Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018

Vård vid astma och kol

Indikatorer och underlag för bedömningar

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

Artikelnummer 2018-12-34
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2018

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. Denna rapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten sammanfattas i huvudrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL. Sammanfattning med förbättringsområden.*

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
Inledning 7
Metod 10
Införande av riktlinjerna 16
Landstingens och regionernas införande av riktlinjerna 16
Kommunernas införande av riktlinjerna 18
Fortbildning 20
Landstingens och regionernas satsningar på fortbildning 20
Kommunernas satsningar på fortbildning 28
Sjuksköterskors och läkares utbildning 30
Astma- och KOL-sjuksköterskor 30
Specialister i allergologi och lungmedicin 32
Samverkan och samordning 35
Tillgång till astma- och KOL-mottagning i primärvården 42
Spirometri vid diagnostik 44
Allergiutredning barn och ungdomar 50
Rökstopp vid astma och KOL 53
Patientutbildning 63
Skriftlig behandlingsplan 71
Strukturerade frågeformulär – ACT och CAT 77
Nutritionsåtgärd vid lågt BMI 84
Mätning av fysisk kapacitet 86
Uppföljning och återbesök 89
Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider 99
Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL 102
Interprofessionell samverkan 104
Läkemedelsbehandling vid astma och KOL 110
Användning av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom 110
Användning av olika läkemedel vid obstruktiv lungsjukdom 115
Kombination av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom 132
Syrgasbehandling 144
Dödlighet i astma och KOL 147
Inskrivning och återinskrivning i sluten vård 151
Referenser 157
Bilaga 1 Projektorganisation 157
Bilaga 2 Behandlingsstegen vid läkemedel 160

Inledning

Beskrivning av uppdraget

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 [2]. Den tidigare utvärderingen har av den anledningen endast varit utgångspunkt för avsnittet om läkemedelsbehandling.

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].

Resultat i två rapporter

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. Denna rapport innehåller samtliga resultat samt en utförligare beskrivning av metoden. Resultaten sammanfattas också i huvudrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL. Sammanfattning med förbättringsområden.* Båda rapporterna går att beställa eller ladda ner på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

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.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer ett metodavsnitt som beskriver arbetet med att samla in uppgifter om landstingens, regionernas och (i relevanta fall) kommunernas strukturer och insatser för vård vid astma och KOL. Metodavsnittet beskriver även vilka datakällor som använts, andra relevanta metodaspekter samt de begrepp och definitioner som används i rapporten.

Därpå följer avsnittet om landstingens, regionernas och kommunernas införande av de nationella riktlinjerna för vården vid astma och KOL.

Därefter följer avsnitten som beskriver de resultat som har framkommit i utvärderingen av vård vid astma och KOL. Denna rapport omfattar följande bilagor:

Bilaga 1 visar projektorganisationen.

Bilaga 2 visar behandlingsstegen vid läkemedelsbehandling.

Bilaga 3 innehåller indikatorbeskrivningar – detaljerad teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten.

Bilaga 4 omfattar enkäter till landstings- och regionledningar, kommunerna och stadsdelarna, primärvård, sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt till barn- och ungdomskliniker.

Bilaga 1 och 2 finns i slutet av denna rapport, medan bilaga 3 och 4 finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Metod

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.

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är både obligatorisk och lagstadgad, medan rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig. Landsting, regioner och kommuner väljer då själva om de vill ansluta sig till registren, och dessutom kan patienterna avböja att deras uppgifter registreras.

I rapportens utvärdering har uppgifter om följsamheten till riktlinjernas rekommendationer även inhämtats via enkätundersökningar till landsting, regioner och kommuner, primärvården, de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt till barn- och ungdomskliniker.

Nationella kvalitetsregister

Registren är nationella i den mening att de ska täcka all vård i riket inom de olika verksamheterna. Täckningsgraden kan dock variera i både landsting och regioner.

Luftvägsregistret

Syftet med det nationella kvalitetsregistret, Luftvägsregistret, är att förbättra astma- och KOL-vården i Sverige. Genom att vårdgivarna följer patienter kan vården utvärderas och ständigt förbättras och bli mer jämlik. Registret har skapats av berörda specialitetsföreningar och patientföreningar och är ett stöd för att följa nationella riktlinjer och rekommendationer (indikatorer). Det nationella programområdet, tillsatt av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), rekommenderar Luftvägsregistret för uppföljning av astma- och KOL vården. Luftvägsregistret används på flera olika sätt;

- Utgör checklista för vårdpersonal.
- Möjliggör för patienten att följa sina egna värden över tid: ”egenkontroll”.
- Utgör underlag till lokala förbättringsarbeten.
- Utvärderar hur stor andel patienter som fått rekommenderad behandling.
- Säkerställer en jämlik vård och behandling.
- Bidrar med verklig (”real life”) data till astma- och KOL-forskningen så att denna blir mer relevansdriven och patientnära.
- Innehåller Socialstyrelsens indikatorer för god vård rörande astma och KOL.

Den stora andelen av patienter med astma och KOL behandlas i primärvården. De allra svårast sjuka behandlas i specialistvården. Det är särskilt angeläget med en god och strukturerad vård för en god prognos och överlevnad.

Luftvägsregistret är det enda kvalitetsregister för astma och KOL som täcker både primärvård och specialistvård. Mer än 75 procent av enheterna där vården för astma och KOL bedrivs är anslutna till registret. Det finns ca 140 000 patienter med astma och ca 60 000 med KOL i registret. Luftvägsregistret har haft en ökning av antalet patienter i registret varje år och täcker nu in exempelvis mer än 80 procent av alla patienter med svår och mycket svår KOL i Sverige [5].

Swedevox

Andningssviktregistret Swedevox är ett nationellt kvalitetsregister för behandling med oxygen (syrgas), respirator eller CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*, vilket innebär att hålla ett positivt luftvägstryck i luftvägarna under hela andningscykeln med hjälp av en ventilator) i hemmet [6].

Socialstyrelsens register

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som har hämtats ut mot recept eller motsvarande från 1999 och framåt. Registret uppdateras varje månad. Läkemedel som ges i den slutna vården, tas ur läkemedelsförråd eller köps utan recept ingår inte i läkemedelsregistret. Fram till idag har registret inte innehållit information om orsaken till att läkemedlet skrivs ut, men framöver kommer ordinationsorsaken att dokumenteras i registret.

Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister och innehåller uppgifter om patienternas vårdkontakter och diagnoser. Från och med år 2015 uppdateras patientregistret månadsvis (i stället för årligen). Registret omfattar offentliga privata vårdgivare, både i den öppna och i den slutna, specialiserade vården. Däremot omfattar patientregistret inte primärvården, eftersom Socialstyrelsen saknar lagstöd för att samla in och behandla dessa uppgifter. Patientregistret kan därför endast användas i begränsad omfattning för att beskriva insatser vid astma respektive KOL, eftersom dessa patienter ofta utreds och behandlas inom primärvården.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid tiden för dödsfallet. Dödsorsaksregistret uppdateras årligen och innehåller uppgifter från år 1961 och framåt. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns uppgifter om dödsdatum för avlidna fram till och med år 2016.

Fem enkätundersökningar genomfördes

För att samla in information till utvärderingen har Socialstyrelsen genomfört fem enkätundersökningar:

- 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.

Nedan finns en kortfattad beskrivning av enkäterna. Samtliga enkäter finns i en separat bilaga på Socialstyrelsens webbplats.

Enkät till landstings- och regionledningar

Enkäten till landstings- och regionledningar skickades ut i januari 2018. Syftet med enkäten var att få en bild av hur de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL från 2015 har tagits emot och införts i landstingen och regionerna. Vid utskicket användes ett elektroniskt enkätverktyg (Easy research). Enkäten besvarades av samtliga landsting och regioner.

Enkät till kommuner och stadsdelar

Kommunenkäten skickades ut i januari 2018 till samtliga kommuner och storstädernas stadsdelar, det vill säga totalt 312 stycken. Syftet var att kartlägga kommunernas och stadsdelarnas insatser till personer i behov av vård vid astma och KOL för att få en bild av hur de strukturella förutsättningarna i kommunerna ser ut samt hur det nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL från 2015 har tagits emot och införts i landets kommuner. Vid utskicket användes ett elektroniskt enkätverktyg (Easy research). Enkäten besvarades av 205 kommuner och stadsdelar, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 66 procent.

Enkät till primärvården

Enkäterna som riktade sig till ansvarig verksamhetschef vid primärvårdsmottagningen skickades ut till landets samtliga primärvårdsmottagningar i januari 2018. Syftet var att kartlägga primärvårdens insatser till personer i behov av vård vid astma och KOL för att få en bild av hur de strukturella förutsättningarna i hälso- och sjukvården ser ut. Vid utskicket användes ett elektroniskt enkätverktyg (Easy research). Enkäten skickades ut till totalt 1 154 primärvårdsmottagningar i landet. Enkäten besvarades av 629 mottagningar, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 55 procent.

Enkät till sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL

Enkäten till sjukhuskliniker eller motsvarande som ansvarar för vård vid astma och KOL skickades ut i januari 2018. Syftet var att kartlägga sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOLs insatser till personer i behov av vård vid astma och KOL för att få en bild av hur de strukturella förutsättningarna i hälso- och sjukvården ser ut. Vid utskicket användes ett elektroniskt enkätverktyg (Easy research). Enkäten skickades till totalt 64 sjukhus i landet. Enkäten besvarades av 47 sjukhus, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 73 procent.

Enkät till barn- och ungdomskliniker

Enkäten till barn- och ungdomskliniker skickades ut i januari 2018 till verksamhetschefer. Syftet var att kartlägga barn- och ungdomsklinikers insatser till barn och ungdomar i behov av vård vid astma för att få en bild av hur de strukturella förutsättningarna i hälso- och sjukvården ser ut. Vid utskicket användes ett elektroniskt enkätverktyg (Easy research). Enkäten skickades till 30 barn- och ungdomskliniker. Enkäten besvarades av 27 kliniker, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 90 procent.

Indikatorförteckning

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård vid astma och KOL. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård. 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 [7]. 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.

Åldersstandardisering

I denna rapport har resultaten för flera indikatorer och läkemedel åldersstandardiserats genom en så kallad direkt standardisering. Ålderskategorierna har då viktats om för att ge varje jämförd grupp standardpopulationens åldersfördelning. Åldersstandardisering underlättar jämförelser mellan kön, regioner och år genom att eliminera de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättning. När mätningar i denna rapport relaterar till Sveriges befolkning används åldersfördelningen i befolkningen för 2016 som standard. För övriga mått används populationens åldersfördelning i respektive mätning som standard. Den totala åldersfördelningen för män och kvinnor används alltid som standard i denna rapport. Detta gör det möjligt att jämföra resultaten för män och kvinnor.

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. För att belysa insatser och resultat i astma- och KOL-vården efter utbildningsnivå har data från Luftvägsregistret kompletterats med uppgifter från SCB:s utbildningsregister genom länkning på individnivå. Information om födelseland och psykiatrisk diagnos har hämtats från Socialstyrelsens patientregister. Utbildningsregistret innehåller avslutade utbildningar för hela befolkningen. Personer har klassificerats i grupper enligt:

- Låg utbildning, högst motsvarade 2-årigt gymnasium.

- Medelhög utbildning, mer än 2-årigt gymnasium men högst eftergymnasial utbildning kortare än 3 år.
- Hög utbildning, lägst eftergymnasial utbildning 3 år.

Barn 12-17 år samt personer 18-29 har klassificerats enligt föräldrars utbildning (högsta förekommande), vilket motiveras av att många inte har avslutat sin utbildning innan närmare 30 års ålder. Uppgift om födelseland har hämtats från Socialstyrelsens patientregister som innehåller uppgift om födelseland. Eftersom de flesta astma- och KOL-patienter vårdats i specialiserad öppenvård eller sluten vård någon gång (sedan 1998) befanns bortfallet vara försumbart. Patienterna indelades efter födelseland i grupperna:

- svenskfödda,
- födda i övriga Norden
- födda i övriga EU
- födda i övriga världen, dvs. födda utanför EU-länderna.

Psykiatrisk diagnos är en av de jämlikhetsaspekter som analyseras och innebär i detta sammanhang att personen vårdats någon gång under en femårsperiod innan vårdbesöket enligt Luftvägsregistret, med en diagnos inom spannet F1–F9 (ICD:10) som huvuddiagnos.

Resultaten presenteras som relativa förekomster (relativa risker) med 95-procentiga konfidensintervall. Den relativa förekomsten utgörs av kvoten mellan risken i den undersökta gruppen och risken i referensgruppen. I regressionsanalyserna justeras i en specifik jämförelse för alla övriga faktorer som ingår i analysen. Exempelvis i jämförelser mellan utbildningsgrupper tas hänsyn till ålder, kön, födelseland och psykiatrisk diagnos.

Övriga metodaspekter

I rapporten presenteras och jämförs resultaten utifrån organisatorisk nivå för riket och för landstingen (regionerna) och kommunerna. I första hand bör varje landstings, regions och kommuns kvalitetsarbete gälla de egna resultaten över tid snarare än jämförelser med andra landsting, regioner och kommuner. Kvalitetsarbetet måste också fokusera på hela vårdprocessen och inte bara på de indikatorer som mäts på nationell nivå.

Varje verksamhet bör även utgå från sina egna förutsättningar för att identifiera svagheter och styrkor samt se hur man ska gå vidare med att höja kvaliteten.

Presentation av uppgifter i diagram

I utvärderingen redovisas informationen för riket som helhet. Enkätundersökningarna redovisas i form av tabeller för riket samt för vissa resultat även i diagram för landsting (regioner) och kommuner. Data från Luftvägsregistret redovisas enbart för riket.

Rangordning och namn

Samtliga diagram rangordnar landstingen, regionerna respektive länen utifrån principen att det bästa resultatet finns högst upp och det sämsta längst ner i

diagrammet. Där det inte går att värdera resultatet rangordnas landsting (regioner) och län istället utifrån principen högst till lägst värde. Syftet med rangordningen är inte primärt att ställa olika landsting (regioner) och olika län mot varandra utan att tydliggöra de variationer som finns i landet.

Begrepp och definitioner

Kommuner och stadsdelar

Vid insamlingen av data skickades enkäter till samtliga kommuner och till stadsdelarna i Göteborg och Stockholm. I rapporten används fortsättningsvis beteckningen kommun även för storstädernas stadsdelar.

Införande av riktlinjerna

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL ska vara ett stöd för beslutsfattare i landsting, regioner och kommuner, så att dessa kan styra hälso- och sjukvården med öppna och systematiska prioriteringar [1]. Riktlinjerna riktar sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

I detta avsnitt beskrivs hur landstingen, regionerna och kommunerna infört riktlinjerna om vård vid astma och KOL, samt vilka åtgärder de har vidtagit utifrån dessa. Resultaten baseras på enkätundersökningar till samtliga landsting och regioner respektive kommuner och stadsdelar.

Landstingens och regionernas införande av riktlinjerna

Landstingen och regionerna fick bland annat svara på frågor om riktlinjerna behandlats i nämnd eller styrelse, om de tagit fram någon handlingsplan för att införa riktlinjerna, om de fattat några politiska beslut samt om de anordnat någon informationsaktivitet för riktlinjerna. Landstingens och regionernas satsningar för att fortbilda personal som arbetar med vård vid astma och KOL redovisas i avsnittet Fortbildning.

Beslut och politiskt genomförande

Majoriteten av landstingen och regionerna (14 av 21) anger att de har behandlat de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL i nämnd eller styrelse. I elva landsting och regioner har politiska beslut fattats i nämnd eller styrelse. I tretton av landstingen och regionerna finns övergripande handlingsplaner för att införa riktlinjerna. Flera landsting och regioner beskriver att de har specialitetsråd, expertgrupper, läkemedelskommittéer eller specifika astma- och KOL-råd som har ett övergripande uppdrag att implementera riktlinjerna samt att utgöra ett stöd till verksamheterna.

Vidare nämns att stödet från staten för kroniskt sjuka har använts för att förbättra just vården av personer med astma- och KOL, samt att de nationella riktlinjerna fungerar som underlag för att uppdatera befintliga vårdriktlinjer eller vårdprogram.

Tabell 1.1 Landstingens och regionernas åtgärder för att införa riktlinjerna

Landstingens och regionernas införande av riktlinjerna.

	Har riktlinjerna behandlats i nämnd eller styrelse?	Har politiska beslut fattats in nämnd eller styrelse med anledning av riktlinjerna?	Finns det en övergripande handlingsplan för implementering av riktlinjerna?
Stockholm	Nej	-	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Nej	-	Ja
Jönköpings	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	-	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Nej	Nej
Blekinge	Nej	-	Nej
Skåne	Nej	-	Nej
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Nej	Nej
Jämtland	Nej	-	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Nej	-	Nej

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2018.

Informationsaktiviteter

De allra flesta landsting och regioner har haft informationsaktiviteter om riktlinjerna till de sjukhuskliniker för vuxna som ansvarar för vård vid astma och KOL, till barn- och ungdomskliniker samt till primärvården. Av enkätsvaren framkommer som exempel att det i Norrbotten har anordnats utbildnings- och informationsdagar. Ett annat exempel är från Stockholm, där Stockholms läkemedelskommitté, Akademiskt Primärvårdscentrum (APC) och Allergicentrum Stockholm tillsammans genomfört informationsinsatser. Även Skåne har haft ett flertal informationsaktiviteter för samtliga yrkeskategorier i primärvården och den specialiserade vården.

Tabell 1.2. Landstingens och regionernas informationsaktiviteter

Landsting och regioner som anordnat informationsaktiviteter om riktlinjerna.

	Primärvård	Sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL	Barn- och ungdomsmedicinska kliniker
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Uppsala	-	Ja	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Jönköpings	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	-	-
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2018.

Kommunernas införande av riktlinjerna

I enkäten till kommunerna ställdes inledningsvis frågan om huruvida de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL behandlats i kommunstyrelsen eller i stadsdelsnämnden. Kommunerna fick även besvara frågor om det finns någon handlingsplan för att införa riktlinjerna, om det fattats några politiska beslut samt om det anordnats någon informationsaktivitet för riktlinjerna. Kommunernas satsningar på fortbildning till personal som arbetar med vård vid astma och KOL redovisas i avsnittet Fortbildning.

Beslut och politiskt genomförande

Tre kommuner – Bjuv, Täby, och Övertorneå – anger att de behandlat riktlinjerna för vård vid astma och KOL i styrelse eller nämnd. I Bjuv och Täby har kommunerna även fattat politiska beslut med hjälp av riktlinjerna. Tre kommuner har tagit fram en övergripande handlingsplan: Norberg, Täby, och Övertorneå.

Det framkommer av enkätsvaren att kommunerna följer de behandlingsriktlinjer och strategier som utfärdas inom landstinget respektive regionen.

Informationsaktiviteter

Fem kommuner (Huddinge, Luleå, Staffanstorp, Upplands-Bro, Uppsala) samt fyra stadsdelar (Angered, Majorna-Linné och Östra Göteborg i Göteborg samt Södermalms stadsdelsförvaltning i Stockholm) har anordnat informationsaktiviteter till den personal som arbetar med vård vid astma och KOL inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av enkätsvaren framkommer att information har gått ut till legitimerad personal om de nationella riktlinjerna, samt att det anordnats enstaka föreläsningar tillsammans med primärvården. Ett flertal kommuner nämner också att information framför allt ges i samband med ordinationer från läkare, men ingen övergripande information.

Bedömning av resultat

Det krävs en tydlig samverkan för att kunskapsstyrningen mellan nationell och regional nivå ska fungera. Majoriteten av landstings- och regionledningarna har haft insatser för att införa de nationella riktlinjerna. Inom den kommunala hälso- och sjukvården har i stort sett ingen kommun tagit del av riktlinjerna eller informerat och utbildat berörd personal kring detta. Alla landsting (regioner) utom Stockholm har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Patienter med diagnostiserad astma respektive KOL är en del av den kommunala hälso- och sjukvården och det är därmed av stor vikt att samtliga berörda personalkategorier kring dessa patienter har blivit erbjudna informationsaktiviteter i samband med införandet av riktlinjerna. Det skulle vara önskvärt att kommunerna får en större kunskap om vård vid astma och KOL.

Fortbildning

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.

Detta avsnitt beskriver landstingens, regionernas och kommunernas satsningar på fortbildning i vård vid astma och KOL. Dessutom beskrivs i vilken utsträckning fortbildning erbjuds till personal som arbetar med vård vid astma och KOL. Med fortbildning menas här minst en halvdags utbildning. Fortbildningen ska vara kostnadsfri för personalen samt ska ske på betald arbetstid. Resultaten baseras på uppgifter från enkätundersökningen till samtliga landsting och regioner respektive kommuner och stadsdelar, till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL.

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.

Tabell 2.1 Landstingens och regionernas satsningar på fortbildning

Landsting och regioner som gjort satsningar på fortbildning till personal som arbetar med vård vid astma och KOL sedan år 2015.

	Primärvård	Sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL	Barn- och ungdomskliniker
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	-
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Jönköpings	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej	Nej
Blekinge	-	-	-
Skåne	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	-	-	-
Örebro	Ja	-	-
Västmanland	Ja	Ja	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Jämtland	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2018.

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).

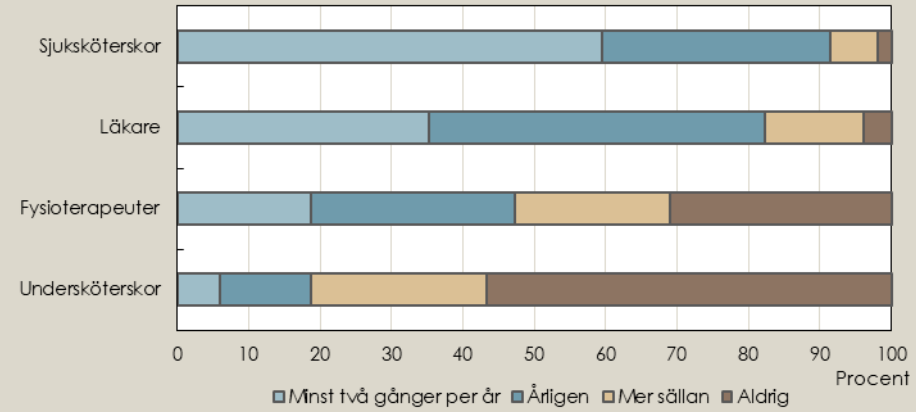
Närmare 50 procent av primärvårdsmottagningarna anger att fysioterapeuter erbjuds fortbildning årligen, medan knappt 20 procent anger att undersköterskor erbjuds årlig fortbildning (diagram 2.1). Mer än hälften av primärvårdsmottagningarna anger att de aldrig erbjuder undersköterskorna fortbildning. 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

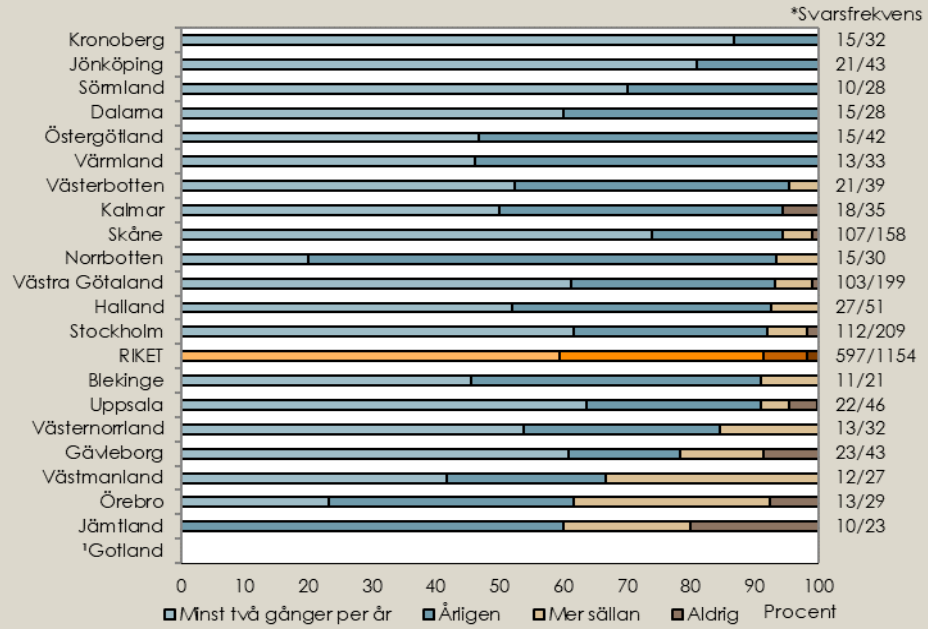
Andel primärvårdsmottagningar där fortbildning erbjudits i vård vid astma och KOL till personal som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015-2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 2.2 Fortbildning till sjuksköterskor – primärvården

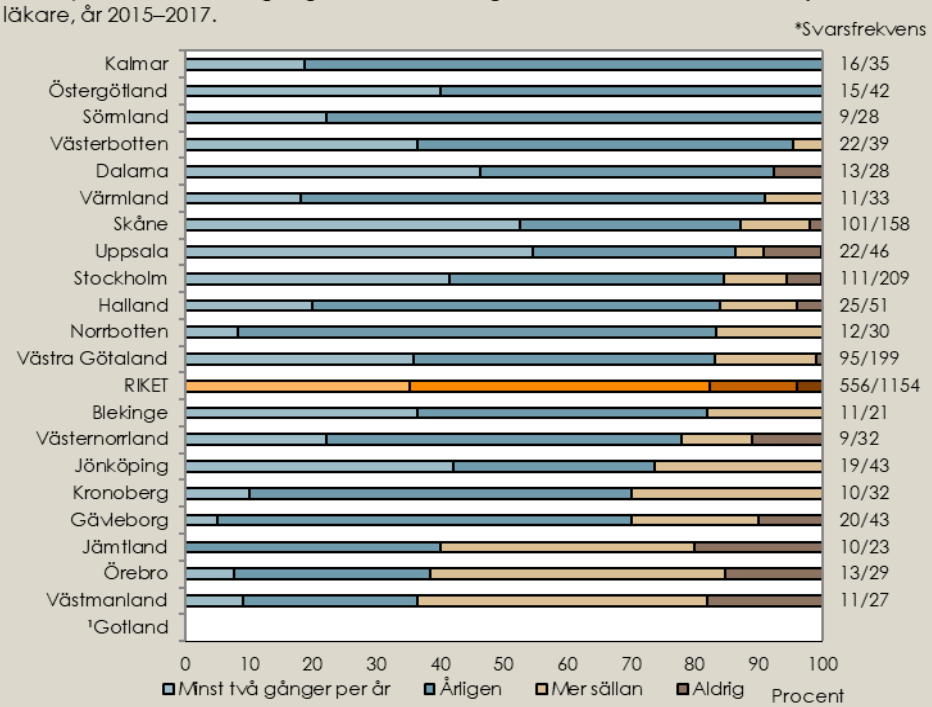
Andel primärvårdsmottagningar där fortbildning i vård vid astma och KOL erbjudits sjuksköterskor som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015–2017.



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

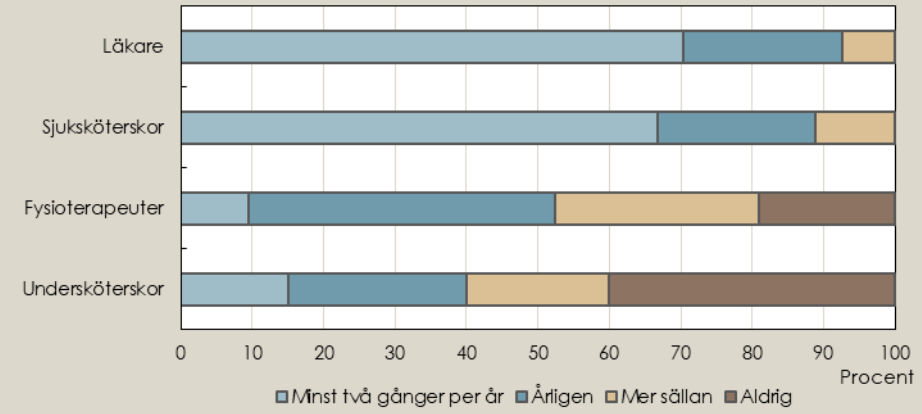
Fortbildning på barn- och ungdomskliniker

I stort sett samtliga barn- och ungdomskliniker har svarat 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

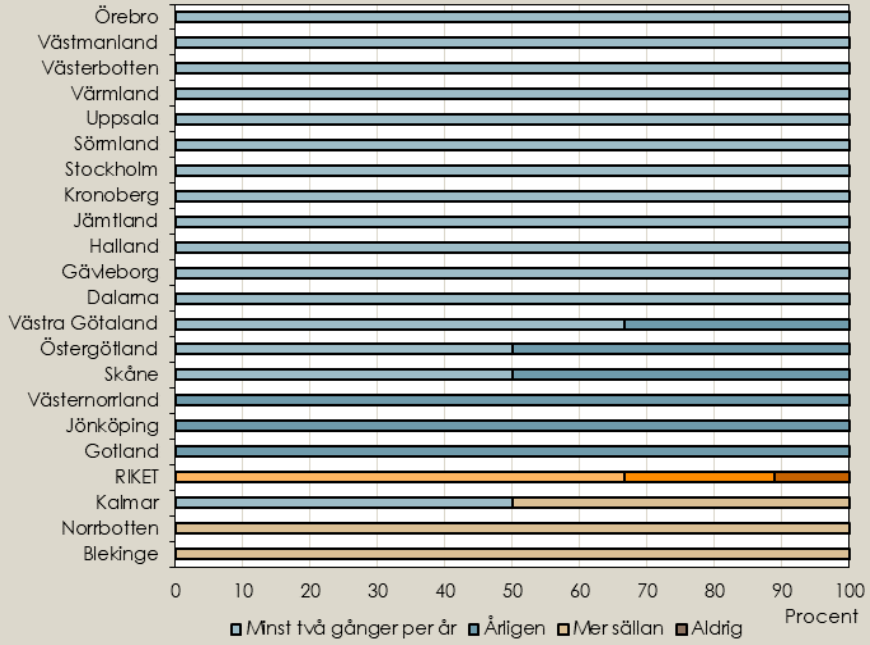
Andel barn- och ungdomskliniker där fortbildning i vård vid astma erbjudits till personal som arbetar med vård vid astma, år 2015-2017.



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

Diagram 2.5 Fortbildning till sjuksköterskor – barn- och ungdomskliniker

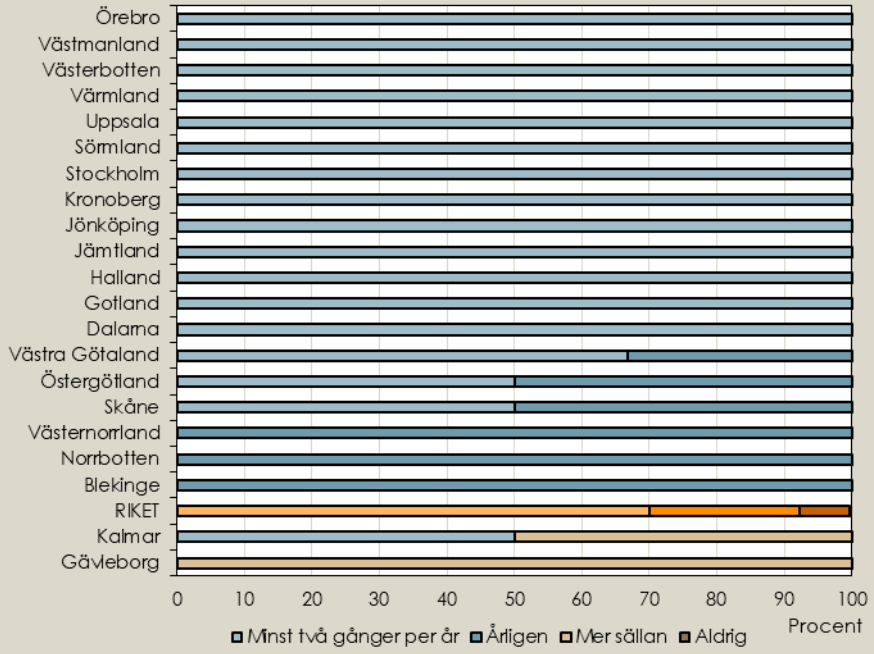
Andel barn- och ungdomskliniker där fortbildning i vård vid astma erbjudits till sjuksköterskor som arbetar med vård vid astma, år 2015-2017.



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

Diagram 2.6 Fortbildning till läkare – barn- och ungdomskliniker

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



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

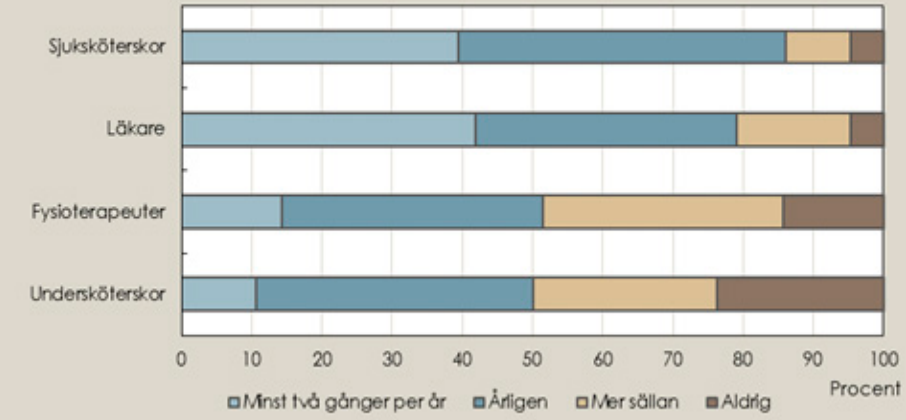
Fortbildning sjukhuskliniker

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

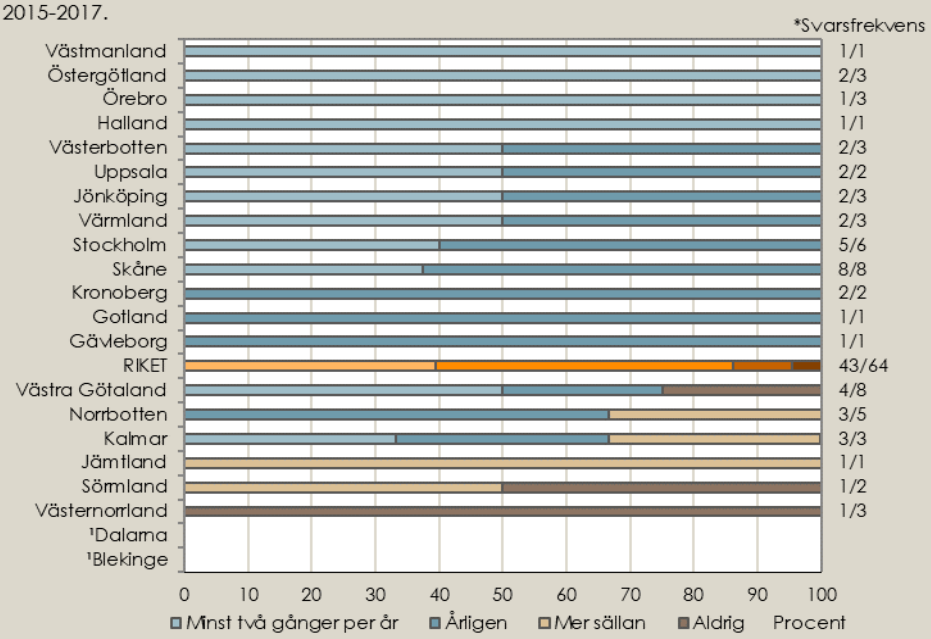
Andel sjukhuskliniker om ansvarar för vård vid astma och KOL där fortbildning erbjudits i vård vid astma och KOL till personal som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015-2017.



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

Diagram 2.8 Fortbildning till sjuksköterskor – sjukhuskliniker

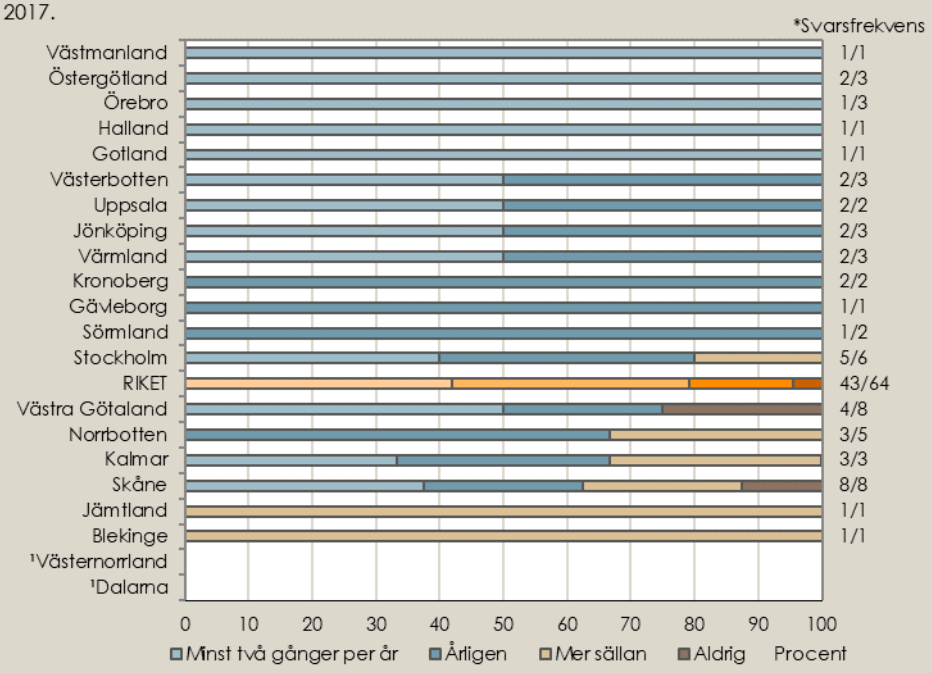
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL där fortbildning i vård vid astma erbjudits och KOL till sjuksköterskor som arbetar med vård vid astma och KOL, år 2015-2017.



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

Diagram 2.9 Fortbildning till läkare – sjukhuskliniker

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



* Antal sjukhuskliniker som besvarat enkäten/antal sjukhuskliniker som mottagit enkäten.
¹Uppgift saknas.
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).

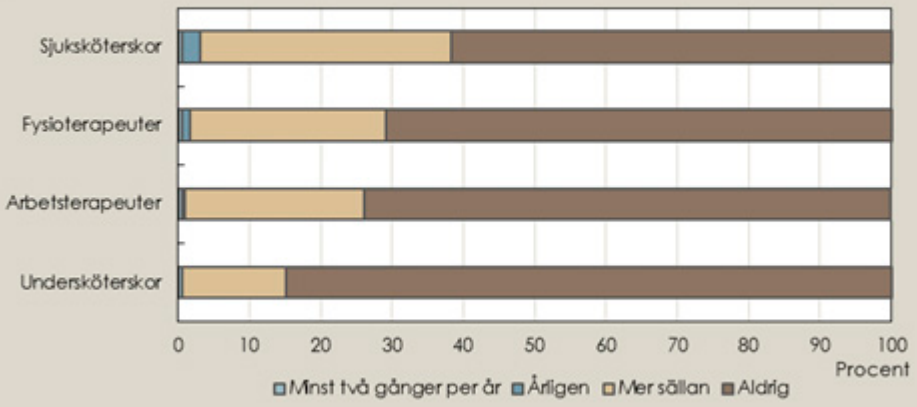
I kommunerna handlar fortbildningen om att utbilda den personal som vårdar patienter med astma respektive KOL i ordinärt boende, i särskilt boende och korttidsboende. Fortbildning inom vård vid astma och KOL erbjuds i stort sett sällan – nästan aldrig – i särskilt boende (diagram 2.10). Detta mönster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

De kommuner som svarat 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.

Sjuksköterskors och läkares utbildning

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].

Detta avsnitt beskriver sjuksköterskors utbildning inom vård vid astma och KOL. För läkare beskrivs antal specialister i allergologi och lungmedicin samt antal utfärdade specialistbevis.

Resultaten för sjuksköterskor baseras på enkätundersökningarna. För läkare har registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA) använts som källa.

