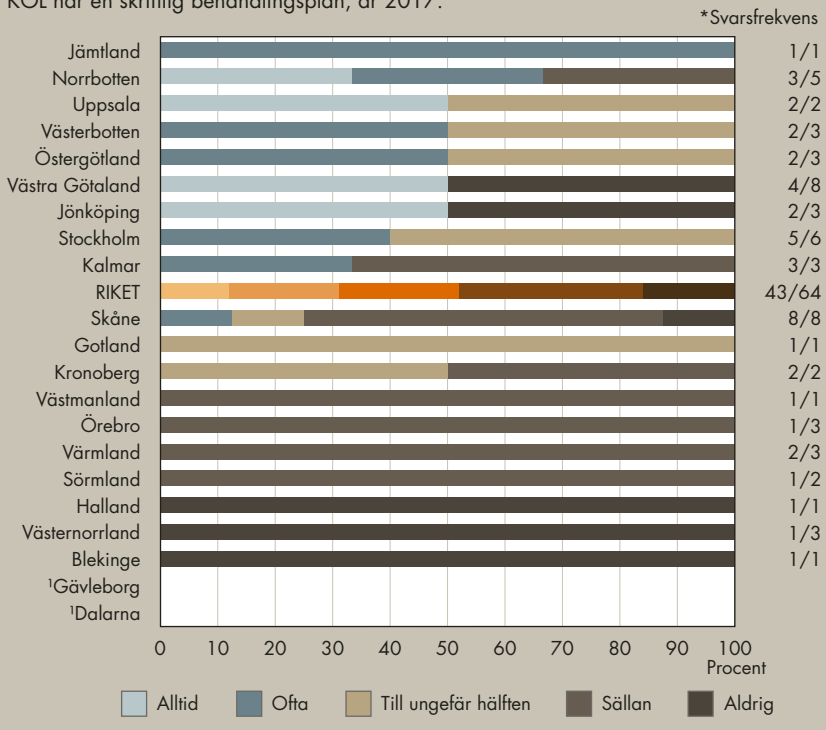
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som angett att patienter med astma och KOL har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	7	11
Ofta	17	18
Till ungefär hälften	17	21
Sällan	35	32
Aldrig	24	18

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 10.3 Skriftlig behandlingsplan vid KOL – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL där patienter med KOL har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.



* Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Indikatorer för skriftlig behandlingsplan

Följande indikatorer mäter andelen patienter med astma respektive KOL som har en skriftlig behandlingsplan. Rekommendationen har i de nationella riktlinjerna fått prioritet 3 för både astma och KOL. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

Skriftlig behandlingsplan vid astma hos vuxna (indikator 2.8)

År 2017 rapporterades 7 185 patienter (18 år eller äldre) med astma för indikatorn *Skriftlig behandlingsplan.* Enligt Luftvägsregistret hade 48 procent av dessa (3 481 patienter) fått en skriftlig behand-

lingsplan. Diagram 10.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Skriftlig behandlingsplan vid astma hos barn och ungdomar (indikator 3.9)

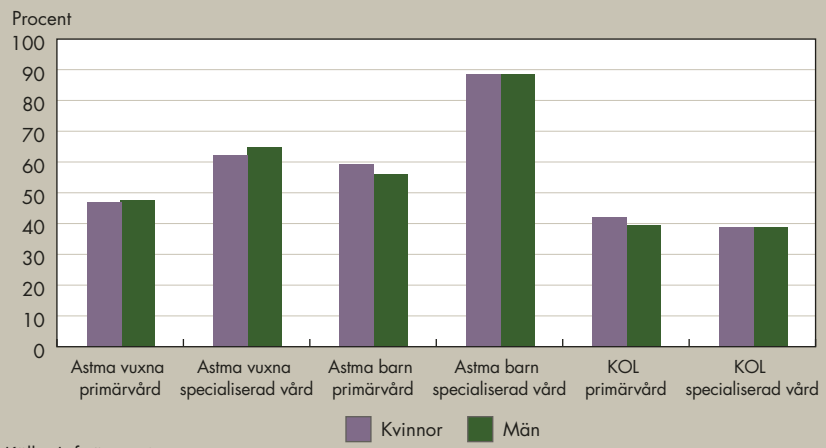
År 2017 rapporterades 3 351 barn och ungdomar (6 månader–17 år) med astma för indikatorn *Skriftlig behandlingsplan*. Enligt Luftvägsregistret hade 81 procent av dessa (2 725 barn och ungdomar) fått en skriftlig behandlingsplan. Diagram 10.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Skriftlig behandlingsplan vid KOL (indikator 4.11)

År 2017 rapporterades 6 555 patienter (18 år eller äldre) med KOL för indikatorn *Skriftlig behandlingsplan*. Enligt Luftvägsregistret hade 40 procent av dessa (2 652 patienter fått en skriftlig behandlingsplan. Diagram 10.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 10.4 Skriftlig behandlingsplan

Andel patienter med astma respektive KOL som har en skriftlig behandlingsplan, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Bedömning av resultat

Enligt rekommendationerna i riktlinjerna bör patienter med astma och KOL erbjudas en skriftlig behandlingsplan [1]. En skriftlig behandlingsplan är betydelsefull för patienten eftersom den innehåller

relevant information – dels om patientens medicinering, dels om hur patienten ska agera vid försämring samt när patienten bör kontakta hälso- och sjukvården. Med hjälp av behandlingsplanen ska patienten själv kunna ändra sin medicinering eller fysiska aktivitet när förändringarna är av mindre allvarligt slag.

Behandlingsplanen bidrar dessutom till att eventuellt försämringstillstånd kan upptäckas och behandlas tidigare. Behandlingsplanen kan även vara ett hjälpmedel för berörd hälso- och sjukvårdspersonal vid icke-farmakologiska och farmakologiska behandlingsåtgärder.

Resultaten från såväl enkäter som registerdata visar att det är långt ifrån alla patienter med astma och KOL som har en skriftlig behandlingsplan. Det finns stora skillnader mellan landstingen (regionerna). Bäst resultat redovisar barn- och ungdomsklinikerna, där närmare 80 procent anger att de ”alltid” eller ”ofta” har en skriftlig behandlingsplan.

Enkätresultaten kan vara mer positiva än vad verkligheten visar. Av kommentarerna framgår att vissa verksamheter likställer en skriftlig behandlingsplan med en förteckning över aktuella läkemedel, utan att denna innehåller alla delar (till exempel hur patienten ska göra vid försämring och hur patienten ska veta när det är dags att söka sjukvård).

Även om det är bra att många verksamheter, särskilt inom barnsjukvården, har en skriftlig medicinlista så behöver landsting och regioner säkerställa att fler patienter erbjuds skriftliga behandlingsplaner där samtliga delar ingår. Ett sådant arbete skulle med fördel kunna drivas på nationell nivå – så att skriftliga behandlingsplaner alltid finns tillgängliga – och gärna även integreras i journalsystemen så att de blir naturliga arbetsinstrument.

Fler verksamheter behöver erbjuda patienter uppföljning och återbesök

Socialstyrelsen bedömer att landstingen och regionerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- erbjuda uppföljning och återbesök med strukturerat innehåll till patienter med astma eller KOL med underhållsbehandling samt till patienter med KOL som röker.

Hälso- och sjukvården behöver regelbundet följa upp patienters sjukdomsutveckling samt hur de svarar på sin behandling. Patienter med astma eller KOL med underhållsbehandling samt patienter med KOL som röker bör därför med regelbunden frekvens erbjudas uppföljning och återbesök med strukturerat innehåll [1].

Uppföljning är viktigt för att kunna ta ställning till eventuell förändrad behandling utifrån patientens aktuella situation, uppnå god sjukdomskontroll och förebygga framtida försämringsperioder.

Uppföljning med spirometri

Av primärvårdsmottagningarna anger omkring 80 procent att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder uppföljning med spirometri till patienter med okontrollerad astma (ACT under 20) och 90 procent erbjuder spirometri till patienter med KOL som röker (tabell 14.1).

Samtliga barn- och ungdomsklinikerna anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder uppföljning av astma med spirometri (tabell 14.2).

Omkring 75 procent av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL svarar att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder uppföljning med spirometri till patienter med okontrollerad astma (ACT under 20) och till patienter med KOL som röker (tabell 14.3 och diagram 14.2).

Tabell 14.1 Uppföljning med spirometri – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder uppföljning med spirometri en gång per år till patienter med okontrollerad astma och patienter med KOL som röker, år 2017.