Astma- och KOL-sjuksköterskor

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. Av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger 57 procent att de har astma- och KOL-sjuksköterskor med minst 15 hp. 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

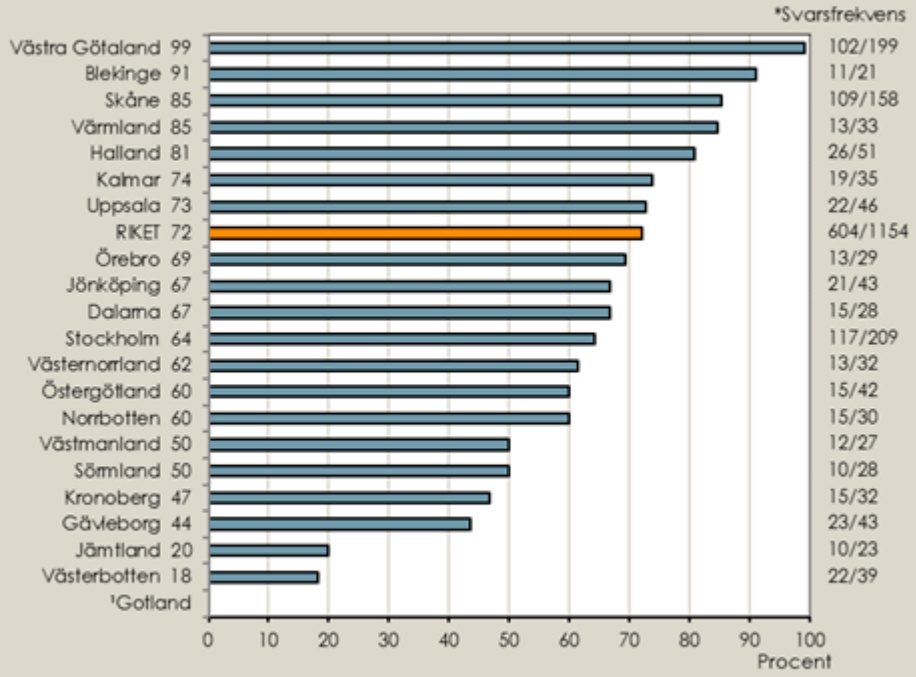
Andel primärvårdsmottagningar, barn- och ungdomskliniker och sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som har sjuksköterskor eller distriktssköterskor utbildade i astma och KOL med minst 15 högskolepoäng, år 2017.

	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

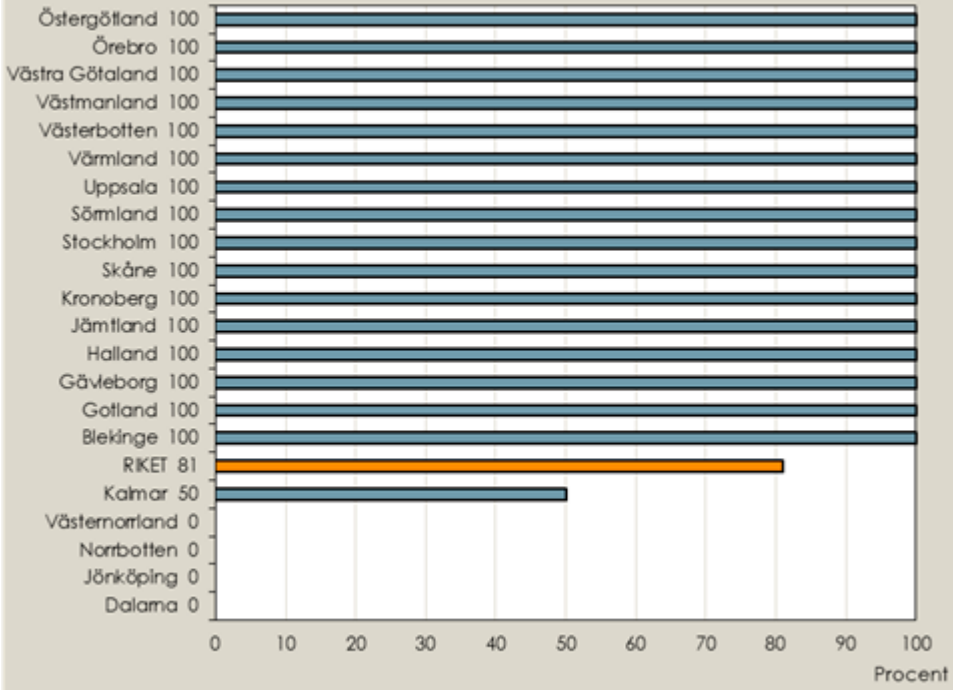
Andel primärvårdsmottagningar som har sjuksköterskor/distriktssköterskor utbildade i astma och KOL med minst 15 högskolepoäng, år 2017.



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

Diagram 3.2 Sjuksköterskor – barn- och ungdomskliniker

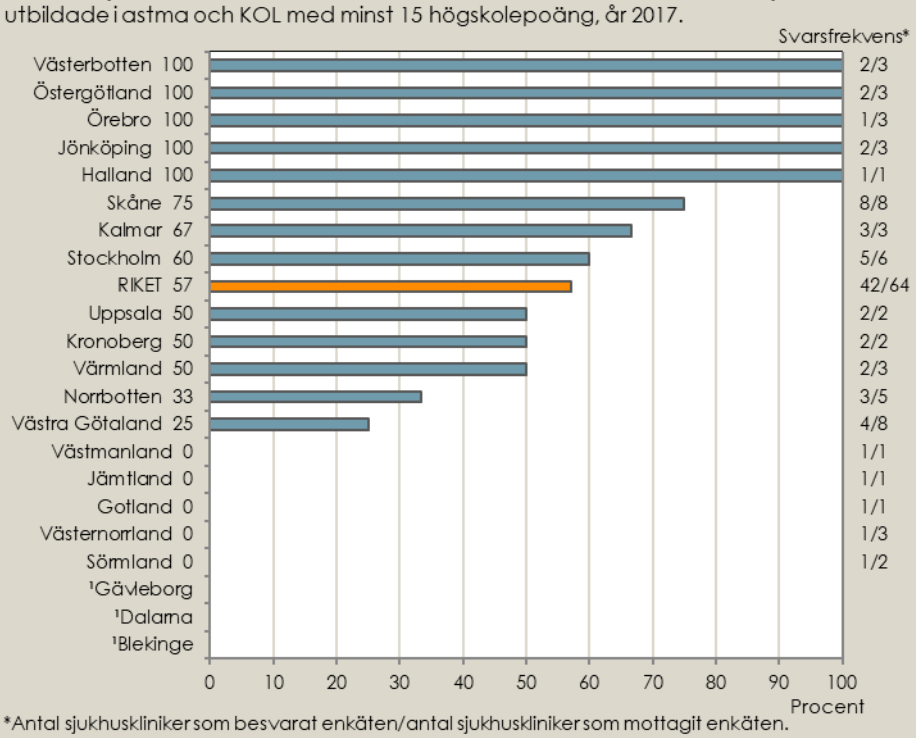
Andel barn- och ungdomskliniker som har sjuksköterskor utbildade i astma och allergi med minst 15 högskolepoäng, år 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät till barn- och ungdomskliniker, 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.
¹Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Specialister i allergologi och lungmedicin

Allergologer

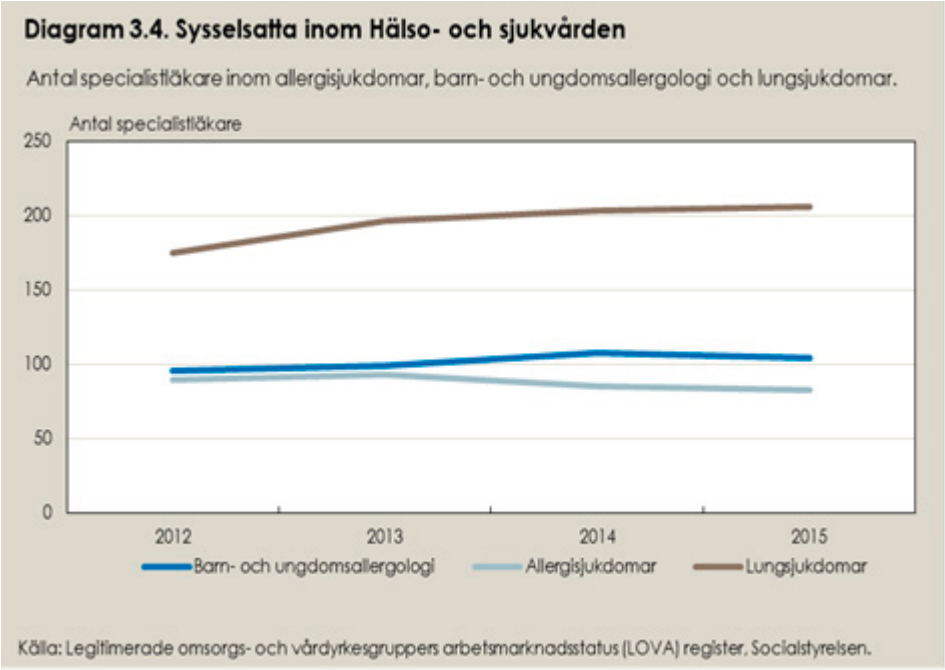
År 2015 fanns 82 sysselsatta allergologer i Sverige, Detta motsvarar knappt en allergolog per 100 000 invånare i Sverige. Denna siffra skiljer sig mellan sjukvårdsregionerna, i Stockholm-Gotland fanns exempelvis 1,1 allergolog per 100 000 invånare jämfört med 0,4 i Uppsala-Örebroregionen.

Barnallergologer

År 2015 fanns 104 sysselsatta specialister i barn- och ungdomsallergologi i Sverige, vilket motsvarar 5,5 specialister per 100 000 barn och ungdomar. Stockholm-Gotland hade 6,5 specialister per 100 000 barn och ungdomar, jämfört med 3,6 i norra sjukvårdsregionen.

Lungspecialister

År 2015 fanns 206 sysselsatta lungspecialister i Sverige, vilket motsvarar 2,1 lungspecialister per 100 000 invånare. I norra och södra sjukvårdsregionerna fanns 2,6 lungspecialister per 100 000 invånare, jämfört med 1,6 i Stockholm-Gotland.



Tabell 3.2 Sysselsatta inom hälso- och sjukvården

Antal specialistläkare inom allergisjukdomar, barn- och ungdomsallergologi samt lungsjukdomar, uppdelat på sjukvårdsregion, år 2015.

Sjukvårdsregion	Allergisjukdomar	Barn- och ungdomsallergologi	Lungsjukdomar
Norra	4	6	23
Stockholm och Gotland	26	32	36
Sydöstra	7	8	21
Södra	18	17	47
Uppsala och Örebro	9	18	35
Västra	18	23	44
Totalt	**82**	**104**	**206**

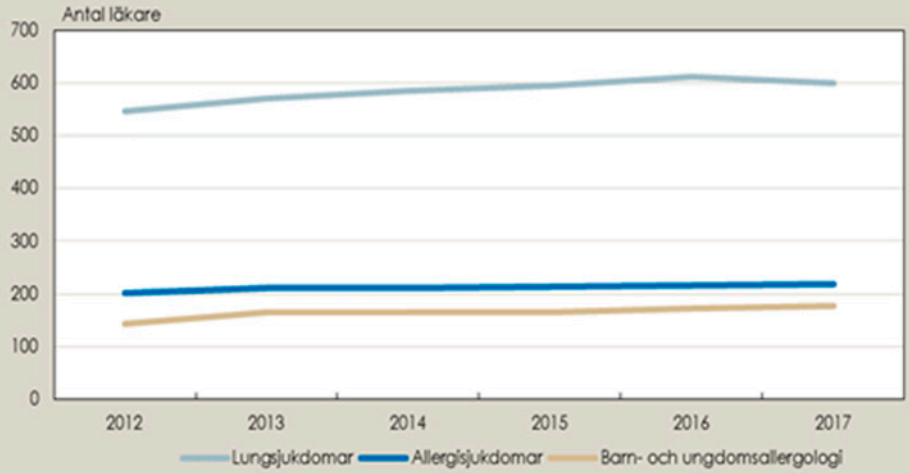
Källa: Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA) register, Socialstyrelsen.

Utfärdade specialistbevis för läkare

År 2017 fanns det totalt 599 utfärdade specialistbevis för lungsjukdomar och 218 specialistbevis för allergisjukdomar. När det gäller barnmedicinska specialiteter fanns det totalt 178 utfärdade specialistbevis för barn-och ungdomsallergologer.

Diagram 3.5. Totalt antal utfärdade specialistbevis för läkare.

Totalt antal utfärdade specialistbevis för läkare, uppdelat lungsjukdomar, allergisjukdomar och barnallergologi per 31 december år 2012-2017.



Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen.

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.

Enligt registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal fanns det år 2015 drygt 80 sysselsatta allergologer samt 100 sysselsatta barnallergologer och drygt 200 sysselsatta lungspecialister i Sverige. För att möta upp mot behovet i dessa patientgrupper, såväl nu som framöver kan det behövas fler specialister inom allergologi och lungmedicin i vissa delar av landet.

Samverkan och samordning

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.I detta avsnitt beskrivs hur landstingen (regionerna) och kommunerna arbetar med samverkan och samordning. Resultaten baseras på uppgifter från enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker, till sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt till kommuner och stadsdelar.

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).

På frågan till primärvårdsmottagningarna om i vilken utsträckning det sker överrapportering av det medicinska ansvaret för patienter med astma och KOL från läkare inom specialiserad öppen- och sluten vård till läkare på primärvårdsmottagningen anger strax över hälften att överrapportering "alltid" eller ”oftast” sker (tabell 4.2).

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

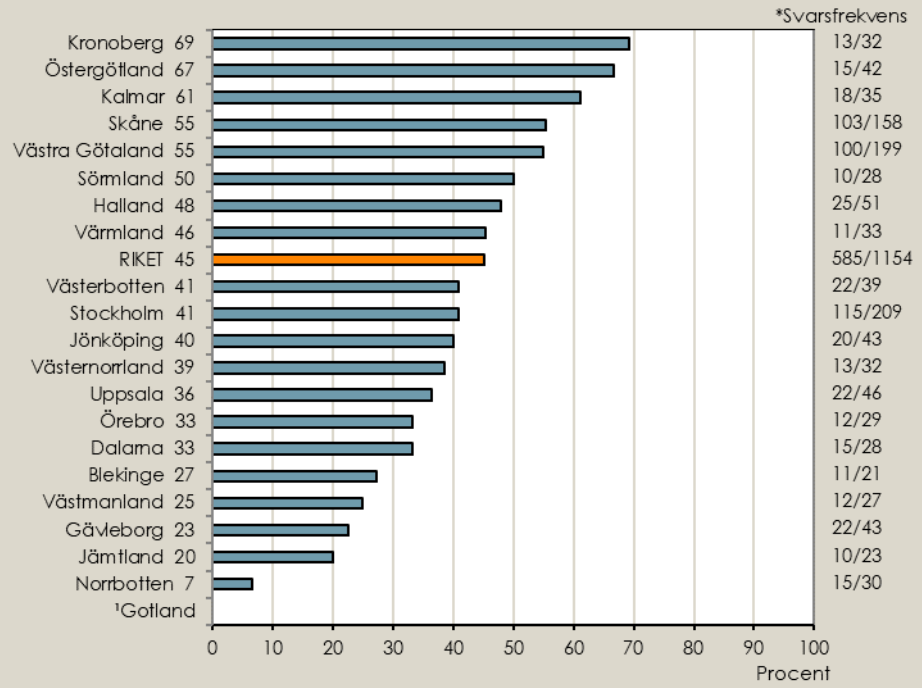
Andel primärvårdsmottagningar som har rutiner för hur samverkan med specialiserad öppen- och sluten vård och kommunen ska ske för patienter i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.

	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.
¹För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 4.2 Överrapportering – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som anger att det sker överrapportering av det medicinska ansvaret för patienter med astma och KOL från läkare inom specialiserad öppen- och slutenvård till läkare i primärvården, år 2017.

	Överrapportering av det medicinska ansvaret
Alltid	16
Ofta	39
Till ungefär hälften	12
Sällan	29
Aldrig	4

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.

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

Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker, 2018.

När det gäller överrapportering av det medicinska ansvaret för patienter med astma och KOL från läkare inom specialiserad öppen- och slutenvård till läkare på primärvårdsmottagningen anger 65 procent av sjukhusklinikerna att detta ”alltid” eller ”oftast” sker (tabell 4.5). Vidare anger hälften av sjukhusklinikerna att vårdplanering ”alltid” eller ”ofta” sker med kommunerna. Av svaren framkommer att det är vanligast med vårdplanering för patienter med KOL och att det sällan är inneliggande patienter med astma.

Tabell 4.5 Överrapportering och vårdplanering – 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.

	Överrapportering av det medicinska ansvaret till primärvården	Vårdplanering med kommunerna
Alltid	30	5
Ofta	35	46
Till ungefär hälften	11	18
Sällan	19	26
Aldrig	5	5

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 svarat 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

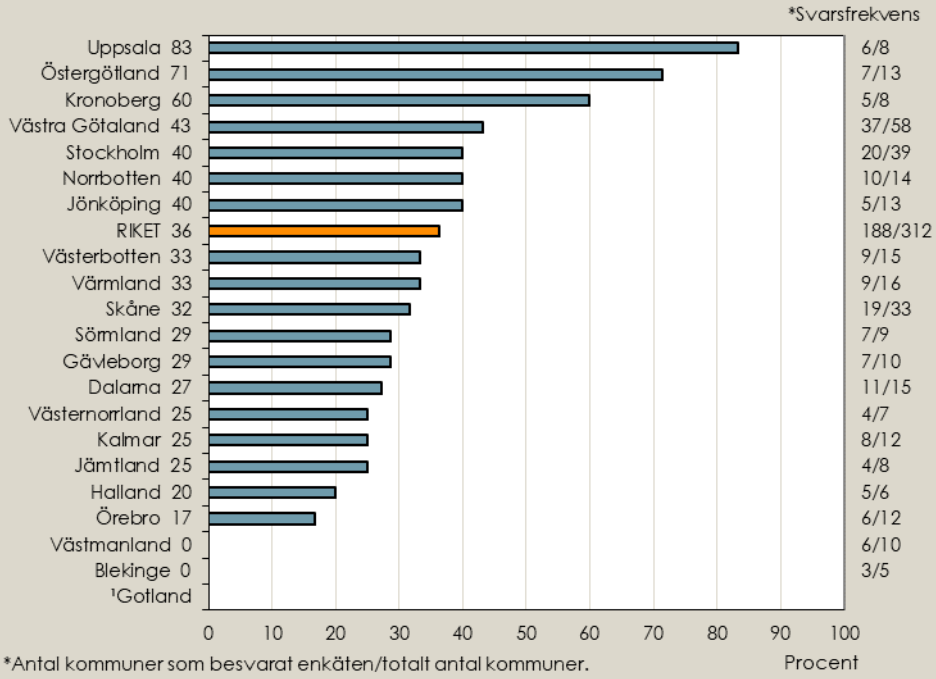
Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner för hur samverkan ska ske för patienter i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.

	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)

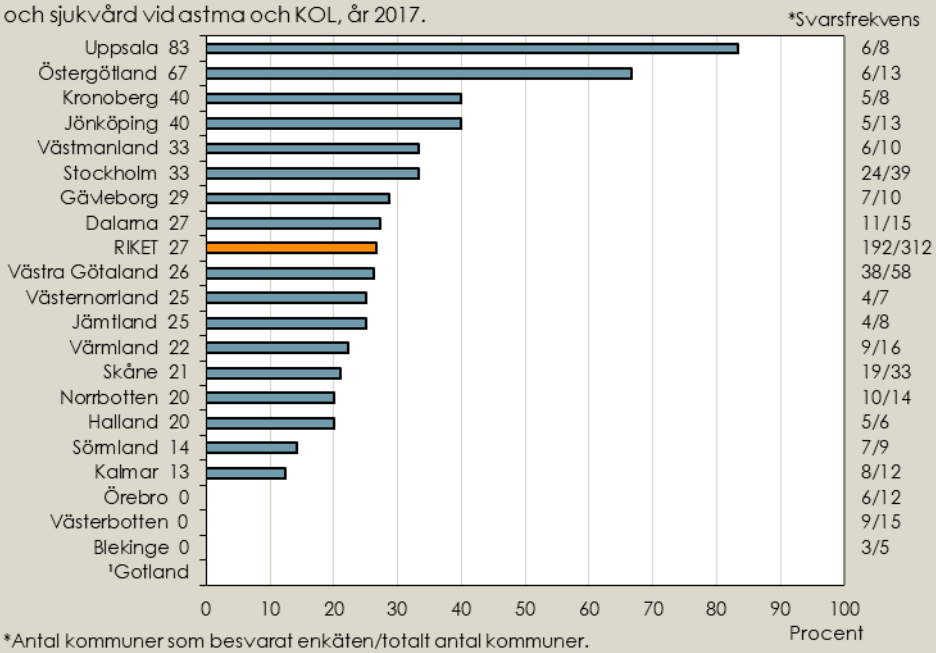
Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner inom särskilt boende om samverkan med primärvården för patienter i behov av kommunal hälso- och sjukvård vid astma och KOL, år 2017.



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

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

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.
¹Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner, 2018.

Kommunernas egna arbetsrutiner

På frågan huruvida det finns rutiner för hur ordinationer upprättas för personer i behov av vård vid astma och KOL anger omkring 40 procent av kommunerna att det finns rutiner för detta i de olika boendeformerna. Diagram 4.4 visar rutiner för ordinationer i särskilt boende.

Tabell 4.7 Rutiner för ordinationer – kommuner

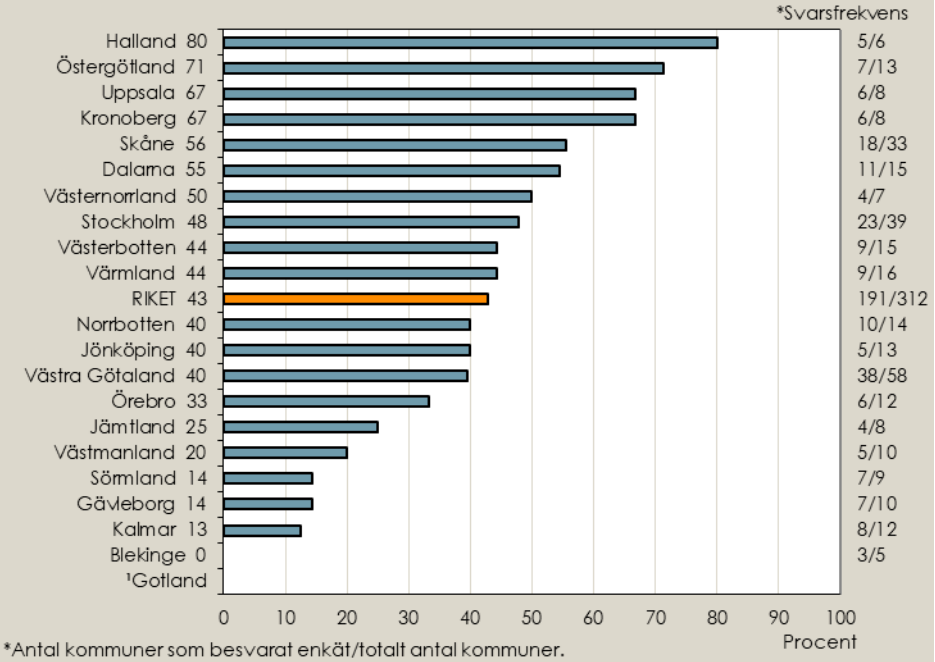
Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner för upprättande av ordinationer, år 2017.

Vårdform: kommuner	Rutiner för upprättande av ordinationer
Särskilt boende	43
Korttidsboende	43
Insatser i ordinärt boende	40

Källa: Socialstyrelsens enkät till kommuner och stadsdelar, 2018.

Diagram 4.4 Rutiner för ordination – kommun (särskilt boende)

Andel kommuner och stadsdelar som har rutiner inom särskilt boende för hur ordinationer upprättas för personer i behov av vård vid astma och KOL, år 2017.



*Antal kommuner som besvarat enkät/totalt antal kommuner.
¹Uppgift 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 behandlingen, 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.

Tillgång till astma- och KOL-mottagning i primärvården

En särskild mottagning för patienter med astma och KOL inom primärvården är ett sätt att organisera vården för dessa patientgrupper. Det finns kriterier för en godkänd astma- och KOL-mottagning som har tagits fram av nätverket för astma- och allergiintresserande allmänläkare (NAAKA) i samarbete med Astma-, Allergi- och KOL-sjuksköterskeföreningen (ASTA) [8]. I de nationella riktlinjernas avsnitt om interprofessionell samverkan nämns sådana astma- och KOL-mottagningar som ett sätt för primärvården att organisera vården av patienter med astma eller KOL [1].

Resultaten i detta avsnitt baseras på uppgifter från enkätundersökningen till primärvården.

Flera mottagningar anger att de har en särskild mottagning

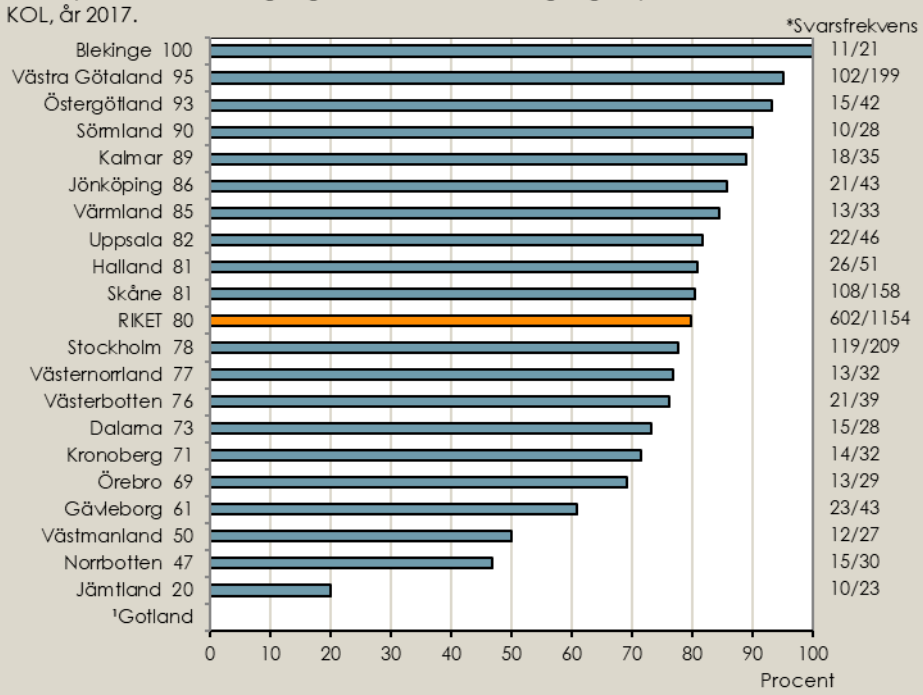
Av de primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten anger 80 procent att de har en särskild astma- och KOL-mottagning (diagram 5.1).

De primärvårdsmottagningar som svarat att de inte har särskild astma- och KOL-mottagning fick följdfrågan vad anledningen är till att det inte finns en sådan. Av enkätsvaren framkommer att de saknar ansvarig astma- och KOL-sjuksköterska med minst 15 högskolepoäng inom allergi, astma och KOL eller att de saknar ansvarig läkare för astma- och KOL-mottagningen eller att det inte finns tid avsatt för att bedriva en astma- och KOL-mottagning.

Några primärvårdsmottagningar anger att de har för få patienter med astma och KOL vilket gör att det inte är rimligt att så mycket tid avsätts för dessa patienter.

Diagram 5.1 Tillgång till astma- och KOL-mottagning – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar med särskild mottagning för patienter med astma och KOL, år 2017.



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

Bedömning av resultat

En välfungerande astma- och KOL-mottagning ökar möjligheten till tidig och korrekt diagnos. Personer med astma och KOL behöver regelbunden och strukturerad uppföljning för att kunna uppnå en så god sjukdomskontroll som möjligt. Eftersom astma- och KOL-sjuksköterskan fungerar som ”spindeln i nätet” är det viktigt att det avsätts tillräckligt med tid för astma- och KOL-mottagningen. Detta för att undvika kvalitetsförsämring med bland annat långa väntetider till utredning, behandling och uppföljning. Dessutom ska patienten vid behov få möjlighet till kontakt med astma- och KOL-sjuksköterskan för att få rådgivning, eftersom detta är en trygghetsfaktor för patienten.

Av de primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten anger 80 procent att de har en särskild astma- och KOL-mottagning. Det finns dock en stor spridning mellan landstingen (regionerna): från 20 till 100 procent.

Det är positivt att många primärvårdsmottagningar anger att de har en särskild astma- och KOL-mottagning. Resultatet bör tolkas med viss försiktighet eftersom en studie från Uppsala- och Örebroregionen år 2012 (PRAXIS-studien [9] visade att 87 procent av primärvårdsmottagningarna angav att de hade en särskild astma- och KOL-mottagning – men när man gick igenom kriterierna uppfyllde endast 9 procent av dessa mottagningar alla kriterier för en godkänd astma- och KOL-mottagning.

Spirometri vid diagnostik

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 [1].

För att diagnostisera KOL krävs att man kan påvisa permanent luftvägsobstruktion, (sänkt kvot FEV1/FVC), vilket görs med spirometri. Vid spirometrin mäts FEV1 (forcerad expiratorisk volym på en sekund) och FVC (forcerad vitalkapacitet) varvid kvoten FEV1/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. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

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 FEV1/FVC efter bronkdilatation till patienter med KOL (tabell 6.4).

Tabell 6.1 Spirometri vid astma – primärvård

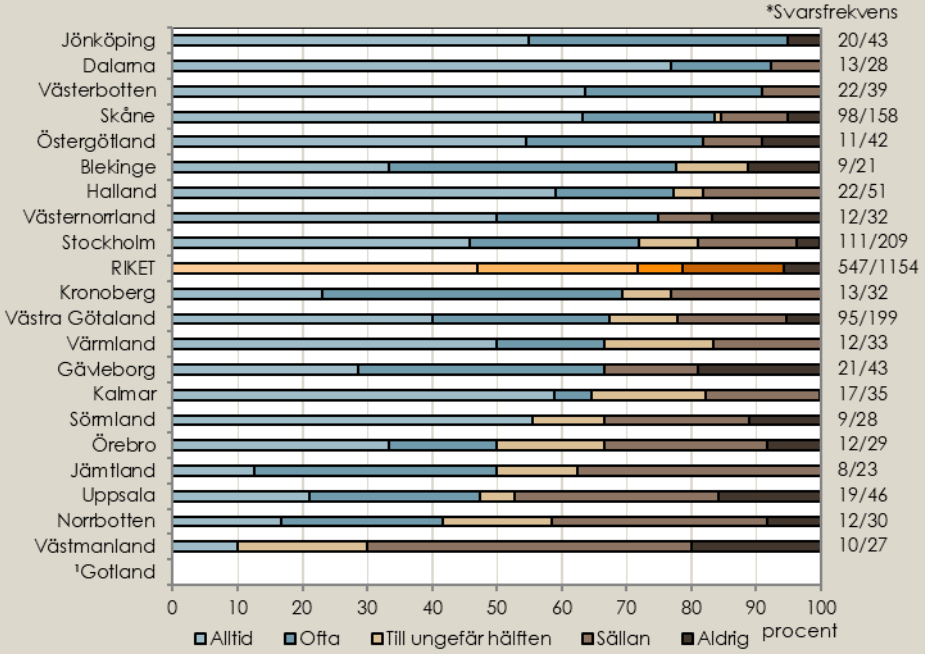
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder spirometri med reversibilitetstest vid diagnostisering av astma, år 2017.

	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.
¹För 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

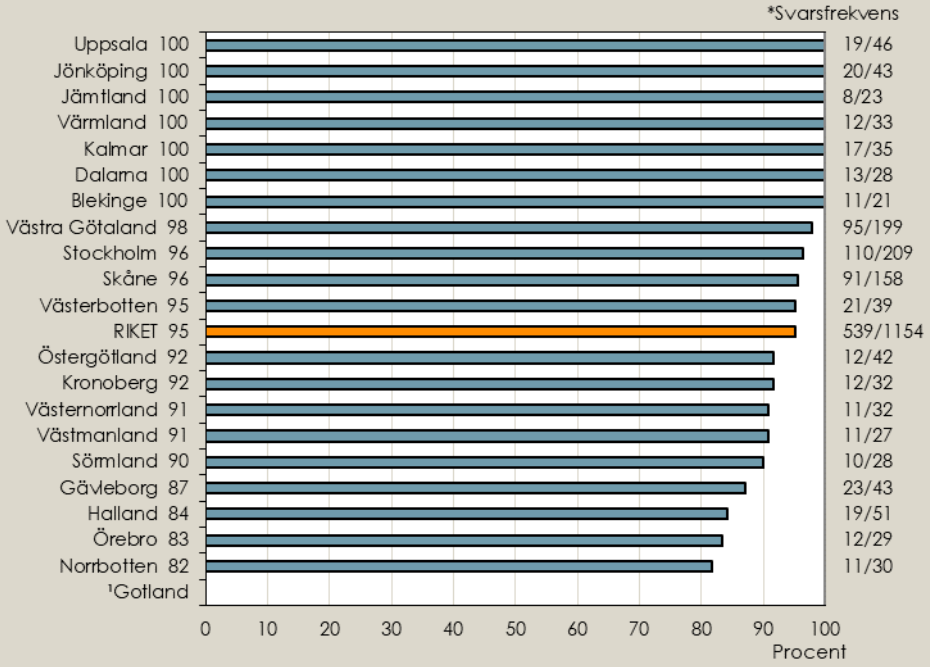
Andel primärvårdsmottagningar och sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder mätning av FEV_1/FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL, år 2017.

	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.
¹För 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 FEV1/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)

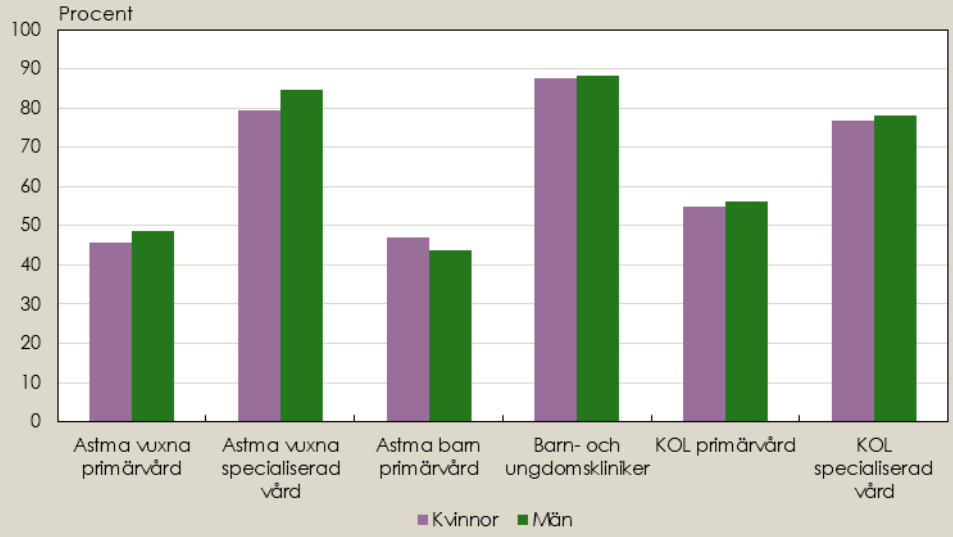
År 2017 rapporterades 10 551 barn och ungdomar (6–17 år) med astma för indikatorn *Spirometri vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 65 procent av dessa (6 908 patienter) genomgått spirometri med reversibilitetstest det året. Diagram 6.3 är uppdelat på primärvård och barn- och ungdomskliniker.

FEV1/FVC efter bronkdilatation vid KOL (indikator 4.1)

År 2017 rapporterades 31 568 patienter med KOL för indikatorn *FEV1/FVC efter bronkdilatation*. Enligt Luftvägsregistret hade 57 procent av dessa (17 929 patienter) genomgått mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation det året. Diagram 6.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

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, visas inte i tabell).

Män med KOL genomgick mätning av FEV1/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 FEV1/FVC återfanns bland både kvinnor och män.

Tabell 6.5 Spirometri vid astma efter utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos, vuxna

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

		Antal med insats (%)	Relativ förekomst (95% ki)
Kön	Män	15 892 (47,4)	1,06 (1,04–1,08)
	Kvinnor	25 202 (44,5)	1 (ref.)
Utbildning[1]	Låg	18 317 (46,1)	1,07 (1,04–1,10)
	Medel	12 630 (46,2)	1,04 (1,02–1,07)
	Hög	9735 (44,3)	1 (ref.)
Födelseland[1]	Övriga världen	4257 (40,6)	0,87 (0,83–0,92)
	EU	1444 (43,7)	0,95 (0,90–1,00)
	Norden	1443 (39,9)	0,86 (0,84–0,89)
	Sverige	32 705 (46,6)	1 (ref.)
Psykiatrisk diagnos[2]	Ja	3874 (41,4)	0,89 (0,86–0,92)
	Nej	37 220 (46,1)	1 (ref.)

[1]Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

[2]Avser psykiatriska diagnoser F1-F9 under 5 år innan eller i samband med astma-vårdbesök.

Källa: Luftvägsregistret, Utbildningsregistret (SCB) och patientregistret.

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 angett att de erbjuder spirometri vid diagnostik. Inom den specialiserade barnsjukvården är förhållandet detsamma, i princip alla mottagningar erbjuder spirometri 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 utebliven 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.

Allergiutredning barn och ungdomar

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.

Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningen till primärvården och till barn- och ungdomskliniker samt på data från Luftvägsregistret.

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

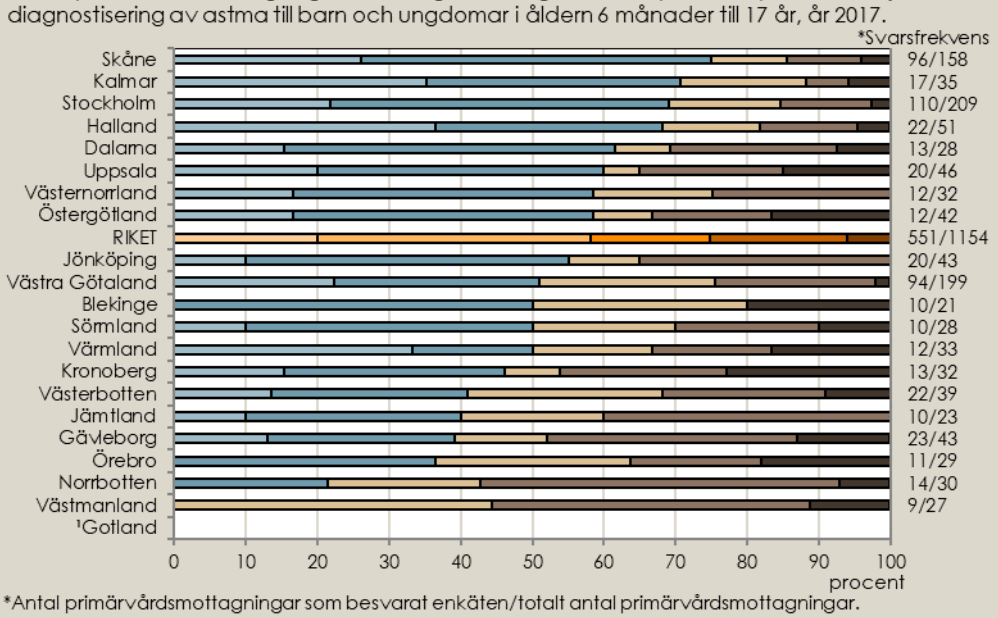
Andel primärvårdsmottagningar och barn- och ungdomskliniker som erbjuder barn och ungdomar (6 månader–17 år) allergiutredning med blodprov eller pricktest vid diagnostisering av astma, år 2017.

	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.
¹För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

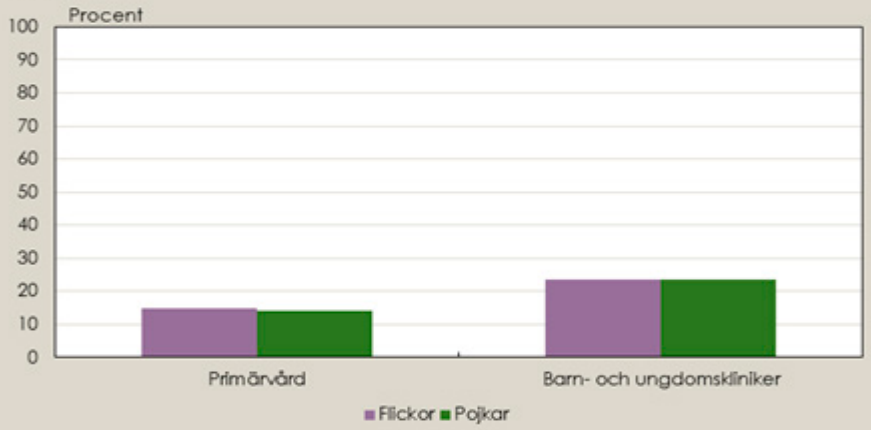
Indikator för allergiutredning vid astma (3.2)

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) 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.