	Astma (barn och ungdomar)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	47	56	62
Ofta	22	26	27
Till ungefär hälften	5	9	7
Sällan	16	9	3
Aldrig	10	2	1

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 14.2 Uppföljning med spirometri vid astma – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder uppföljning med spirometri en gång per år till barn och ungdomar (6–17 år) med astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	70
Ofta	30
Till ungefär hälften	0
Sällan	0
Aldrig	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Tabell 14.3 Uppföljning med spirometri – sjukhuskliniker

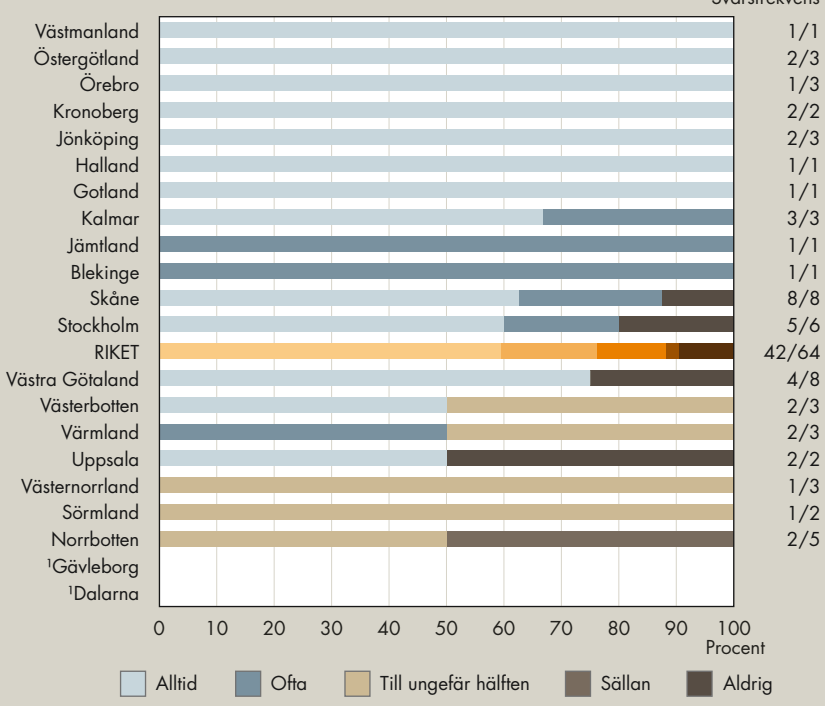
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som angett i vilken utsträckning de erbjuder uppföljning med spirometri en gång per år till patienter med okontrollerad astma respektive patienter med KOL som röker, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	65	58
Ofta	12	16
Till ungefär hälften	9	12
Sällan	2	2
Aldrig	12	12

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 14.2 Uppföljning med spirometri vid KOL – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder uppföljning med spirometri en gång per år till patienter med KOL som röker, år 2017.



*Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Indikatorer för uppföljning och återbesök med spirometri

Indikatorn för astma mäter andelen patienter med okontrollerad astma med underhållsbehandling som har fått årlig uppföljning med spirometri.

Indikatorn för KOL mäter andelen rökande patienter med KOL som fått uppföljning med spirometri. Rekommendationerna har i de nationella riktlinjerna fått prioritet 2 både för astma och KOL.

Indikatorn för barn och ungdomar mäter andelen barn och ungdomar med kontrollerad astma med underhållsbehandling som har fått återbesök minst en gång per år med spirometri samt bedömning av

symtom och fysisk aktivitet. Rekommendationen har i de nationella riktlinjerna fått prioritet 2. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

Uppföljning med spirometri vid astma hos vuxna (indikator 2.5)

År 2017 rapporterades 4 601 patienter (18 år eller äldre) med okontrollerad astma med underhållsbehandling för indikatorn *Uppföljning med spirometri en gång per år vid okontrollerad astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 89 procent av dessa (4 107 patienter) fått årlig uppföljning med spirometri. Diagram 14.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Uppföljning med spirometri vid KOL (indikator 4.7)

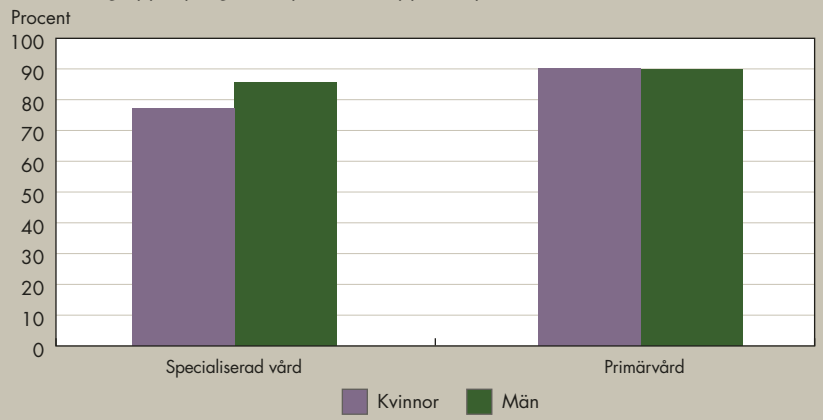
År 2017 rapporterades 9 667 rökande patienter (18 år eller äldre) med KOL för indikatorn *Uppföljning med spirometri bland patienter med KOL som röker.* Enligt Luftvägsregistret hade 68 procent (6 533 patienter) fått årlig uppföljning med spirometri. Diagram 14.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Återbesök vid astma hos barn och ungdomar (indikator 3.7)

År 2017 rapporterades för indikatorn *Återbesök minst en gång per år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling* 1 501 barn och ungdomar 6-17 år med kontrollerad astma med underhållsbehandling. Av dessa hade 1 362 patienter fått återbesök med spirometri samt bedömning av symtom och fysisk aktivitet (91 procent). Diagram 14.5 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 14.3 Uppföljning med spirometri en gång per år vid okontrollerad astma

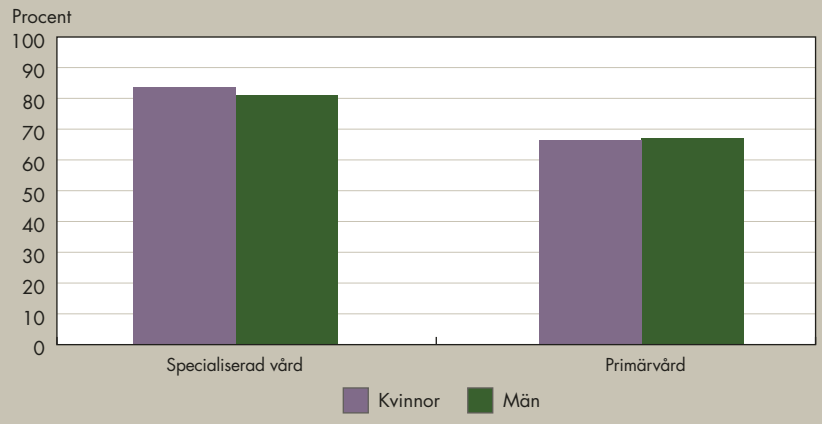
Andel patienter 18 år och äldre med okontrollerad astma med underhållsbehandling som har fått årlig uppföljning med spirometri, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 14.4 Uppföljning med spirometri bland patienter med KOL som röker

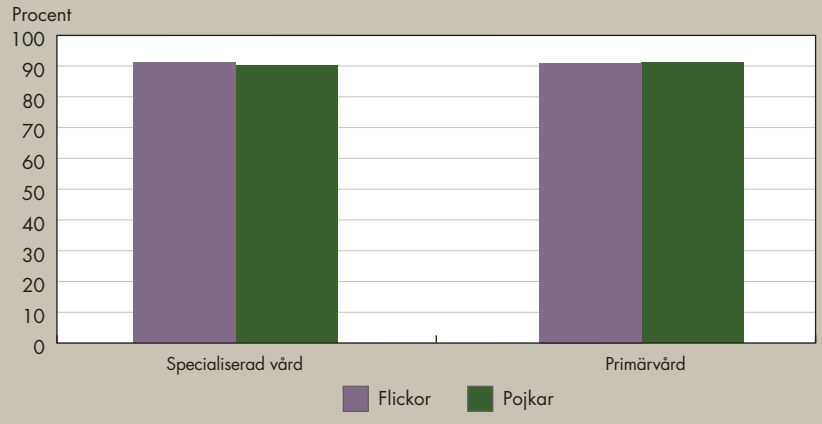
Andel patienter 18 år eller äldre med KOL som röker som fått uppföljning med spirometri, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 14.5 Återbesök minst en gång per år vid kontrollerad astma med underhållbehandling

Andel barn och ungdomar 6–17 år med astma som har fått återbesök med spirometri samt bedömning av symtom och fysisk aktivitet, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Återbesök – bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor efter exacerbation

Omkring hälften av primärvårdsmottagningarna anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk

aktivitet inom sex veckor till patienter med exacerbation av astma, både till vuxna och till barn- och ungdomar. Återbesök till patienter med exacerbation av KOL erbjuds i något högre utsträckning (tabell 14.4 och diagram 14.6).

Av barn- och ungdomsklinikerna anger omkring 70 procent att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder återbesök inom sex veckor (tabell 14.5 och diagram 14.7).

Omkring 40 procent av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL har angett att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder återbesök inom sex veckor efter excacerbation till patienter med astma och närmare 50 procent till patienter med KOL (tabell 14.6 och diagram 14.8). Ett exempel som framkommer från enkätsvaren är ett samarbete mellan akutmottagningen och certifierade astma- och KOL-mottagningar i Malmö. Där fick astma- och KOL-sköterskan på certifierad enhet varje vardagsmorgon meddelande om de patienter med KOL som sökt på akutmottagningen under det gångna dygnet, oberoende om patienten blivit inlagd eller återvänt till hemmet. Ett annat exempel är medicinska specialistkliniken på Motala lasarett som har en rutin där samtliga KOL-patienter som vårdats med anledning av en exacerbation får komma på ett uppföljande återbesök på lungmottagningen efter sex veckor – oavsett om patienten tidigare kontrollerats där eller i primärvården. I samband med besöket görs en genomgång utifrån de nationella riktlinjerna, varefter patienterna endera remitteras till primärvården eller går kvar på lungmottagningen.

Tabell 14.4 Återbesök inom sex veckor – primärvård

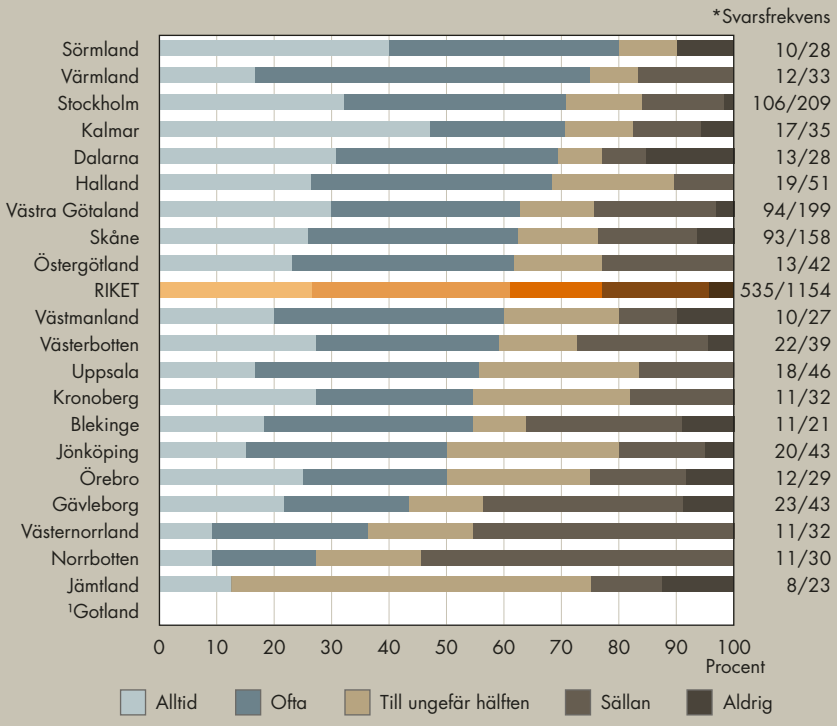
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till patienter med exacerbation av astma respektive KOL, år 2017.

	Astma (barn och ungdomar)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	16	15	26
Ofta	29	34	35
Till ungefär hälften	12	16	16
Sällan	29	28	19
Aldrig	14	7	4

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 14.6 Återbesök inom sex veckor vid KOL – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till patienter med excacerbation av KOL, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 14.5 Återbesök inom sex veckor – barn- och ungdomskliniker

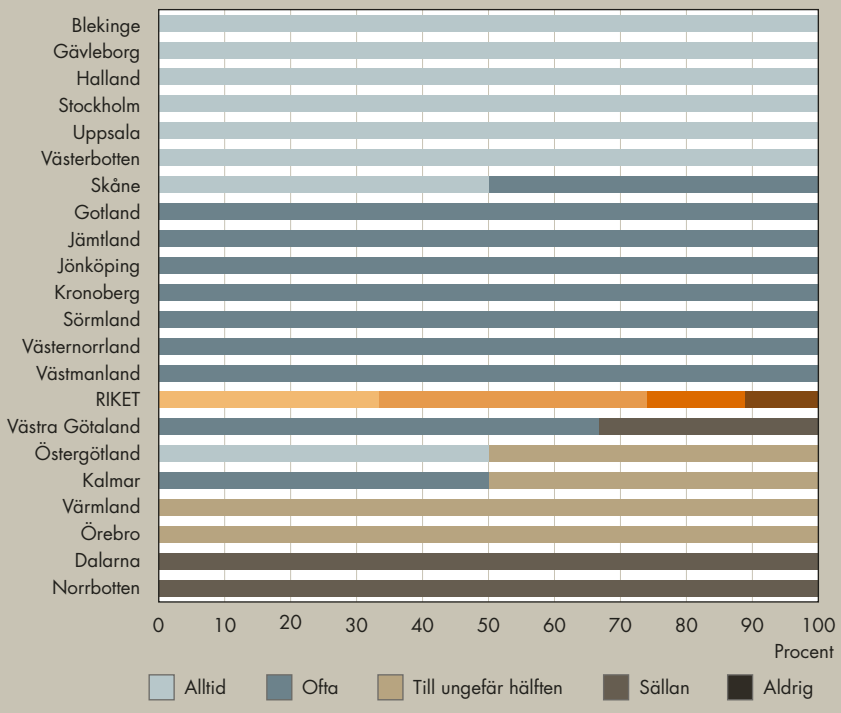
Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till barn och ungdomar 6–17 år med exacerbation av astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	33
Ofta	41
Till ungefär hälften	15
Sällan	11
Aldrig	0

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Diagram 14.7 Återbesök inom sex veckor – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till barn och ungdomar 6-17 år med exacerbation av astma, år 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Tabell 14.6 Återbesök inom sex veckor – sjukhuskliniker

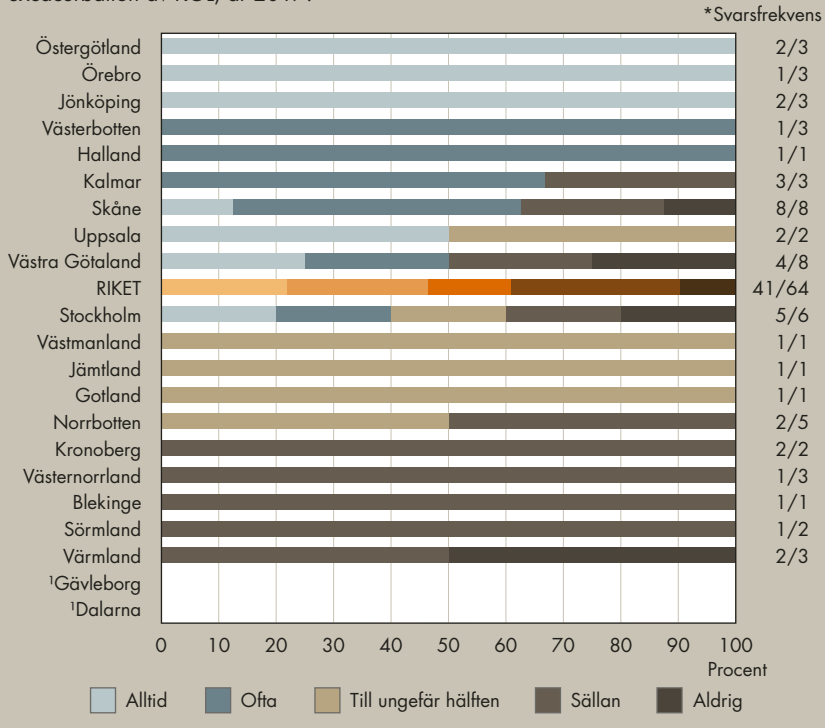
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till patienter med exacerbation av astma respektive KOL, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	15	22
Ofta	21	24
Till ungefär hälften	18	15
Sällan	28	29
Aldrig	18	10

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 14.8 Återbesök inom sex veckor – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till patienter med excacerbation av KOL, år 2017.



*Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Bedömning av resultat

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda regelbundna uppföljningar och återbesök vid både astma och KOL. Detta får hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 2–3). Främst är det bedömning av symtom och fysisk aktivitet som rekommenderas vid återbesöken, men ibland även spirometri [1].

Genom att erbjuda uppföljning och återbesök ökar möjligheten att följa sjukdomsutvecklingen och värdera behandlingseffekten, vilket påverkar möjligheten att uppnå god astmakontroll och minska försämring av KOL.

Det råder fortfarande stora praxisskillnader i landet för hur ofta samt om och när återbesök görs.

Enligt data från Luftvägsregistret 2017 erbjuds årlig spirometri till nästan 90 procent av alla vuxna med okontrollerad astma (prioritet 2 i de nationella riktlinjerna) och till nästan 70 procent av rökande patienter med KOL (prioritet 2 i de nationella riktlinjerna). Siffrorna är något bättre för primärvården än för specialistvården. Alla patienter på barn- och ungdomsklinikerna erbjuds enligt enkätdata denna åtgärd. Enkätresultaten för både uppföljning och återbesök visar på stora skillnader mellan landstingen (regionerna).