Tabell 7.2 Allergiutredning vid astma efter utbildning och födelseland, barn och ungdomar

Jämförelser efter kön, föräldrars utbildning och födelseland bland barn 12-17 år, år 2016–2017. De relativa förekomsterna är justerade för ålder + variablerna i tabellen.

		Antal med insats (%)	Relativ förekomst (95% ki)
Kön	Pojkar	1011 (19,3)	1,05 (0,96–1,15)
	Flickor	834 (18,3)	1 (ref.)
Föräldrars utbildning[1]	Låg	263 (15,6)	0,76 (0,66–0,87)
	Medel	678 (18,3)	0,88 (0,80–0,98)
	Hög	902 (20,7)	1 (ref.)
Födelseland[1]	Övriga världen	59 (16,1)	0,88 (0,68–1,14)
	EU	22 (19,3)	1,06 (0,69–1,61)
	Norden	13 (24,1)	1,29 (0,75–2,23)
	Sverige	1698 (19,0)	1 (ref.)

[1]Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

Källa: Luftvägsregistret, Utbildningsregistret (SCB) och patientregistret

Bedömning av resultat

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör landstingen och regionerna erbjuda riktad allergiutrednings med blodprov eller pricktest [1]. 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.

Rökstopp vid astma och KOL

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].

Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

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

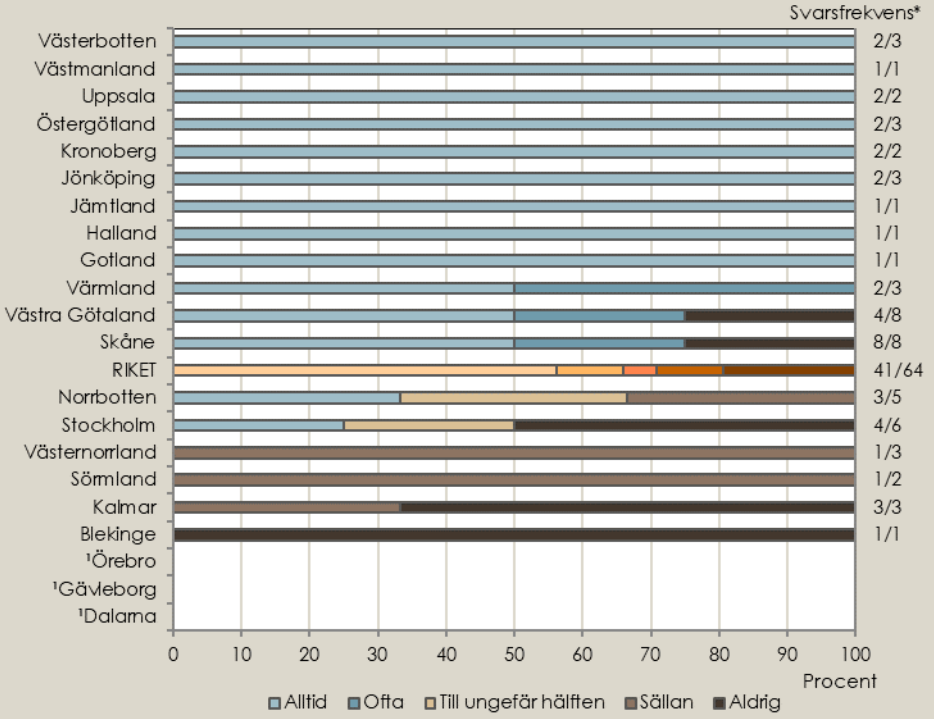
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder rökavvänjning till patienter som röker vid besök för kontroll av astma och KOL, år 2017.

	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.
¹Uppgift 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)

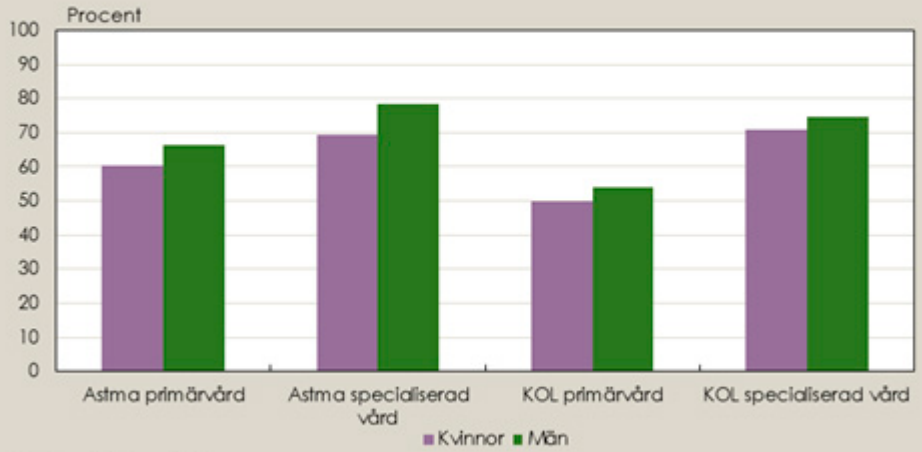
År 2017 rapporterades 12 914 patienter med astma 18 år eller äldre för indikatorn *Rökstopp vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 63 procent av dessa (8 137 patienter) angett att de inte längre röker. Diagram 8.2 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

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 och 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 medelhögt 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.

Tabell 8.3 Rökstopp vid astma efter utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos, vuxna

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

		Antal som slutat röka (%)	Relativ förekomst (95% ki)
Kön	Män	5772 (65,2)	1,10 (1,06–1,14)
	Kvinnor	8267 (59,2)	1 (ref.)
Utbildning[1]	Låg	7749 (60,0)	0,81 (0,78–0,85)
	Medel	3814 (61,0)	0,91 (0,86–0,96)
	Hög	2366 (69,1)	1 (ref.)
Födelseland[1]	Övriga världen	1007 (43,3)	0,76 (0,71–0,82)
	EU	596 (56,9)	0,88 (0,82–0,96)
	Norden	695 (61,3)	0,89 (0,83–0,97)
	Sverige	11 438 (64,4)	1 (ref.)
Psykiatrisk diagnos[2]	Ja	1125 (38,6)	0,71 (0,66–0,75))
	Nej	12 914 (64,9)	1 (ref.)

[1]Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.
[2]Avser psykiatriska diagnoser F1-F9 under 5 år innan eller i samband med astma-vårdbesök.
Källa: Luftvägsregistret, Utbildningsregistret (SCB) och patientregistret.

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

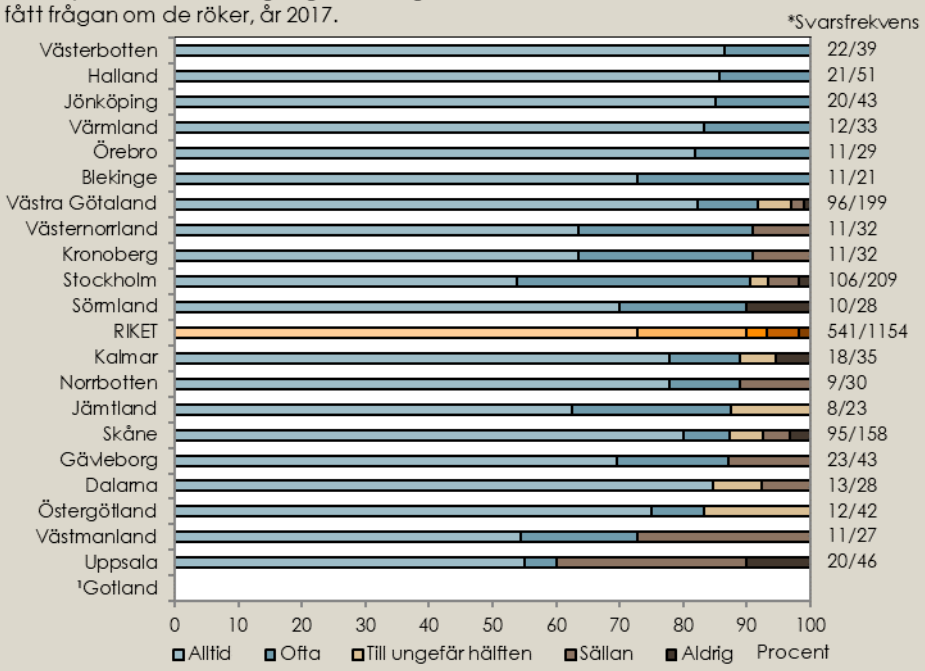
Andel primärvårdsmottagningar och barn- och ungdomskliniker som frågar ungdomar (12–17 år) om de röker vid besök för kontroll av astma, år 2017.

	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

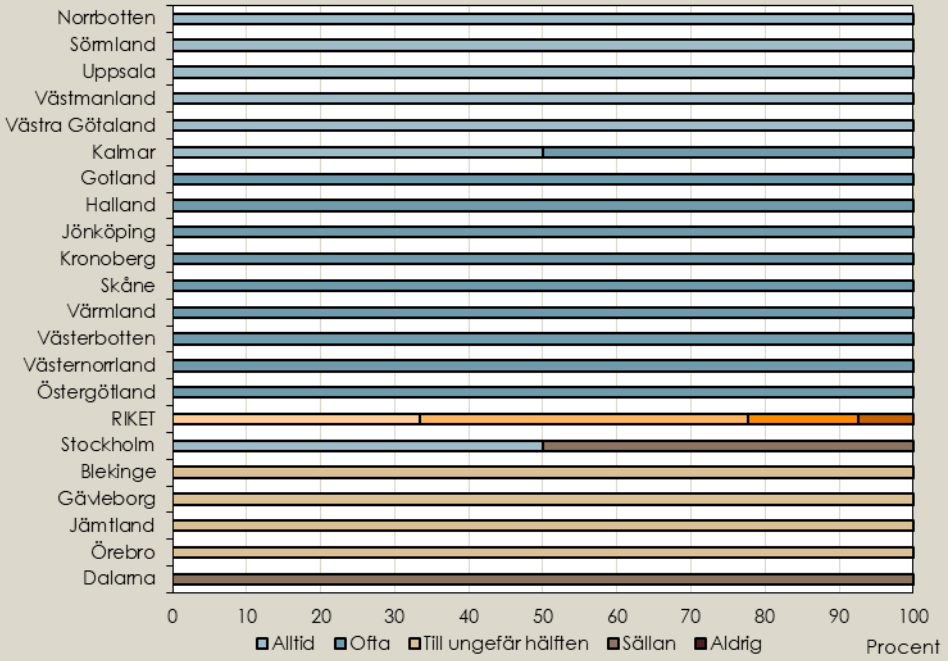
Andel primärvårdsmottagningar där ungdomar 12-17 år vid besök för kontroll av astma fått frågan om de röker, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
¹För 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.

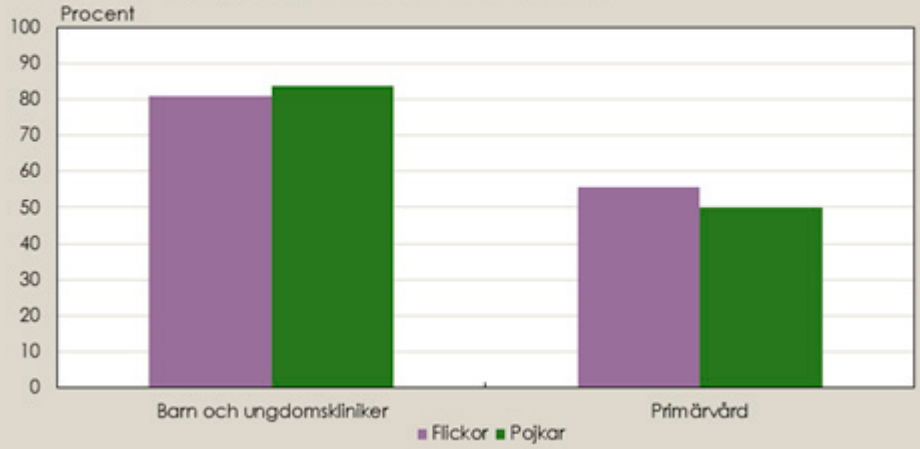
Indikator fråga om rökning (3.4)

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 ungdomskliniker.

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 [10]. 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 [11].

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.

Patientutbildning

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.

Detta avsitt beskriver hur primärvården och den specialiserade vården arbetar med strukturerad patientutbildning vid astma och KOL. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

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 primärvårdsmottagningarna 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 (tabell 9.2).

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

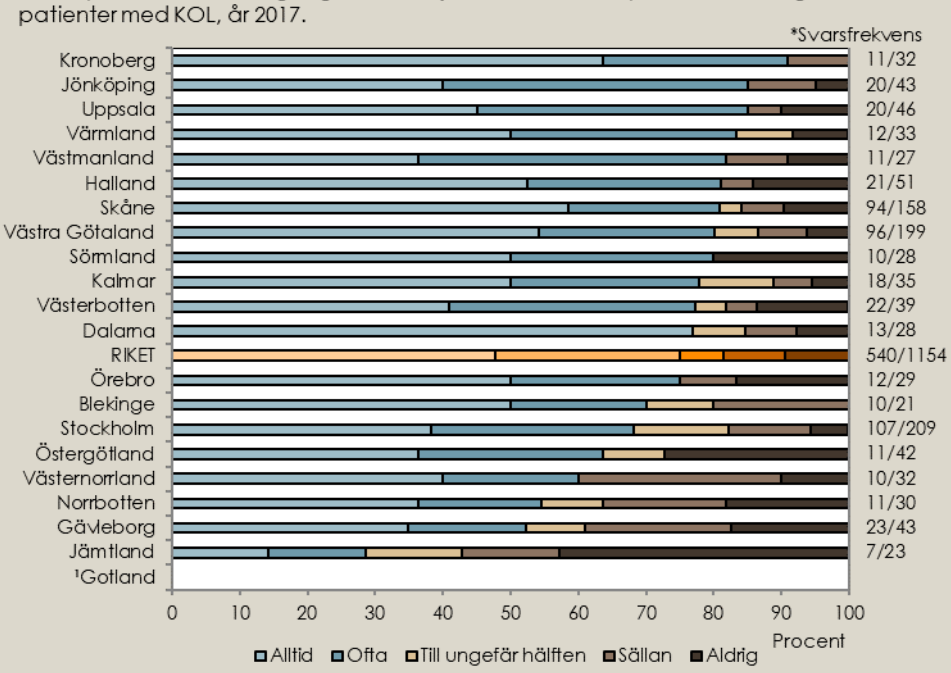
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med astma och KOL, år 2017.

	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 enkät/totalt antal primärvårdsmottagningar.
¹För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Utbildning i inhalationsteknik

Tabell 9.2 Utbildning i inhalationsteknik – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar där patienterna får information om inhalatorerna och genomgår utbildning i inhalationsteknik när det gäller astma och KOL, år 2017.

	Astma (ungdomar 12-17 år)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Ja	92	97	98
Nej	8	3	2

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

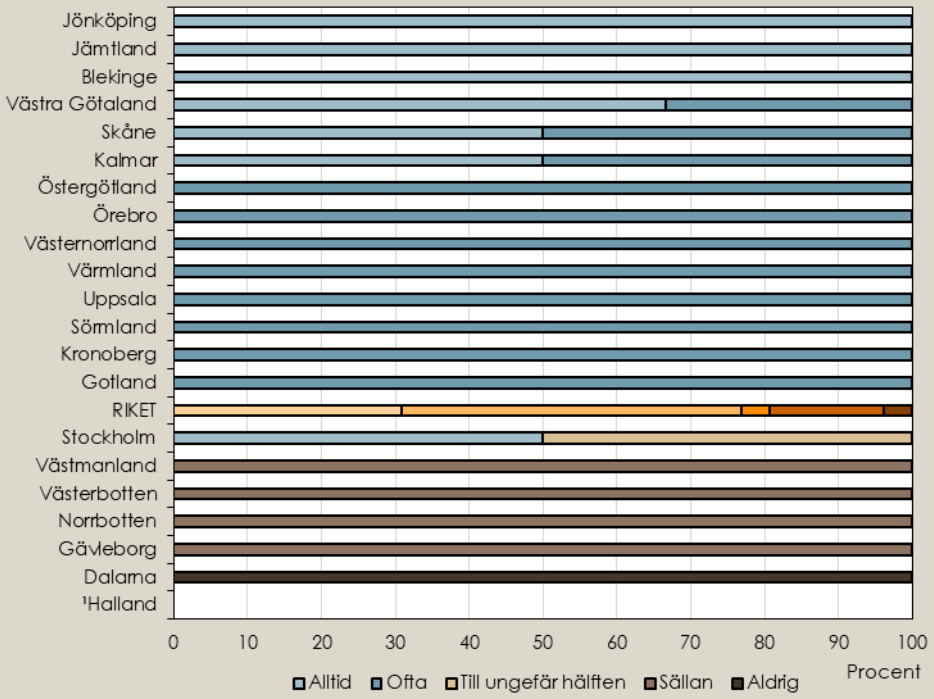
Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder strukturerad patientutbildning till barn och ungdomar med astma, år 2017.

	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.



¹Uppgift 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 har anget att det i patientutbildningen ingår information om inhalatorerna och utbildning i inhalationsteknik (tabell 9.5).

I kommentarerna anger flera kliniker att de inte har så många astmapatienter 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 och behöver nya, specialpreparat 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

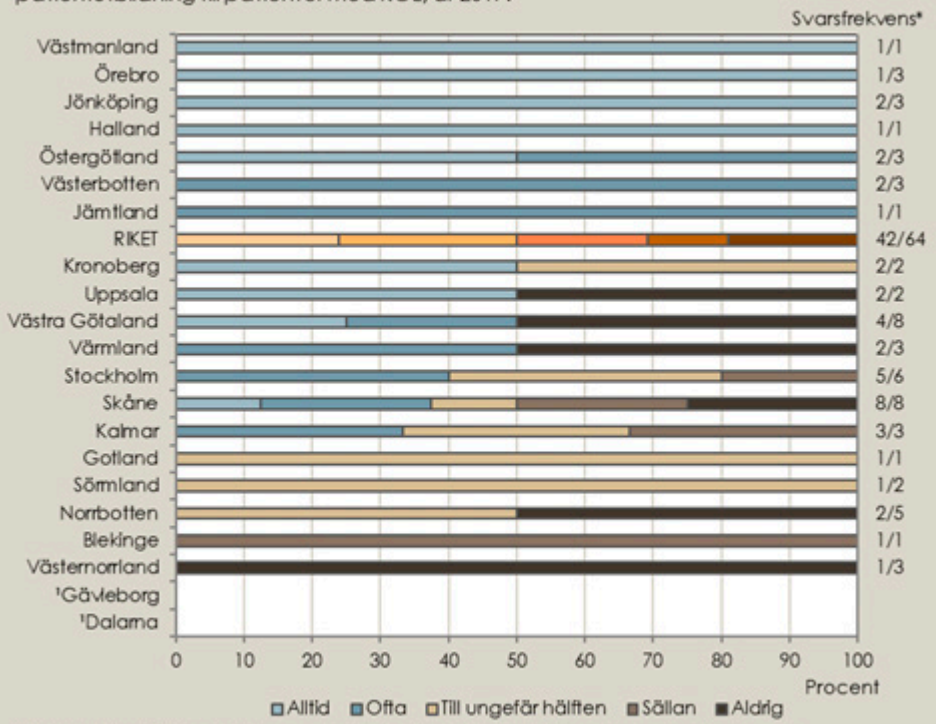
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder strukturerad patientutbildning till patienter med astma respektive KOL, år 2017.

	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.
¹Uppgift saknas.
Källa: Socialstyrelsens enkät till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Utbildning i inhalationsteknik sjukhuskliniker

Tabell 9.5 Utbildning i inhalationsteknik – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL där patienterna får information om inhalatorerna och genomgår utbildning i inhalationsteknik när det gäller astma och KOL, år 2017.

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Ja	95	95
Nej	5	5

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 personer) 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)

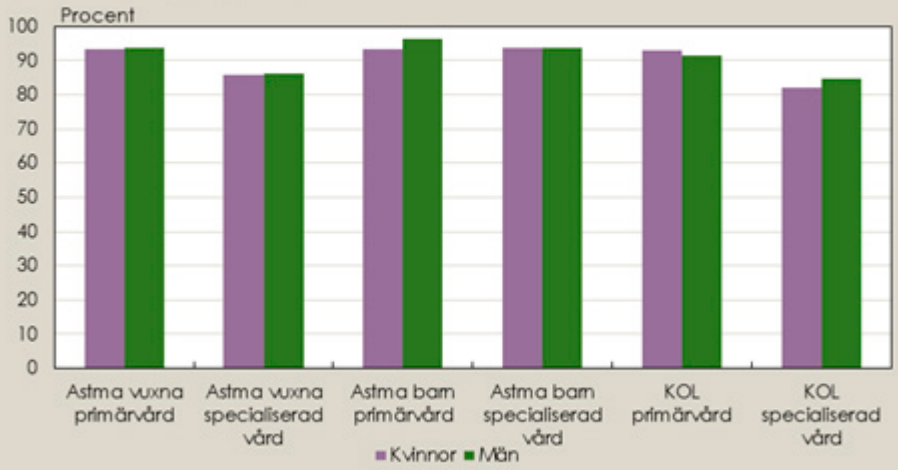
År 2017 rapporterades 2 859 ungdomar (12–17 år gamla) med astma för indikatorn *Patientutbildning*. Enligt Luftvägsregistret hade 94 procent av dessa (2 689 ungdomar) genomgått strukturerad patientutbildning, individuellt eller i grupp. Diagram 9.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

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 personer) 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 med 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 (diagram 9.5). Av enkätens kommentarer framgår dock att ett flertal av primärvårdsmottagningarna inte har ansvar för barn – ibland inte heller för ungdomar – varför dessa i stället remitteras till en barnmottagning eller ungdomsklinik. Av barn- och ungdomsklinikerna är det 71 procent som anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder föräldrautbildning (diagram 9.6).

Tabell 9.6 Föräldrautbildning

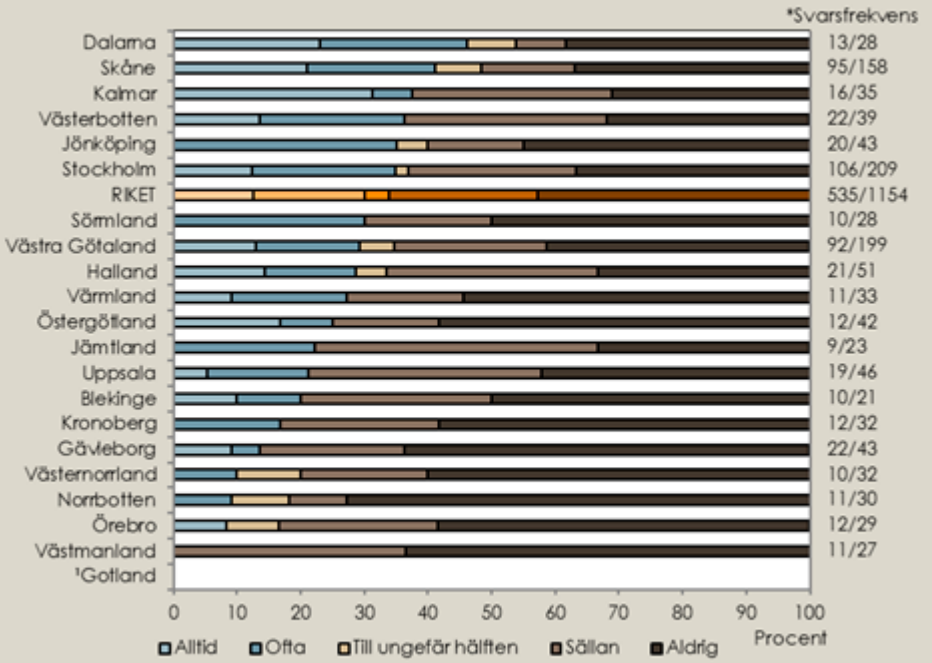
Andel barn- och ungdomskliniker och primärvårdsmottagningar som erbjuder föräldrautbildning till föräldrar som har barn eller ungdomar med astma, år 2017.

	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 9.5 Föräldrautbildning vid astma - primärvård

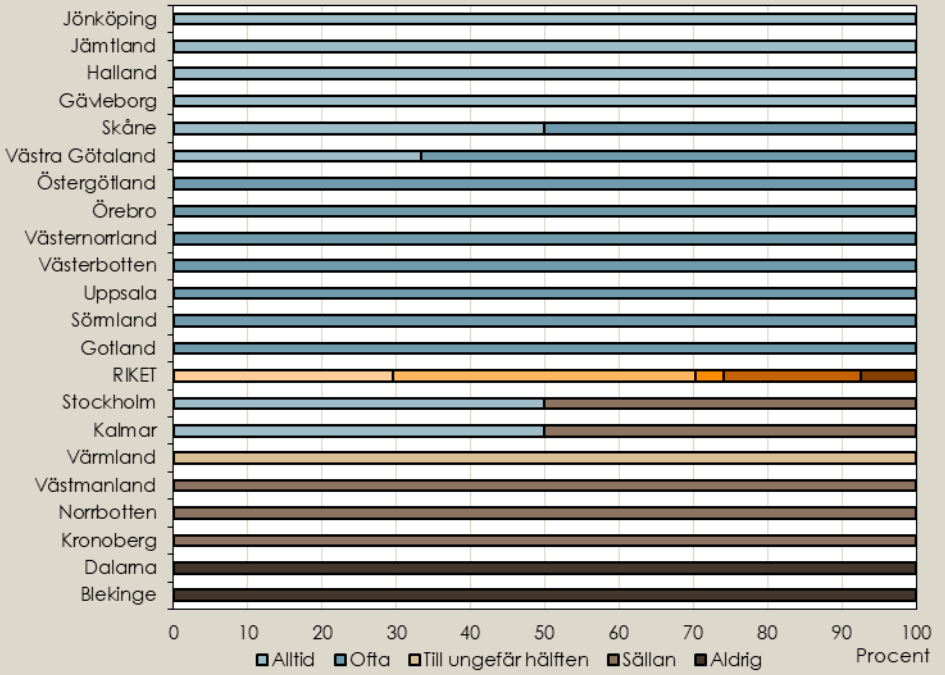
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder föräldrautbildning till föräldrar som har barn eller ungdomar med astma, år 2017.



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
¹För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät 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 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 verkligheten 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.

Skriftlig behandlingsplan

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 [1].

Skriftliga behandlingsplaner bör 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. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

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 [12] .

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 [13].

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

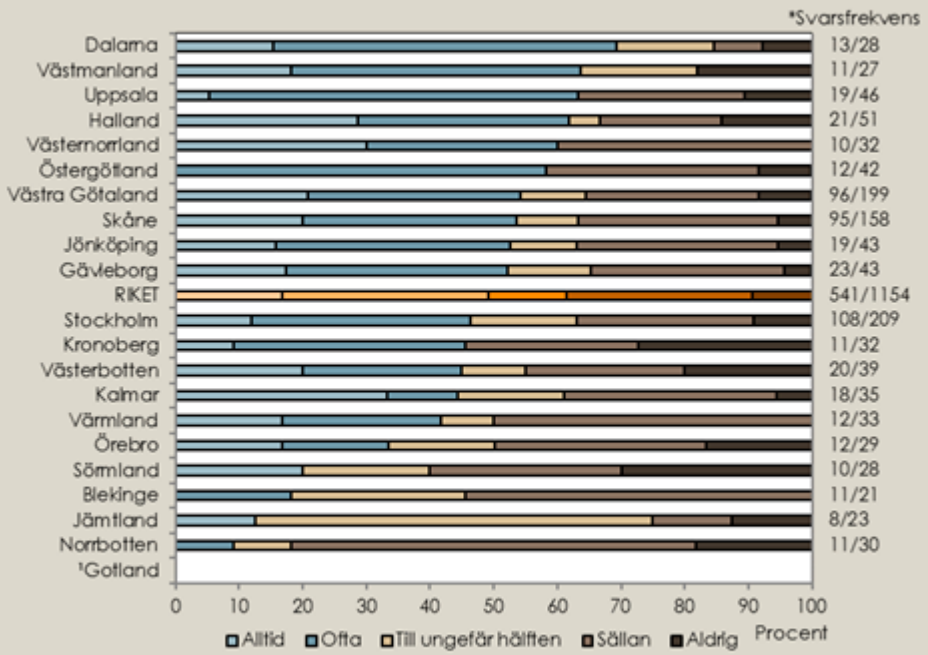
Andel primärvårdsmottagningar som angett att patienter med astma respektive KOL har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.

	Astma (barn och ungdomar)	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.



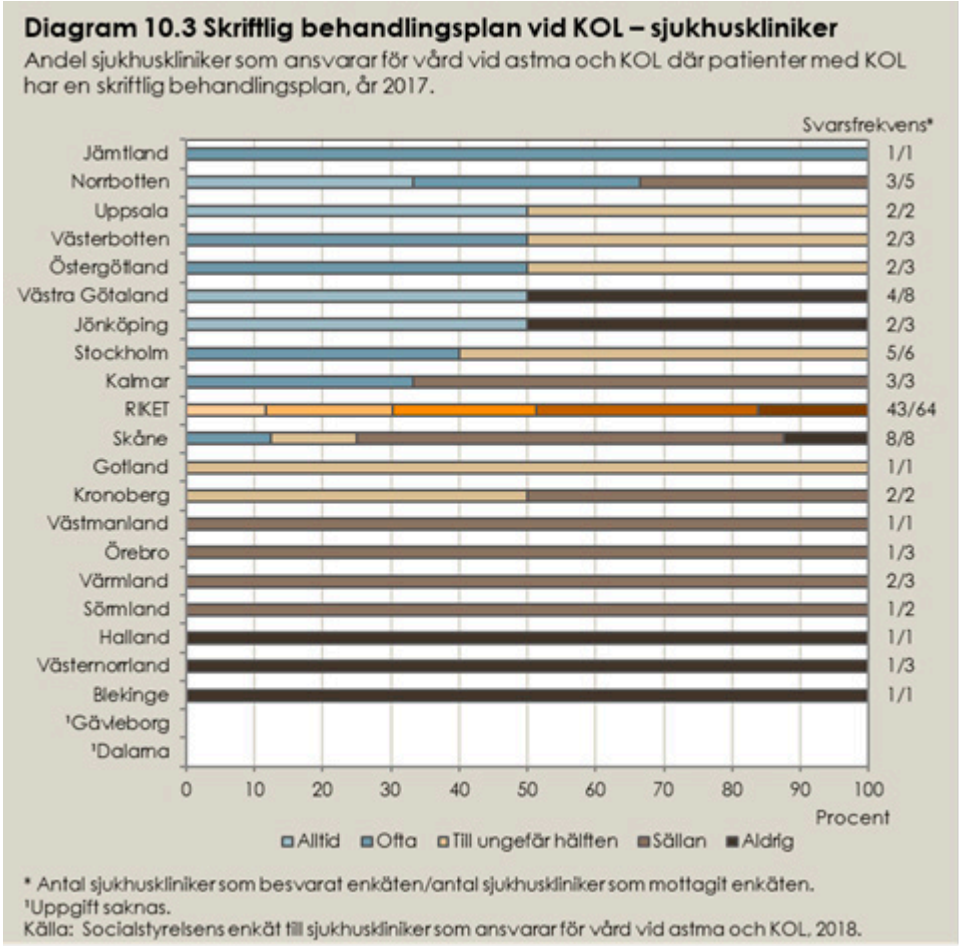
*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
¹För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

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.



Tabell 10.3 Skriftlig behandlingsplan – sjukhuskliniker

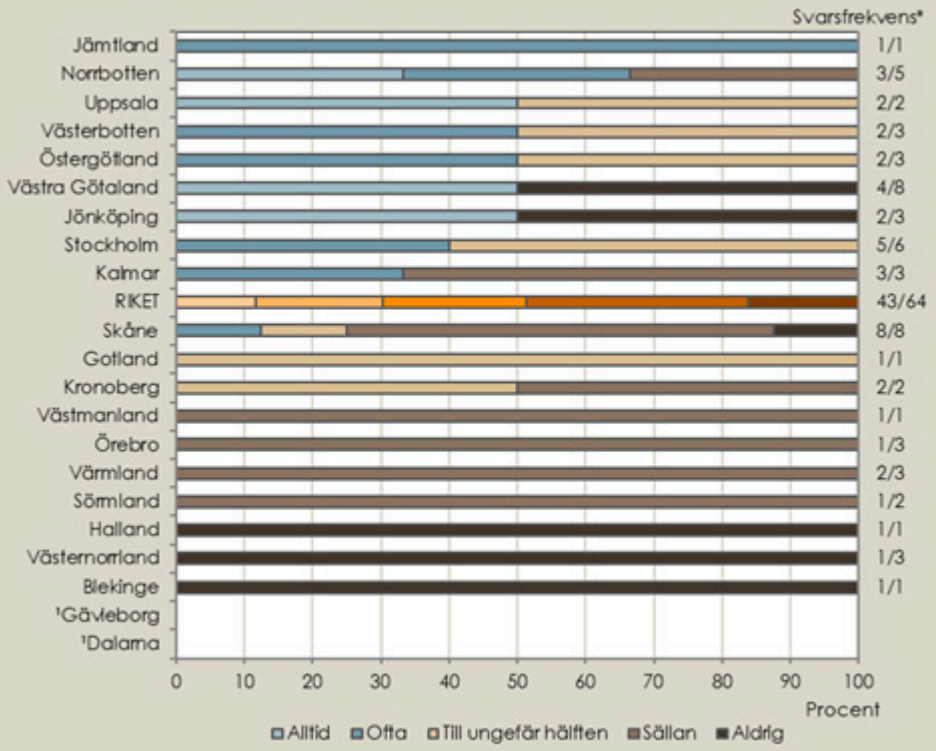
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som angett att patienter med astma och KOL har en skriftlig behandlingsplan, år 2017.

	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.
¹Uppgift 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 behandlingsplan. Diagram 10.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

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

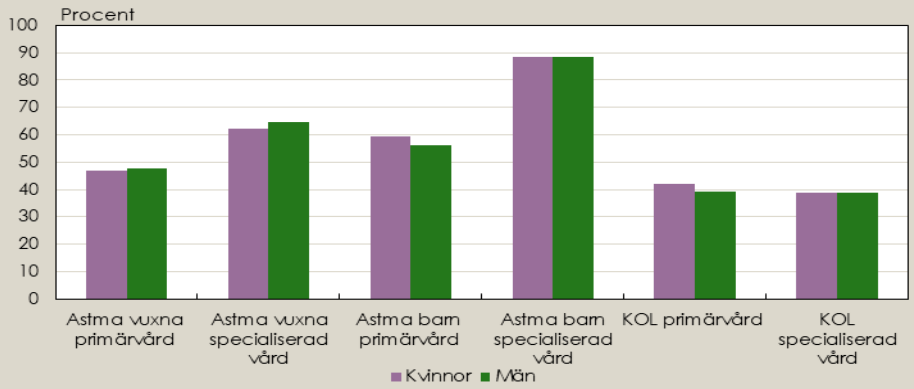
År 2017 rapporterades 3 351 barn och ungdomar (6 månader–17 år) med astma för indikatorn *Skriftlig behandlingsplan*. Enligt Luftvägsregistret hade 81 procent av dessa (2 725 barn och ungdomar) fått en skriftlig behandlingsplan. Diagram 10.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

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.

Strukturerade frågeformulär – ACT och CAT

För att kunna optimera behandlingen vid astma eller KOL och för att förebygga framtida försämringsperioder är det viktigt att följa patienters sjukdomsutveckling. Uppföljningar kan göras med spirometri, men en sådan lungfunktionsmätning är inte alltid tillräcklig.

Ett viktigt komplement till spirometri är validerade frågeformulär där patienten får skatta bland annat symtom, livskvalitet och funktionalitet. Strukturerade frågeformulär kan enligt de nationella riktlinjerna både ge patienten och vårdgivaren en samlad bild över vilka problem som finns, så att det går att sätta upp gemensamma behandlingsmål. Kvalitetssäkrade och standardiserade instrument innebär dessutom att bedömningen blir likartad oavsett var man söker vård. För barn som är mellan fyra och sex år är det särskilt viktigt med frågeformulär, eftersom dessa oftast inte kan genomföra lungfunktionstest.

Frågeformulären ACT (Asthma Control Test) och CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) ger relevant information om patientens symtom, vilket kan vara till hjälp för att ge korrekt behandling och för att förebygga försämringar. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

ACT och CAT erbjuds i varierande omfattning

Omkring 80 procent av primärvårdsmottagningarna anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder patienter med astma respektive KOL en bedömning med hjälp av frågeformulären ACT och CAT. När det gäller barn och ungdomar erbjuder omkring 60 procent av primärvårdsmottagningarna motsvarande. metod för bedömning (tabell 11.1)..

Samtliga barn- och ungdomskliniker erbjuder ”alltid” eller ”ofta” bedömning av hälsostatus med det strukturerade frågeformuläret ACT till ungdomar som är tolv år eller äldre, samt med formuläret *Child ACT* (C-ACT) till barn som är mellan fyra och elva år (tabell 11.2).

Sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger att omkring 70 procent av klinikerna ”alltid” eller ”ofta” erbjuder de strukturerade frågeformulären ACT och CAT till patienter med astma respektive KOL (tabell 11.3).

Socialstyrelsen har frågat patientorganisationerna Riksförbundet Hjärt-Lung och Astma- och Allergiförbundet om de som organisation kunde besvara frågan om i vilken utsträckning organisationens medlemmar har fått bedöma sin hälsostatus med de strukturerade frågeformulären ACT och

CAT. Båda patientorganisationerna svarade att de uppfattade att deras medlemmar sällan fått hälsostatus bedömt med de strukturerade frågeformulären.

Tabell 11.1 Strukturerade frågeformulär – primärvård

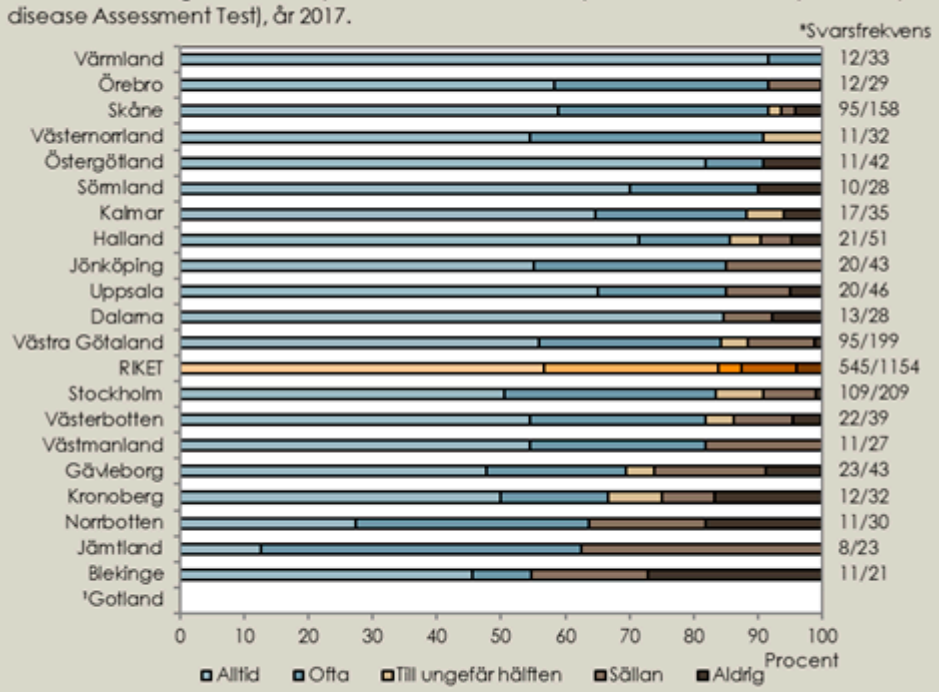
Andel primärvårdsmottagningar som angett i vilken utsträckning de erbjuder bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär till patienter med astma respektive KOL, år 2017.

	ACT (barn och ungdomar)	ACT (18 år och äldre)	CAT (KOL)
Alltid	35	49	57
Ofta	25	30	27
Till ungefär hälften	6	5	4
Sällan	22	11	8
Aldrig	12	5	4

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 11.1 Strukturerade frågeformulär vid KOL - primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär till patienter med KOL: CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test), år 2017.