Sammantaget finns förbättringspotential i hälso- och sjukvården när det gäller att erbjuda återbesök och uppföljning, både efter ett akut försämringstillfälle och i form av regelbundna kontroller.

Fler verksamheter behöver erbjuda fortbildning till personalen samt ha tillgång till astma- och KOL-sjuksköterska

Socialstyrelsen bedömer att landstingen, regionerna och kommunerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- i större utsträckning erbjuda personalen fortbildning i vård vid astma och KOL
- fler sjuksköterskor har ämneskompetens i vård av patienter med astma eller KOL med minst 15 högskolepoäng.

Fortbildning är en förutsättning för att personalen ska kunna ge en god vård till patienterna med astma respektive KOL. Det är av stor vikt att berörd personal har goda kunskaper om den vård som ges vid astma och KOL för att kunna möta patienternas olika behov. Detta gäller även kommunal hälso- och sjukvård. Med fortbildning menas här minst en halvdags utbildning. Fortbildningen ska vara kostnadsfri för personalen samt ska ske på betald arbetstid.

Landstingens och regionernas satsningar på fortbildning

De allra flesta landsting och regioner har sedan år 2015 gjort satsningar på fortbildning till personal som arbetar med vård vid astma och KOL.

För att få en god kvalitet inom vård och omsorg är det av största vikt att det finns personal med såväl kvalitetssäkrad som dokumenterad utbildning. Till exempel är en korrekt genomförd spirometri en förutsättning både för att kunna ställa rätt diagnos och för att kunna göra en korrekt bedömning av sjukdomens svårighetsgrad. Den första instruktörsutbildningen för spirometri skedde i Uppsala år 2010. I dag finns utbildade instruktörer i ett flertal landsting och regioner, till exempel i Norrbotten och Västerbotten.

I Kronoberg har det genomförts en rehabiliteringssatsning för KOL, där främst personal inom primärvården utbildades. I Västmanland har samtliga fysioterapeuter inom primärvården erbjudits utbildning för rehabilitering vid astma och KOL, med utgångspunkt

i de nationella riktlinjerna. I Skåne har Kunskapscentrum för allergi, astma och KOL (KAAK) genomfört ett flertal utbildningar för läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter, och det har även genomförts utbildningsinsatser för undersköterskor.

Fortbildning primärvård

Över 80 procent av primärvårdsmottagningarna anger att läkare årligen erbjuds fortbildning i vård vid astma och KOL. Hela 90 procent av primärvårdsmottagningarna anger dessutom att fortbildning årligen erbjuds till sjuksköterskor (diagram 2.1). I landstingen och regionerna varierar den årliga fortbildningen till sjuksköterskor från 60 till 100 procent (diagram 2.2) och fortbildning till läkare från 40 till 100 procent (diagram 2.3).

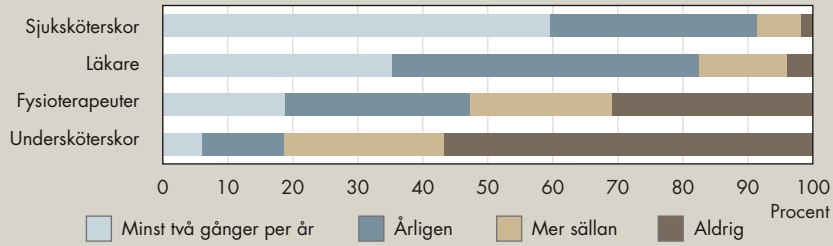
Närmare 50 procent av primärvårdsmottagningarna anger att fysioterapeuter erbjuds fortbildning årligen, medan knappt 20 procent anger att undersköterskor erbjuds årlig fortbildning (diagram 2.1). Mer än hälften av primärvårdsmottagningarna anger att de aldrig erbjuder undersköterskorna fortbildning. En förklaring till detta kan vara att huvudansvaret för hemsjukvård har flyttas över från primärvården till den kommunala hälso- och sjukvården.

Av enkätsvaren framkommer att den fortbildning som erbjuds till personalen framför allt sker internt i form av regionala och lokala kurser. Andra fortbildningar som nämns är spirometrikörkort, utbildning via läkemedelsbolag samt Astma-, Allergi- och KOL-sjuksköterskeföreningens ASTA-dagar.

Det finns specifika högskoleutbildningar inom astma, allergi och KOL för sjuksköterskor på flera orter i landet (15 högskolepoäng, hp). Dessutom arrangeras även högskoleutbildning för fysioterapeuter (7,5 hp). Ett exempel från enkätsvaren är satsningar till läkare, där bland annat region Skåne genomfört satsningar till regionens specialister i allmänmedicin. Det har även erbjudits fortbildning till omvårdnadspersonal inom kommunal verksamhet.

Diagram 2.1 Fortbildning till personal – primärvård

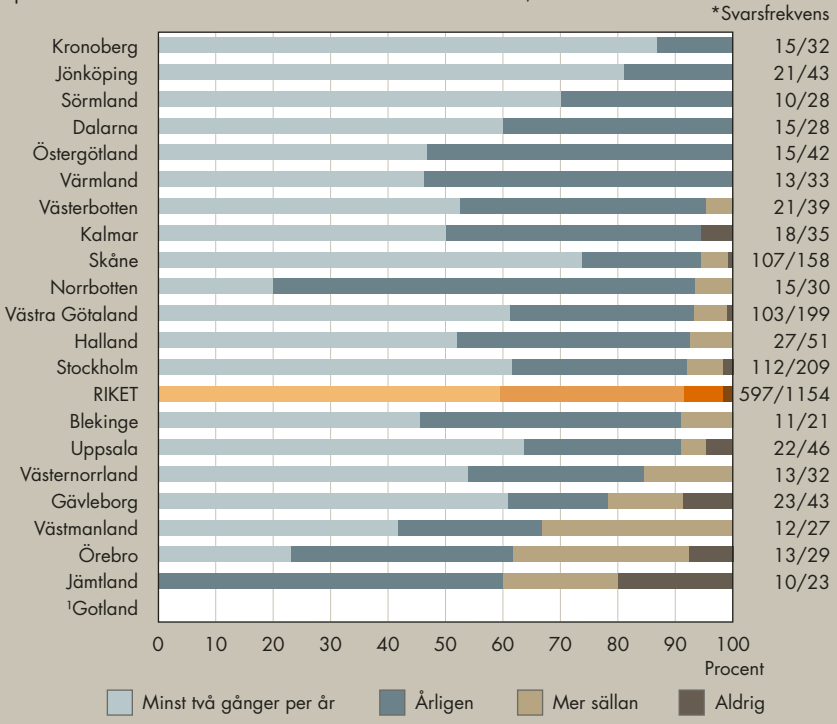
Andel primärvårdsmottagningar där fortbildning erbjudits i vård vid astma och KOL till personal som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015–2017



Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 2.2 Fortbildning till sjuksköterskor – primärvården

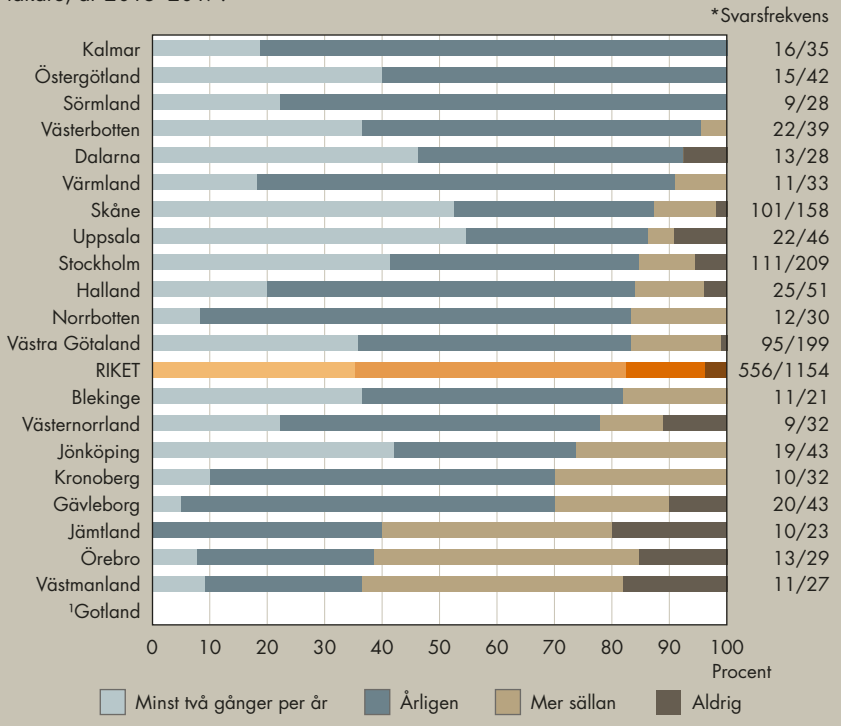
Andel primärvårdsmottagningar där fortbildning i vård vid astma och KOL erbjudits sjuksköterskor som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015–2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 2.3 Fortbildning till läkare – primärvården

Andel primärvårdsmottagningar där fortbildning i vård vid astma och KOL erbjudits läkare, år 2015–2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2018.

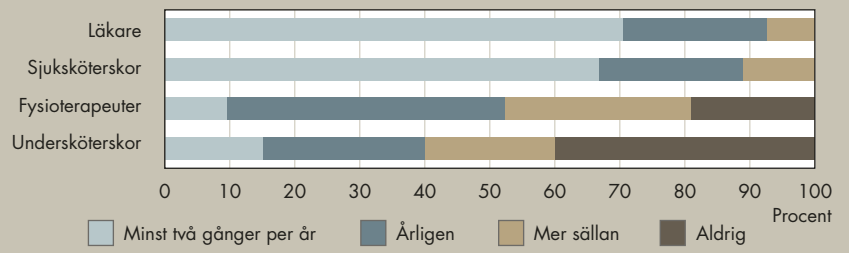
Fortbildning barn- och ungdomskliniker

I stort sett samtliga barn- och ungdomskliniker anger att läkare och sjuksköterskor erbjuds fortbildning i vård vid astma och KOL minst en gång per år. Däremot erbjuds inte undersköterskor och fysioterapeuter fortbildning i motsvarande utsträckning (diagram 2.4).

Av enkätsvaren framkommer att de fortbildningar som erbjuds framför allt är intern fortbildning i form av regionala och lokala kurser, Barnallergisektionens årliga höstmöte samt barnveckan. Andra exempel på fortbildning är nationella och internationella konferenser, utbildningar anordnade av specialitetsföreningar exempelvis astma-allergi- och KOL-sjuksköterskeföreningens (ASTA) dagar och Svenska föreningen för allergologi (SFFA).

Diagram 2.4 Fortbildning till personal – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker där fortbildning erbjudits i vård vid astma till personal som arbetar med vård vid astma, år 2015–2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

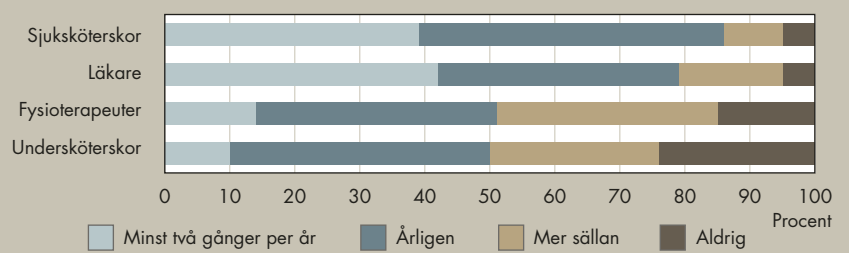
Fortbildning sjukhuskliniker

Av de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som besvarade enkäten anger omkring 80 procent att de erbjuder läkare och sjuksköterskor fortbildning minst en gång per år. Omkring 50 procent av sjukhusklinikerna erbjuder motsvarande fortbildning till fysioterapeuter och undersköterskor (diagram 2.7).

Majoriteten av sjukhusklinikerna anger att fortbildningen erbjuds i form av regionala och lokala kurser. Omkring 40 procent av sjukhusklinikerna anger att de även erbjuder fortbildning i form av både nationella och internationella möten och kongresser. Några exempel på sådana är Svensk lungmedicinsk förening, Astma- Allergi- och KOL-sjuksköterskeföreningens ASTA-dagar, Nordisk lungkongress, European Respiratory Society (ERS) samt olika industrisponsrade utbildningar.

Diagram 2.7 Fortbildning till personal – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker om ansvarar för vård vid astma och KOL där fortbildning erbjudits i vård vid astma och KOL till personal som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015–2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Kommunernas satsningar på fortbildning

Arton kommuner och stadsdelar anger att de genomfört satsningar på att fortbilda den personal som arbetar med vård vid astma och KOL (Angered, Alingsås, Flen, Färgelanda, Östra Göteborg, Majorna-Linné Göteborg, Hylte, Landskrona, Linköping, Luleå, Osby, Ronneby, Skellefteå, Norrmalms stadsdelsförvaltning i Stockholm, Strängnäs, Strömsund, Surahammar och Uppvidinge).

I kommunerna handlar fortbildningen om att utbilda den personal som vårdar patienter med astma respektive KOL i ordinärt boende, i särskilt boende och korttidsboende. Fortbildning inom vård vid astma och KOL erbjuds i stort sett sällan – nästan aldrig – i särskilt boende (diagram 2.10). Detta mönster är snarlikt för vårdpersonal som arbetar inom korttidsboende och i ordinärt boende.

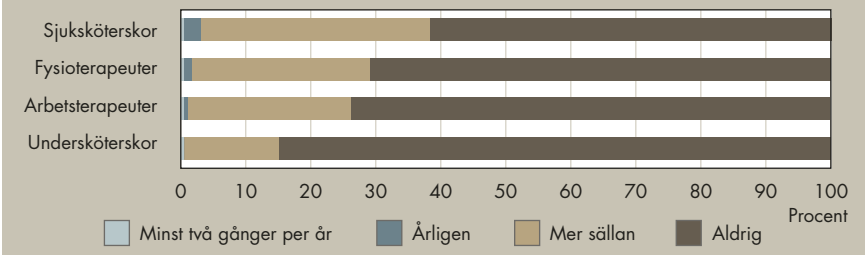
De kommuner som angett att de erbjuder personalen fortbildning anger att enstaka sjuksköterskor fått utbildning, till exempel en halv dags utbildning om läkemedel vid astma och KOL för alla sjuksköterskor. Ett annat exempel som nämns på fortbildning är att kommunens hälso- och sjukvårdspersonal haft möjlighet att gå utbildning via Janus, vilket är kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och annan sjukvårdspersonal. De kommuner som anger att de inte erbjudit vårdpersonalen någon fortbildning skriver att det är ett utvecklingsområde och att ingen utbildning ges för specifika diagnoser. Detta kan dock anordnas om personal efterfrågar kompetensutveckling för specifika diagnoser. Så här skriver några kommuner gällande utbildningsinsatser:

Utbildningsinsatser har skett i kommunen men inte specifikt riktade till astma och KOL.

Till sjuksköterskorna, inte till omsorgspersonalen.

Diagram 2.10 Fortbildning till personal inom särskilt boende – kommun

Andel kommuner och stadsdelar som erbjudit fortbildning i vård vid astma och KOL till personal som arbetar inom särskilt boende, år 2015–2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner, 2018.

Bedömning av resultat

Astma och KOL är kroniska sjukdomar som behöver omhändertagande av välutbildad personal. För att kunna erbjuda patienterna med diagnoserna astma och KOL korrekt omvårdnad och bemötande är det av stor vikt att personalen har rätt kompetens och möjlighet till fortbildning.

Resultaten från enkätundersökningen visar att sjuksköterskor, som arbetar i primärvården och på sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, är den grupp som är mest tillgodosedd när det gäller fortbildningar inom astma och KOL. Flertalet sjuksköterskor har haft möjlighet till fortbildning minst en gång per år.

Det finns även ett fortbildningsbehov gällande palliativ samt avancerad KOL-vård i hemmet. För denna grupp av patienter krävs speciell kunskap som till exempel berör vård i livets slutskede [3,4].

På barn- och ungdomsklinikerna är det läkare som har erbjudits fortbildning i störst utsträckning. När det gäller fysioterapeuter så har dessa inte erbjudits fortbildning i lika stor utsträckning. Undersköterskornas fortbildning är minst tillgodosedd.

Fysisk träning är en av grundpelarna i behandling av KOL varför god kunskap om KOL-sjukdomen är viktig hos all personal som arbetar med denna patientgrupp, även hos fysioterapeuter som normalt inte har andning och ventilation som specialområde. Även många patienter med astma behöver råd och instruktioner om hur de bäst kan förbereda sin kropp och sina andningsvägar inför fysisk träning. Undersköterskornas roll i behandlingen av astma och KOL kan skilja

betydligt mellan olika enheter. Detta medför att resultaten kan vara svåra att tolka.

Många undersköterskor deltar dock i olika delar av astma- eller KOL-behandling – till exempel vid inhalationsteknik, lungfunktionsmätningar eller rökavvänjning.

Kommunal hälso- och sjukvård har ökat väsentligt sedan överenskommelsen om hemsjukvård i ordinärt boende (alla landsting utom Stockholms läns landsting har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende). Detta innebär att patienter med astma och KOL i många fall har insatser även från kommunal hälso- och sjukvård. För att kunna erbjuda patienter med astma och KOL en god vård behöver personalen som vårdar patienter ha en grundläggande kompetens och få fortbildning kring diagnoserna, både för att kunna ge ett korrekt bemötande och vidta rätt åtgärder när patientens behov och situation förändras.