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

Tabell 11.2 Strukturerade frågeformulär – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som angett i vilken utsträckning de erbjuder bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär till barn och ungdomar med astma, 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	67
Ofta	33
Till ungefär hälften	0
Sällan	0
Aldrig	0

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

Tabell 11.3 Strukturerade frågeformulär – sjukhuskliniker

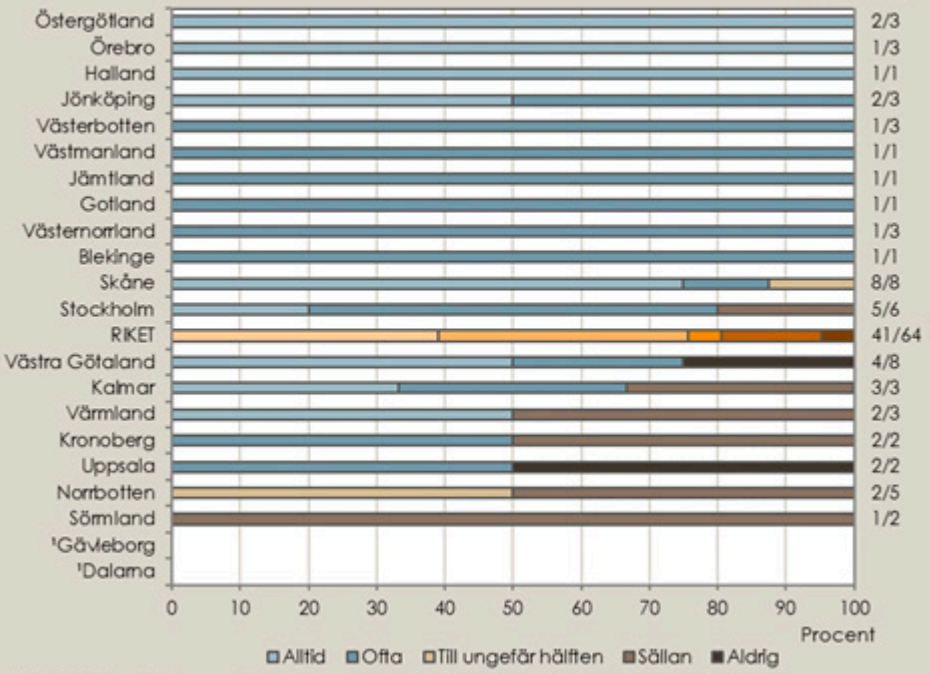
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som angetti vilken utsträckning de erbjuder bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär till patienter med astma respektive KOL, år 2017.

	ACT (18 år och äldre)	CAT (KOL)
Alltid	43	38
Ofta	30	36
Till ungefär hälften	5	5
Sällan	13	14
Aldrig	9	7

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

Diagram 11.2 Strukturerade frågeformulär vid KOL – sjukhuskliniker

Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL där bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär erbjuds till patienter med KOL. CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test), år 2017.



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

Indikatorer för strukturerade frågeformulär

Indikatorerna mäter andelen patienter med astma respektive KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär – ACT vid astma (Asthma Control Test) och CAT vid KOL (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test).

Rekommendationerna har i de nationella riktlinjerna fått prioritet 3 för astma och prioritet 2 för KOL. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 95 procent både för primärvård och för specialiserad vård. Data har inhämtats från Luftvägsregistret

ACT vid astma hos vuxna (indikator 2.2)

År 2017 rapporterades 49 333 patienter (18 år eller äldre) med astma för indikatorn *Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 34 procent av dessa (16 879 patienter) fått bedömning av hälsostatus med det strukturerade frågeformuläret ACT vid besök för kontroll av astma. Diagram 11.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

ACT vid astma hos barn och ungdomar (indikator 3.3)

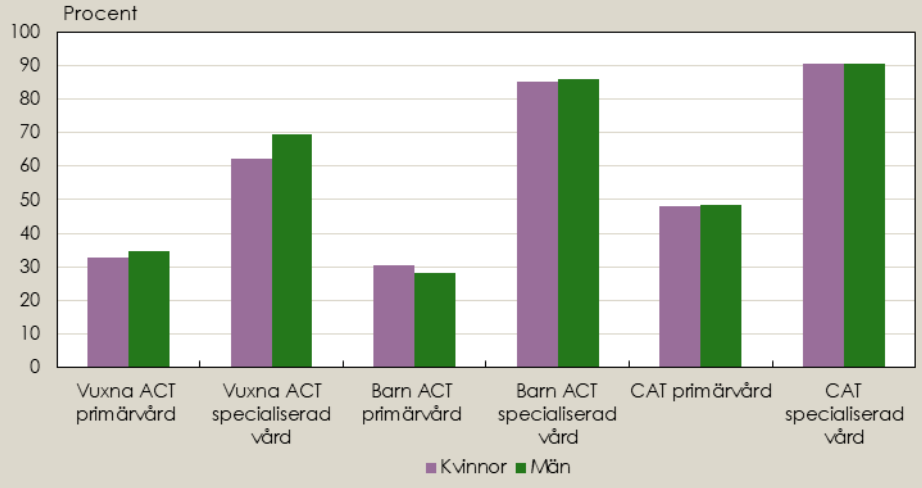
År 2017 rapporterades 11 751 barn och ungdomar (4–17 år) med astma för indikatorn *Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma*. Enligt Luftvägsregistret hade 55 procent (6 486 barn och ungdomar) fått bedömning av hälsostatus med det strukturerade frågeformuläret ACT vid besök för kontroll av astma. Diagram 11.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

CAT vid KOL (indikator 4.2)

År 2017 rapporterades 31 775 patienter (18 år eller äldre) med KOL för indikatorn *Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL*. Enligt Luftvägsregistret hade 51 procent (16 115 patienter) fått bedömning av hälsostatus med det strukturerade frågeformuläret CAT vid besök för kontroll av KOL. Diagram 11.3 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 11.3 Strukturerade frågeformulär ACT och CAT

Andelen patienter med astma respektive KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning av hälsostatus med strukturerade frågeformulär, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Jämförelser utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos

Män fick bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT i något högre utsträckning än kvinnor, medan inga väsentliga skillnader fanns mellan utbildningsgrupper (tabell 11.4). Däremot fick personer födda utanför Sverige strukturerad bedömning i signifikant lägre utsträckning än födda i Sverige, framför allt de med ursprung utanför EU och då hänsyn tagits till kön, ålder, utbildning och psykiatrisk diagnos. Personer som haft en psykiatrisk diagnos fick också insatsen i signifikant lägre utsträckning än övriga astmapatienter. För samtliga jämförelser fanns samma mönster bland både kvinnor och män.

Tabell 11.4 ACT vid astma efter utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos, vuxna

Jämförelser efter kön, utbildning, födelseland samt förekomst av psykiatrisk diagnos bland personer 18-89 år, år 2016–2017. Relativa förekomster justerade för ålder + övriga bakgrundsvariabler i tabellen.

		Antal med insats (%)	Relativ förekomst (95% ki)
Kön	Män	10 960 (32,7)	1,04 (1,01–1,06)
	Kvinnor	17 514 (30,9)	1 (ref.)
Utbildning[1]	Låg	11 951 (30,1)	1,00 (0,97–1,03)
	Medel	9131 (33,4)	1,03 (1,00–1,07)
	Hög	7171 (32,6)	1 (ref.)
Födelseland[1]	Övriga världen	2633 (25,1)	0,74 (0,72–0,78)
	EU	880 (26,6)	0,84 (0,78–0,90)
	Norden	891 (24,6)	0,81 (0,75–0,86)
	Sverige	23 240 (33,1)	1 (ref.)
Psykiatrisk diagnos[2]	Ja	2622 (28,0)	0,83 (0,80–0,87)
	Nej	25 852 (32,0)	1 (ref.)

[1]Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

[2]Avser psykiatriska diagnoser F1-F9 under 5 år innan eller i samband med astma-vårdbesök.

Källa: Luftvägsregistret, Utbildningsregistret (SCB) och patientregistret.

Bland barn med astma fick pojkar och fickor bedömning med strukturerat frågeformulär i ungefär samma utsträckning oavsett föräldrars utbildningsnivå medan barn födda utanför Sverige verkade få insatsen i lägre utsträckning. Exempelvis fick 52 procent av barn födda utanför EU bedömningen, i jämförelse med 60 procent bland svenskfödda barn

Män och kvinnor med KOL fick bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT i lika stor utsträckning. När det gäller personernas utbildningsnivå framkom inte heller några större skillnader. Däremot fick personer födda utanför Sverige bedömningen i signifikant lägre utsträckning än födda i Sverige, framför allt de med ursprung utanför EU och då hänsyn tagits till kön, ålder, utbildning och psykiatrisk diagnos. Personer som haft en psykiatrisk diagnos fick också insatsen i signifikant lägre utsträckning än övriga astmapatienter. För samtliga jämförelser fanns samma mönster bland både kvinnor och män.

Tabell 11.5 CAT vid KOL efter utbildning, födelseland och psykiatrisk diagnos, vuxna

Jämförelser efter kön, utbildning, födelseland samt förekomst av psykiatrisk diagnos bland personer 18-89 år, år 2016–2017. Relativa förekomster justerade för ålder +övriga bakgrundsvariabler i tabellen.

		Antal med insats (%)	Relativ förekomst (95% ki)
Kön	Män	11 793 (47,6)	1,02 (0,99–1,04)
	Kvinnor	15 427 (47,6)	1 (ref.)
Utbildning[1]	Låg	19 411 (48,3)	1,05 (1,01–1,10)
	Medel	5233 (46,9)	1,02 (0,97–1,07)
	Hög	2347 (45,8)	1 (ref.)
Födelseland[1]	Övriga världen	1193 (35,2)	0,73 (0,69–0,78)
	EU	1241 (41,4)	0,85 (0,80–0,90)
	Norden	1831 (42,5)	0,87 (0,83–0,91)
	Sverige	22 533 (49,3)	1 (ref.)
Psykiatrisk diagnos[2]	Ja	2322 (41,4)	0,86 (0,82–0,89)
	Nej	24 898 (48,2)	1 (ref.)

[1]Bortfall medför att summeringarna av undergrupperna inte ger lika antal.

[2]Avser psykiatriska diagnoser F1-F9 under 5 år innan eller i samband med KOL-vårdbesök.

Källa: Luftvägsregistret, Utbildningsregistret (SCB) och patientregistret.

Bedömning av resultat

I behandlingen av astma och KOL är symtomkontroll viktigt, där de validerade frågeformulären ACT och CAT är enkla verktyg som mäter hur väl behandlingsmålen nås för patienterna [1]. Verktygen frågeformulären är så viktiga att Socialstyrelsen rekommenderat mycket höga nationella målnivåer där minst 95 procent av patienter med astma respektive KOL bör få bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär [7].

Enligt data från Luftvägsregistret har användandet av ACT och CAT ökat betydligt de senaste åren, både inom primärvården den specialiserade vården.

Särskilt inom den specialiserade barnsjukvården och den specialiserade KOL-sjukvården närmar sig resultaten den nationella målnivån, och de övriga vårdenheterna är på god väg.

Även om utvecklingen är positiv menar Socialstyrelsen att landstingen och regionerna behöver säkerställa att ännu fler patienter erbjuds bedömning av hälsostatus med ACT och CAT.

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. Personer med KOL som har BMI (body mass index) lägre än 22 räknas som undernärda. Det är viktigt att kontinuerligt följa vikten hos patienter med KOL för att kunna sätta in åtgärder i rätt tid [1]. Nutritionsåtgärd har därmed en central roll i behandlingen av KOL. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningar till primärvården och till de sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

Nutritionsåtgärd erbjuds

Omkring 90 procent av primärvårdsmottagningarna och sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger att de erbjuder nutritionsåtgärd till patienter med KOL som har BMI lägre än 22 vid besök för kontroll av KOL (tabell 12.1).

Tabell 12.1 Nutritionsåtgärd

Andel primärvårdsmottagningar och sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder nutritionsåtgärd till patienter med KOL som har BMI<22 vid besök för kontroll av KOL, år 2017.

Vårdform	
Primärvård	89
Sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL	93

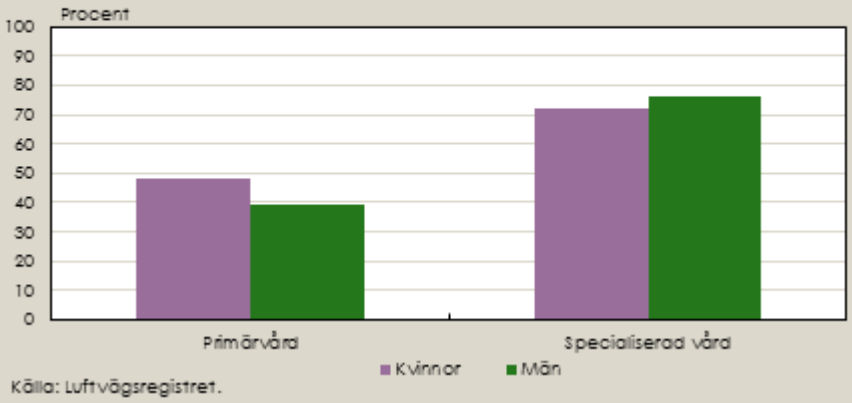
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården och till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL, 2018.

Indikator för nutritionsåtgärd vid lågt BMI (4.15)

Indikatorn mäter andelen patienter 18 år eller äldre med KOL och BMI lägre än 22 som vid besök för kontroll av KOL har blivit erbjuden nutritionsåtgärd. Rekommendationen har fått prioritet 3 i de nationella riktlinjerna. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

År 2017 rapporterades 807 patienter (18 år eller äldre) med KOL och BMI lägre än 22 som varit på besök för kontroll av KOL för indikatorn *Nutritionsåtgärd vid lågt BMI*. Enligt Luftvägsregistret hade 55 procent av dessa (441 patienter) blivit erbjudna nutritionsåtgärd. Diagram 12.1 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 12.1 Nutritionsåtgärd vid lågt BMI
Andel patienter 18 år eller äldre med KOL och BMI lägre än 22 som vid besök för kontroll av KOL har blivit erbjuden nutritionsåtgärd, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Bedömning av resultat

Undernäring är en riskfaktor vid KOL och därför är det viktigt att dessa patienter omhändertas på ett korrekt sätt. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen fått hög prioritet [1]. Resultaten från enkäterna visar att omkring 90 procent av primärvårdsmottagningarna och sjukhusklinikerna erbjuder nutrionsåtgärd till patienter med KOL och BMI lägre än 22 som varit på besök för kontroll av KOL.

Hos patientgruppen med KOL där palliativ vård är aktuell, får olika nutritionsåtgärder mindre framträdande betydelse. Behandlingens syfte blir istället en god vård i livets slutskede i form av till exempel adekvat symtomlindring [3,4].

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.

Fysisk kapacitet kan exempelvis mätas med sex minuters gångtest [1]. En gångsträcka kortare än 350 meter vid gångtestet är kopplad till högre mortalitet. Resultatet från gångtestet ger ytterligare information om patientens sjukdomsstatus och prognos samt ger underlag för en korrekt fortsatt handläggning. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningar till primärvården och till sjukhusens kliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

Mätning av fysisk kapacitet erbjuds – men inte till alla

Omkring 60 procent av primärvårdsmottagningarna anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest till patienter med KOL med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet vid besök för kontroll av KOL (diagram 13.1). Omkring 40 procent av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger att de erbjuder motsvarande mätning till patienter med KOL (diagram 13.2).

Tabell 13.1 Mätning av fysisk kapacitet – primärvård

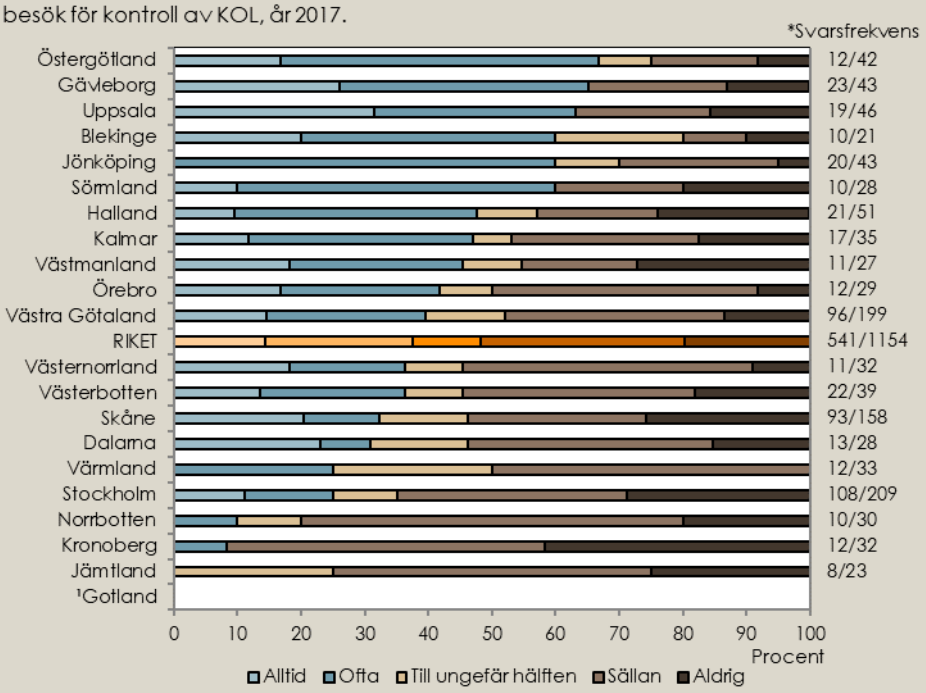
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest till patienter med KOL med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet vid besök för kontroll av KOL, år 2017.

	KOL
Alltid	26
Ofta	35
Till ungefär hälften	16
Sällan	19
Aldrig	4

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 13.1 Mätning av fysisk kapacitet vid KOL – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest till patienter med KOL med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet vid besök för kontroll av KOL, år 2017.



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

Tabell 13.2 Mätning av fysisk kapacitet – sjukhuskliniker

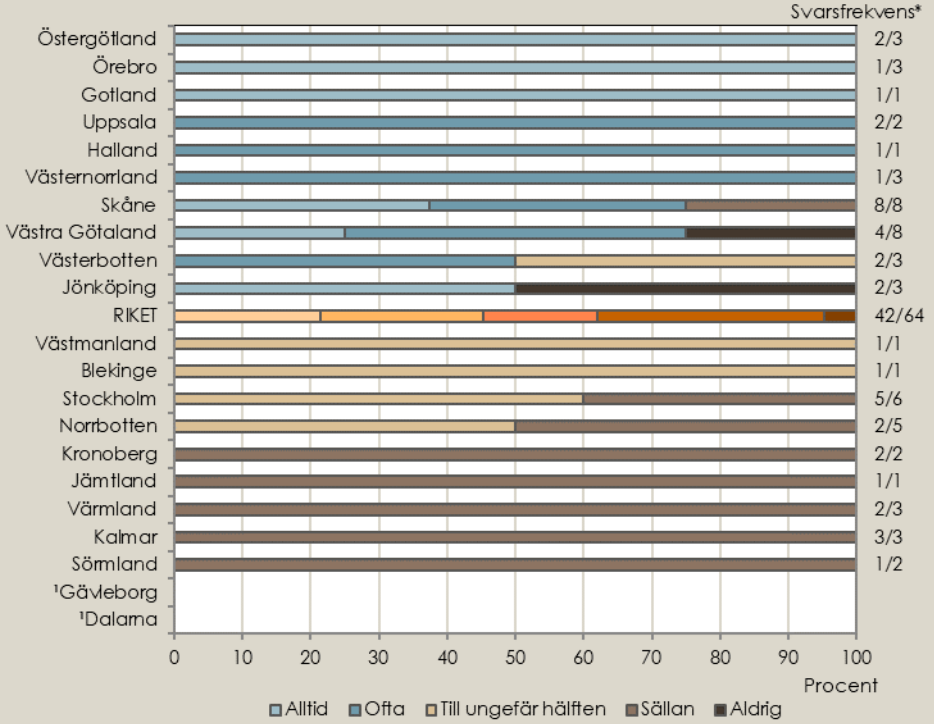
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest till patienter med KOL med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet vid besök för kontroll av KOL, år 2017.

	KOL
Alltid	21
Ofta	23
Till ungefär hälften	16
Sällan	33
Aldrig	7

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

Diagram 13.2 Mätning av fysisk kapacitet vid KOL – sjukhuskliniker

Andel sjukhusklinikersom ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest till patienter med KOL med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet vid besök för kontroll av KOL, år 2017.



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

Bedömning av resultat

Fysisk träning är en av hörnstenarna i KOL-behandlingen. Målet med fysisk träning är bland annat att förbättra den fysiska kapaciteten. Valet av träningsform utgår från patientens fysiska kapacitet och denna kan mätas med sex minuters gångtest, vilket prioriteras högt (prioritet 2) i de nationella riktlinjerna.

Utvärderingen visar att primärvården i högre utsträckning anger att de ”ofta” eller ”alltid” erbjuder sex minuters gångtest jämfört med specialistvården till patienter med KOL med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet vid besök. Det är en stor variation i landet huruvida detta erbjuds eller inte.

Anledningar till att gångtest inte erbjuds i större utsträckning kan till exempel vara tids- och resursbrist, ej anpassade lokaler på enheten och svårigheter i prioriteringen av vilka patienter som ska genomgå detta test. Mätning av fysisk kapacitet bör erbjudas samt utföras på fler sjukvårdsenheter än vad som är fallet i dag. Socialstyrelsen anser att landstingen och regionerna behöver säkerställa att mätning av fysisk kapacitet med ett sex minuters gångtest erbjuds till fler patienter med KOL som har misstänkt nedsatt fysisk kapacitet.

Uppföljning och återbesök

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.

Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

Uppföljning med spirometri

Av primärvårdsmottagningarna anger 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 och diagram 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

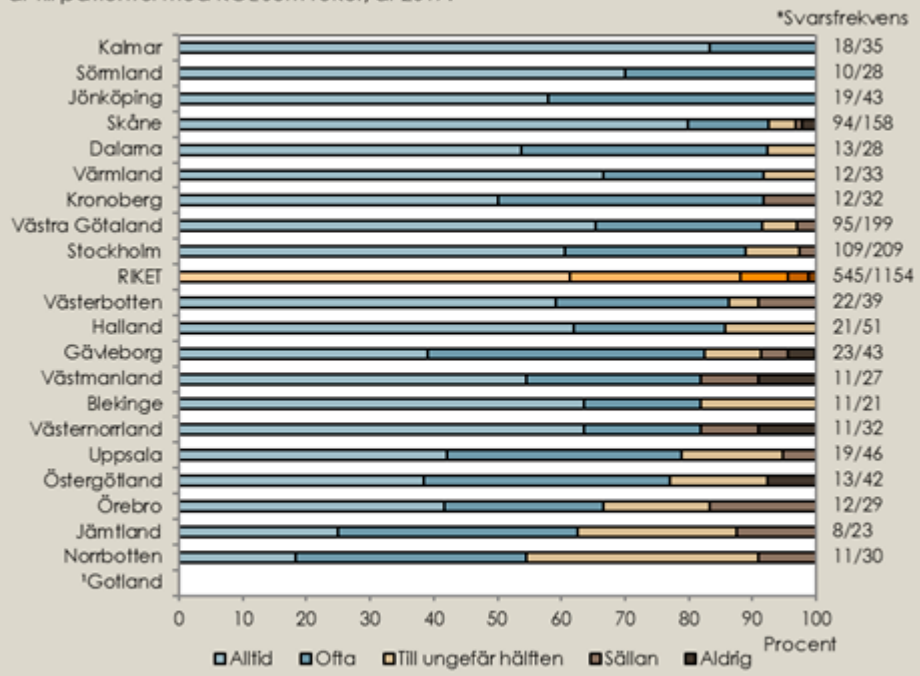
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder uppföljning med spirometri en gång per år till patienter med okontrollerad astma och patienter med KOL som röker, år 2017.

	Astma (barn och ungdomar)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	47	54	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.

Diagram 14.1 Uppföljning med spirometri vid KOL - primärvård

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



*Antal primärvårdsmottagningar som besvarat enkäten/totalt antal primärvårdsmottagningar.
¹För litet underlag.
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

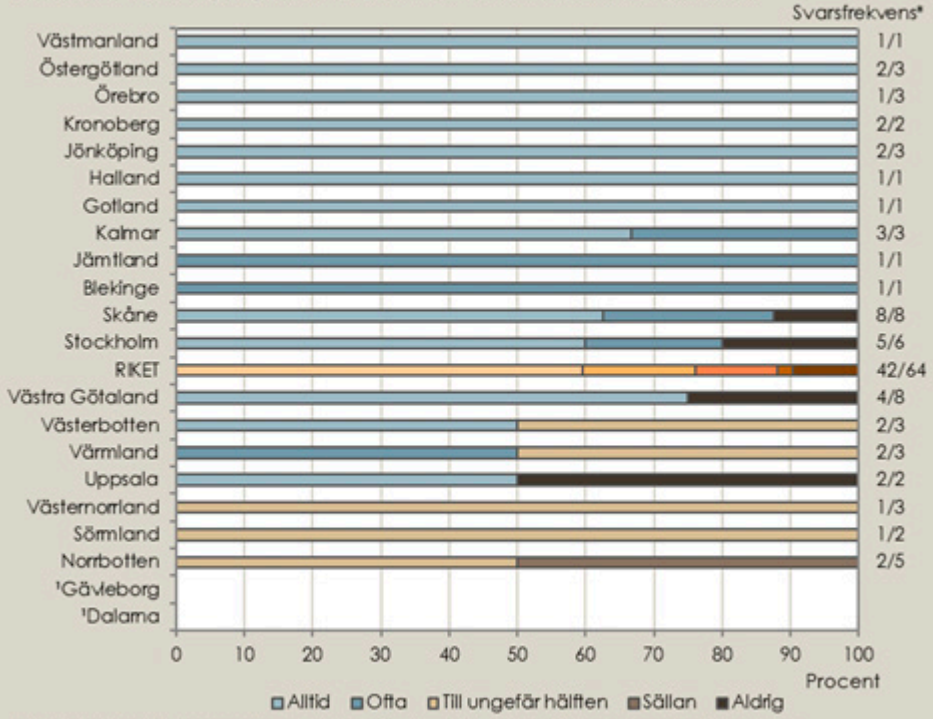
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som angett i vilken utsträckning de erbjuder uppföljning med spirometri en gång per år till patienter med okontrollerad astma respektive patienter med KOL som röker, år 2017.

	Astma (över 18 år)	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.
¹Uppgift 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)

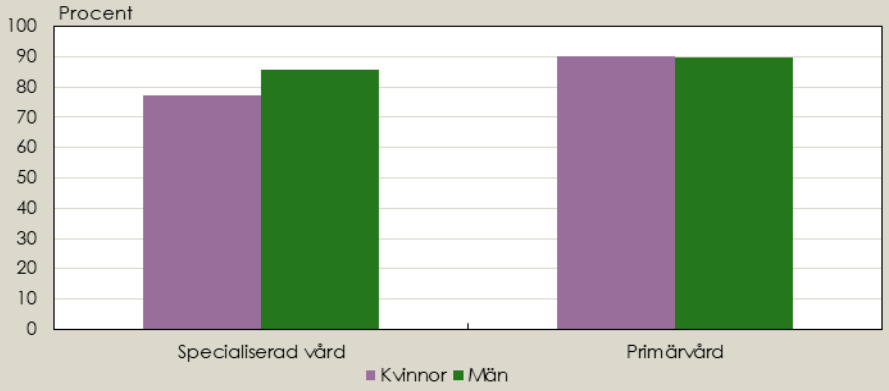
År 2017 rapporterades 9 667 rökande patienter (18 år eller äldre) med KOL för indikatorn *Uppföljning med spirometri bland patienter med KOL som röker*. Enligt Luftvägsregistret hade 68 procent (6 533 patienter) fått årlig uppföljning med spirometri. Diagram 14.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad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

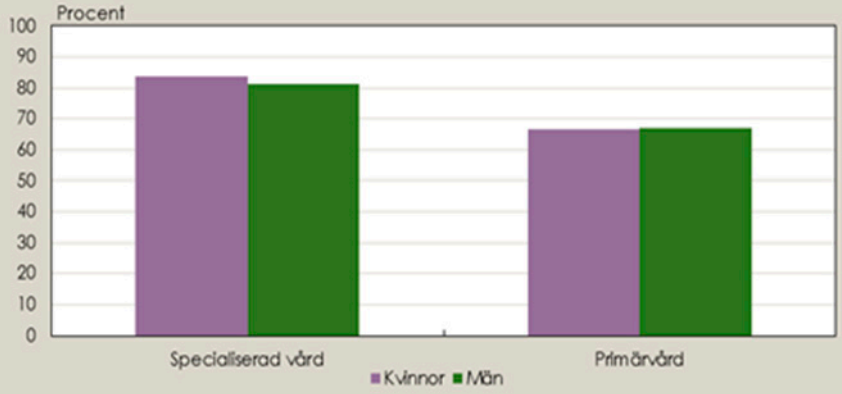
Andel patienter 18 år och äldre med okontrollerad astma med underhållsbehandling som har fått årlig uppföljning med spirometri, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 14.4 Uppföljning med spirometri bland patienter med KOL som röker

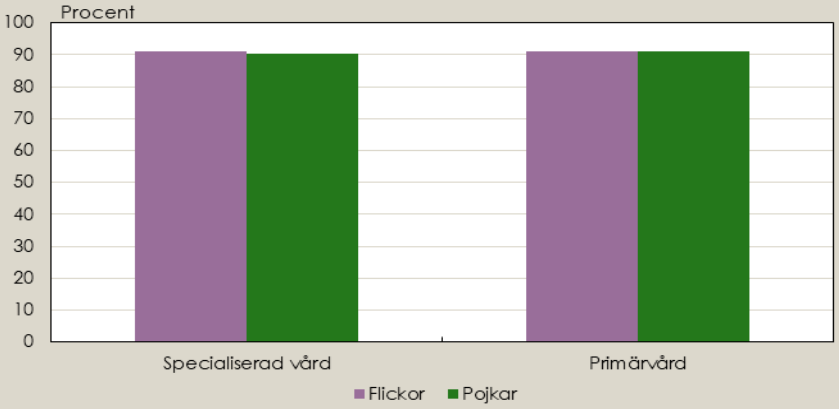
Andel patienter 18 år eller äldre med KOL som röker som fått uppföljning med spirometri, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



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

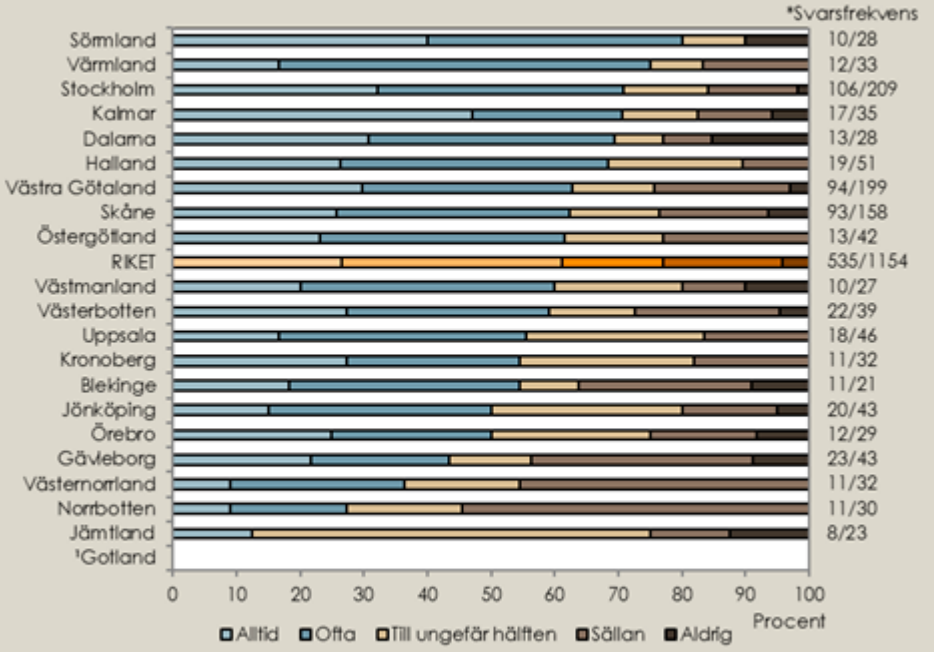
Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till patienter med exacerbation av astma respektive KOL, år 2017.

	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.
¹För litet underlag.
Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Tabell 14.5 Återbesök inom sex veckor – barn- och ungdomskliniker

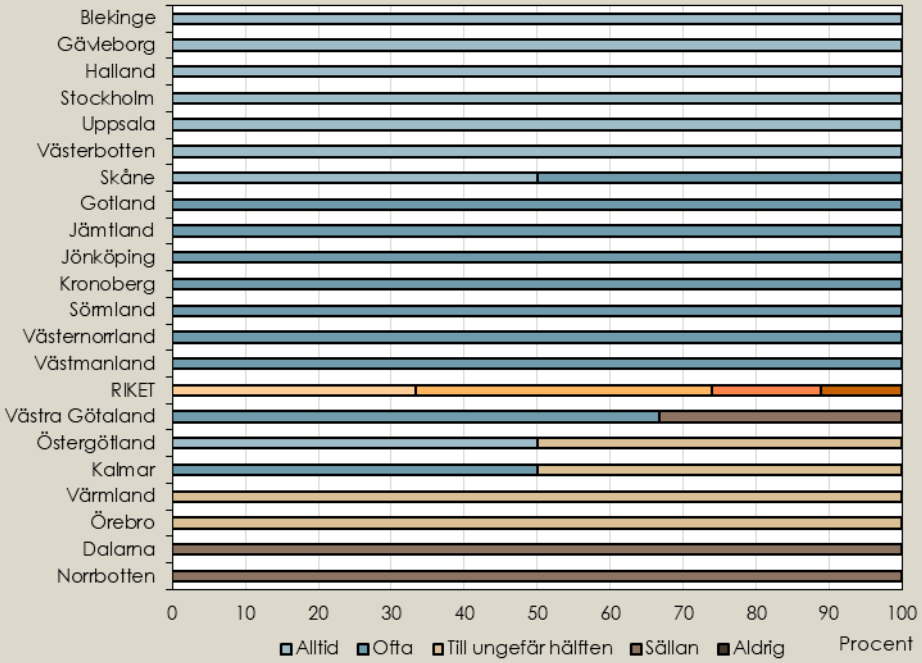
Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till barn och ungdomar 6-17 år med exacerbation av astma, år 2017.

	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

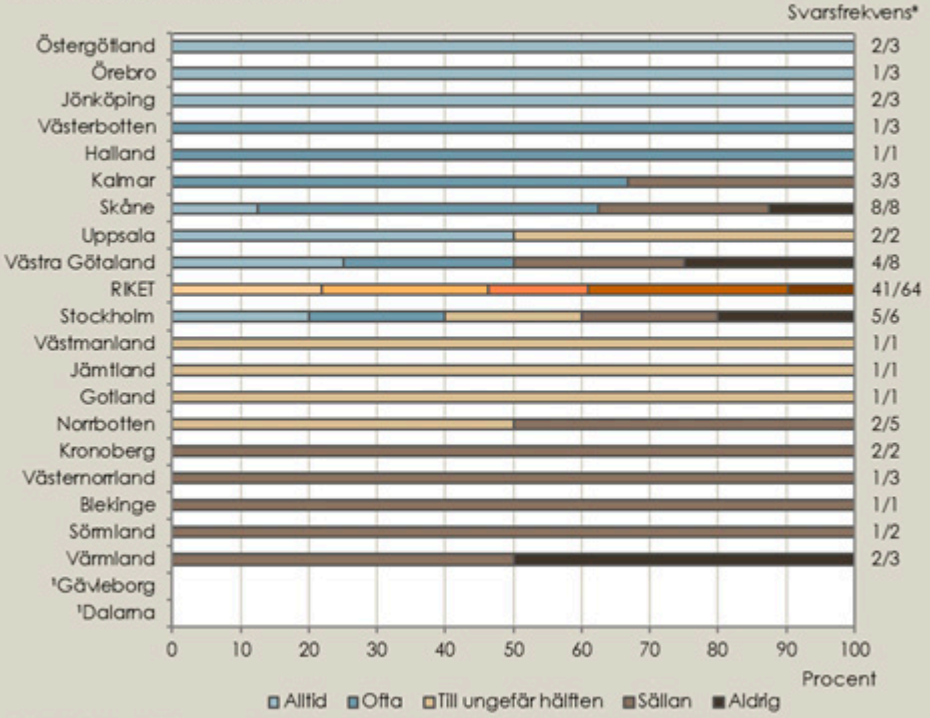
Andel sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL som erbjuder återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet inom 6 veckor till patienter med exacerbation av astma respektive KOL, år 2017.

	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 vid KOL – 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.
¹Uppgift 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.

Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider

Det är viktigt att kontrollera längden på barn och ungdomar med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider, eftersom behandlingen kan ha negativ påverkan på barnets längdtillväxt [1]. Barn och ungdomar som inte får tillräcklig behandling av sin astma kan också stanna av i sin tillväxt. Resultaten i detta avsnitt baseras på enkäter till primärvården och till barn- och ungdomskliniker samt på data från Luftvägsregistret.

Många erbjuder längdmätning

Samtliga barn- och ungdomskliniker anger att de erbjuder längdmätning till barn och ungdomar i åldern 6 månader till 17 år som får underhållsbehandling med inhalationssteroider vid besök för kontroll av astma. Av primärvårdsmottagningarna är det omkring två tredjedelar som anger att de erbjuder detta (diagram 15.1).

Tabell 15.1 Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider

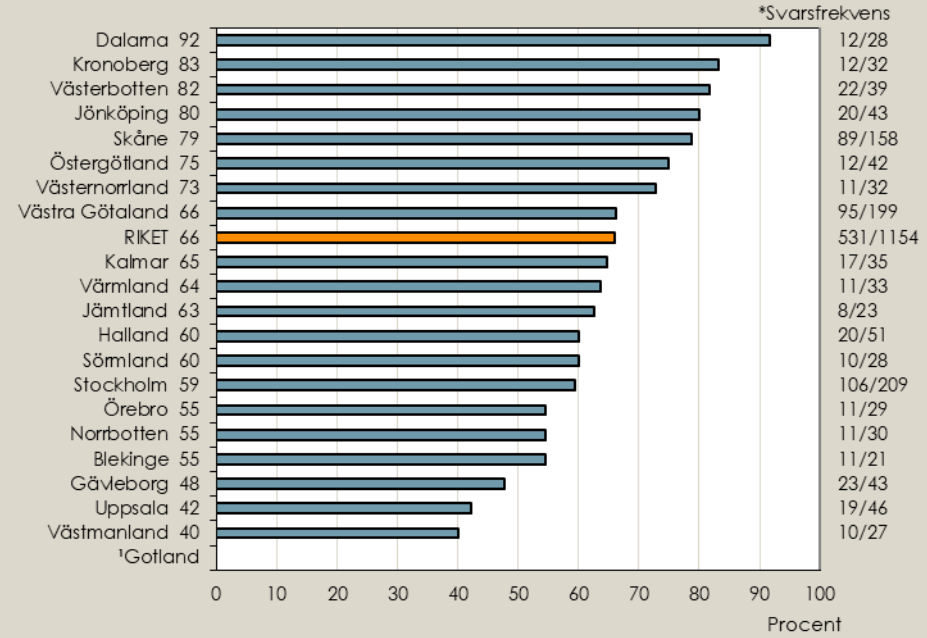
Andel barn- och ungdomskliniker och primärvårdsmottagningar som erbjuder längdmätning till barn och ungdomar som får underhållsbehandling med inhalationssteroider vid besök för kontroll av astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker	Primärvård
Ja	100	66
Nej	0	34

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

Diagram 15.1 Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider – primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder barn och ungdomar från 6 månader till 17 år som får underhållsbehandling med inhalationssteroider längdmätning vid besök för kontroll av astma, år 2017.



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

Indikator för längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider (3.5)

Indikatorn mäter andelen barn och ungdomar mellan 6 månader och 17 år med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider och vars längdtillväxt har mätts vid besök för kontroll av astma. Rekommendationen har fått prioritet 2 i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

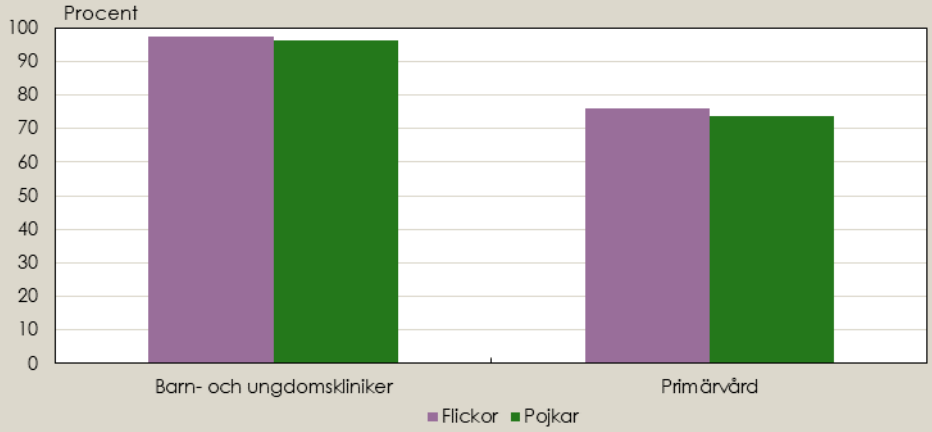
År 2017 rapporterades 8 131 barn och ungdomar (6 månader–17 år) med astma som fått underhållsbehandling med inhalationssteroider för indikatorn *Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider*. Enligt Luftvägsregistret hade 85 procent av dessa (6 920 barn och ungdomar) genomgått längdmätning vid besök för kontroll av astma. Diagram 15.2 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Jämförelser utbildning och födelseland

Det fanns inga signifikanta skillnader när det gäller barns tillgång till längdmätning vid astmabehandling efter indelning föräldrars utbildningsnivå eller eget födelseland.

Diagram 15.2 Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider

Andel barn och ungdomar 6 månader-17 år med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider och vars längdtillväxt har mätts vid besök för kontroll av astma, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Bedömning av resultat

Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar att barn och ungdomar med astma som behandlas med inhalationssteroider får sin längdtillväxt kontrollerad vid daglig underhållsbehandling med inhalationssteroider och/eller återkommande akutbehandling med orala steroider [1].

Socialstyrelsen har tidigare fastställt en nationell målnivå där minst 95 procent av alla barn och ungdomar med astma som behandlas med inhalationssteroider bör få längdtillväxten kontrollerad. Målnivån är inte satt till 100 procent eftersom det i enstaka fall inte är möjligt att genomföra längdmätning i samband med en astmakontroll.

Det är positivt att både resultaten från enkätundersökningen och uppgifterna från Luftvägsregistret visar att barn- och ungdomsklinikerna nått den nationella målnivån. Landstingen och regionerna behöver säkerställa att primärvården både erbjuder och genomför längdmätning till ännu fler barn och ungdomar med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider.

Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL

Non-invasiv ventilation/Bilevel behandling är en behandlingsform som kan bli aktuell vid KOL-exacerbation hos en patient där artärblodgasprov påvisar acidos (alltså ett pH-värde under 7,35) i kombination med förhöjt koldioxidvärde (pCO2>6,0 kPa).

Denna behandling ges på olika enheter i landet, till exempel lung- och medicinkliniker samt intensivvårdsavdelning (IVA). Behandlingseffekten är mycket god, förutsatt att indikationen finns och att det inte finns någon annan orsak till KOL-försämringen, som exempelvis lungemboli eller hjärtsvikt. Behandlingen har positiv påverkan på KOL-patienternas överlevnad, intubationsbehov, komplikationer och vårdtider [1]. Resultaten i detta avsnitt baseras på data från Luftvägsregistret.

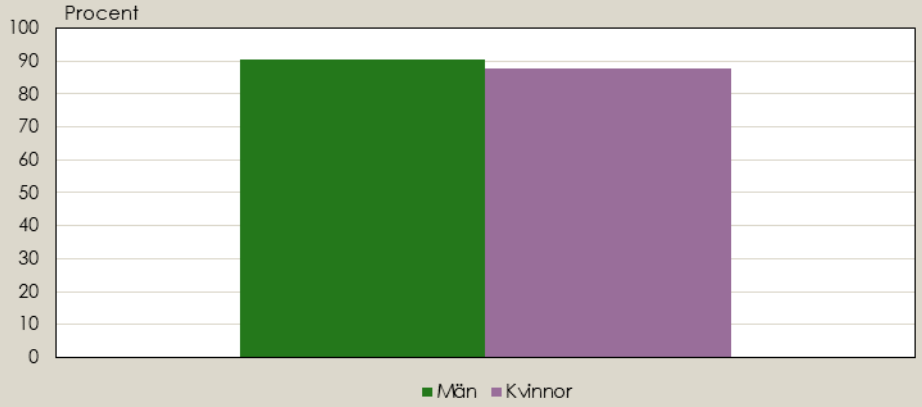
Indikator för non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL (4.6)

Indikatorn mäter andel patienter 18 år eller äldre med KOL som vid akut exacerbation med respiratorisk acidos fått behandling med non-invasiv ventilation. Rekommendationen har fått prioritet 3 i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 80 procent för specialiserad vård. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

År 2017 rapporterades 112 patienter med KOL med akut exacerbation där indikation för non-invasiv ventilation förelåg för indikatorn *Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL*. Enligt Luftvägsregistret fick 90 procent av dessa (101 patienter) denna behandling (diagram 16.1).

Diagram 16.1 Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL

Andel personer 18 år eller äldre med KOL som vid akut exacerbation fått behandling för respiratorisk acidos med non-invasiv ventilation, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Bedömning av resultat

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen non-invasiv ventilation för respiratorisk acidos vid exacerbation av KOL. Data från Luftvägsregistret visar att 90 procent av de patienter med KOL som uppfyller kriterierna för att kunna få non-invasiv ventilation också får denna behandling. Denna siffra ligger således 10 procentenheter över Socialstyrelsens nationella målnivå på 80 procent. Nationellt måste dock data tolkas med försiktighet eftersom få patienter har registrerats i Luftvägsregistret för denna behandling.

Interprofessionell samverkan

Vård med interprofessionell samverkan kan leda till minskade symtom, ökad sjukdomskunskap och förbättrad livskvalitet hos patienterna, jämfört med sedvanlig vård [1]. Interprofessionell samverkan används ofta vid utredning och behandling av patienter med astma och KOL. Det kan exempelvis innebära läkemedelsbehandling, patientutbildning, stöd för att kunna sluta röka samt fysioterapi.

Interprofessionell samverkan innebär att olika professioner med kunskap och erfarenhet inom olika områden samverkar och för en dialog kring patientens behandling. Det interprofessionella teamet runt patienter med astma och KOL kan bestå av olika professioner utifrån sjukdomens svårighetsgrad och patientens behov.

Resultaten i detta avsnitt baseras på enkätundersökningarna till primärvården, till barn- och ungdomskliniker och till sjukhuskliniker som ansvarar för vård vid astma och KOL samt på data från Luftvägsregistret.

Hälften av patienterna erbjuds vård med interprofessionell samverkan

Omkring 30 procent av primärvårdsmottagningarna anger att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder vård med interprofessionell samverkan till patienter med astma, både till vuxna och barn och ungdomar. Omkring 60 procent av primärvårdsmottagningarna anger att de erbjuder motsvarande till patienter med KOL (diagram 17.1).

Närmare hälften av barn- och ungdomsklinikerna erbjuder ”alltid” eller ”ofta” patienterna vård med interprofessionell samverkan (diagram 17.2).

Av sjukhusklinikerna anger omkring 40 procent att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder vård med interprofessionell samverkan till patienterna med astma, respektive 60 procent till patienterna med KOL (diagram 17.3).

Tabell 17.1 Interprofessionell samverkan – primärvård

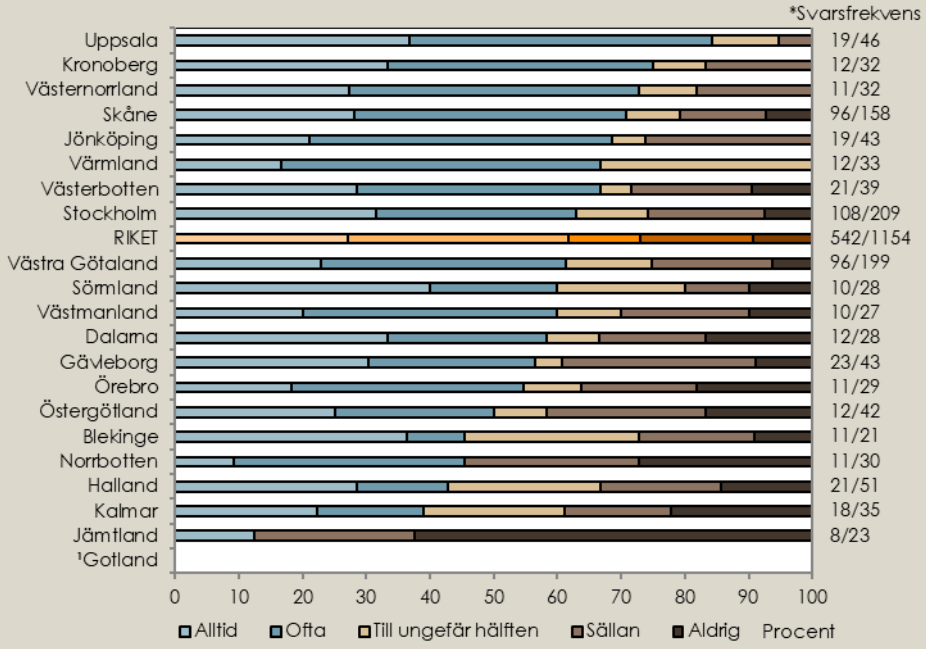
Andel primärvårdsmottagningar som angett i vilken utsträckning de erbjuder interprofessionell samverkan till patienter med astma respektive KOL, år 2017.

	Astma (barn och ungdomar)	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	11	13	27
Ofta	15	21	35
Till ungefär hälften	7	12	11
Sällan	44	39	18
Aldrig	23	15	9

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, 2018.

Diagram 17.1 Interprofessionell samverkan vid KOL - primärvård

Andel primärvårdsmottagningar som erbjuder vård med interprofessionell samverkan till patienter med KOL, år 2017.



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

Tabell 17.2 Interprofessionell samverkan – barn- och ungdomskliniker

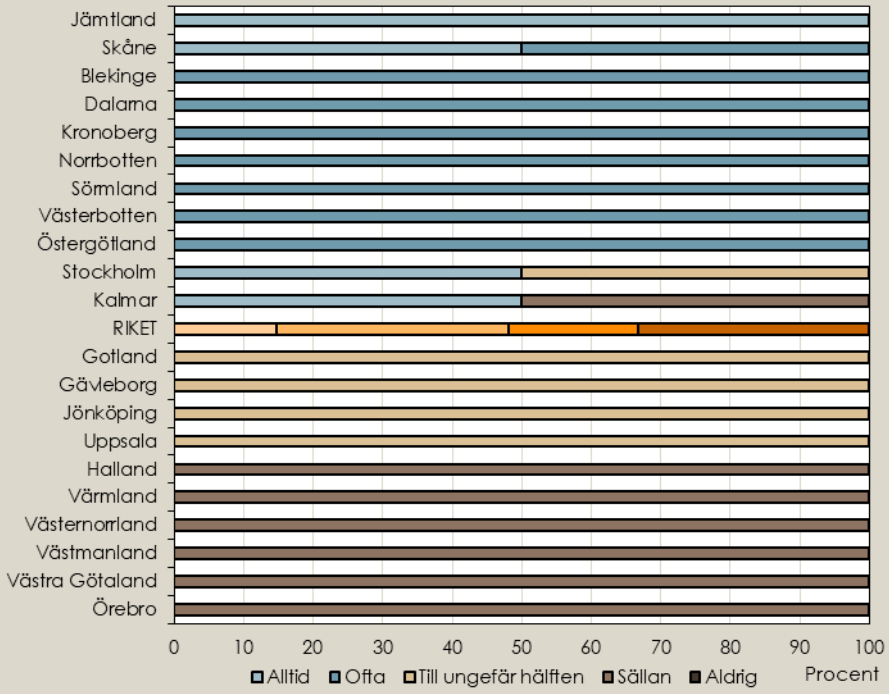
Andel barn- och ungdomskliniker som angett i vilken utsträckning de erbjuder interprofessionell samverkan till barn och ungdomar med astma, år 2017.

	Barn- och ungdomskliniker
Alltid	15
Ofta	33
Till ungefär hälften	19
Sällan	33
Aldrig	0

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

Diagram 17.2 Interprofessionell samverkan – barn- och ungdomskliniker

Andel barn- och ungdomskliniker som erbjuder vård med interprofessionell samverkan för barn och ungdomar med astma, år 2017.



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

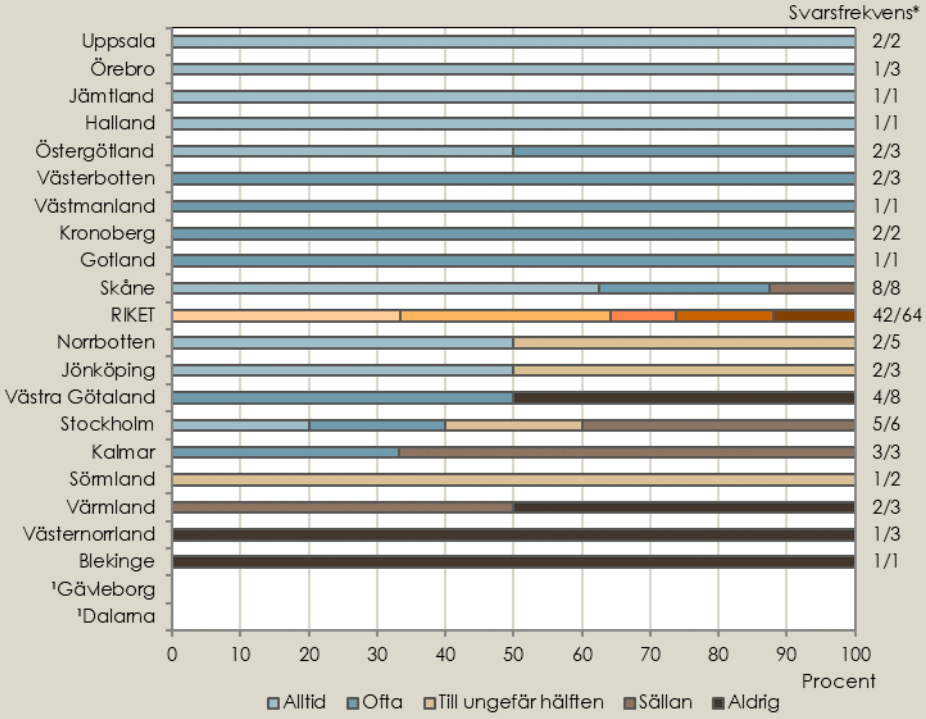
Tabell 17.3 Interprofessionell samverkan – sjukhuskliniker

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

	Astma (18 år och äldre)	KOL
Alltid	14	33
Ofta	31	30
Till ungefär hälften	12	9
Sällan	19	14
Aldrig	24	14

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

Diagram 17.3 Interprofessionell samverkan vid KOL – sjukhuskliniker
Andel sjukhuskliniker eller motsvarande som erbjuder vård med interprofessionell samverkan till patienter med KOL, år 2017.



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

Indikatorer för interprofessionell samverkan

Följande indikatorer visar andelen patienter med astma respektive KOL som har fått vård med interprofessionell samverkan. Rekommendationen är central och har i de nationella riktlinjerna fått prioritet 4 för astma respektive prioritet 3 för KOL. Data har inhämtats från Luftvägsregistret.

Interprofessionell samverkan vid astma hos vuxna (indikator 2.14)

År 2017 rapporterades 5 223 patienter (18 år eller äldre) med astma för indikatorn *Interprofessionell samverkan*. Enligt Luftvägsregistret hade 15 procent (798 patienter) fått vård med interprofessionell samverkan. Diagram 17.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Interprofessionell samverkan vid astma hos barn och ungdomar (3.19)

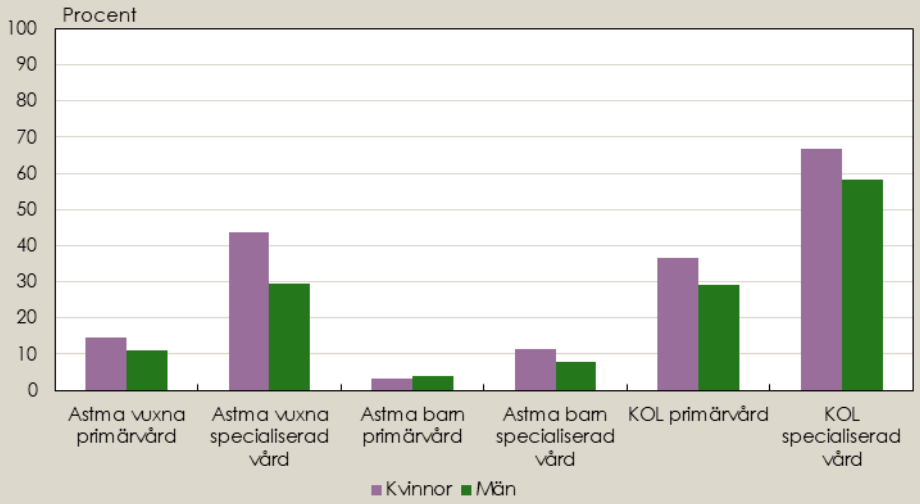
År 2017 rapporterades 1 105 barn och ungdomar med astma (6 månader–17 år) för indikatorn *Interprofessionell samverkan*. Enligt Luftvägsregistret hade 7 procent (75 barn och ungdomar) fått vård med interprofessionell samverkan. Diagram 17.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Interprofessionell samverkan vid KOL (indikator 4.18)

År 2017 rapporterades 6 518 patienter (18 år eller äldre) med KOL för indikatorn *Interprofessionell sam*verkan. Enligt Luftvägsregistret hade 40 procent (2 592 patienter) fått vård med interprofessionell samverkan. Diagram 17.4 är uppdelat på primärvård och specialiserad vård.

Diagram 17.4 Interprofessionell samverkan

Andel patienter med astma respektive KOL som har fått vård med interprofessionell samverkan, uppdelat på vårdform och kön, år 2017.



Källa: Luftvägsregistret.

Bedömning av resultat

För att säkra en god vård enligt riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda vård med interprofessionell samverkan till patienter med astma respektive KOL [1]. Resultaten från enkätundersökningen visar att omkring en tredjedel av primärvårdsmottagningarna anger att de ”alltid ” eller ”ofta” erbjuder patienter med astma vård med interprofessionell samverkan. För patienter med KOL är det omkring 60 procent av primärvårdsmottaningarna som erbjuder vård med interprofessionell samverkan.

I vården av barn och ungdomar med astma rapporterar omkring 50 procent av barn- och ungdomsklinikerna att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder vård med interprofessionell samverkan. För primärvårdsmottagningar som behandlar barn och ungdomar med astma är motsvarande siffra omkring 30 procent.

Enligt Luftvägsregistret har sju procent av barnen och ungdomarna fått vård med interprofessionell samverkan. Det är högst sannolikt att merparten av såväl primärvården som barn- och ungdomsklinikerna kan erbjuda vård med interprofessionell samverkan där det ingår andra professioner än läkare och sjuksköterska, men behovet av detta är ofta litet för astma.

Träningsaktiva ungdomar kan behöva särskild kontakt med fysioterapeut. Dietistkontakt behövs vanligtvis inte vid astma men många unga med astma har dietistkontakt på grund av samtidig födoämnesallergi. Socialstyrelsens bedömning är därför att det är Luftvägsregistrets andel om knappt 10 procent

som speglar verkligheten, även om vi inte säkert kan säga att alla patienter som skulle behöva kontakt med ytterligare professioner verkligen får det.

Av sjukhusklinikerna som ansvarar för vård vid astma och KOL anger omkring 45 procent att de ”alltid” eller ”ofta” erbjuder patienterna med astma vård med interprofessionell samverkan. Motsvarande siffra för patienterna med KOL är omkring 60 procent. Det är också stora skillnader mellan landstingen (regionerna). Uppgifter från Luftvägsregistret tyder också på att betydligt fler patienter bör få vård med interprofessionell samverkan.

För att kunna möta patienters vårdbehov och erbjuda god vård är det en förutsättning att professionerna känner till varandras kompetensområden och att de kan arbeta tillsammans.

Dock är det viktigt att komma ihåg att det är patienternas behov som styr vilken eller vilka yrkesprofessioner som de behöver få träffa. Ibland är det enbart en läkare och sjuksköterska, men ibland kan det finnas behov av besök till dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator eller psykolog.

Socialstyrelsen menar att landstingen och regionerna behöver organisera vården och planera för vård med interprofessionell samverkan så att fler patienter med astma respektive KOL får tillgång till vård med interprofessionell samverkan.

Läkemedelsbehandling vid astma och KOL

Användningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom kan ge en uppfattning om hur vanligt det är med läkemedelsbehandlad obstruktiv lungsjukdom och hur ofta olika läkemedelstyper används. Flera läkemedel används både för att behandla astma och KOL (samt till viss del för andra relaterade tillstånd), varför läkemedelsanvändningen inte alltid kan särskilja förekomsten av respektive sjukdom.

Vid astma är behandlingstrapporna snarlika för barn och vuxna, även om preparatval och doser kan skilja sig åt, särskilt för yngre barn (bilaga 2). Principen för såväl barn som vuxna är beta-2-agonist vid behov som enda behandling vid lindrig sporadisk astma, med tillägg av underhållsbehandling i form av inhalationssteroid i låg till medelhög dos om dagliga aktiviteter påverkas. Ifall inhalationssteroid i låg till medelhög dos inte är tillräcklig adderas i de olika stegen långverkande luftrörsvidgande läkemedel och inhalationssteroiderna ökas till högdos. Först därefter rekommenderas biologiska läkemedel. Förutom att doser kan variera mellan barn och vuxna, samt vilka preparat som är godkända i olika åldrar, har montelukast en mer framträdande roll vid behandlingen av astma hos barn – särskilt under förskoleåren.

Vid lindrig KOL är rökstopp och fysisk aktivitet de viktigaste åtgärderna. Om symtomlindrande behandling behövs används främst olika luftrörsvidgande läkemedel i inhalationsform. Vid symtomgivande sjukdom och hos personer med frekventa (två eller fler per år) exacerbationer är det också ofta aktuellt med förebyggande kombinationsbehandling innehållande inhalationskortison och långverkande luftrörsvidgande läkemedel.

Läkemedelsbehandling har studerats med utgångspunkt i läkemedelsregistret.

Användning av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

I detta avsnitt redovisas antal personer som hämtade ut två eller fler recept på minst ett läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom (R03) år 2017. Ifall patienterna hämtat ut recept vid minst två tillfällen år 2017 ökar sannolikheten för att de har astma eller KOL, eftersom läkemedlen då inte endast används för tillfälliga besvär (såsom hosta) och inte heller testats som led i en utredning. Samtidigt finns risk för att detta mått missar patienter med astma eller KOL, till exempel om patienter som diagnostiserats för respektive sjukdom inte hämtat ut några läkemedel det året.

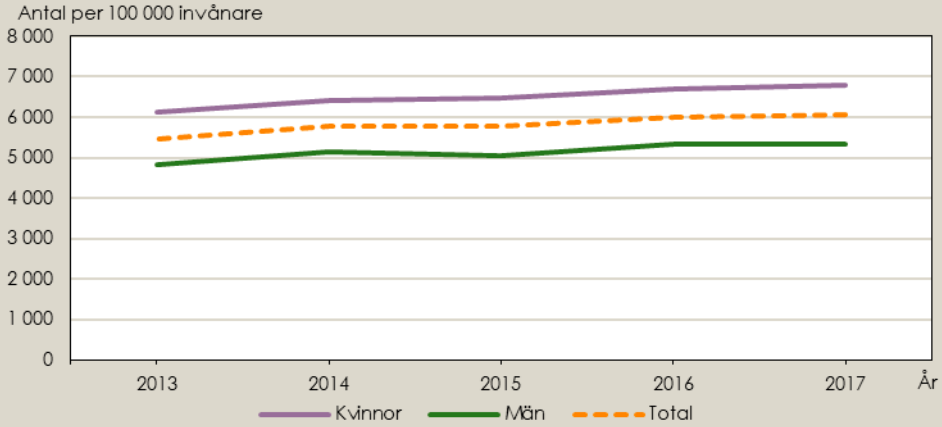
Andelen barn och vuxna som fått recept från primärvård respektive specialistvård redovisas också. Det finns ett litet bortfall då information om förskrivande vårdnivå saknas vid cirka 2 procent av receptuttagen. Information om läkemedel räcker inte för att fastställa vilken av sjukdomarna astma eller

KOL en person har. Personens ålder kan dock ge en fingervisning eftersom det är högst ovanligt att personer under 18 år har KOL. Samtidigt är det troligt att personer över 65 år i större uträckning har KOL. I avsnittet redovisas därför även åldersgrupperna 0–17 år, 18–64 år samt 65 år och äldre.

År 2017 hämtade 605 382 personer ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, vilket motsvarar 6 procent av befolkningen. Under perioden 2013-2017 har antalet per 100 000 invånare ökat (diagram 18.1). Användningen varierar relativt lite mellan landstingen (diagram 18.2).

Diagram 18.1 Personer med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

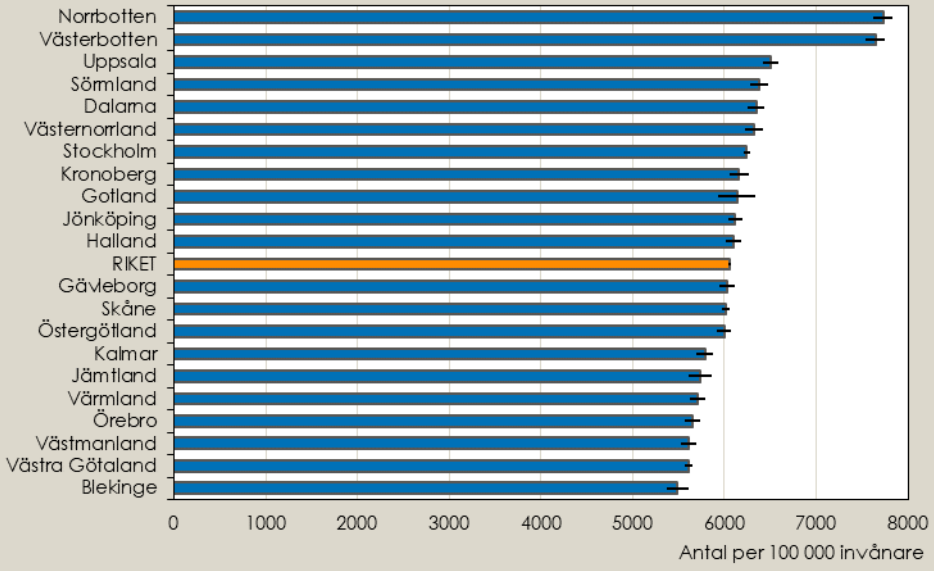
Antal individer som hämtat ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.2 Personer med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Antal individer som hämtat ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



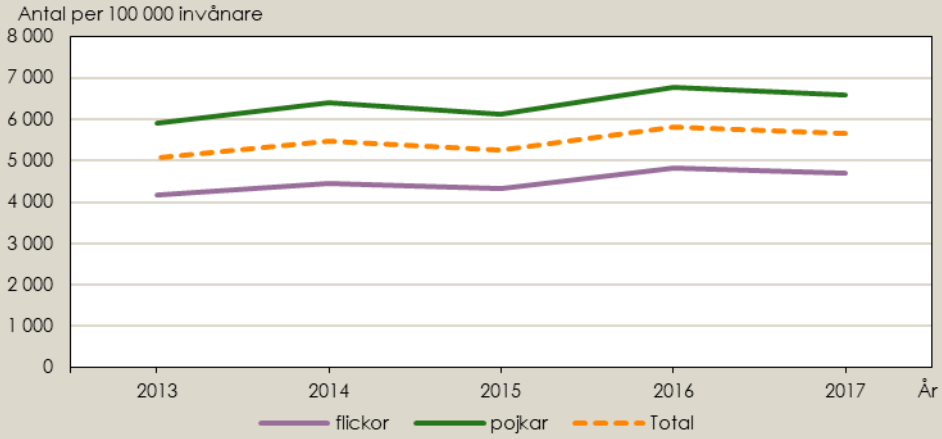
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Barn (0–17 år)

År 2017 hämtade 5,7 procent (totalt 117 768 personer) av Sveriges barn ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Pojkar stod för 60 procent. Under perioden 2013-2017 ökade antalet barn med uthämtade recept, per 100 000 invånare. Ökningstakten var densamma för pojkar och flickor (diagram 18.3). Det finns vissa skillnader mellan landstingen (diagram 18.4).

Diagram 18.3 Barn med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

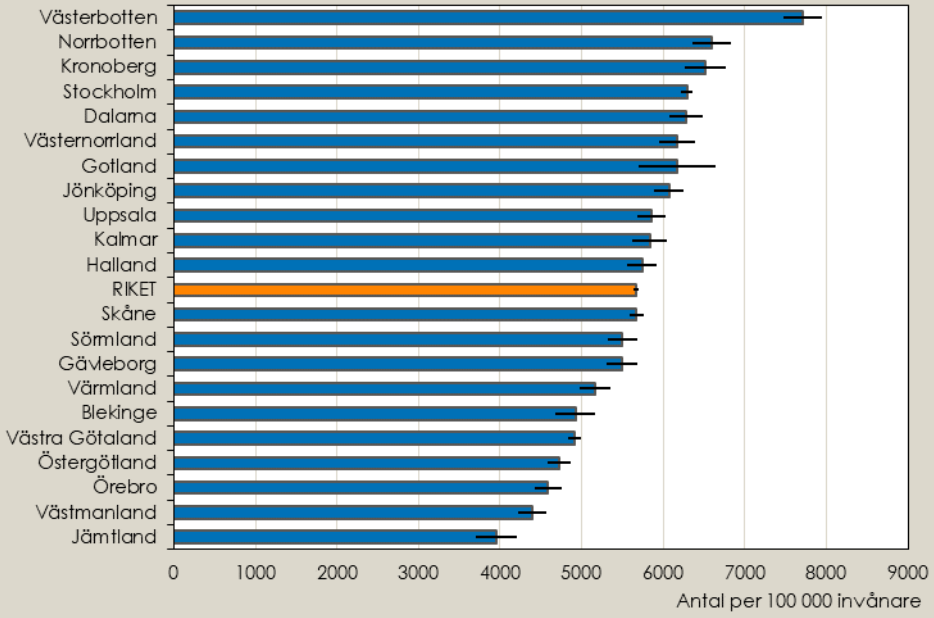
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.4 Barn med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Antal barn (0-17 år) som hämtade ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per 100 000 invånare, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna (18–64 år)

Totalt 270 445 personer 18-64 år hämtade år 2017 ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, motsvarande 4,6 procent av åldersgruppen i befolkningen. Kvinnor stod för 59 procent. Användningen skiljer sig relativt lite mellan landstingen.

Äldre (65 år och äldre)

I åldersgruppen 65 år och äldre hämtade 217 169 personer år 2017 ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, vilket motsvarande 11 procent av åldersgruppen. Kvinnor stod för 61 procent. Inga större skillnader ses mellan landstingen.

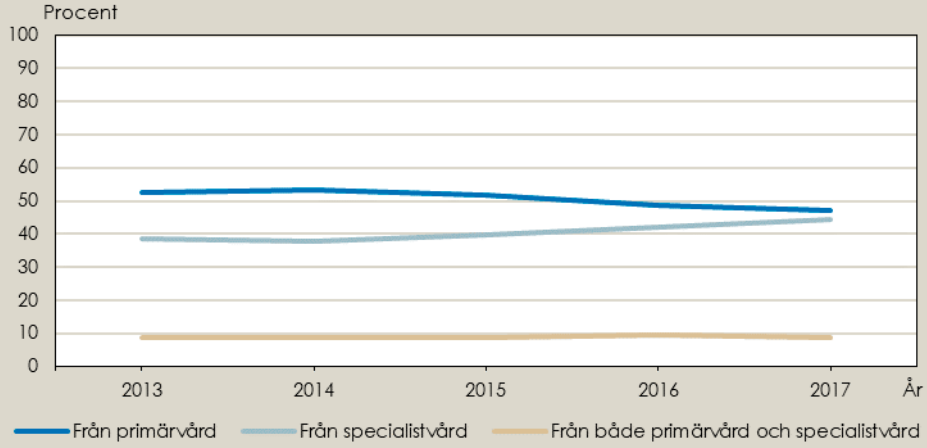
Utskrivande vårdnivå

Av de barn som hämtat ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom år 2017 fick 47 procent recept utskrivet *endast* från primärvården, 8,8 procent fick recept utskrivet från *både* primärvården och specialistvården och 44,2 procent fick recept utskrivet *endast* från specialistvården. Under perioden 2013 – 2017 har andelen barn som hämtat ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom och fått receptet utskrivet från specialistvården ökat något medan andelen inom primärvården minskat (diagram 18.5). Andelen varierar mellan landstingen (diagram 18.6).

Av vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom år 2017 fick75,6 procent recept utskrivet endast från primärvården, 7,2 procent fick recept utskrivet från både primärvården och specialistvården, och 17,2 procent fick recept utskrivet endast från specialistvården. Ingen större variation ses mellan landstingen.

Diagram 18.5 Barn med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per vårdnivå

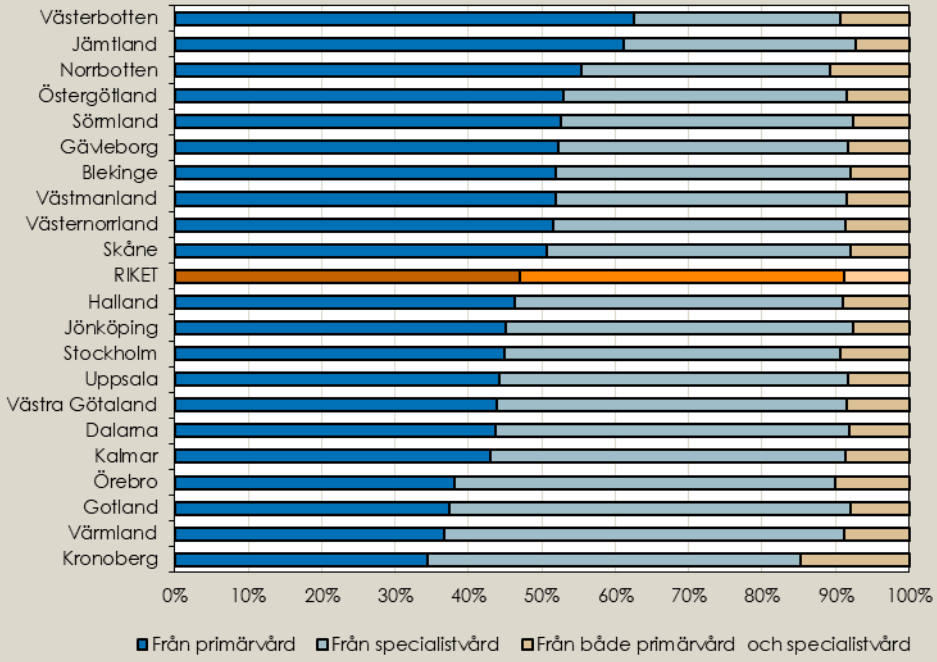
Andel barn som fått recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom utskrivet från primärvård, specialistvård samt både primärvård och specialistvård, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.6 Barn med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per vårdnivå

Andel barn som fått recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom utskrivet från primärvård, specialistvård samt både primärvård och specialistvård, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Enligt riktlinjerna är läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom en viktig del i behandlingen av astma och svårare KOL även om alla med dessa diagnoser inte behöver eller hämtar ut läkemedel varje år. Det finns också tecken som tyder på att läkemedlen används vid andra tillstånd än astma eller KOL, till exempel vid hosta hos småbarn under två års ålder samt även ibland vid hosta hos vuxna. I brist på nationell statistik över primärvårdsinsatser kan uthämtningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom ge en ungefärlig uppfattning om den nationella förekomsten av läkemedelsbehandlad astma och KOL.

Barn (0–17 år)

Ungefär 5,7 procent av alla barn hämtade under 2017 ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Sannolikt har merparten astma, vilket också stämmer med prevalensen av astma hos barn. I tidig skolålder är prevalensen cirka 5-7 procent och hos tonåringar liksom hos vuxna cirka 8-10 procent. Att andelen som hämtat ut två recept eller fler år 2017 inte riktigt når prevalenstalen beror sannolikt på att barn med lindrig astma och barn som bara har sporadiskt behov av beta-2-agonist inte behövt hämta ut flera recept under året. Pojkar utgör 60 procent av dessa barn, vilket stämmer med att astma hos barn är vanligare hos pojkar. I tonåren jämnas skillnaden ut, medan kvinnor dominerar i vuxen ålder.

Det finns relativt stora geografiska skillnader i användningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom hos barn vilket till viss del kan bero på skillnader i förekomst av astma. I två Norrlandslän noterades en högre andel barn som hämtat ut minst två recept av denna typ av läkemedel, och nordligaste Sverige har tidigare haft högre prevalens av astma än övriga Sverige.

Fördelningen av förskrivna läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom mellan primär- och specialistvården kan ge en ungefärlig uppfattning av hur många som får sin vård på respektive nivå. Ungefär hälften av de barn som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom fick endast recept utskrivna från primärvården. Fördelningen skiljer sig åt mellan landstingen vilket framförallt speglar organisatoriska skillnader. Av barnen hade 44,2 procent endast recept förskrivna från specialistvården, vilket tyder på att de framför allt hade kontakt med specialistvården för sin astma

Vuxna (18 år och äldre)

Bland vuxna i åldrarna 18 - 64 år hämtade 4,6 procent av befolkningen ut två eller flera recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. I denna åldersgrupp var det också en högre andel i norra Sverige som hämtade ut minst två recept. I denna åldersgrupp var drygt 60 procent kvinnor. I åldersgruppen 65 år och äldre var det drygt 11 procent som hämtade ut två eller flera recept av dessa läkemedel. I denna åldersgrupp var knappt 60 procent kvinnor.

Både astma och KOL har en prevalens på 8-10 procent i den vuxna befolkningen. KOL är vanligare bland dem som är 65 år eller äldre. Det är ovanligt med KOL före 35 års ålder. Utifrån uthämtade läkemedel, 4,6 procent av befolkningen 18-64 år är denna prevalens i underkant. Den största delen av alla med KOL har dock en ganska lindrig sjukdom som inte är känd för sjukvården eller med litet behov av läkemedel.

Det är ingen större skillnad mellan landstingen hos gruppen 65 år eller äldre avseende uthämtade läkemedel.

De flesta vuxna, 75,6 procent, som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom fick endast recept från primärvården, vilket visar att de flesta vuxna med astma eller KOL behandlas där.

Användning av olika läkemedel vid obstruktiv lungsjukdom

I följande avsnitt redovisas antalet personer som år 2017 hämtade ut minst ett recept av olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Följande läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom redovisas:

- Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform (SABA)
- Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (LABA)
- Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (LABA + ICS)
- Inhalationssteroider (ICS)
- Perorala beta-2-agonister
- Långverkande muskarina antagonister (LAMA)
- Roflumilast

- Kombinationspreparat LAMA och LABA

Sedan hösten 2017 finns även trippelkombinationer bestående av LAMA, LABA och inhalationssteroid i samma inhalator. Dessa läkemedel är så nya att data för helåret 2017 saknas.

Utöver läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom redovisas användningen av andra läkemedel som är relaterade till astma och KOL. Det gäller vuxna som hämtade ut ett eller flera recept på följande läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom:

- Nikotinersättnings- eller rökavvänjningsmedel
- Antibiotika

Framtagande av en KOL population

Användningen av läkemedel har även studerats bland personer med KOL-diagnos och redovisas i diagram 18.17a och 18.18a.

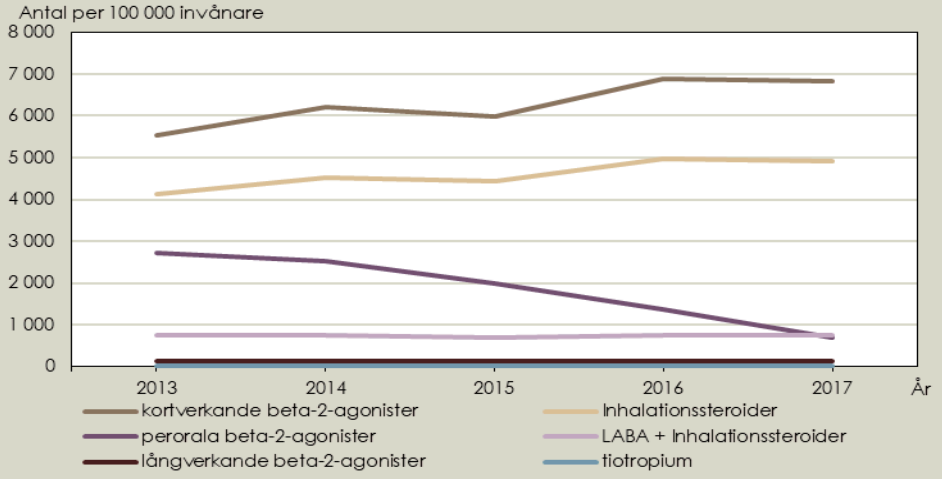
För KOL har en population tagits fram för åren 2013-2017. Data i populationen baseras på patientregistret vid Socialstyrelsen som omfattar både sluten vård och öppen specialiserad vård. Populationen utgörs av personer som någon gång under en 16 års period före den 31/12 år 2017 fått KOL som huvud- eller bidiagnos rapporterat till patientregistret. Personer som endast har fått KOL-diagnos i primärvården saknas, eftersom primärvård inte rapporteras till patientregistret. Dessa data omfattar cirka 122 000 personer. Prevalensen uppgår till ca 1,2 procent för KOL-diagnos år 2017. Populationerna beräknade på detta sätt är stora, men det är oklart hur stor del av den faktiska prevalensen i befolkningen som saknas.