Resultatet när det gäller kommunal hälso- och sjukvård visar att i stort sett ingen kommun erbjuder fortbildning. Eftersom ett flertal patienter vårdas i kommunal hälso- och sjukvård behöver även kommunerna säkerställa att såväl undersköterskor som sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård får relevant fortbildning kring vård vid astma och KOL.

För att nå en jämlik vård i hela landet, är det viktigt att landstingen, regionerna och kommunerna förbättrar sina insatser för att fortbilda berörd personal i astma- och KOL-vård.

Astma- och KOL-sjuksköterska

Kompetens inom vård av patienter med astma eller KOL är viktigt för att kunna erbjuda en god vård. I de nationella riktlinjerna betonas dessutom vikten av interprofessionell samverkan [1].

En astma- och KOL-sjuksköterska är en sjuksköterska med ämneskompetens i vård av patienter med astma eller KOL. Ämneskompetens ska utgöras av minst 15 högskolepoäng (hädanefter förkortat ”hp”).

Av primärvårdsmottagningarna anger 72 procent att de har sjuksköterskor med utbildning i astma och KOL motsvarande minst 15 hp (diagram 3.1). Av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger 57 procent att de har astma- och KOL-sjuksköterskor med minst 15 hp (diagram 3.3). Majoriteten av barn- och ungdomsklinikerna, 81 procent anger att de har sjuksköterskor utbildade i astma och allergi med minst 15 hp. Av enkätsvaren framkommer dock att

det finns allt för få utbildningsplatser, vilket kan medföra svårigheter att komma in på utbildningen.

Tabell 3.1 Sjuksköterskor utbildade i astma och KOL

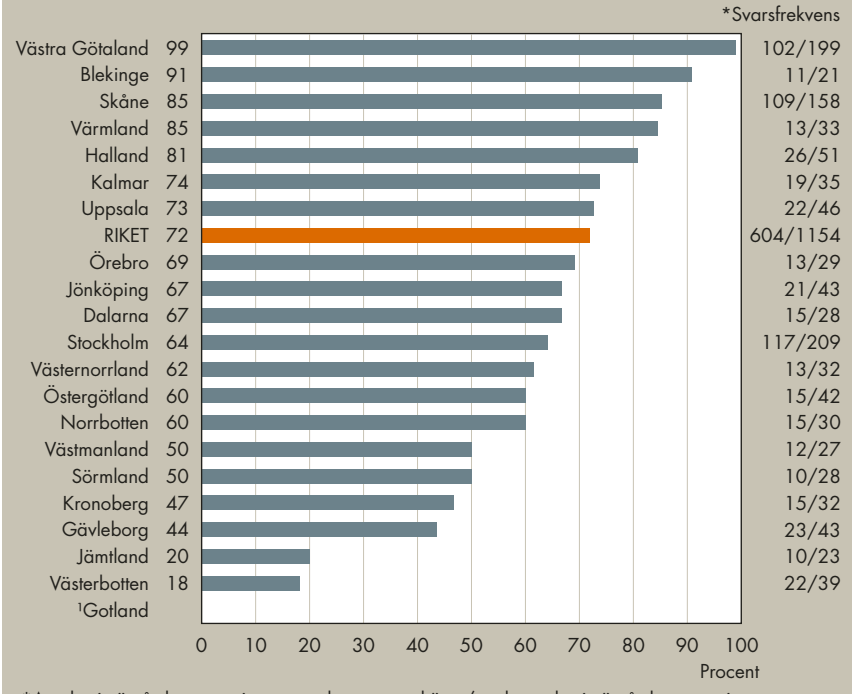
Andel primärvårdsmottagningar, barn- och ungdomskliniker och sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som har sjuksköterskor eller distriktssköterskor utbildade i astma och KOL med minst 15 högskolepoäng, år 2017.

	Sjuksköterskor utbildade i astma och KOL med minst 15 högskolepoäng (hp)
Primärvård	72
Sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL (vuxna)	57
Barn- och ungdomskliniker (astma)	81

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, barn- och ungdomskliniker och sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Diagram 3.1 Sjuksköterskor – primärvård

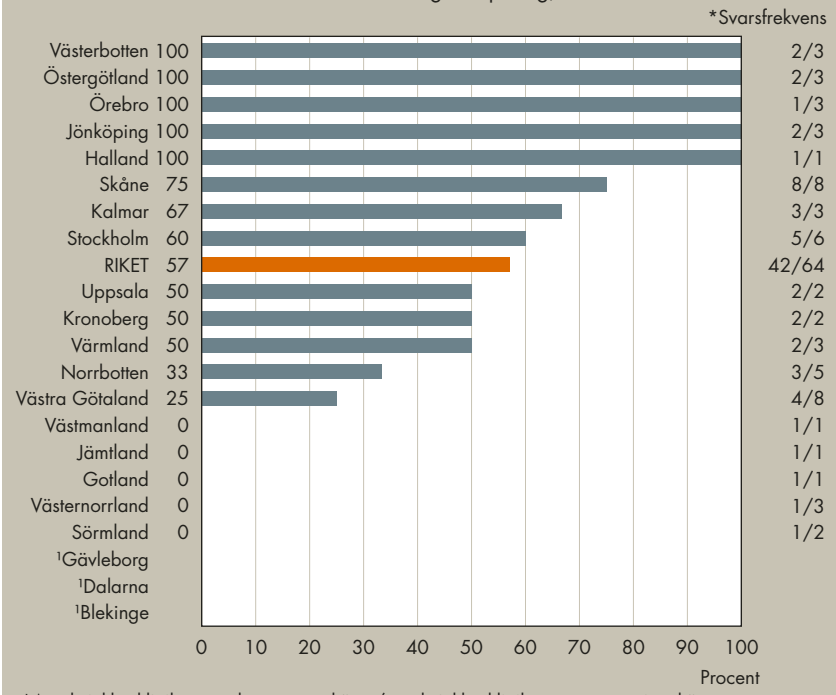
Andel primärvårdsmottagningar som har sjuksköterskor/distriktssköterskor utbildade i astma och KOL med minst 15 högskolepoäng, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 3.3. Sjuksköterskor – sjukhuskliniker

Andelen sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som har sjuksköterskor utbildade i astma och KOL med minst 15 högskolepoäng, år 2017.



*Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Bedömning av resultat

Majoriteten av patienterna med astma respektive KOL omhändertas i primärvården, där astma- och KOL-sjuksköterskor har en viktig roll. Kompetens rörande dessa patientgrupper är av stor betydelse och likaså är tillgänglighet samt möjlighet till utbildning. I enkätundersökningen framkom att det behövs ännu fler fortbildningsplatser för sjuksköterskor på de adekvata högskoleutbildningarna, men det kan även finnas behov av en ökad mängd lokala utbildningar.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 72 procent av primärvårdsmottagningarna har sjuksköterska med utbildning motsvarande 15 högskolepoäng. Av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL har 57 procent angett att de har sjuksköterska med sådan utbildning. För barn- och ungdomskliniker är motsvarande siffra 81 procent.

Fler verksamheter behöver samverka för att få en gemensam syn på processen för en god vård vid astma och KOL

Socialstyrelsen bedömer att landstingen, regionerna och kommunerna kan förbättra vården vid astma och KOL genom att

- samtliga verksamheter har rutiner för hur samverkan ska ske.

En välfungerande samverkan och samordning mellan landstingen (regioner) och kommunerna är viktig för att vården ska fungera för patienterna. Vård vid astma och KOL inkluderar insatser från flera kompetenser och från flera huvudmän, varför samverkan och samordning är viktig för en god vård vid astma och KOL.

Rutiner för samverkan

Ett sätt att säkerställa en samverkan är genom rutiner. Med rutiner avses här ett bestämt tillvägagångsätt för hur samverkan ska ske. Rutinen ska vara känd och ska användas av personalen inom verksamheterna. Rutinen kan vara både muntlig och skriftlig.

Primärvård

Av primärvårdsmottagningarna anger 69 procent att de har rutiner för samverkan med den specialiserade öppna- och slutna vården (tabell 4.1). Motsvarande siffra för samverkan med kommunerna är 45 procent (diagram 4.1).

Av enkätsvaren framkommer bland annat att samverkan med kommunen fungerar bra trots att det inte finns någon specifik rutin kring patienterna med astma respektive KOL. Samverkan sker dels i form av sedvanlig överremittering från läkare till läkare, dels i form av uppföljning efter akutbesök eller inneliggande vård (när det finns behov).

Tabell 4.1 Rutiner för samverkan – primärvård

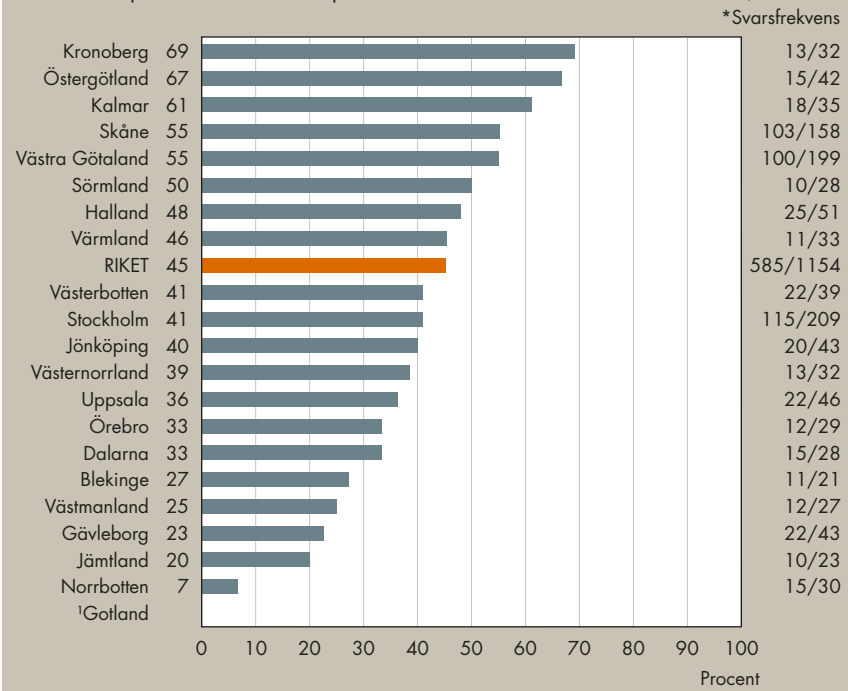
Andel primärvårdsmottagningar som har rutiner för hur samverkan med specialiserad öppen- och sluten vård och kommunen ska ske för patienter i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.

	Rutiner för samverkan med specialiserad öppen- och slutenvård	Rutiner för samverkan med kommunen
Primärvård	69	45

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 4.1 Rutiner för samverkan med kommunen – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar med rutiner för hur samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården ska ske för patienter i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
[1]För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Barn- och ungdomskliniker

De allra flesta barn- och ungdomskliniker anger att de har rutiner för samverkan med primärvården (81 procent). Av enkätsvaren framkommer att det är en pågående process i samförstånd med primärvården.

Tabell 4.3 Rutiner för samverkan – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som har rutiner för hur samverkan med primärvården ska ske för barn och ungdomar i behov av vård vid astma, år 2017.

	Rutiner för samverkan med primärvården
Barn- och ungdomskliniker	81

Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 2018.

Sjukhuskliniker

Av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger 74 procent att de har rutiner för samverkan med primärvården. Drygt hälften – 55 procent – av sjukhusklinikerna anger att de har rutiner för samverkan med kommunerna.

Tabell 4.4 Rutiner för samverkan – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som har rutiner för hur samverkan ska ske för patienter i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.

	Rutiner för samverkan med primärvården	Rutiner för samverkan med kommunerna
Sjukhuskliniker	*74*	*55*

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker, 2018.

Kommunernas samverkan med landstingen och regionerna

Omkring en tredjedel av kommunerna anger att det finns rutiner för samverkan med primärvården i särskilt boende, i korttidsboende respektive i ordinärt boende (tabell 4.6). I diagram 4.2 redovisas särskilt boende. Rutiner för samverkan med specialiserad öppen- och slutenvård finns i omkring en fjärdedel av kommunerna. I diagram 4.3 redovisas särskilt boende.

För att kommunal hälso- och sjukvård ska kunna erbjuda patienter en trygg och säker vård bygger det i alla led på att en nära samverkan finns med primärvården. Primärvård ska tillsammans med specialistvård säkerställa att det finns rutiner för vård vid såväl astma som KOL. Dessa rutiner ska finnas tillgängliga för all personal som vårdar patienten. En patient ska aldrig behöva märka att det finns flera olika vårdgivare – eftersom målet är en så kallad ”sömlös” vård.

Ett flertal kommuner anger att det finns rutiner, men inte specifikt för vård vid astma och KOL. Några andra kommuner har angett att de har en god samverkan med primärvården och att det finns generella,

lokala handlingsplaner kring samverkan – men inte kring specifika diagnoser.

Tabell 4.6 Rutiner för samverkan – kommun

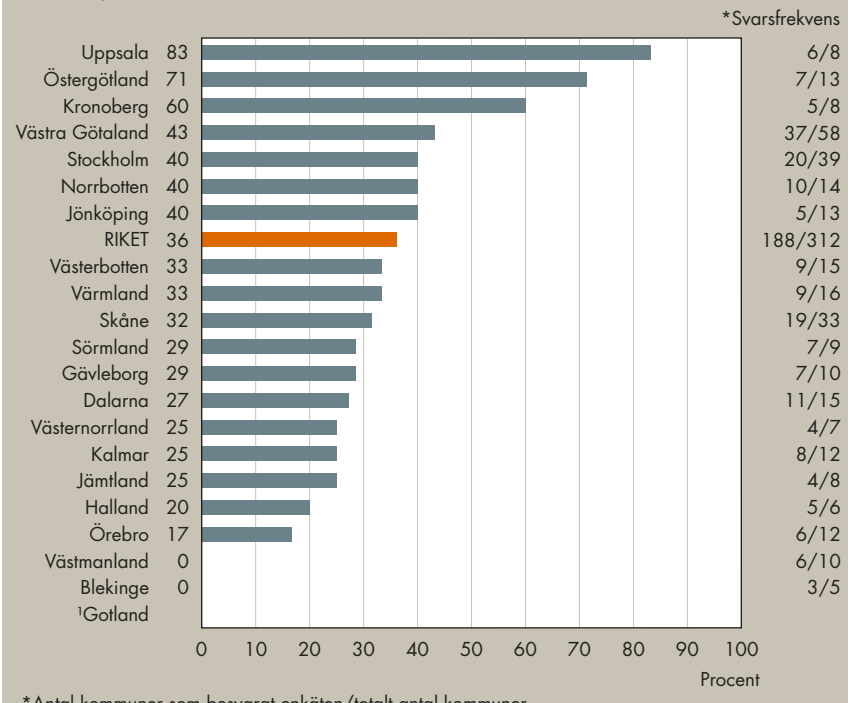
Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner för hur samverkan ska ske för patienter i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.

	Rutiner för samverkan med primärvården	Rutiner för samverkan med specialiserad öppen- och slutenvård
Särskilt boende	35	27
Korttidsboende	35	27
Insatser i ordinärt boende	36	26

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar, 2018.

Diagram 4.2 Samverkan med primärvården – kommun (särskilt boende)

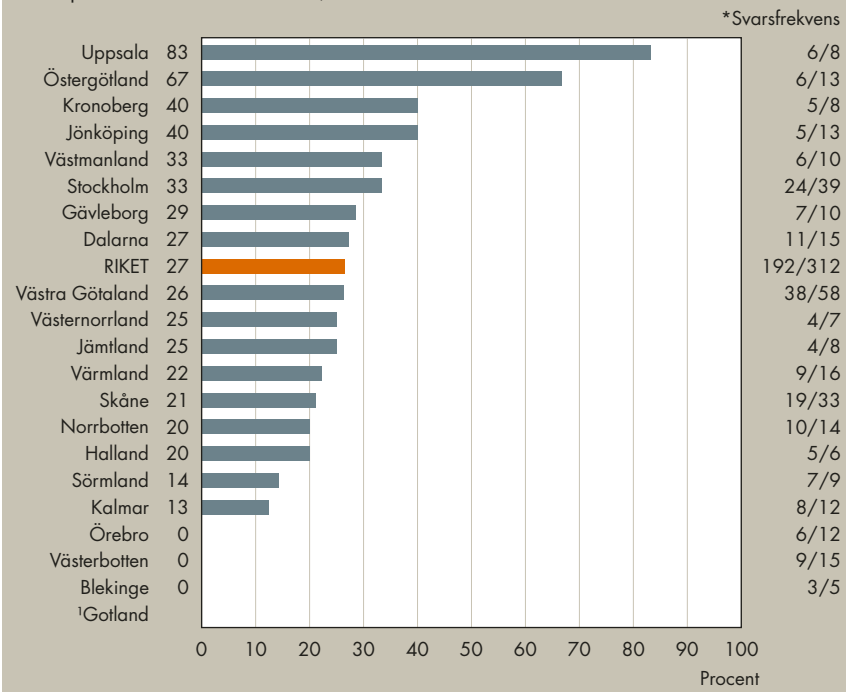
Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner inom särskilt boende om samverkan med primärvården för patienter i behov av kommunal hälso- och sjukvård vid astma och KOL, år 2017.



*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner, 2018.

Diagram 4.3 Samverkan med specialiserad vård – kommun (särskilt boende)

Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner inom särskilt boende om samverkan med specialiserad öppen- och slutenvård för patienter i behov av kommunal hälso- och sjukvård vid astma och KOL, år 2017.



*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner.
[1]Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner, 2018.

Bedömning av resultat

Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att både landstingen, regionerna och kommunerna har en gemensam syn på processen för en god vård vid astma och KOL, eftersom detta underlättar för planering, ansvarsfördelning och samverkan. Vårdgivarna ska samverka på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet trots att vården är organiserad i olika ansvarsområden. Ett sätt att göra detta är att ha rutiner som säkerställer att vården blir densamma – oavsett var patienten vårdas.