Barn (0–17 år)

Diagram 18.7 visar en översikt av antal barn per 100 000 invånare som hämtade ut olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom år 2017.

Diagram 18.7 Läkemedelsanvändning bland barn

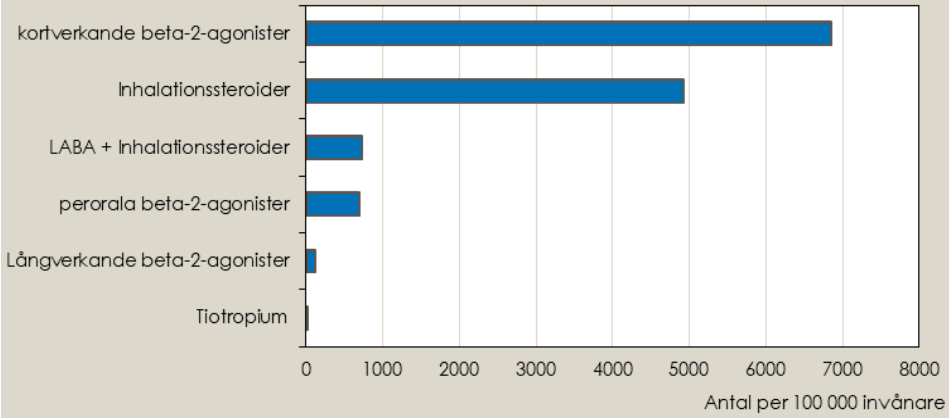
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept inom respektive kategori per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.8 Läkemedelsanvändning bland barn

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept inom respektive kategori per 100 000 invånare, år 2017.



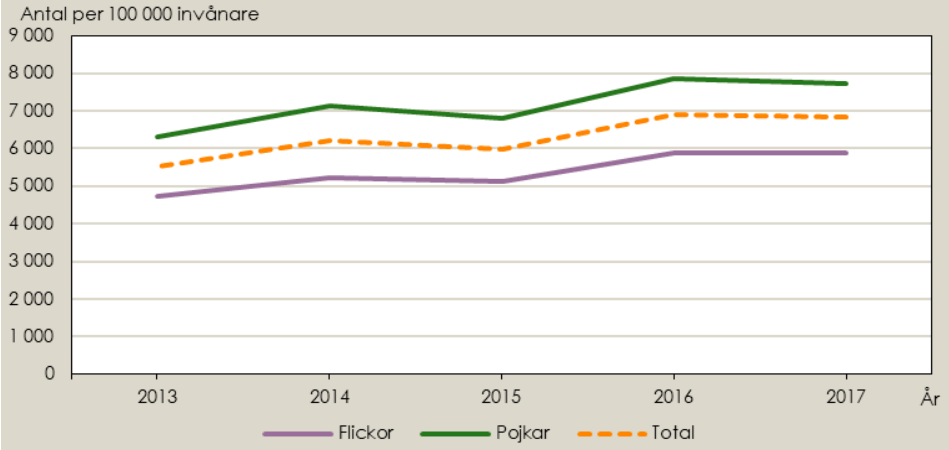
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Beta-2-agonister är en grupp läkemedel som vidgar luftrören, och kortverkande beta-2-agonister används för att lindra symtom vid obstruktivitet. Totalt 142 083 barn hämtade ut kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform år 2017, vilket motsvarar 6 843 barn per 100 000 invånare. Något fler pojkar än flickor hämtade ut läkemedlet. Under perioden 2013-2017 ökade antalet barn per 100 000 invånare som hämtade ut kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform (diagram 18.9). Det finns också skillnader mellan landstingen (diagram 18.10).

Diagram 18.9 Kortverkade beta-2-agonister i inhalationsform bland barn

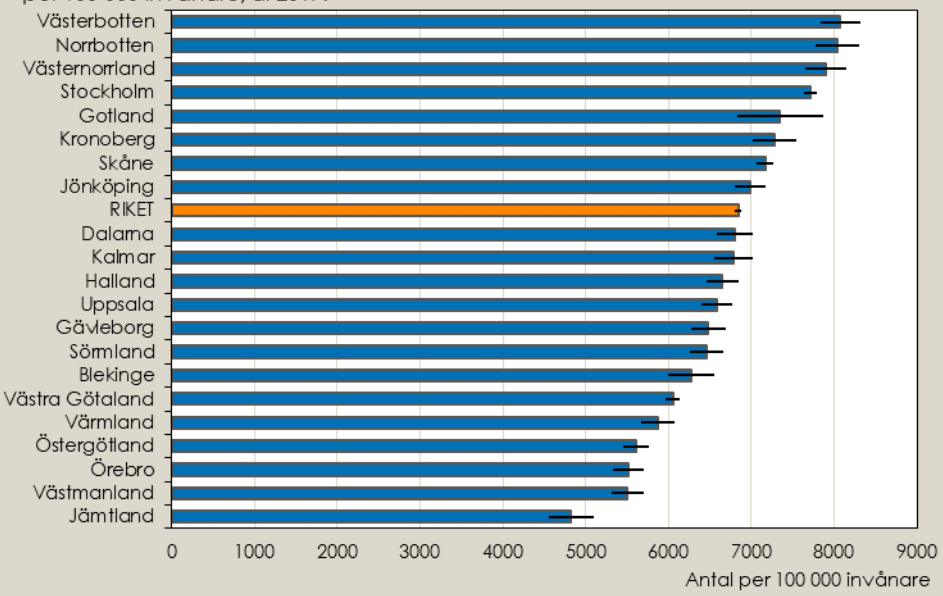
Antal barn (0 -17 år) som hämtat ut minst ett recept på kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform per 100 000 invånare, år 2013 - 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.10 Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform bland barn

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på kortverkande beta-2-agonister per 100 000 invånare, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistre, Socialstyrelsen.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform

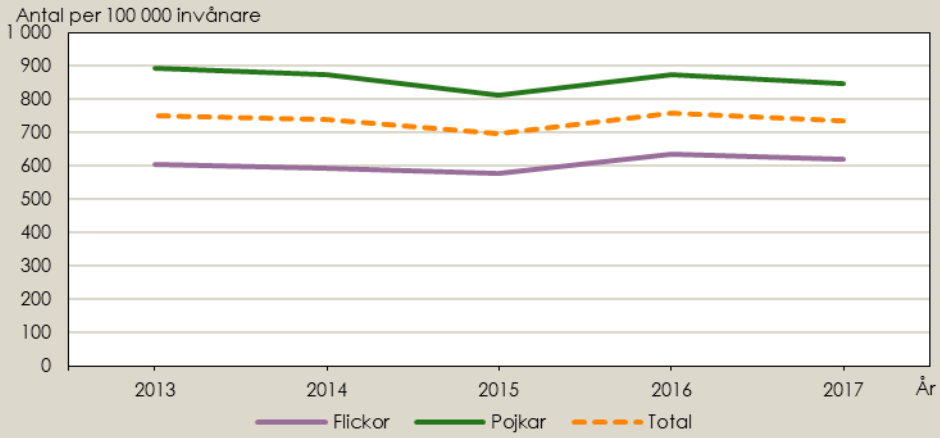
Totalt 2 600 barn hämtade ut långverkande beta-2-agonister i inhalationsform år 2017, vilket motsvarar 125 barn per 100 000 invånare. Ingen större skillnad ses mellan könen och antalet har varit konstant över tid.

Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

Totalt 15 282 barn hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform år 2017, vilket motsvarar 736 barn per 100 000 invånare. Det finns skillnader mellan könen. Skillnader kan också ses mellan landstingen (diagram 18.12).

Diagram 18.11 Barn med kombinationspreparat i inhalationsform

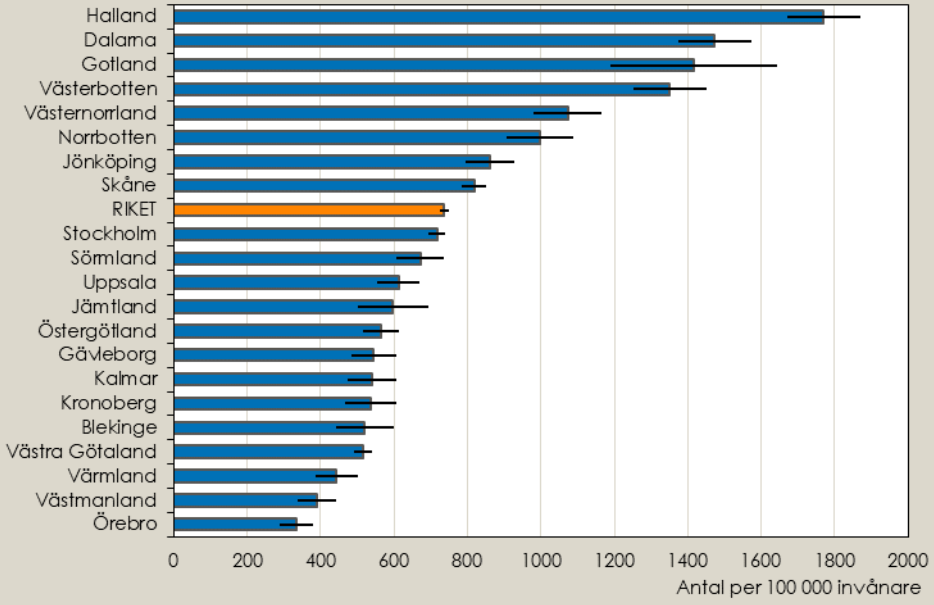
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.12 Barn med kombinationspreparat i inhalationsform

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform per 100 000 invånare, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

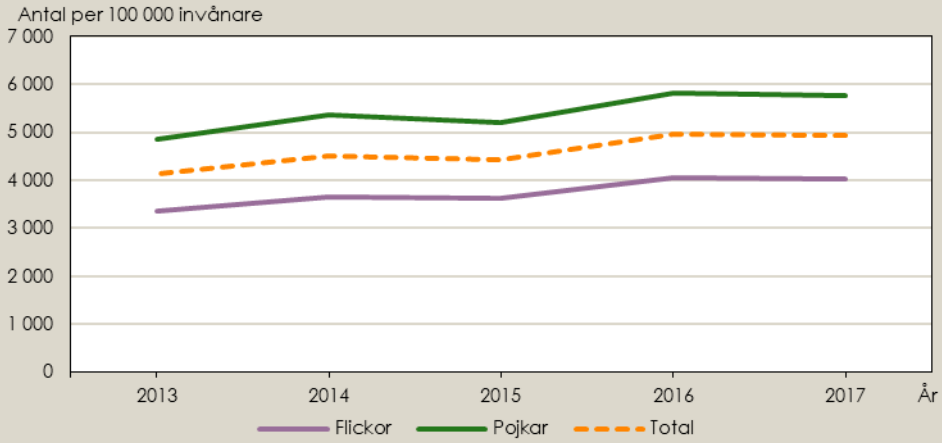
Inhalationssteroider

Inhalationssteroider dämpar inflammationen i luftrören. Totalt 102 320 barn hämtade ut inhalationssteroider år 2017, motsvarande 4 928 barn per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen.

Under perioden 2013 till 2017 ökade antalet barn per 100 000 invånare som hämtade ut inhalationssteroider: från 4 127 barn (år 2013) till 4 928 barn (år 2017). Det finns skillnader mellan landstingen (diagram 18.14).

Diagram 18.13 Barn med inhalationssteroider

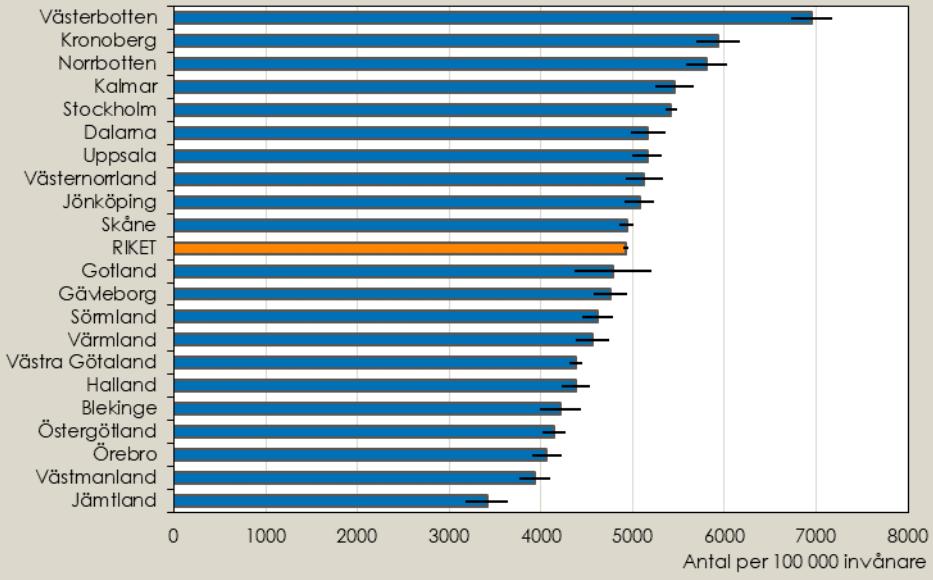
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.14 Barn med inhalationssteroider

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider per 100 000 invånare, år 2017.



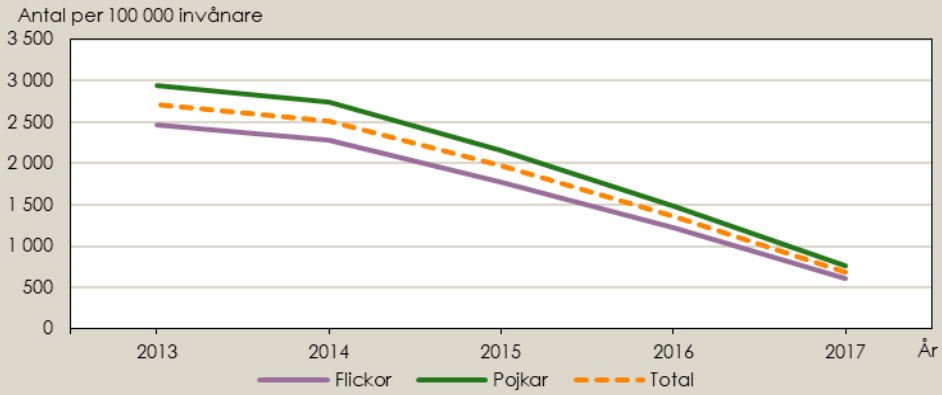
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Perorala beta-2-agonister

Totalt 14 285 barn hämtade ut perorala beta-2-agonister år 2017, vilket motsvarar 688 barn per 100 000 invånare. En viss skillnad ses mellan könen. Under perioden 2013-2017 minskade antalet barn per 100 000 invånare som hämtade ut perorala beta-2-agonister (diagram 18.15). Stora skillnader ses mellan landstingen (diagram 18.16).

Diagram 18.15 Barn med perorala beta-2-agonister

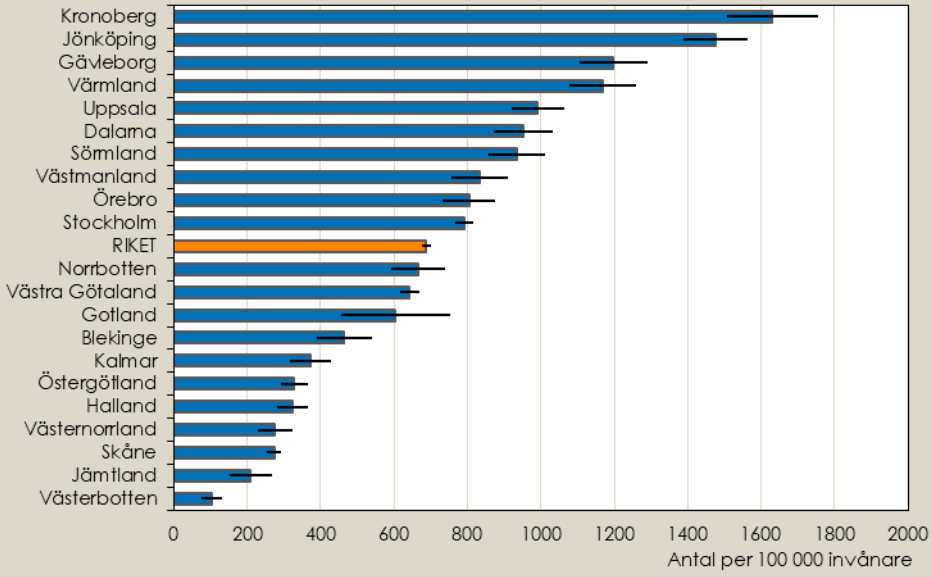
Antal barn (0 -17 år) som hämtat ut minst ett recept på perorala beta-2-agonister per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.16 Barn med perorala beta-2-agonister

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på perorala beta-2-agonister per 100 000 invånare, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tiotropium (långverkande muskarina antagonister)

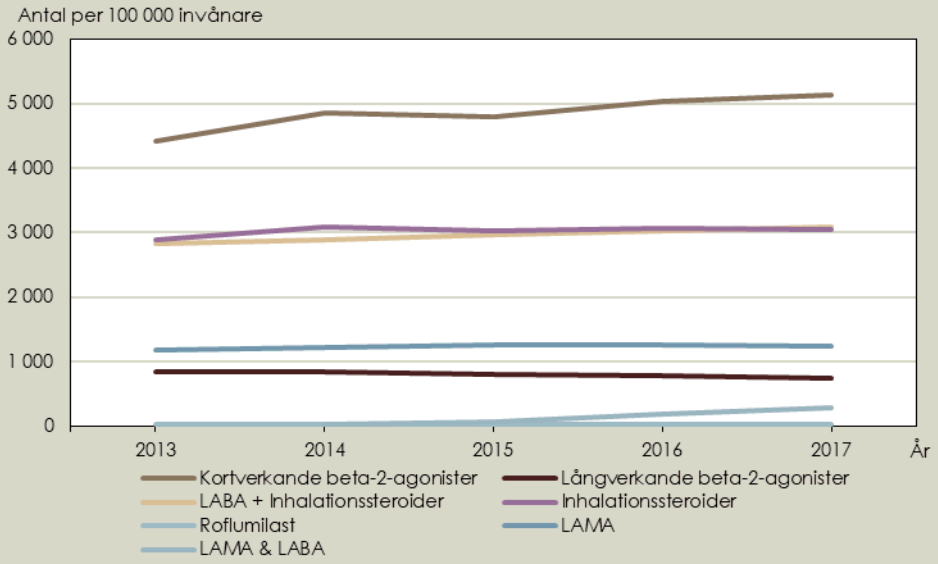
Totalt 299 barn hämtade ut tiotropium år 2017, motsvarande 14 barn per 100 000 invånare. Under perioden 2013-2017 ökade antalet barn per 100 000 invånare som hämtade ut tiotropium.

Vuxna (18 år och äldre)

Diagram 18.17 visar en översikt av antal vuxna per 100 000 invånare som hämtat ut olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom år 2017. Diagram 18.17a och 18.17b redovisar motsvarande läkemedelsanvändning för patienter med diagnostiserad KOL. Uppgifter om KOL har hämtats från patientregistret (se beskrivning av KOL-population på sida 115).

Diagram 18.17 Läkemedelsanvändning bland vuxna

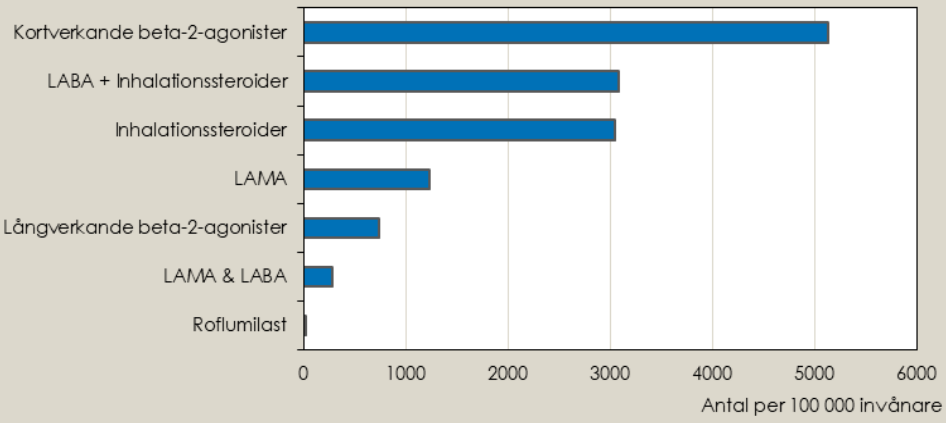
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept recept inom respektive kategori per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.18 Läkemedelsanvändning bland vuxna

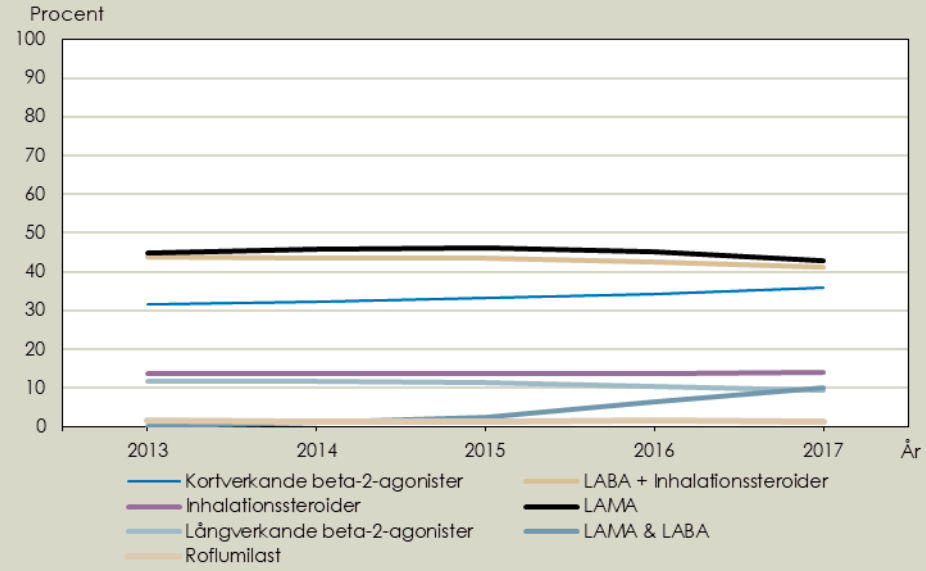
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept inom respektive kategori per 100 000 invånare, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistre, Socialstyrelsen.

Diagram 18.17a Läkemedelsanvändning bland vuxna med KOL

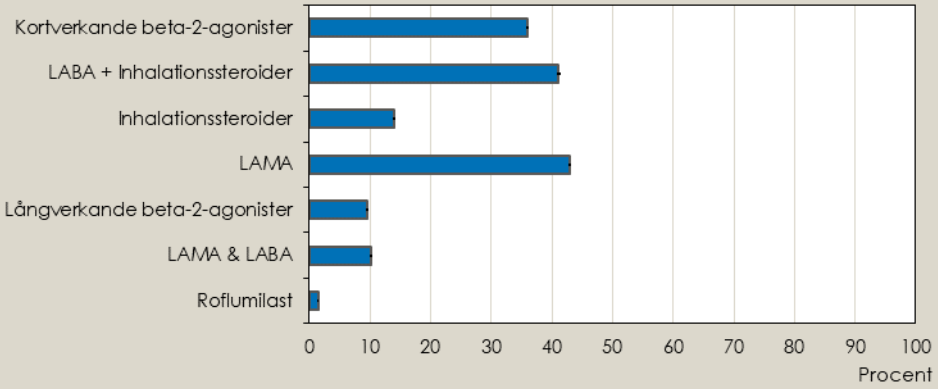
Andel vuxna (18 år och äldre) med diagnosen KOL som hämtat ut minst ett recept recept inom respektive kategori, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.18a Läkemedelsanvändning bland vuxna med KOL

Andel vuxna (18 år och äldre) med diagnosen KOL som hämtat ut minst ett recept inom respektive kategori, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Totalt 406 811 vuxna hämtade ut kortverkande beta-2-agonister år 2017, vilket motsvarar 5 137 vuxna per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen, men inga större skillnader mellan landstingen. Under perioden 2013-2017 ökade antalet vuxna per 100 000 invånare som hämtade ut kortverkande beta-2-agonister.

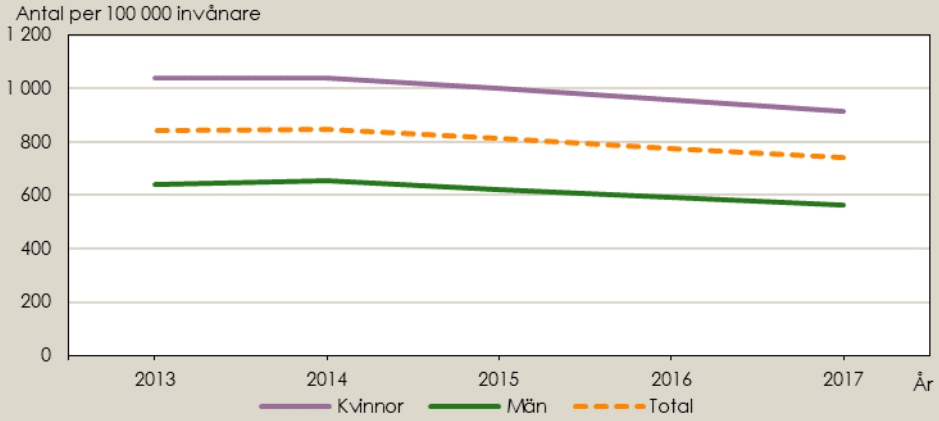
Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Totalt 58 608 vuxna hämtade ut långverkande beta-2-agonister år 2017, vilket motsvarar 740 vuxna per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen

där 916 kvinnor jämfört med 563 män per 100 000 invånare hämtade ut långverkande beta-2-agonister. Under perioden 2013-2017 minskade antalet vuxna per 100 000 invånare som hämtade ut långverkande beta-2-agonister. (diagram 18.19). Det finns stora skillnader mellan landstingen (diagram 18.20).

Diagram 18.19 Vuxna med långverkande beta-2-agonister i inhalationsform

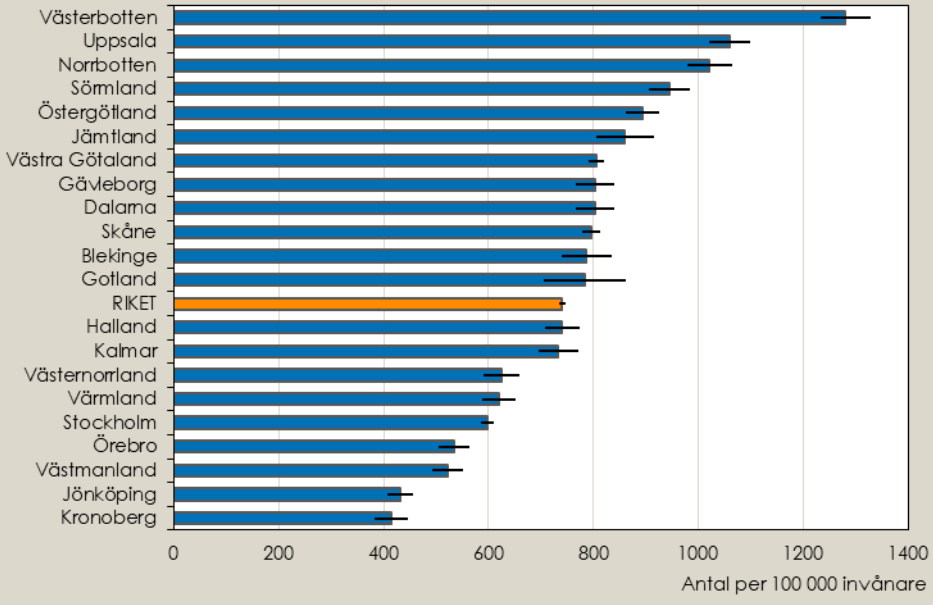
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.20 Vuxna med långverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



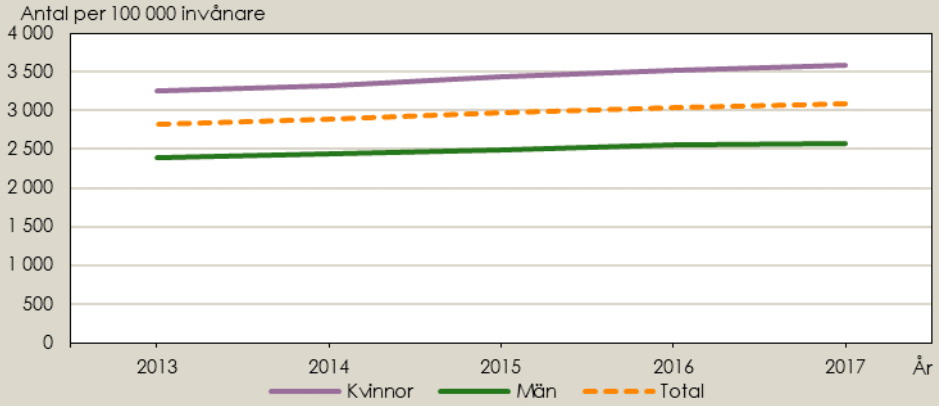
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

Totalt 244 478 vuxna hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform år 2017, vilket motsvarar 3 087 vuxna per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen. Under perioden 2013-2017 ökade antalet per 100 000 invånare som hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform. (diagram 18.21).
En viss skillnad ses mellan landstingen (diagram 18.22).

Diagram 18.21 Vuxna med kombinationspreparat i inhalationsform

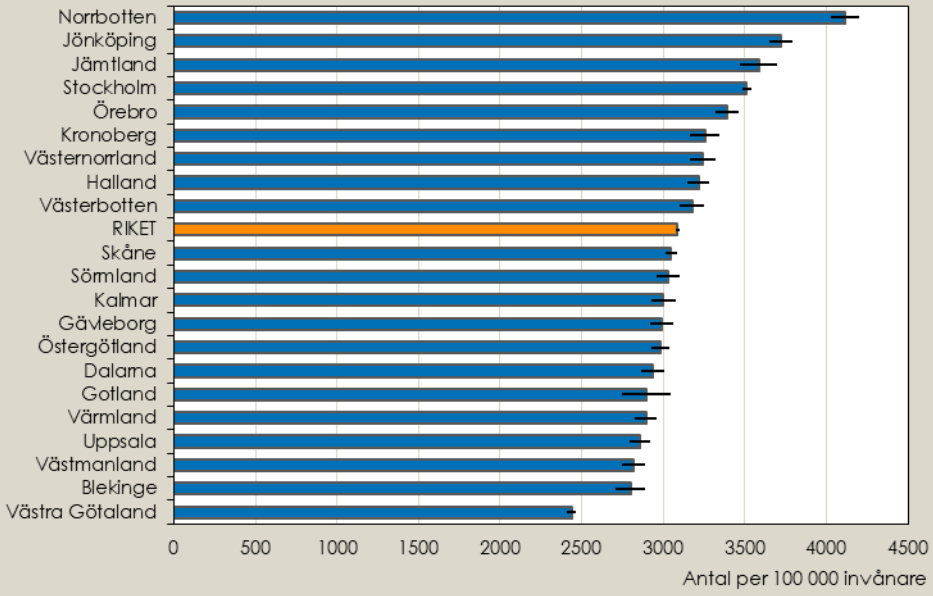
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsforum per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.22 Vuxna med kombinationspreparat i inhalationsform

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



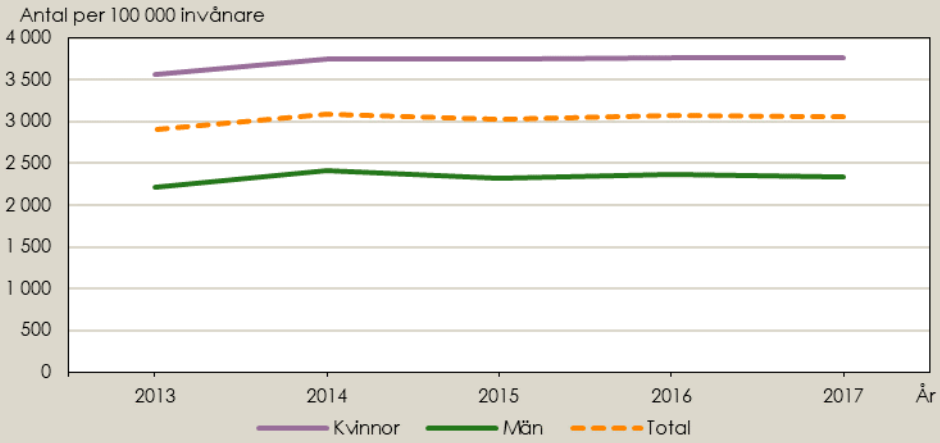
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Inhalationssteroider

Totalt 241 771 vuxna hämtade ut inhalationssteroider år 2017, vilket motsvarar 3 053 vuxna per 100 000 invånare. Fler kvinnor än män hämtade ut inhalationssteroider. Under perioden 2013-2017 har antalet vuxna som hämtat ut inhalationssteroider varit konstant. En viss skillnad ses mellan landstingen (diagram 18.24).

Diagram 18.23 Vuxna med inhalationssteroider

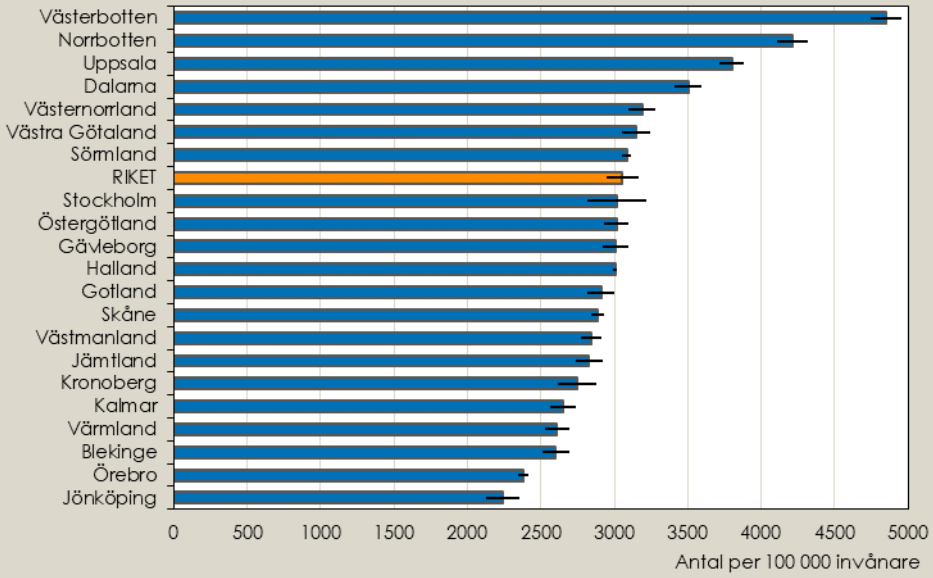
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.24 Vuxna med inhalationssteroider

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



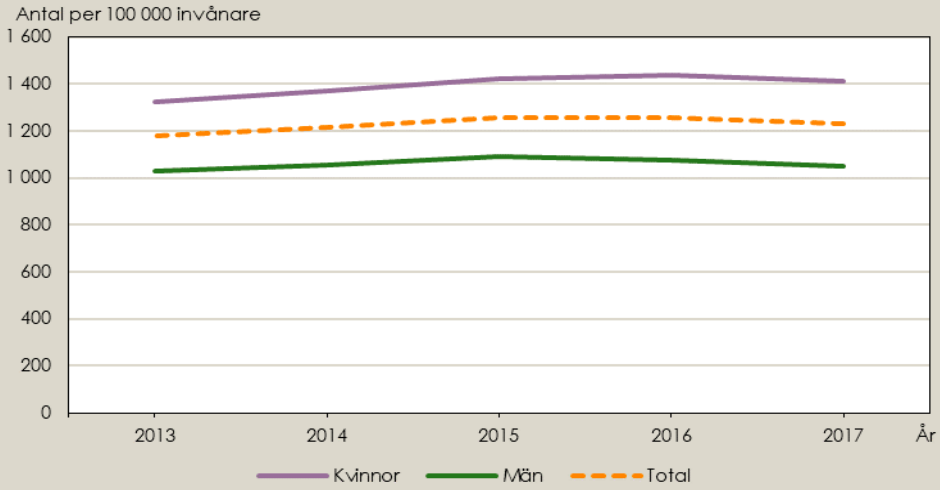
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna med långverkande muskarina antagonister

Totalt 97 582 vuxna hämtade ut långverkande muskarina antagonister år 2017. Det motsvarar 1 232 personer per 100 000 invånare eller 20 procent av dem som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under året. Viss skillnad ses mellan könen. Under perioden 2013-2017 har antalet vuxna som hämtade ut långverkande muskarina antagonister varit konstant. En viss skillnad ses mellan landstingen (diagram 18.26).

Diagram 18.25 Vuxna med långverkande muskarina antagonister

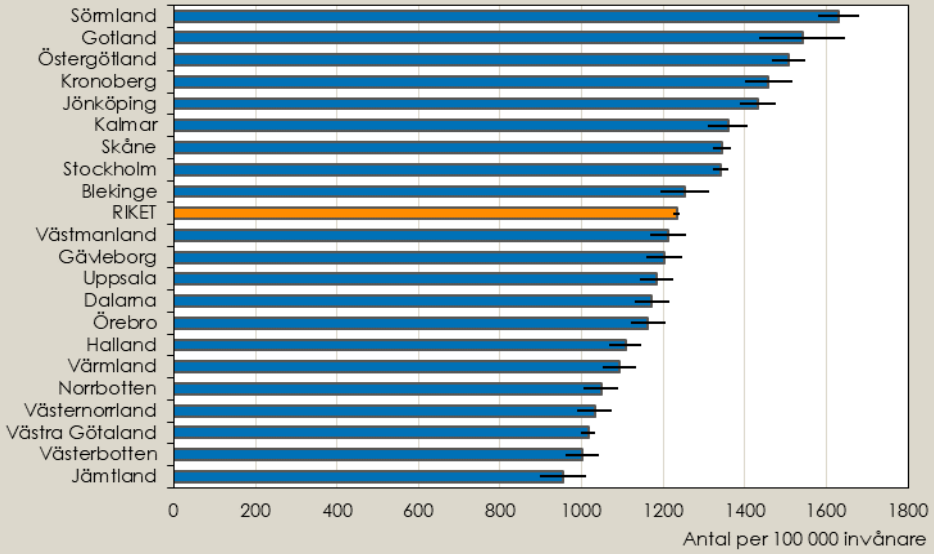
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på långverkane muskarina antagonister per 100 000 invånare, år 2013 - 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.26 Vuxna med långverkande muskarina antagonister

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på långverkande muskarina antagonister per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Perorala beta-2-agonister

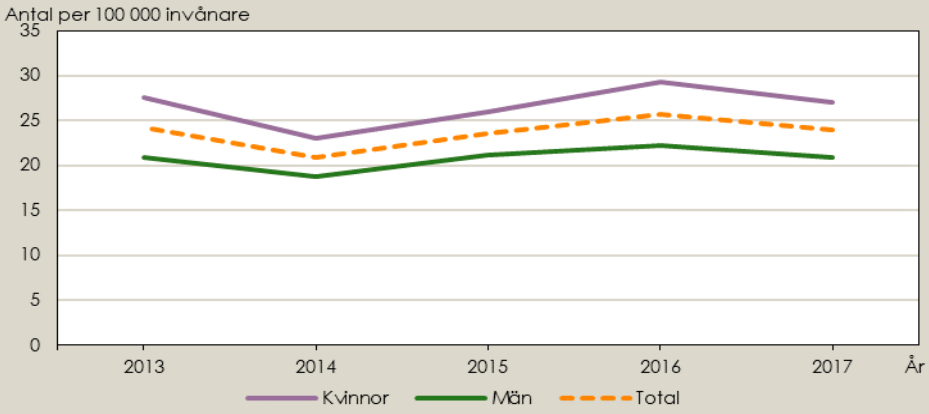
Totalt 3 314 vuxna hämtade ut perorala beta-2-agonister år 2017, motsvarande 42 vuxna per 100 000 invånare. Under perioden 2013-2017 minskade antalet vuxna per 100 000 invånare som hämtade ut perorala beta-2-agonister.

Roflumilast

Totalt 1 902 vuxna hämtade ut Roflumilast år 2017, motsvarande 24 vuxna per 100 000 invånare. Under perioden 2013-2017 har antalet som hämtat ut recept på Roflumilast varit konstant (diagram 18.27). Stora skillnader ses mellan landstingen (diagram 18.28).

Diagram 18.27 Vuxna med Roflumilast

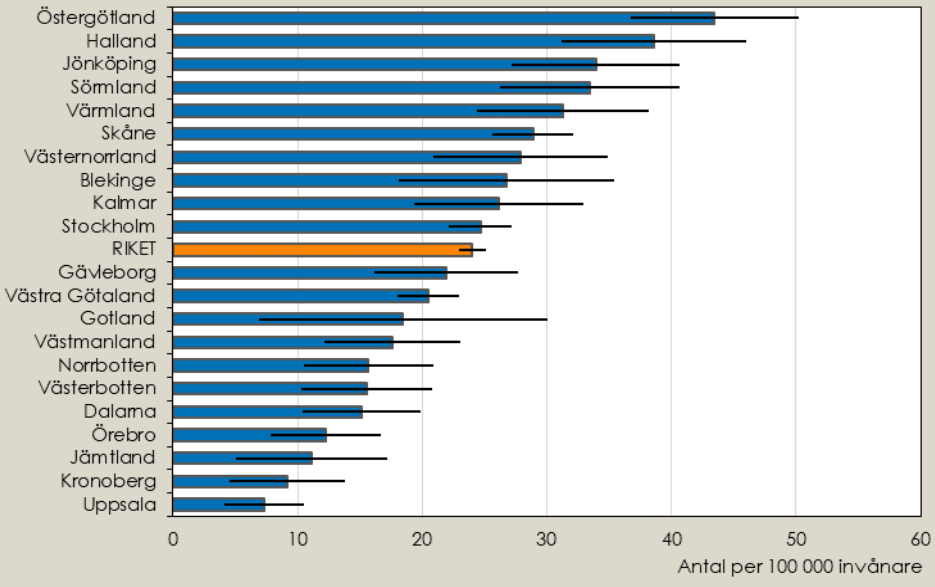
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på Roflumilast per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.28 Vuxna med Roflumilast

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på Roflumilast per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kombinationspreparat LAMA och LABA

Totalt 22 547 vuxna hämtade ut kombinationspreparat LAMA och LABA år 2017, vilket motsvarar 282 vuxna per 100 000 invånare. Under perioden 2014 till 2017 har antalet personer som hämtat ut recept på LAMA och LABA ökat.

Nikotinersättnings- eller rökavvänjningsmedel

Enligt Folkhälsomyndigheten var andelen dagligrökare i åldersgruppen 16 till 84 år 9 procent år 2016. Rökstopp är den viktigaste behandlingen vid KOL, men har även stor betydelse vid astma.

Nikotinläkemedel är i huvudsak receptfria och återfinns därmed inte i läkemedelsregistret.

Antibiotika

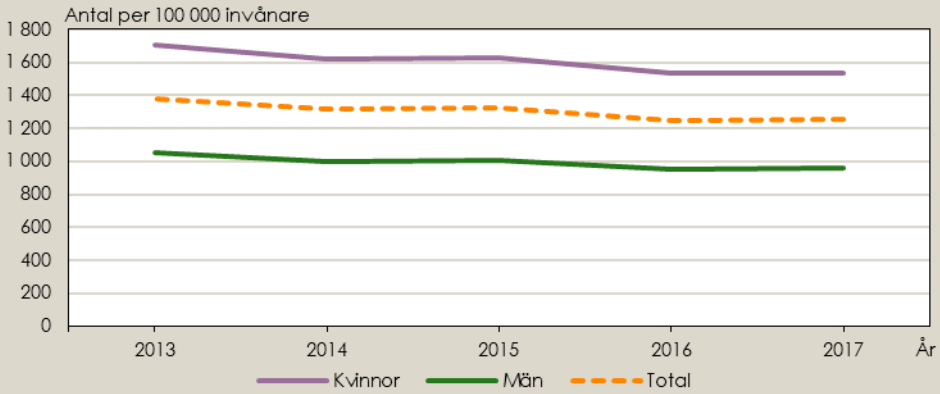
Totalt 99 094 vuxna som under år 2017 hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, hämtade även ut antibiotika (doxycyklin, amoxicillin, bactrim och azitromycin). Detta motsvarar 20 procent av dem som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under året (1 251 personer per 100 000 invånare).

Huvudsakligen används angivna antibiotika för att behandla luftvägsinfektioner, men för patienter med obstruktiv lungsjukdom är det sannolikt att dessa används för att behandla exacerbationer. Viss skillnad ses mellan könen, där 1 538 kvinnor jämfört med 962 män per 100 000 invånare hämtade ut antibiotika på recept.

Under perioden 2013 till 2017 minskade antalet vuxna som hämtade ut antibiotika: från 1 381 personer till 1 251 personer per 100 000 invånare. Minskningstakten har varit densamma för män och kvinnor. Små skillnader ses mellan landstingen (diagram 18.30).

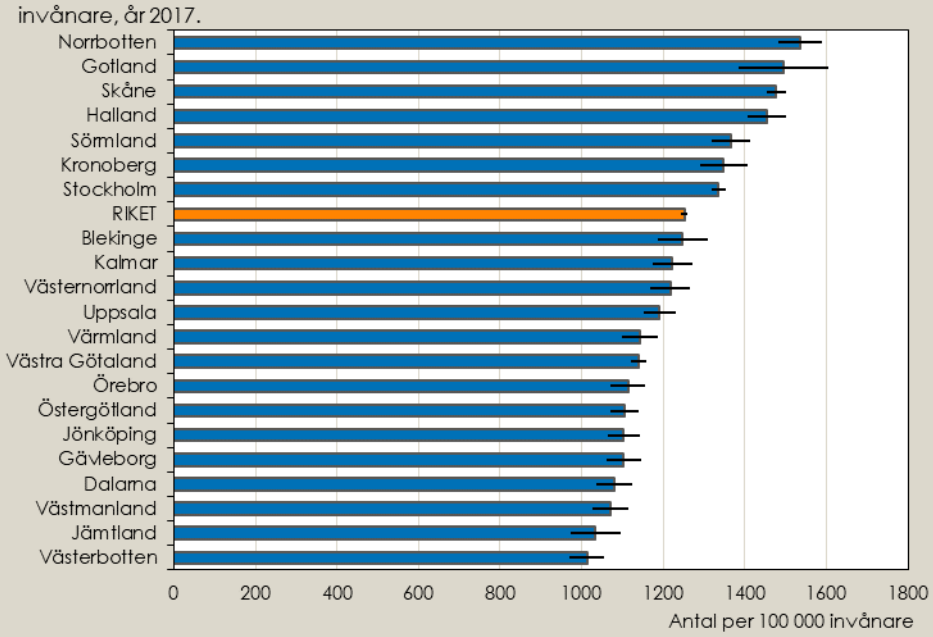
Diagram 18.29 Antibiotika och läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som hämtat ut minst ett recept på antibiotika* per 100 000 invånare, år 2013 -2017.



*Doxycyklin, amoxicillin, bactrim och azitromycin.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.30 Antibiotika och läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som hämtat ut minst ett recept på antibiotika* per 100 000 invånare, år 2017.



*Doxycyklin, amoxicillin, bactrim och azitromycin
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Barn (0–17 år)

Andelen barn som hämtat ut beta-2-agonister respektive inhalationssteroider har ökat under perioden 2013 till 2017. Detta trots att det i epidemiologiska undersökningar inte funnit några tydliga tecken på att förekomsten av astma ökat. Ökningen skulle kunna bero på ökad medvetenhet om vikten av att patienterna ska uppnå god astmakontroll. Likaså är det möjligt att förskrivningen av astmaläkemedel ökat till förskolebarn som har förkylningsutlösta besvär.

En mindre grupp använde kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (totalt 0,7 procent av alla barn) och långverkande beta-2-agonister i inhalationsform av ännu färre (totalt endast 0,1 procent). På nationell nivå stämmer fördelningen bra, det vill säga att den absoluta majoriteten barn behandlas enligt steg 1 och steg 2 på behandlingstrappan, vilket motsvarar lindrig till måttligt svår astma. Däremot är de svårare formerna av astma är betydligt ovanligare.

Vad gäller barns användning av olika preparat ses relativt stora skillnader mellan landstingen. Till exempel var det fem gånger så många barn som hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i det landsting som har högst användning, jämfört med det landsting som har lägst användning (räknat per 100 000 invånare).

Det är svårt att uttala sig om vad skillnaderna beror på. De kan till viss del bero på skillnader i förekomst av astma och obstruktiva besvär, men skulle också kunna tyda på skillnader i behandlingstradition. På vissa håll används till exempel kombinationen inhalationssteroid + montelukast (diagram 18.37)

i stället för kombinationen inhalationssteroid + LABA, men det förklarar inte hela skillnaden. Utöver eventuella skillnader i prevalens och behandlingstradition måste man också överväga möjligheten av underbehandling på vissa håll och överbehandling på andra, särskilt då skillnaderna i förskrivning av kombinationspreparat är så stora.

Perorala beta-2-agonister användes 2013 av en liten grupp patienter 0,8 procent och har minskat till 0,4 procent 2017. Stora skillnader ses mellan landstingen, dessa läkemedel användes av 7 gånger fler barn i Stockholm än i Västerbotten. Indikationerna för perorala beta-2-agonister är få, inte sällan förskrivs dessa preparat fortfarande som hostmediciner trots att de fungerar dåligt som sådana. Det är positivt att den totala förskrivningen minskat. Fortsatt utbildning behövs i syfte att ytterligare minska onödig förskrivning.

Vuxna (18 år och äldre)

Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform användes i något mindre utsträckning av vuxna än av barn Totalt 5,1 procent av befolkningen 18 år och äldre hämtade ut dessa preparat. Kombinationspreparat med beta-2-agonister och inhalationssteroider var mer vanligt förekommande bland vuxna och användes av 3,1 procent av den åldersgruppen.

Under perioden 2013-2017 ses en ökning av vuxna som hämtar ut kortverkande beta-2-agonist. Detsamma gäller för kombinationer med beta-2-agonist (LABA) och inhalationssteroid, medan en minskning ses för långverkande beta-2-agonist samt för peroral beta-2-agonist. Inom gruppen långverkande muskarina antagonister (LAMA) ses en liten minskning för tiotropium, medan övriga preparat har ökat något.

Det är svårt att uttala sig om följsamheten till behandlingsriktlinjer eftersom data inte kan kopplas till specifik sjukdom (astma eller KOL), och data saknas för sjukdomens svårighetsgrad.

Vid både astma och KOL är det mycket viktigt att sluta röka. Av de vuxna som 2017 hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom tog 1,7 procent ut nikotinersättnings- eller rökavvänjningsmedel. Nikotinersättning finns dock receptfritt, och förskrivningen säger därför inte mycket om gruppens totala användning av dessa läkemedel.

Antibiotika, i första hand doxycyklin och amoxicillin, används bland annat för att behandla exacerbationer vid KOL. Omkring en femtedel av vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under året tog också ut något av dessa antibiotika,. Andelen varierar mellan landstingen. Det är svårt att uttala sig om vad som är rätt nivå när det gäller användningen av antibiotika för personer med KOL. Antibiotika vid exacerbation med misstänkt infektion ges medelhög prioritet i de nationella riktlinjerna, men ska inte användas vid exacerbationer utan misstänkt bakteriell infektion.

Det är stora skillnader mellan landstingen på uthämtade läkemedel.

Kombination av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

I detta avsnitt redovisas användningen av olika kombinationer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom för att få en tydligare bild av behandlingspraxis . För barn kan man anta att dessa läkemedel i första hand används för astma. För vuxna kan flera av läkemedelstyperna användas för både astma och KOL, och tolkningen blir därför svårare.

De olika behandlingsstegen för barn med astma har beskrivits i början av detta avsnitt och i detalj i bilaga 2.

Nedan beskrivs mått för läkemedelsbehandling med kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform och underhållsbehandling. Med underhållsbehandling avses långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC12, R03AC13, R03AC18, R03AC19), inhalationssteroider (R03BA), montelukast (R03DC03), kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (R03AK06-11) samt ”övriga systemiska medel” (R03DA, R03DX). Samtliga mått gäller antal barn respektive vuxna som hämtat ut minst ett recept år 2017 på:

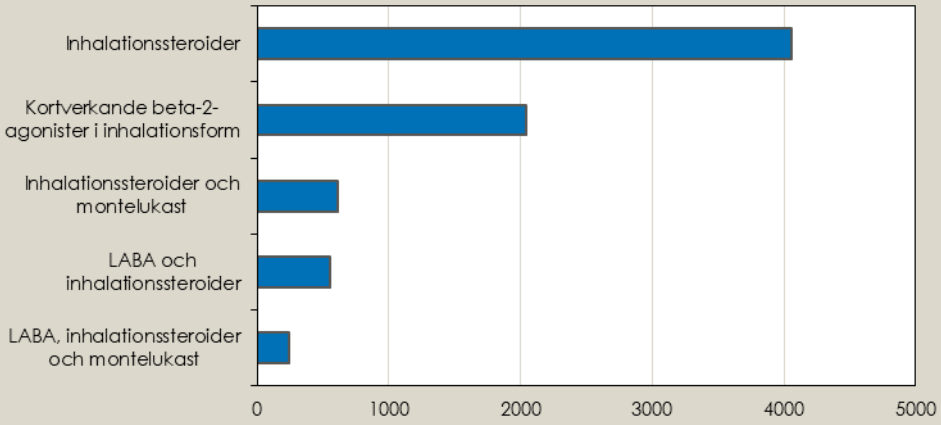
1. Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform (SABA) men inget recept på ovannämnda underhållsbehandlingar.
2. Inhalationssteroider (ICS) men inget recept på någon av övriga ovannämnda underhållsbehandlingarna.
3. Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider (LABA + ICS), separat eller som kombination, men inget recept på montelukast.
4. Inhalationssteroider och montelukast (ICS & LTRA) men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform.
5. Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider (separat eller som kombination) och montelukast (LABA, ICS & LTRA).
6. Montelukast (LTRA) men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform
7. Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast (LABA & LTRA) men inget recept på följande underhållsbehandlingar: inhalationssteroider och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform
8. Kombination: LAMA+LABA
9. Kombination: LAMA+LABA+ICS

Barn (0–17 år)

År 2017 var inhalationssteroider utan någon annan underhållsbehandling den läkemedelskombination som flest barn hämtade ut. Därefter kom kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform, utan någon underhållsbehandling (diagram 18.31).

Diagram 18.31 Användning av kombinationer av läkemedel bland barn

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept inom följande kategorier av läkemedel och annan underhållsbehandling för obstruktiv lungsjukdom, år 2017.



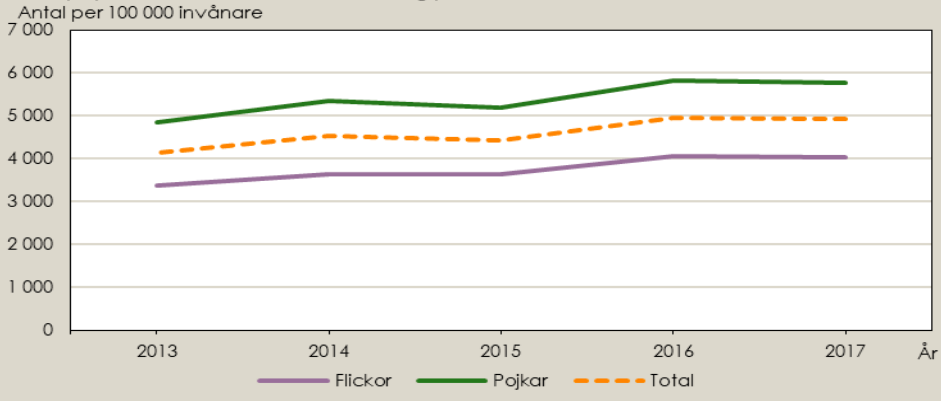
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Inhalationssteroider

Totalt 84 331 barn, motsvarande 4 061 barn per 100 000 invånare, hämtade under 2017 ut recept på inhalationssteroider men utan att hämta ut recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, montelukast och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform. Viss skillnad kan ses mellan könen. Under perioden 2013-2017 ökade antalet barn per 100 000 invånare som hämtade ut inhalationssteroider (diagram 18.32). Relativt stor variation ses mellan landstingen (diagram 18.33).

Diagram 18.32 Barn med inhalationssteroider som underhållsbehandling

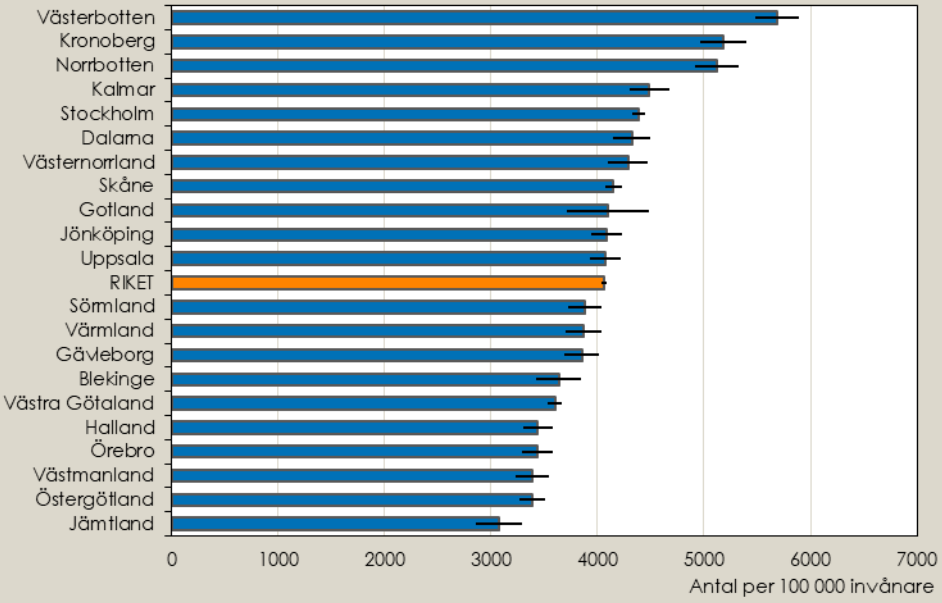
Antal barn (0 -17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider men inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2013 - 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.33 Barn med inhalationssteroider som underhållsbehandling

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider men inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2017.



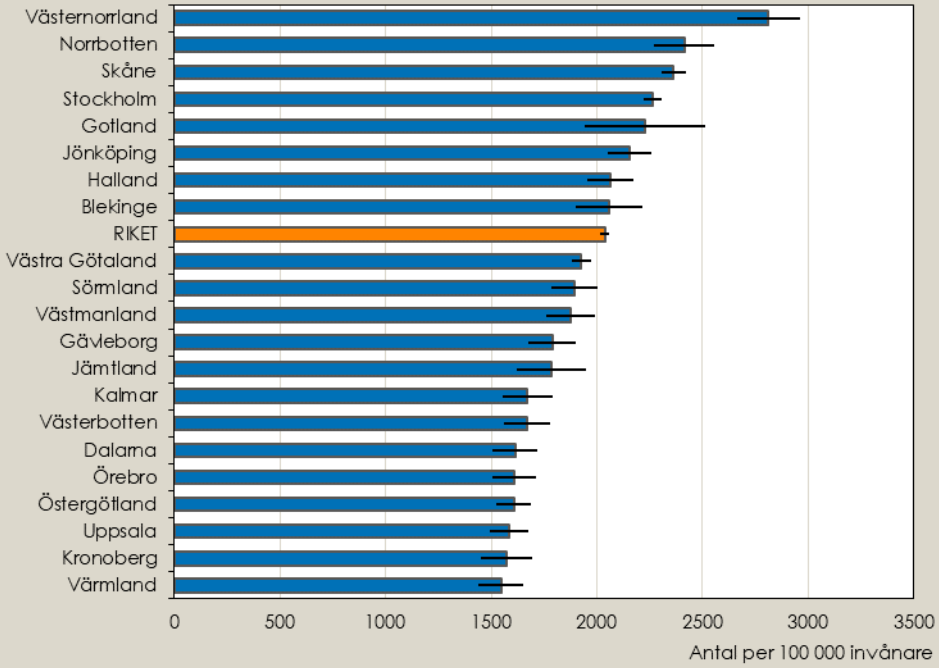
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform utan underhållsbehandling

Totalt 42 309 barn, motsvarande 2 038 barn per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform utan att också hämta ut någon form av underhållsbehandling (enligt tidigare definition). Viss variation ses mellan landstingen (diagram 18.34).

Diagram 18.34. Barn med korverkande beta-2-agnister i inhalationsform

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på kortverkande beta-2-agonister men inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2017.



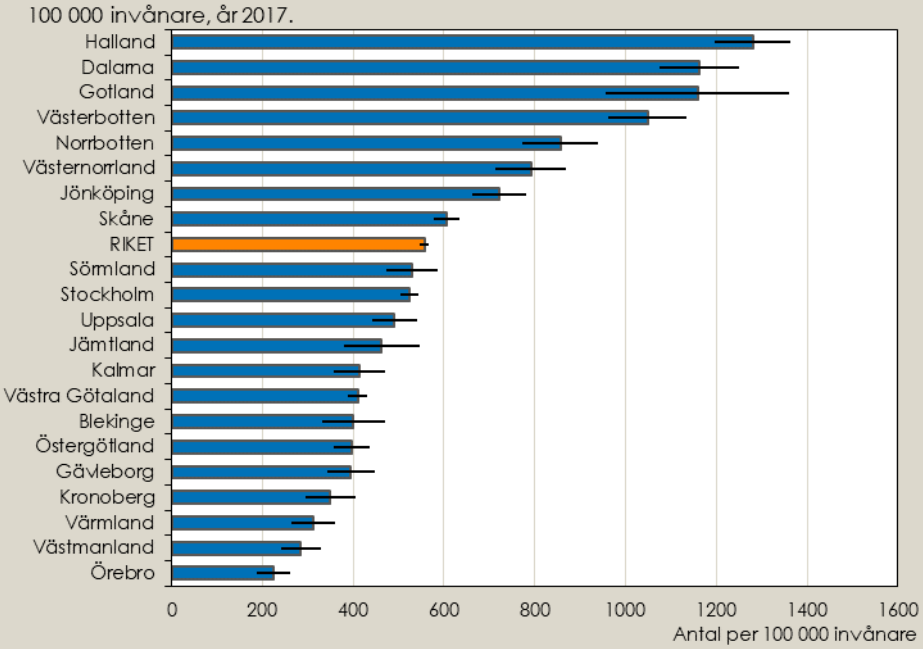
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider (separat eller kombination)

Totalt 11 826 barn, motsvarande 557 barn per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (separat eller i kombination) och inhalationssteroider utan att hämta ut recept på montelukast. Stor variation ses mellan landstingen (diagram 18.35).

Diagram 18.35 Barn med långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på LABA och ICS, separat eller i kombination, utan att hämta ut recept på någon annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2017.

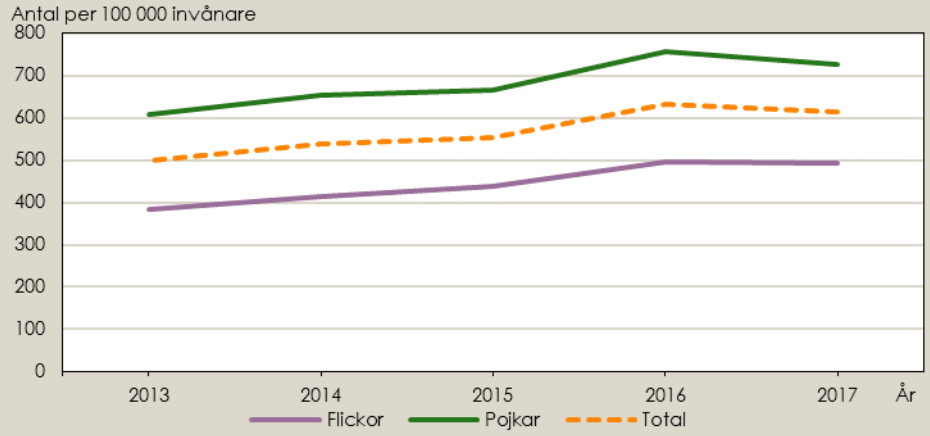


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Inhalationssteroider och montelukast

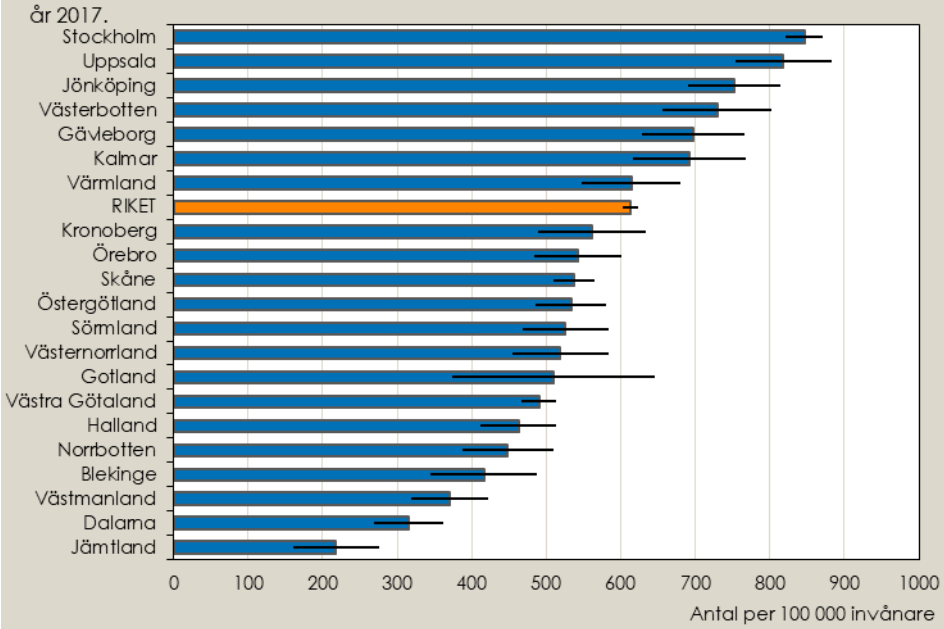
Totalt 12 726 barn, motsvarande 613 barn per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut både inhalationssteroider och montelukast, men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform. Viss skillnad kan ses mellan könen. Under perioden 2013-2017 har antalet barn som hämtade ut inhalationssteroider och montelukast ökat (diagram 18.36). Stora skillnader ses mellan landstingen (diagram 18.37).

Diagram 18.36 Barn med inhalationssteroider och montelukast
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider och montelukast med inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2013-2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.37 Barn med inhalationssteroider och montelukast
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider och montelukast men inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2017.

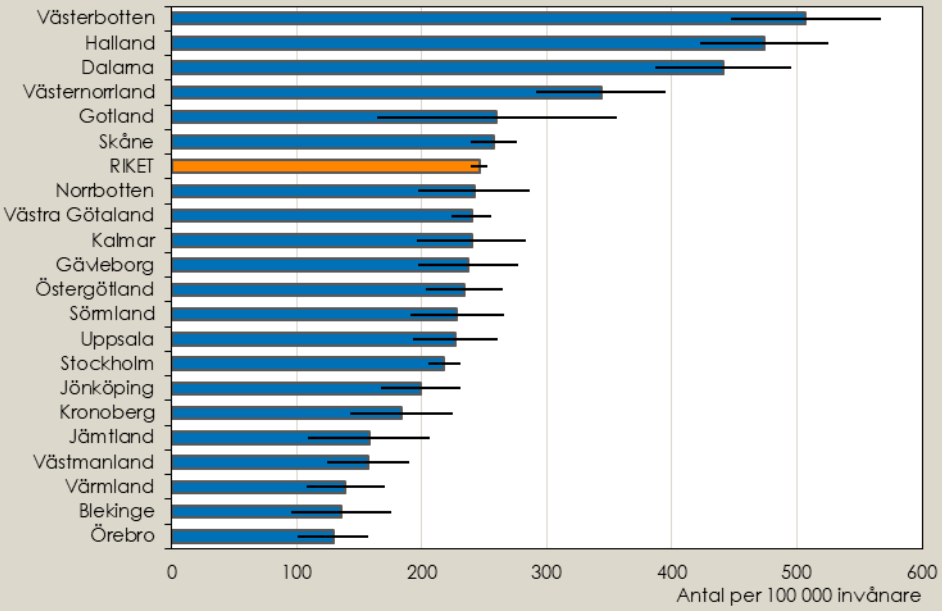


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider (separat eller kombination) och montelukast
Totalt 5 222 barn hämtade under året ut samtliga följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (separat eller i kombination), inhalationssteroider och montelukast. Detta motsvarar 246 barn per 100 000 invånare. Stor variation ses mellan landstingen (diagram 18.38).

Diagram 18.38 Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider och montelukast

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på LABA, ICS (separat eller i kombination) och montelukast per 100 000 invånare, år 2017.



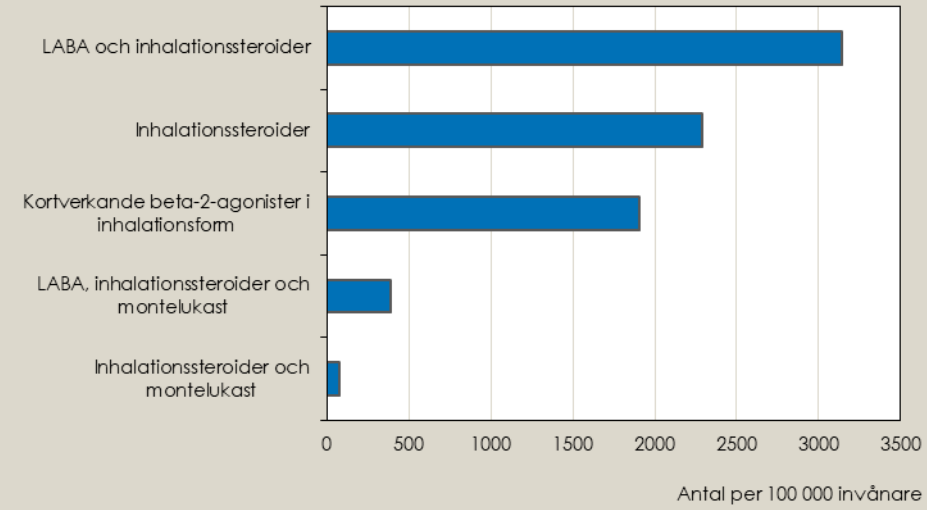
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna (18 år och äldre)

Den största gruppen vuxna hämtade ut långverkande beta-2-agonister i inhalationsform i kombination med inhalationssteroider. Därefter kom de som hämtade ut inhalationssteroider utan annan underhållsbehandling (diagram18.39). Diagrammet visar samma grupper av läkemedel som på barnsidan (diagram 18.31) och beskriver kanske mest hur det ser ut på astma-sidan, medan diagram 18.40 visar grupper och kombinationer av läkemedel som mest förskrivs vid KOL

Diagram 18.39. Användning av kombinationer av läkemedel bland vuxna

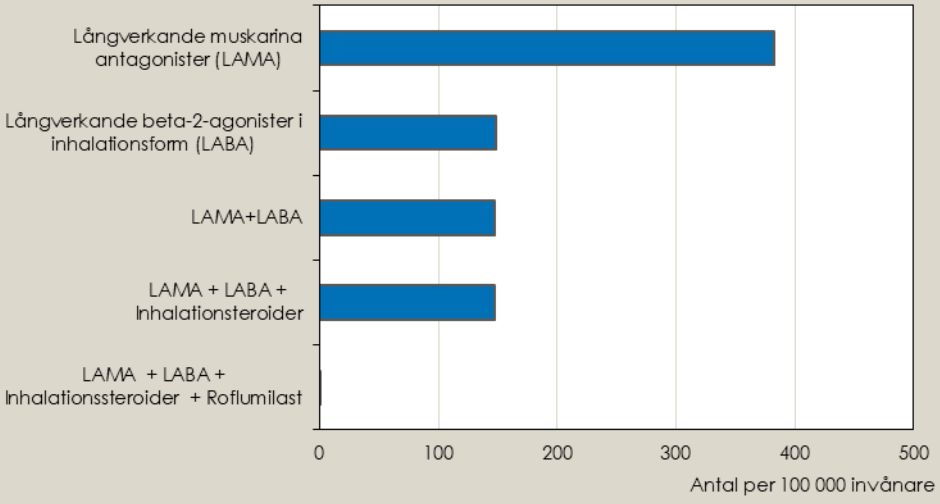
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept inom följande kategorier av läkemedel och annan underhållsbehandling för obstruktiv lungsjukdom, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.40. Användning av kombinationer av läkemedel bland vuxna

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept inom följande kategorier av läkemedel och annan underhållsbehandling för obstruktiv lungsjukdom, år 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider, separat eller i kombination

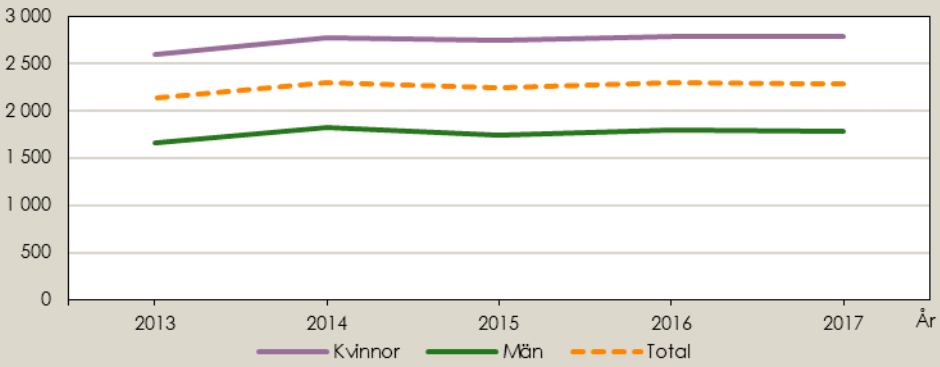
Totalt 251 443 vuxna hämtade ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider, separat eller i kombination – men inget recept på underhållsbehandlingen montelukast. Det motsvarar 3 144 vuxna per 100 000 invånare.

Inhalationssteroider

Totalt 180 992 vuxna, motsvarande 2 286 vuxna per 100 000 invånare, hämtade under året ut minst ett recept på inhalationssteroider, men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, montelukast och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform. Under perioden 2013-2017 har antalet vuxna som hämtade ut inhalationssteroider varit konstant (diagram 18.41). Skillnad kan även ses mellan könen.Viss variation ses mellan landstingen (diagram 18.42).

Diagram 18.41 Vuxna med inhalationssterorider som underhållsbehandling

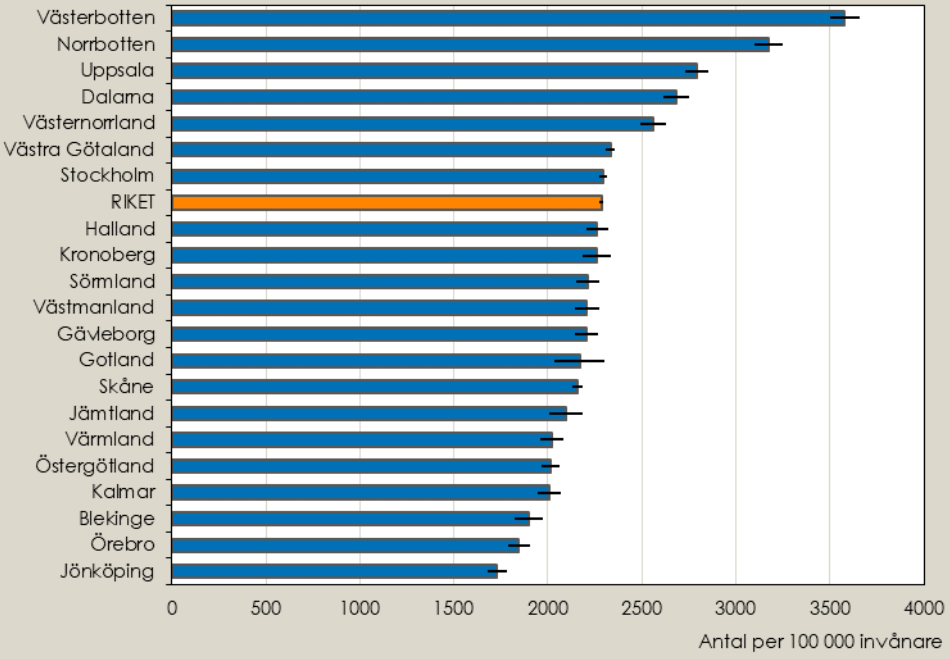
Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider men inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2013 - 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 18.42 Vuxna med inhalationssteroider som underhållsbehandling

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider men inget recept på annan underhållsbehandling per 100 000 invånare, år 2017. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Totalt 151 208 vuxna, motsvarande 1 909 vuxna per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform – utan något recept på tidigare nämnda underhållsbehandlingar. Viss skillnad kan ses mellan landstingen.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider (separat eller kombination) och montelukast

Totalt 31 317 vuxna, motsvarande 392 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på samtliga följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider (separat eller i kombination) och montelukast.

LAMA (ensamt)

Totalt 30 533 vuxna, motsvarande 382 vuxna per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på långverkande muskarina antagonister utan att hämta ut någon av tidigare nämnda underhållsbehandlingar.

LABA (ensamt)

Totalt 11 914 vuxna, motsvarande 149 vuxna per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister i inhalationsform utan att hämta ut någon av tidigare nämnda underhållsbehandlingar.

LAMA/LABA
Totalt 11 712 vuxna, motsvarande 148 vuxna per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på LAMA/LABA

LAMA/LABA/ICS
Totalt 11 712 vuxna, motsvarande 148 vuxna per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på LAMA/LABA/ICS

LAMA/LABA/ICS/Roflumilast
Totalt 112 vuxna, motsvarande 1 vuxna per 100 000 invånare, hämtade år 2017 ut minst ett recept på LAMA/LABA/ICS/Roflumilast

Montelukast
Totalt 8 686 vuxna, motsvarande 110 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på montelukast utan att ha recept på någon annan underhållsbehandling.

Inhalationssteroider och montelukast
Totalt 6 134 vuxna, motsvarande 77 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på både inhalationssteroider och montelukast men ingen annan underhållsbehandling enligt definitionen ovan.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast
Totalt 442 vuxna, motsvarande 6 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på både långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast, men ingen annan underhållsbehandling enligt definitionen ovan.

Bedömning av resultat

Användningen av olika läkemedelskombinationer kan ge en uppfattning om behandlingspraxis. Det finns dock några utmaningar i en sådan bedömning. För vuxna används läkemedlen för både astma och KOL – och dessutom skiljer behandlingsrekommendationerna sig åt mellan de två sjukdomarna. Det som redovisas är uthämtning av läkemedel under ett år, varför det är möjligt att läkemedlen använts i följd istället för samtidigt. Trots dessa begränsningar kan ändå läkemedelsanvändningen ge en uppfattning om var i behandlingstrappan personen befinner sig.

Barn(0–17 år)

De fem läkemedelskombinationer som redovisas är de absolut vanligaste och beskriver därför sannolikt behandlingen för majoriteten av barn med astma. Troligen ingår även barn med steg 5-behandling, eftersom dessa läkemedel inte är exkluderade, men totalt utgör dessa barn en mycket liten andel .

År 2017 hämtade 7 515 per 100 000 barn ut någon av de fem behandlingskombinationerna, vilket skulle betyda att cirka 7,5 procent av barnen i Sverige har läkemedelsbehandlad astma. Skillnaderna i landet är dock stora, högst förskrivning ses i Norrbotten, Västerbotten, och Västernorrland, där cirka 9 procent av barnen har läkemedelsbehandlad astma jämfört med cirka 6 procent i Jämtland, Västmanland, Örebro och Östergötland.

I Sverige har 73 procent av de läkemedelsbehandlade barnen någon form av underhållsbehandling medan 27 procent enbart har kortverkande beta-2-agonist.

Valet av underhållsbehandling varierar mellan landstingen. Sannolikt är det olika behandlingstraditioner och lokal praxis som avgör om man väljer att kombinera inhalationssteroid med långverkande beta-2-agonist eller montelukast då de två alternativen ses som likvärdiga. Kombinationen inhalationssteroid och montelukast är vanligast i Uppsala-Stockholmsområdet samt Jönköping och Gävleborg, medan den är ovanlig i Dalarna och Jämtland. I Halland, Dalarna och på Gotland väljer man inhalationssteroid och långverkande beta-2-agonist.

Trippelbehandling, med inhalationssteroid, långverkande beta-2-agonist och montelukast, varierar också inom landet. Av barn med astmabehandling har 6 procent trippelbehandling i Halland och Dalarna, mot 2 procent i Örebro, Värmland och Kronoberg.

Knappt 30 procent av barnen med läkemedelsbehandlad astma hade enbart kortverkande beta-2-agonist som behandling medan drygt 70 procent underhållsbehandling. På riksnivå förefaller andelen vara rimlig. Studier från mitten av 1990-talet [14] visar att cirka hälften av barnen med läkemedelsbehandlad astma hade underhållsbehandling, varför man får förmoda att en allt ökande medvetenhet om vikten av god astmakontroll inneburit att fler använder regelbunden underhållsbehandling. Däremot är det svårare att förstå skillnaderna inom landet. Den här kartläggningen kan visa på skillnader i förskrivning, men den kan inte visa vilka behandlingskombinationer och behandlingssteg som är optimala. Det är viktigt att sjukvården på lokal och regional nivå följer såväl förskrivningspraxis som kvalitetsmått på astmakontroll i nationella kvalitetsregister, så att barn med astma är välbehandlade utan onödigt tung medicinering.

Vuxna (18 år eller äldre)

För vuxna är bedömningen svårare eftersom flera av läkemedelstyperna kan användas för både astma och KOL. Den största gruppen vuxna, 3 087 per 100 000 invånare, använde kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform. Näst vanligast var att använda inhalationssteroider (2 286 per 100 000 invånare). Den tredje största gruppen, 1 909 per 100 000 invånare, använde kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform. Andra kombinationer av underhållsbehandlingar var betydligt ovanligare.

Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för farmakologisk astma-behandling från 2015 ska alla patienter med astma, oavsett svårighetsgrad, förses med snabbverkande beta-2-agonister som akutmedicin. Basen i astmabehandlingen är annars inhalationssteroider och räcker inte det rekommenderas i behandlingstrappan tillägg med långverkande beta-2-agonister (LABA) eller montelukast. Dessa kan sedan kombineras innan t.ex tiotropium och därefter perorala steroider samt nyare astma-läkemedel (t.ex anti-IgE och anti-interleukin-5-antikroppar) kan användas.

Kombinationen LABA och inhalationssteroid synes vanligare än inhalationssteroid ensamt. Denna kombination används även vid KOL men ganska

sällan som enda läkemedelsbehandling. Samma mönster kan ses i Luftvägsregistret för 2017. Gällande uthämtning av recept på inhalationssteroider ses för vuxna en skillnad i landet. En viss ökning i användandet av inhalationssteroider ses från 2013 och framåt. Övriga kombinationer förskrivs i ganska liten omfattning.

Läkemedelsbehandlingen vid KOL utgår från patientens symtom (mätt med CAT eller MRC) samt antalet årliga akuta exacerbationer (grupp A-D). Vid förskrivning av Roflumilast har även lungfunktionen betydelse.

Långverkande muskarina antagonister (LAMA) har länge varit förstahandsval vid KOL och resultaten visar också att denna behandling är vanligast. I de behandlingsrekommendationer som finns från såväl Läkemedelsverket [15] som från internationell konsensus [16] jämställs i princip långverkande beta-2-agonister (LABA) med LAMA. I resultaten ses dock en klar skillnad mellan preparatgrupperna i användning, vilket även är tydligt i Luftvägsregistrets årsrapport från 2017. Användning av kombinationen LAMA+LABA synes lika vanlig som LABA ensamt och kombinationen av LAMA+LABA tillsammans med inhalationssteroid är lika stor.

Flera preparat ingår i olika kombinationer av läkemedel varför det är svårt att uttala sig om följsamheten till behandlingsriktlinjerna. Det framgår inte heller för vilken grupp av KOL-patienter (A-D) som respektive behandling förskrivits.

Användning av inhalationssteroider vid KOL kommer in betydligt senare än vid astma och ska alltid användas tillsammans med en LABA. Data från Luftvägsregistret sedan flera år och möjligen även från denna rapports resultat antyder att det föreligger en viss överanvändning av inhalationssteroider.

Syrgasbehandling

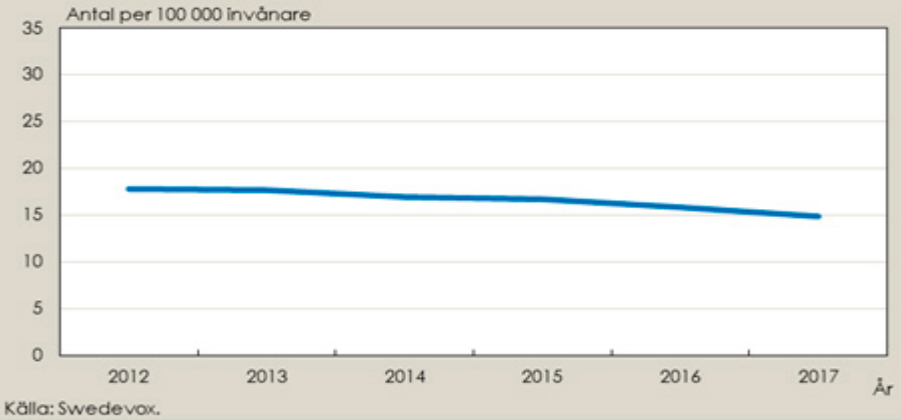
Personer med svår KOL och syrebrist kan behöva behandling med syrgas i hemmet. I detta avsnitt redovisas hur många personer som har syrgasbehandling i hemmet på grund av KOL.

Uppgifter om patienter med syrgasbehandling på grund av KOL kommer från andningssviktregistret Swedevox [6]. Redovisningen omfattar personer som påbörjat behandling med syrgas på grund av KOL, fram till och med 31 december 2017 och som fortfarande var i livet detta datum. Ytterst få patienter som påbörjar syrgasbehandling på grund av KOL antas avsluta den.

Under perioden 2012-2017 har antalet personer per 100 000 invånare med syrgasbehandling på grund av KOL minskat (diagram 18.43). År 2017 fick 1 501 personer i Sverige syrgasbehandling i hemmet på grund av KOL Vissa skillnader ses mellan landstingen (diagram 18.44).

Diagram 18.43 Syrgasbehandling på grund av KOL

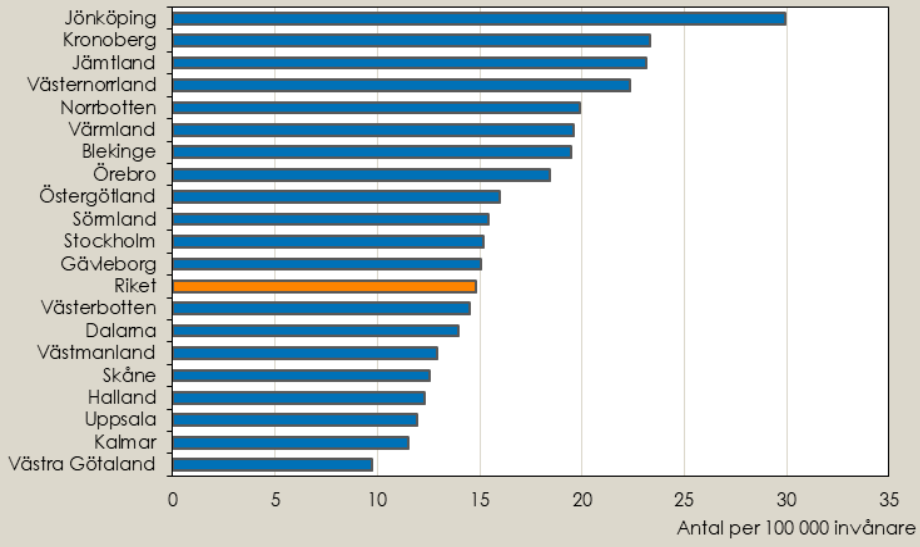
Antal patienter med syrgasbehandling till följd av KOL per 100.000 invånare.



Källa: Swedevox.

Diagram 18.44. Syrgasbehandling på grund av KOL

Antal patienter med syrgasbehandling till följd av KOL per 100.000 invånare, år 2017.



*Gotland redovisas ej p.g.a. begränsat befolkningsunderlag.
Källa: Swedevox.

Bedömning av resultat

Syrgasbehandling i hemmet vid KOL och kronisk hypoxi (pO2<7,4 kPa på luftandning, mätt med artärblodgas) förlänger livet, om det ges 15 timmar eller mer per dygn.

Behandlingen är inte aktuell vid måttlig hypoxi (pO2 7,4-8,0 kPa) eller vid hypoxi enbart under ansträngning. Syrgas kan dock övervägas vid denna pO2-nivå om patienten samtidigt har högerkammarhjärtsvikt eller polycytemi (sjukligt högt blodvärde).

Patienter med syrgas i hemmet registreras i Sverige i det nationella kvalitetsregistret Swedevox, med en täckningsgrad på cirka 90 procent. Behandlingen kan förskrivas vid andra diagnoser än KOL, exempelvis lungfibros eller hjärt-kärlsjukdom. Trots strikta indikationer för syrgas i hemmet finns

skillnader mellan landstingen för hur många som faktiskt får denna behandling. Förskrivning av syrgas i hemmet har minskat över tid. Registreringen har inte minskat och indikationen är oförändrad. En förklaring till den minskade förskrivningen kan vara förbättrad hälsa på grund av minskad rökning i befolkningen.

Dödlighet i astma och KOL

Dödlighet i astma (indikator 1.1)

Denna indikator visar antalet personer som dött med astma som dödsorsak. År 2016 rapporterades totalt 150 avlidna personer med astma som dödsorsak (ICD-kod J45 och J46), vilket motsvarar 1,52 avlidna per 100 000 invånare (diagram 19.1). Det finns skillnader mellan könen: år 2016 var det fler kvinnor än män som avled på grund av astma (per 100 000 invånare): 2,14 kvinnor jämfört med 0,90 män. Data har inhämtats från dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

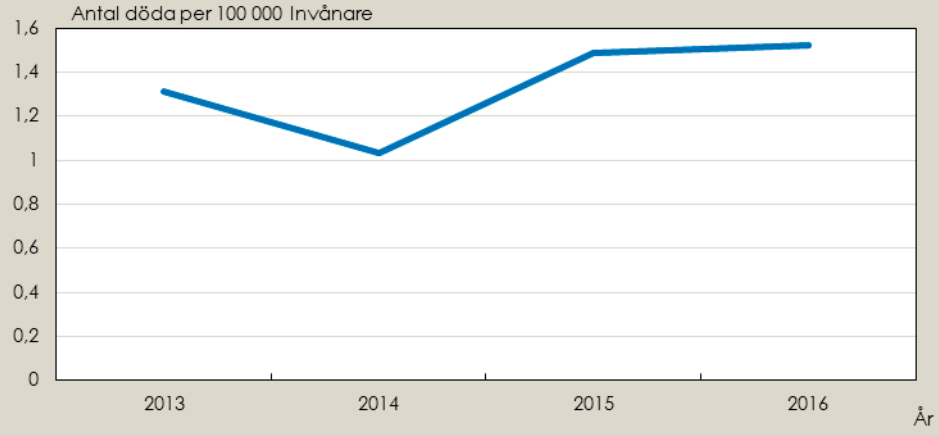
Trots att astma är en sjukdom där det finns bra behandling för flertalet patienter, så dör fortfarande patienter i sjukdomen. Dödligheten är högre hos kvinnor än hos män, sannolikt för att det hos vuxna är fler kvinnor än män som har svår astma.

De som dör är huvudsakligen patienter med astma som tidigare haft svåra astmaanfall, frekventa vårdtillfällen, akutbesök eller vård på intensivvårdsavdelning (IVA). Dålig följsamhet till ordinerad behandling, annan komplicerande sjukdom (exempelvis kardiovaskulär sjukdom eller psykisk sjukdom), patienter som har svårt att uppfatta sin obstruktivitetsgrad och vissa socioekonomiska faktorer kan också innebära ökad risk för död i astma [15].

I en internationell jämförelse är den svenska dödligheten i astma låg. I Organisationen för ekonomiskt samarbete och utvecklings (OECD) statistik över dödsorsaker ligger Sveriges dödlighet bland den tredjedelen av medlemsländerna med den lägsta dödligheten i astma [17].

Diagram 19.1 Dödlighet i Astma

Antal döda i dödsorsaken astma (J45 och J46), enbart underliggande dödsorsak, åldersstandardiserade värden, antal döda per 100 000 invånare.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

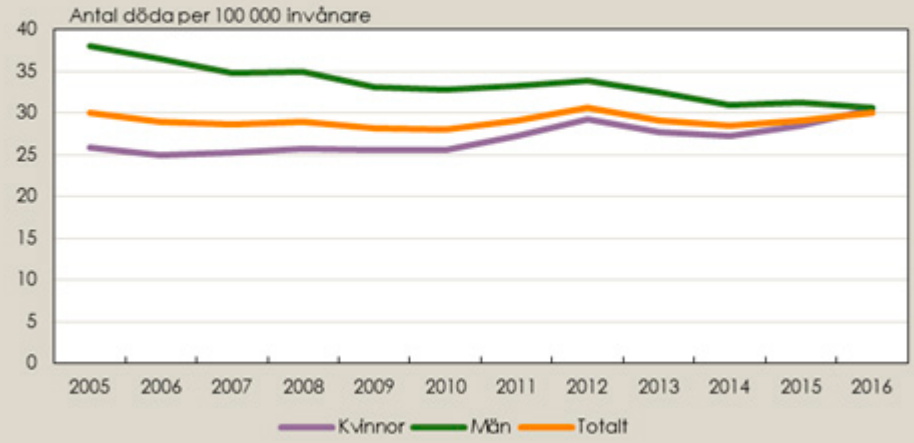
Dödlighet i KOL (indikator 1.2)

Denna indikator visar antal personer som dött med KOL som dödsorsak. Under perioden 2015 till 2016 rapporterades 5 821 patienter med KOL som dödsorsak (underliggande dödsorsak ICD-kod J43 eller J44 samt J96 som underliggande dödsorsak tillsammans med J43 eller J44 som bidragande dödsorsak). Det motsvarar 29,6 avlidna per 100 000 invånare (diagram 19.2). Data har inhämtats från dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Det finns stora regionala skillnader (diagram 19.3). Dödligheten i KOL är betydligt högre än dödligheten i astma. En successiv minskning av dödlighet i KOL bland män kan ses, medan dödlighet i KOL bland kvinnor successivt ökat det senaste decenniet, sannolikt delvis som en effekt av den högre rökprevalensen hos kvinnor.

Vid en jämförelse mellan organisationen OECD:s 35 medlemsländer hamnar Sveriges KOL-dödlighet nära medianvärdet för länderna [17].

Diagram 19.2 Dödlighet i KOL

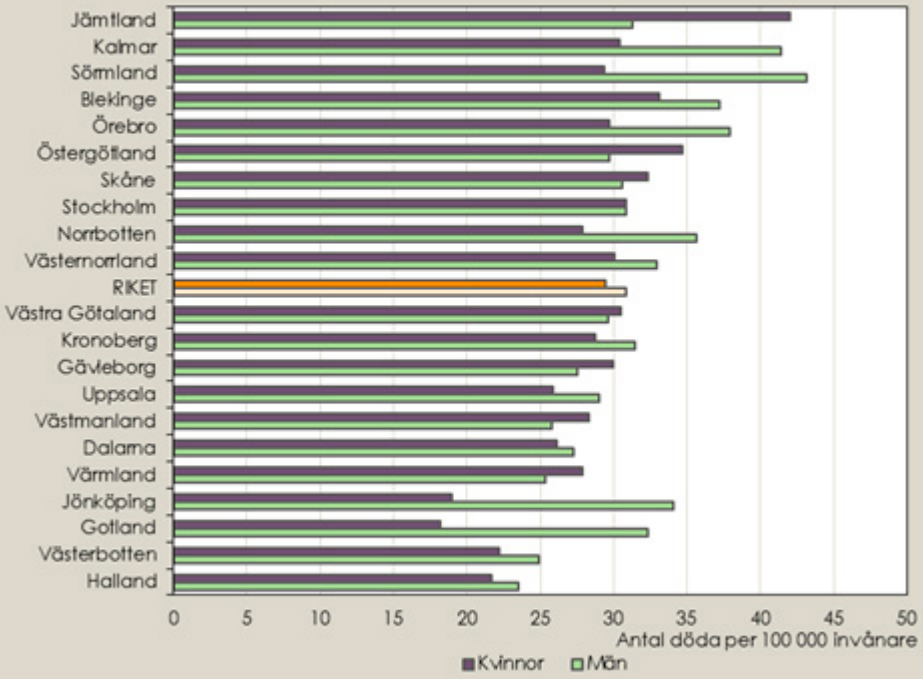
Antal döda i dödsorsaken KOL (underliggande dödsorsak J43 eller J44 samt J96 som underliggande dödsorsak tillsammans med J43 eller J44 som bidragande dödsorsak). Antal döda per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 19.3 Dödlighet i KOL

Antal döda i dödsorsaken KOL (underliggande dödsorsak J43 eller J44 samt J96 som underliggande dödsorsak tillsammans med J43 eller J44 som bidragande dödsorsak). Åldersstandardiserade värden, uppdelat på kvinnor och män, år 2015-2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

30-dagars dödlighet efter inskrivning i sluten vård med diagnosen KOL (indikator 1.3)

Indikatorn visar andelen döda patienter 30 dagar efter inskrivning i sluten vård för diagnosen KOL (huvuddiagnos ICD J43 eller J44 samt J96 tillsammans med J43 eller J44 som bidiagnoser). Måttet avser totaldödlighet respektive död i ischemisk hjärtsjukdom (ICD I20–I25).

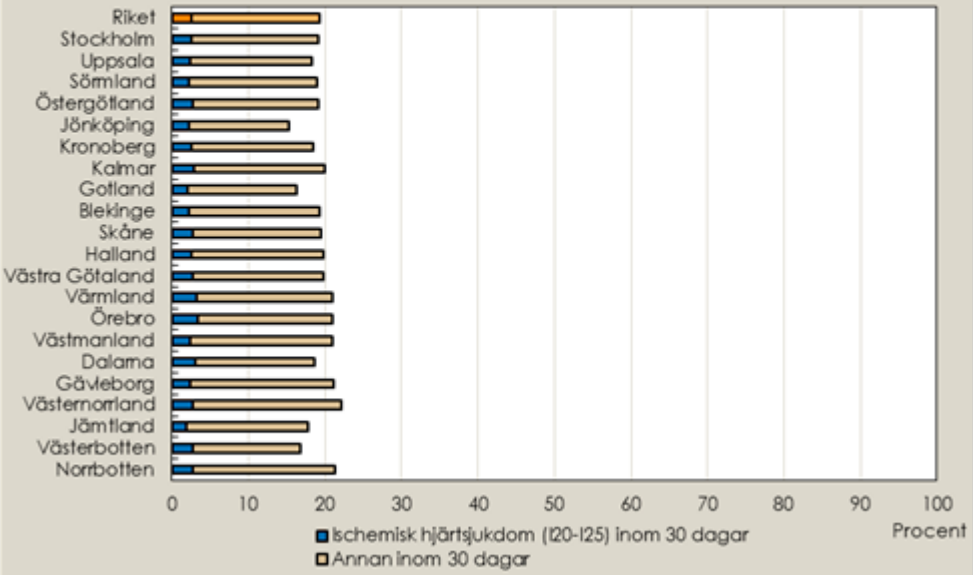
År 2017 rapporterades att 19 procent av patienterna avlidit inom 30 dagar efter inskrivning i sluten vård (diagram 19.4). Dessa omfattar både de som dör inneliggande och de som dör utanför sjukhus. Det finns marginella skillnader mellan könen.

Indikatorn visar att det är en tämligen hög dödlighet 30 dagar efter inskrivning vid KOL. Den höga dödligheten tycks dock inte kunna förklaras av död i ischemisk hjärtsjukdom utan av respiratoriska orsaker.

I en undersökning från 1997 var den inneliggande mortaliteten 10 procent medan 60-dagarsmortaliteten var 20 procent för KOL-patienter som blivit inlagda på sjukhus för en exacerbation [18].

Diagram 19.4 30-dagars dödlighet efter inskrivning i sluten vård med diagnosen KOL

Andel döda efter inskrivning i sluten vård för diagnosen KOL (huvuddiagnos J43 eller J44 samt J96 tillsammans med J43 eller J44 som bidiagnoser). Dödsorsaker ischemisk hjärtsjudom respektive andra orsaker, åldersstandardiserade värden, år 2014-2016.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Inskrivning och återinskrivning i sluten vård

Detta avsnitt fokuserar på omhändertagandet i den öppna vården. Genom att patienter med astma och KOL får ett bra omhändertagande tidigt i vårdkedjan kan behovet av sluten vård minskas. Den öppna vården är en av flera faktorer som påverkar antal inskrivningar i sluten vård.

Genom att analysera återinskrivning i sluten vård går det att utvärdera både uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Antalet återinskrivningar kan klarlägga kvaliteten på vården i primärvård eller öppenvård och förtydliga samspelet mellan dessa aktörer.

Inskrivning i sluten vård vid astma (indikator 1.4)

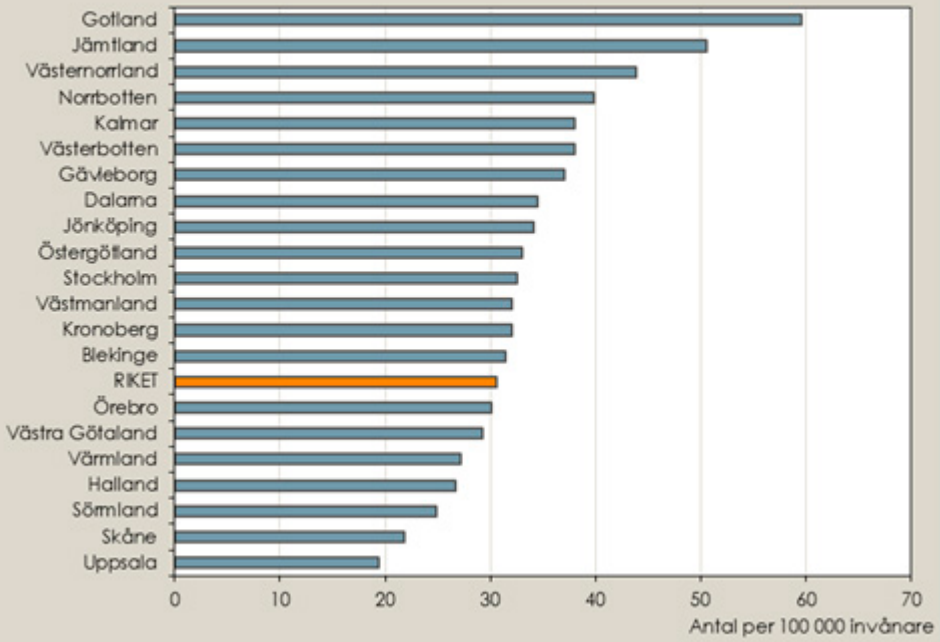
Indikatorn visar antal patienter inskrivna i sluten vård med diagnosen astma per 100 000 invånare (diagnoskod ICD J45 eller J46 som huvuddiagnos). Data har inhämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen.

Under perioden 2016 till 2017 skrevs i riket 31 patienter med diagnosen astma per 100 000 invånare in i sluten vård (diagram 20.1). Det finns skillnader mellan könen (diagram 20.2).

Det finns en andel av patienter med astma som behöver inneliggande vård, vilket beskrivs av nedanstående diagram. Detta är en betydligt mindre andel än för KOL, och utgörs sannolikt av patienter med svårbehandlad astma då dessa patienter är extra drabbade vid svåra infektionssäsonger, under säsonger med höga pollenhalter och under perioder med höga halter luftföroreningar. I en jämförelse mellan OECD:s medlemsländer tillhör Sverige den kategori länder med lägst antal inskrivningar för astma [17].

Diagram 20.1 Inskrivning i sluten vård vid astma

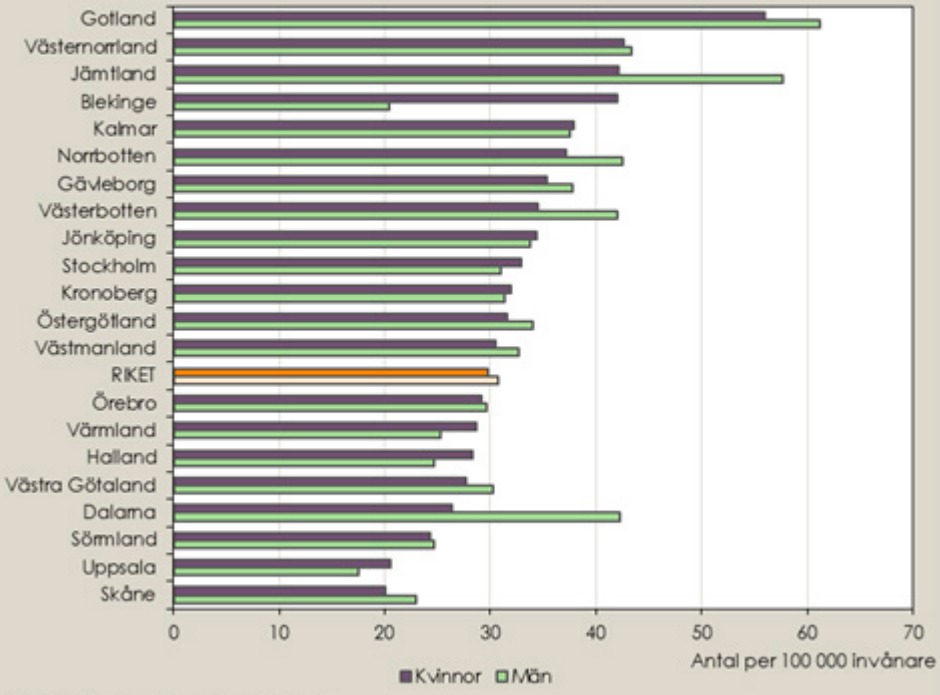
Antal personer som blivit inskrivna i sluten vård med huvuddiagnosen astma (J45 eller J46) vid utskrivning, åldersstandardiserde värden. År 2016-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 20.2 Inskrivning i sluten vård vid astma

Antal personer som blivit inskrivna i sluten vård med huvuddiagnosen astma (J45 eller J46) vid utskrivning, åldersstandardiserade värden. Uppdelat på kvinnor och män. År 2016-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Inskrivning i sluten vård vid KOL (indikator 1.5)

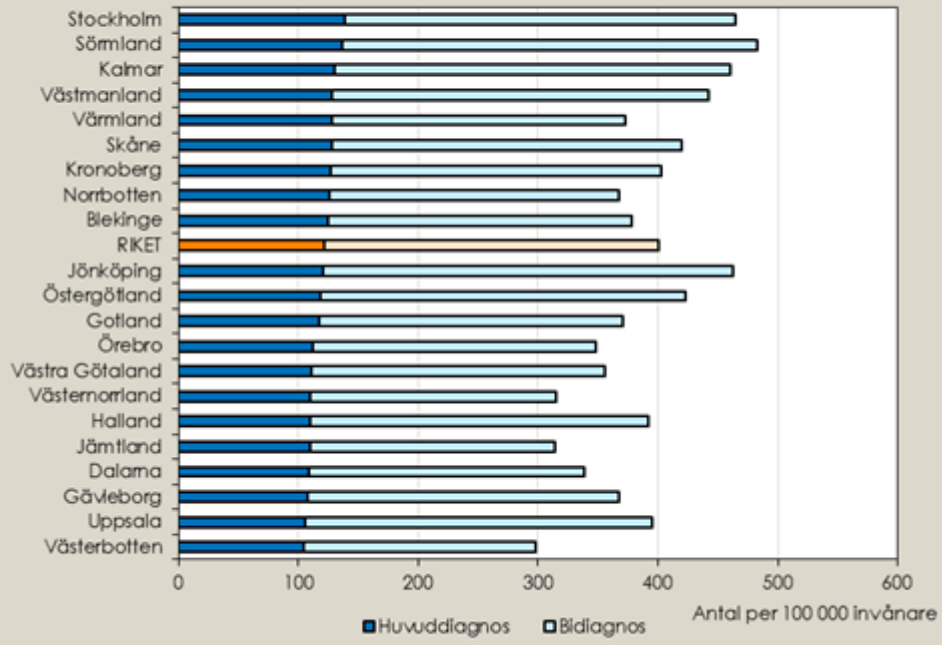
Indikatorn visar antal inskrivna patienter i sluten vård med diagnosen KOL per 100 000 invånare (diagnoskod ICD J43 eller J44 samt J96 som huvuddiagnos tillsammans med J43 eller J44 som bidiagnos). Data har inhämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen. Under perioden 2016 till 2017 skrevs i riket 400 patienter med diagnosen KOL per 100 000 invånare in i sluten vård (diagram 20.3). Det finns skillnader mellan könen (diagram 20.4).

Inskrivning i sluten vård är betydligt vanligare i gruppen patienter med KOL än i gruppen patienter med astma. Diagrammen visar att KOL inte sällan förekommer som bidiagnos vid inskrivning, vilket talar för en betydande komorbiditet som orsak till vårdtillfället.

Sverige ligger under OECD-ländernas genomsnitt för antalet inskrivningar per 100 000 för KOL [17]. I dessa internationella jämförelser av sluten vård vid KOL tar man dock inte hänsyn hur stor förekomsten är av KOL i befolkningen.

Diagram 20.3 Inskrivning i sluten vård vid KOL

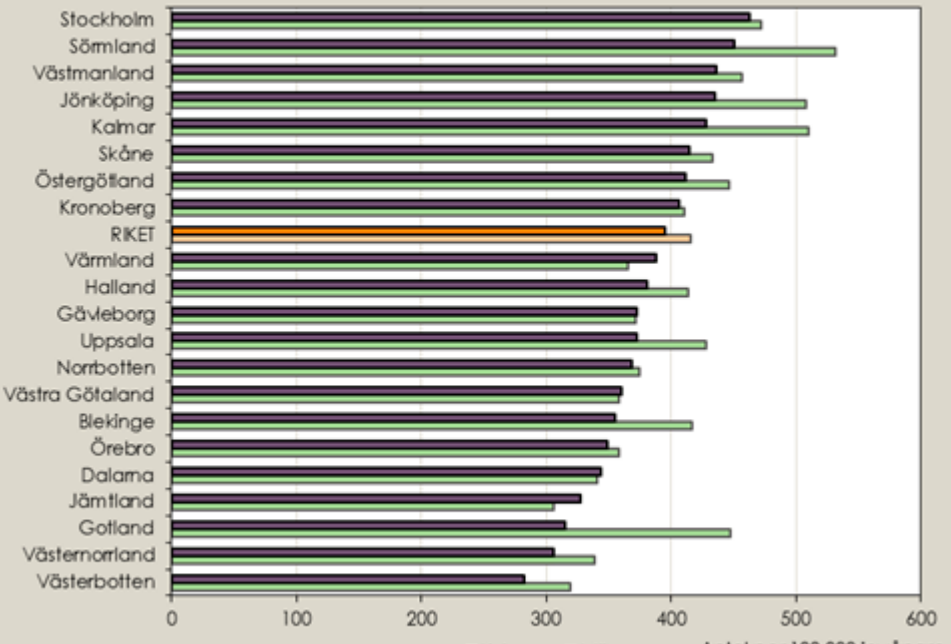
Antal inskrivna i sluten vård med diagnosen KOL (huvuddiagnos J43 eller J44 samt J96 som huvuddiagnos tillsammans med J43 eller J44 som bidiagnos). Uppdelat på huvud- och bidiagnos. Åldersstandardiserade värden, år 2016-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 20.4 Inskrivning i sluten vård vid KOL

Antal inskrivna i sluten vård med diagnosen KOL (huvuddiagnos J43 eller J44 samt J96 som huvuddiagnos tillsammans med J43 eller J44 som bidiagnos). Uppdelat på kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden, år 2016-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

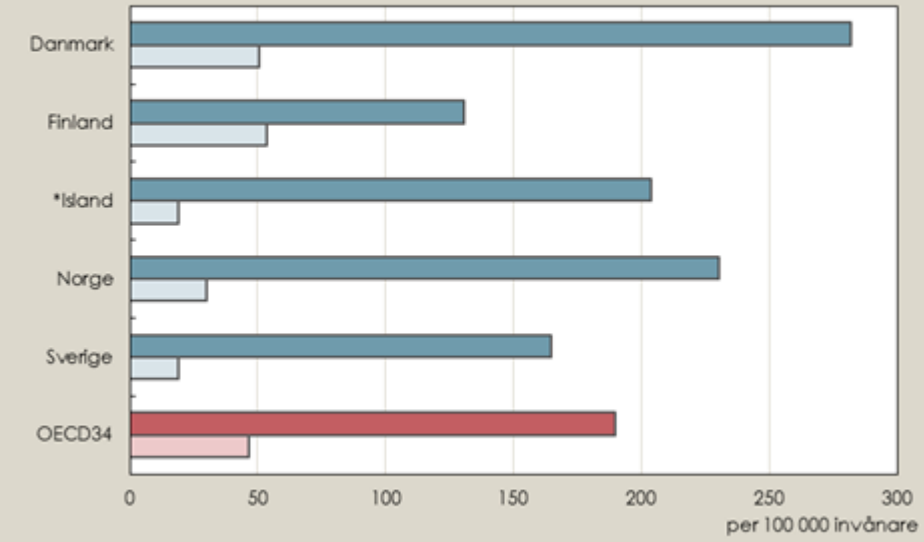
Jämförelse med länder i OECD

Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) samlar bland annat in och publicerar uppgifter om medlemsländernas hälsa och hälso- och sjukvård. Sverige är ett av organisationens 35 medlemsländer och rapporterar regelbundet in uppgifter om den svenska hälso- och sjukvården.

OECD rapporterar regelbundet volymen av inskrivningar i sluten vård för ett antal huvuddiagnoser. Avsikten är att spegla primärvårdens förmåga att hantera kroniska sjukdomar. Man menar att en stor del av vården för dessa sjukdomar kan bedrivas inom primärvården och att höga tal således indikerar att primärvården inte används fullt ut för denna vård. Ett exempel på detta är mängden inskrivningar för KOL och astma i den vuxna befolkningen. Sverige ligger under OECD:s genomsnitt för inskrivningar för KOL och tillhör de länder med lägst antal inskrivningar för astma bland OECD:s medlemsländer. Diagram 20.5 visar en jämförelse av inskrivningar för KOL och astma i de nordiska länderna. Källa är OECD:s hälsodata [17]. Jämförelser mellan länder kan förstås påverkas både av hur vanlig sjukdomen är i de olika länderna och även av hur hälso- och sjukvården är organiserad.

Diagram 20.5 Inskrivning i sluten vård för KOL och astma i de nordiska länderna

Antal patienter som blivit inskrivna med huvuddiagnos astma eller KOL på sjukhus per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden, år 2015.



*Tre års medelvärde.
Källa: OECD Health Statistics, 2017.

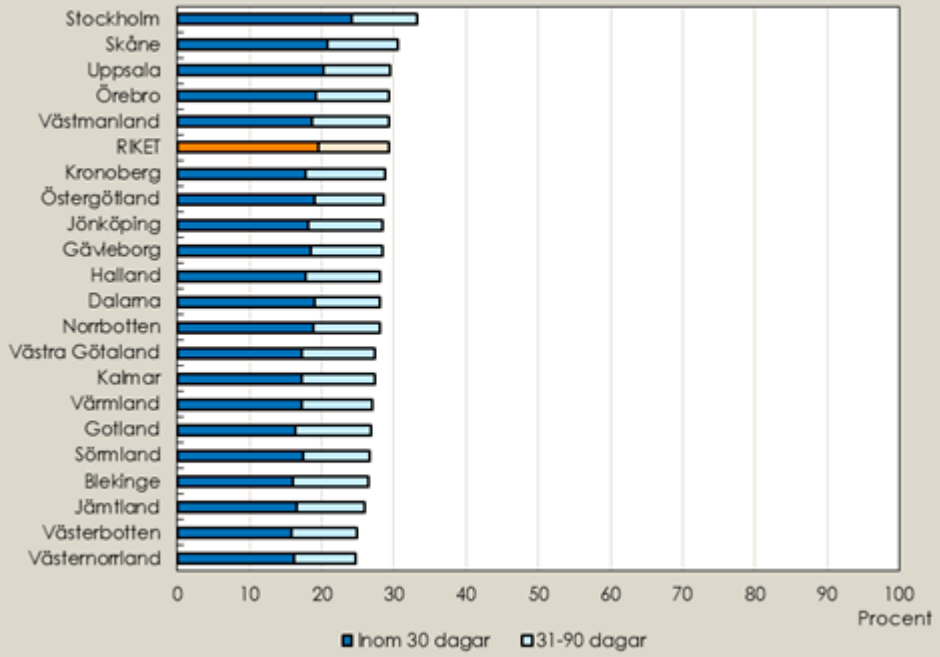
Återinskrivning vid KOL (indikator 1.6)

Indikatorn visar andel patienter återinskrivna i sluten vård 30 respektive 90 dagar efter sluten vård med KOL-diagnos. Data har inhämtats från Socialstyrelsens patientregister.

Under perioden 2014 till 2016 hade i riket 29 procent av patienterna med KOL-diagnos blivit återinskrivna i den slutna vården inom 90 dagar (diagram 20.6). Andelen patienter med KOL som återinskrivs i sluten vård inom 30 respektive 90 dagar efter ett vårdtillfälle är cirka 20 respektive 10 procent i riket. Det finns ingen större variation mellan könen. Den höga återinskrivningsfrekvensen visar att när patienter med KOL behöver sluten vård så är detta i sig en riskfaktor för nya vårdtillfällen och även för en försämrad prognos.

Diagram 20.6 Återinskrivning i sluten vård vid KOL

Andel personer med diagnosen KOL återinskrivna i sluten vård inom 30 dagar respektive inom 90 dagar. Åldersstandardiserade värden, år 2014-2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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. Årsrapport Luftvägsregistret 2017. Hämtad 2018-06-14 från; https://registercentrum.blob.core.windows.net/lvr/r/LVR_2017-rsrapport-rkxiuaFYnf.pdf
6. Andningssviktregistret Swedevox, www.swedevox.se.
7. Nationella målnivåer för vård vid astma och KOL. Socialstyrelsen; 2015.
8. Läkartidningen. Hämtad 2018-09-23 från;115:EWLT
9. PRAXIS-studien astma/KOL. Hämtad 2018-09-23 från; fkrhttp://www.praxisstudien.se/texter/Astmarapport%202017.pdf
10. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
11. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). Hämtad 2018-09-23 från https://ihe.se/wp-content/uploads/2017/06/IHE-Rapport-2017_4_.pdf
12. Kunskapscentrum för astma, allergi och KOL. www.kaak.se
13. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2018-09-23 från; https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/kol-min-behandlingsplan.html
14. Hesselmar et al. Asthma in children: Prevalence, treatment, and sensitization. Pediatric Allergy Immunology 2000: 11: 74-79.
15. Läkemedelsverket. Hämtad 2018-09-23 från; https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Astma/
16. GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.com.
17. OECD Health Statisitics. Hämtad från; https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#].
18. Connors AF Jr, Am J Respir Crit Care Med 1997 Jan;155(1):386

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

Bilaga 2 Behandlingsstegen vid läkemedel

För barn med astma går det att lite förenklat beskriva de olika behandlingsstegen enligt följande:

1. Endast symtomatisk behandling: kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform, utan underhållsbehandling (steg 1 i behandlingstrappan för barn).
2. Tillägg av underhållsbehandling i form av inhalationssteroider eller montelukast (steg 2 i behandlingstrappan för barn).
3. Underhållsbehandling med kombinationer av läkemedel (steg 3 och steg 4 i behandlingstrappan för barn beroende på dosen inhalationskortison).
    - tillägg av underhållsbehandling med inhalationssteroider *och* långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, som separata preparat
    - tillägg av underhållsbehandling med inhalationssteroider *och* långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, som kombinationspreparat
    - tillägg av underhållsbehandling med inhalationssteroider *och* montelukast
    - tillägg av underhållsbehandling med inhalationssteroider *och* långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (som separata preparat eller som kombinationspreparat) *och* montelukast

För vuxna med astma ser behandlingsstegen liknande ut. Skillnaden är främst att montelukast inte är aktuellt i steg 2 utan först i steg 3 och 4.