Primärvården, som i de flesta fall är en patients första kontakt med sjukvården, ansvarar både för den grundläggande medicinska be-

handlingen, för omvårdnaden och för det förebyggande arbetet. Detta ansvar ställer stora krav på personalens kompetens och dessutom på att det finns resurser för att erbjuda vård med hög kvalitet.

Ur patienternas perspektiv är det angeläget att det utvecklas metoder för att samordna planeringen – här har primärvården en viktig roll. Det är dessutom viktigt att både primärvården och den specialiserade vården säkerställer att även den kommunala vården får ta del av relevant information. Socialstyrelsen menar att rutiner behöver finnas inom samtliga verksamheter dels för att få en jämlik vård vid astma och KOL, dels för att säkerställa patientsäkerheten för den enskilda individen.

Andra områden som ingår i utvärderingen

I den här rapporten lyfter Socialstyrelsen fram de förbättringsområden som har identifierats i utvärderingen. Utvärderingen omfattar även andra områden som prioriterats högt i de nationella riktlinjerna, läkemedelsbehandling och strukturella förutsättningar för vården vid astma och KOL. En fullständig beskrivning av samtliga resultat som ingår i utvärderingen, med tillhörande diagram, finns i underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL. Indikatorer och underlag för bedömningar.* Dessa områden är:

- *Strukturerade frågeformulär ACT och CAT.* Ett viktigt komplement till spirometri är validerade frågeformulär där patienten får skatta bland annat symtom, livskvalitet och funktionalitet. Strukturerade frågeformulär kan både ge patienten och vårdgivaren en samlad bild över vilka problem som finns, så att det går att sätta upp gemensamma behandlingsmål.
- *Nutritionsåtgärd vid lågt BMI.* Viktförlust och undernäring är vanligt vid KOL. Undernäring vid KOL är en riskfaktor som kan medföra ökad infektionsbenägenhet och ökad dödlighet.
- *Mätning av fysisk kapacitet.* Många personer med KOL har nedsatt fysisk kapacitet, vilket innebär begränsningar i det dagliga livet. En låg fysisk kapacitet kan vara en bidragande orsak till ökad sjuklighet och förtida död.
- *Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider.* Att kontrollera längden på barn och ungdomar med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider är viktigt, eftersom behandlingen kan ha negativ påverkan på barnets längdtillväxt.
- *Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL.* Behandlingseffekten är mycket god, förutsatt att indikationen finns och att det inte finns någon annan orsak till KOL-försämringen, som exempelvis lungemboli eller hjärtsvikt.
- *Interprofessionell samverkan.* Vård med interprofessionell samverkan kan leda till minskade symtom, ökad sjukdomskunskap och förbättrad livskvalitet hos patienterna, jämfört med sedvanlig vård.

- *Läkemedelsbehandling vid astma och KOL*. Beskriver användningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Det kan ge en uppfattning om hur vanligt det är med läkemedelsbehandlad obstruktiv lungsjukdom och hur ofta olika läkemedelstyper används. Flera läkemedel används för att behandla både astma och KOL. År 2017 hämtade 605 382 personer ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, vilket motsvarar 6 procent av befolkningen.
- *Införandet av riktlinjerna.* Beskriver hur landstingen, regionerna och kommunerna infört riktlinjerna om vård vid astma och KOL, samt vilka åtgärder de har vidtagit utifrån dessa.
- *Sjuksköterskors och läkares utbildning.* Kompetens inom vård av patienter med astma eller KOL är viktigt för att kunna erbjuda en god vård.
- *Tillgång till astma- KOL-mottagning i primärvården.* En särskild mottagning för patienter med astma och KOL inom primärvården är ett sätt att organisera vården för dessa patientgrupper.
- *Dödlighet i astma och KOL*. Beskriver antalet patienter som avlidit med astma respektive KOL som dödsorsak.
- *Inskrivning och återinskrivning i sluten* vård. Beskriver antal patienter inskrivna i sluten vård med diagnoserna astma respektive KOL och en jämförelse med länder i Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD).

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2015.
2. Nationell utvärdering – Vård vid astma och KOL 2014. Socialstyrelsen; 2014.
3. Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen; 2013.
4. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen; 2016.
5. Nationella målnivåer för vård vid astma och KOL. Socialstyrelsen; 2015.
6. Soriano JB et al. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators.Lancet Respir Med. 2017 Sep;5(9):691-706.
7. Årsrapport Luftvägsregistret 2017. Hämtad 2018-06-14 från; https://registercentrum.blob.core.windows.net/lvr/r/LVR_2017-rsrapport-rkxiuaFYnf.pdf
8. Jansson SA et al. The economic consequences of asthma among adults in Sweden. Respir Med. 2007 Nov;101(11):2263-70. Epub 2007 Aug 6.
9. Jansson SA. Health economic costs of COPD in Sweden by disease severity--has it changed during a ten years period? Respir Med. 2013 Dec;107(12):1931-8
10. Läkemedelsverket. Hämtad 2018-09-23 från; https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Astma/
11. C Janson et al. Change in the prevalence asthma, rhinitis and respiratory symptom over a 20 year period: associations to year of birth, life style and sleep related symptoms. BMC Pulm Med. 2018 Sep 12;18(1):152

12. Dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen; Hämtad 2018-09-23 från; http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-10
13. Danielsson P et al. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Uppsala, Sweden--the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: cross-sectional population-based study. Clin Respir J. 2012 Apr;6(2):120-7
14. Hagstad S et al. Prevalence and risk factors of COPD among never-smokers in two areas of Sweden - Occupational exposure to gas, dust or fumes is an important risk factor. Respir Med. 2015 Nov;109(11):1439-45.
15. Suissa S. Long-term natural history of chronic obstructive pulmonary disease: severe exacerbations and mortality. Thorax. 2012;67(11):957–63.
16. Larsson K et al. Komorbiditet vid KOL, i KOL boken sid.16-20. https://www.naaf.no/globalassets/x-gamle-bilder/documents/1.-allergi-praksis/16_20_aip_3_2012w.pdf
17. Davidson AC, BTS guidelines, BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-208209
18. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977 Jun 25;1(6077):1645-8
19. Strang S et al. Palliative care in COPD--web survey in Sweden highlights the current situation for a vulnerable group of patients. Ups J Med Sci. 2013 Aug;118(3):181-6
20. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
21. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). Hämtad 2018-09-23 från https://ihe.se/wp-content/uploads/2017/06/IHE-Rapport-2017_4_.pdf
22. Kunskapscentrum för astma, allergi och KOL. www.kaak.se
23. Sveriges Kommuner och Landsting. https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/kol-min-behandlingsplan.html

Bilaga 1 Projektorganisation

Projektledning

Christina Broman	projektledare
Mikael Nyman	utredare
Riitta Sorsa	utredare

Expertstöd

Ann Ekberg-Jansson	docent Sahlgrenska akademien och överläkare. Registerhållare Luftvägsregistret
Thomas Gars	överläkare lungmottagningen, medicinska specialistkliniken Motala lasarett
Bill Hesselmar	docent, Göteborgs universitet, Regionläkare, Västra Götalandsregionen och överläkare vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg
Birgitta Jagorstrand	distriktssköterska. Utbildningskoordinator Kunskapscentrum allergi, astma och KOL
Ulla Olsson	leg. sjuksköterska. Områdeschef hälso- och sjukvård Luleå kommun (t o m mars 2018) och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS (t o m 2016)
Björn Stridh	specialist i allmänmedicin, Kista vårdcentral. Vårdutvecklingsledare Akademiskt primärvårdscentrum (APC), Stockholm

Övriga projektmedarbetare

Jesper Hörnlund	statistiker, dödsorsaksregistret
Max Köster	statistiker
Robert Linder	statistiker, läkemedelsregistret
Anna Malmborg	utredare, enkätstöd
Frida Nyman	administration
My Raquette	statistiker, enkäter
Gunilla Ringbäck Weitoft	utredare, socioekonomiska analyser
Mikaela Svensson	utredare, läkemedel
Åsa Söderlund	utredare, diagramproduktion
Alice Wallin	utredare, patientregistret
Iwa Wasberg	produktionsledare
Harriet Wennberg	kommunikatör

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL syftar till att utvärdera den svenska vården, utifrån de nationella riktlinjerna inom området. Rapporten sammanfattar de viktigaste resultaten i utvärderingen och ger rekommendationer till landstingen, regionerna och kommunerna om prioriterade förbättringsområden.

Rapporten riktar sig till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården, men kan även vara till nytta för berörda personalgrupper samt patientföreningar.

På Socialstyrelsens webbplats finns dessutom en underlagsrapport, som innehåller en utförligare beskrivning av samtliga resultat.

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018
– Vård vid astma och KOL
– Huvudrapport med förbättringsområden
(artikelnr 2018-12-33) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen