

Vård vid astma och KOL

Förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning



2014

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014

Vård vid astma och KOL

Förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-7555-257-6
Artikelnummer	2015-1-3
Omslagsfoto	Matton
Sättning	Edita Bobergs
Tryck	Edita Bobergs, Falun, januari 2015



MILJÖMÄRKT Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

Socialstyrelsen har utvärderat vården vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), ett regeringsuppdrag som löpt parallellt med arbetet med de nationella riktlinjerna inom samma diagnosområden.

Astma och KOL är två kroniska sjukdomar som leder till omfattande konsekvenser för den enskilde som till exempel minskat oberoende, behov att avstå vardagliga aktiviteter samt minskat välbefinnande.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Vård vid astma och KOL. Mått och underlag för bedömningar* innehåller det fullständiga underlaget till utvärderingen, inklusive beskrivning av använda metoder samt resultat för samtliga mått. Denna rapport sammanfattar det viktigaste ur ovanstående rapport och innehåller även Socialstyrelsens bedömningar.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar i hälso- och sjukvården samt till yrkesverksamma i vården. Den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar och medier.

Projektledare för utvärderingen har varit Alexander Svanhagen. Övriga projektmedarbetare har varit Jesper Hörnblad, Tony Holm samt medarbetare från Health Navigator som utfört större delen av arbetet med utvärderingen.

Ett särskilt tack riktas till de medicinska experterna som bidragit med underlag till utvärderingen.

Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson och ansvarig avdelningschef har varit Mona Heurgren.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Förbättringsområden för landsting och regioner	7
Förbättringsområden för kommuner	9
Behov av bättre datakällor	10
Inledning	11
Beskrivning av uppdraget	11
Personer med astma och KOL i fokus	11
Syfte och avgränsningar	12
Intressenter	13
Rapportens disposition	13
Metod och definitioner	14
Förutsättningar för uppföljning	14
Datakällor	14
Fördjupad redovisning av förbättringsområden och bedömningar	17
Förbättringsområden för landsting och regioner	17
Förbättringsområden för kommunerna	38
Referenser	40
Bilaga 1: Tabell 1	41
Bilaga 2: Projektorganisation	42

Sammanfattning

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid astma och KOL tyder på att mycket i vården fungerar väl, samtidigt som det finns tydliga förbättringsmöjligheter.

Utvärderingen genomfördes under 2014, innan de uppdaterade nationella riktlinjerna publicerades och kan därför användas som utgångspunkt vid en ny utvärdering när de nya riktlinjerna införs. Då det inte funnits några riktlinjeindikatorer att utgå ifrån, har begreppet ”mått” istället för indikatorer använts i denna rapport. Riktlinjeindikatorerna för astma och KOL publicerades i remissversion i november 2014 och arbetet med att fastställa målnivåer för ett urval av indikatorerna har påbörjats.

Resultatet visar att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som kommunerna. Vården för patienter med astma eller KOL kan förbättras genom att hälso- och sjukvården lägger ytterligare kraft på dessa områden samtidigt som de nya riktlinjerna införs på bred front.

Förbättringsområden för landsting och regioner

Bilden av svensk astma- och KOL-vård är i många fall positiv när det gäller sjukvårdens strukturer och processer. Patientutfall och vårdens kvalitet är svårare att bedöma eftersom det i dagsläget saknas data-underlag.

Inom vissa områden finns dock stora förbättringsmöjligheter för landstingen, regionerna och kommunerna. Dessutom finns skillnader mellan olika landsting och regioner som tyder på variationer i vårdkvalitet och praxis över landet.

Socialstyrelsen har i utvärderingen identifierat följande områden med förbättringsmöjligheter för landstingen.

1. *Säkerställ att vården ger goda förutsättningar för rökstopp:*
Rökstopp är mycket viktigt vid både astma och KOL. Vården kan göra mer för att hjälpa patienterna att sluta röka, till exempel genom att ta tobaksanamnes och erbjuda stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal. Förbättringsmöjligheterna är särskilt stora när det gäller unga (barn över 12 år) och vårdnadshavare till barn med astma.
2. *Tillgodose behovet av patientutbildning:*
Egenvård och hantering av den egna sjukdomen är viktigt vid både astma och KOL och sjukvården har ett stort ansvar för att patienterna ska klara detta. Resultaten tyder på stora förbättringsmöjligheter när det gäller patienternas tillgång till patientutbildning inklusive en skriftlig behandlingsplan och instruktioner i inhalationsteknik.
3. *Säkerställ en god samverkan och tillräckligt informationsutbyte mellan vårdens aktörer:*
Samverkan och informationsutbyte är förutsättningar för god vård när patienterna behöver insatser från flera olika vårdaktörer, vilket är vanligt vid både astma och KOL. Resultaten tyder dock på att samverkan mellan primär- och specialistsjukvården kan bli bättre.
4. *Fördjupa den lokala förståelsen av vilken läkemedelsbehandling som ges, för att varje patient ska få rätt behandling:*
Andelen patienter som hämtar ut olika förskrivna läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom från apotek varierar mellan landstingen, och det finns en risk för att skillnader i behandlingstradition leder till att patienter inte får en lämplig behandling. Skillnader ses till exempel vad gäller inhalationssteroider (som i riktlinjerna ges hög prioritet som underhållsbehandling vid astma). Dessutom tyder enkätresultatet på att alltför få personer får influensavaccination. Detta bör leda till att huvudmännen kartlägger användningen i förhållande till riktlinjerna.

5. *Fördjupa den lokala förståelsen av vilken diagnostik som görs för att korrekt diagnostisera både astma och KOL:*

Enkätresultatet tyder på att en större andel patienter bör genomgå spirometri¹ med reversibilitetstest vid diagnos. Dessutom behövs mer detaljerade lokala kartläggningar för att identifiera eventuella behov av åtgärder. Resultaten tyder också på att lungröntgen sällan görs då diagnosen KOL ställs.

6. *Öka användningen av validerade bedömningsinstrument:*

Symtombedömning med validerade bedömningsinstrument såsom *COPD² Assessment test* (CAT) och *Asthma Control Test* (ACT) kan förebygga exacerbationer (försämringsskov) och ge bättre sjukdomskontroll. I dag är det många vårdenheter som saknar rutiner för att använda dessa bedömningsinstrument, och huvudmännen behöver säkerställa att användningen ökar vid de enheter som tar hand om dessa patientgrupper.

Förbättringsområden för kommuner

Socialstyrelsen har identifierat följande förbättringsområden för kommunernas hälso- och sjukvård när det gäller vård av patienter med KOL.

7. *Säkerställ kompetens i KOL-vården inom den kommunala hälso- och sjukvården:*

De flesta kommunerna har i dag ingen sjuksköterska med högskoleutbildning i KOL-vård i sina omsorgsverksamheter, och många saknar rutiner för delegering av KOL-vård. Här behövs en översyn av kompetensförsörjningen och kompetensutvecklingen för att dessa patienter ska få en god vård.

¹ Spirometri är en lungfunktionsundersökning.

² Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) = kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

8. *Se över tillgången till kunskapsunderlag för patientgruppen inom den kommunala hälso- och sjukvården:*

Med goda kunskapsunderlag, till exempel vårdprogram och behandlingsriktlinjer, är det lättare för den kommunala hälso- och sjukvården att ge patienter med KOL en god vård. Sådana underlag kan vara särskilt viktiga när det råder brist på formell kompetens inom KOL-vård. Endast en liten andel av kommunerna använder idag vårdprogram för KOL-vård.

Behov av bättre datakällor

Det finns brist på jämförbara nationella uppgifter som beskriver hälso- och sjukvårdens verksamhet och resultat när det gäller vård och omsorg för personer med astma och KOL. Till exempel saknas nationell statistik från primärvården. Uppgifter kring givna insatser och hälsoutfall finns i Luftvägsregistret men täckningsgraden behöver öka ytterligare innan uppgifterna i registret kan bli användbara fullt ut.

För att kunna följa upp sjukvårdens och omsorgens strukturer, processer och resultat krävs en fortsatt utveckling av datakällorna på både lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen anser att uppföljningsmöjligheterna skulle öka genom att:

- Fler verksamheter, både inom landstingen och kommunerna, dokumenterar och rapporterar till Luftvägsregistret.
- Patientregistret utvidgas till att inkludera även uppgifter från primärvården samt uppgifter från andra yrkeskategorier än läkare.
- Landstingen och kommunerna förbättrar den egna verksamhetsuppföljningen av vården vid astma och KOL.

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att uppfylla det målet ska hälso- och sjukvården enligt HSL uppfylla kraven på en god vård. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Socialstyrelsens uppdrag stödjer kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Detta innebär bland annat att myndigheten tar fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer, samt genomför öppna jämförelser och utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper. Denna utvärdering avser landstingens och regionernas insatser för personer med astma eller KOL samt kommunernas hälso- och sjukvård inom KOL-vården³. Då det inte funnits några riktlinjeindikatorer att utgå ifrån har begreppet ”mått” istället för indikatorer använts i denna rapport. Riktlinjeindikatorerna för astma och KOL publicerades i remissversion i november 2014 och arbetet med att fastställa målnivåer för ett urval av indikatorerna har påbörjats.

Personer med astma och KOL i fokus

Astma och KOL är två av de stora folksjukdomarna. Ungefär åtta procent av Sveriges befolkning uppskattas ha astma och cirka åtta procent av personer över 45 år beräknas ha KOL [1–4].

³ I rapporten kommer beteckningen kommuner att användas genomgående men denna term avser såväl kommuner som stadsdelar med eget ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser. På liknande sätt avser beteckningen landsting såväl landsting, regioner som Gotlands kommun.

Både astma och KOL tillhör gruppen obstruktiva lungsjukdomar vilka drabbar lungorna och försvårar luftflödet i luftvägarna. Medan astma i stort sett är lika vanligt bland barn och vuxna, drabbar KOL framförallt äldre personer och sjukdomen är nära kopplad till rökning. KOL orsakar betydligt fler dödsfall än astma och allt fler har KOL som dödsorsak [5].

Både astma och KOL orsakar mycket lidande och stora samhälls-ekonomiska kostnader. Forskning pekar på att astma kostar samhället mellan cirka fyra och sju miljarder kronor per år och KOL upp till mellan åtta och nio miljarder kronor per år [6, 7].

Syfte och avgränsningar

Rapportens syfte

Rapporten är en utvärdering av vården för personer med astma eller KOL. Eftersom det saknas relevanta nationella datakällor ligger fokus i första hand på landstingens och kommunernas strukturer och processer för vården och omsorgen. Syftet med rapporten är att öppet jämföra och utvärdera den svenska astma- och KOL-vården och omsorgen, och att kartlägga utgångsläget inför publiceringen av de nationella riktlinjerna.

I rapporten lyfter Socialstyrelsen fram områden inom astma- och KOL-vården som behöver förbättras för att personer med astma eller KOL ska få en god vård, utifrån de iakttagelser som gjorts inom ramen för denna utvärdering.

Rapportens avgränsningar

Nationella riktlinjer för astma och KOL togs fram 2004. Nya nationella riktlinjer publicerades i november 2014, det vill säga under arbetet med denna utvärdering [8]. Rekommendationerna i de nya riktlinjerna fanns således inte tillgängliga när Socialstyrelsen tog fram måtten och enkäterna som ligger till grund för redovisningarna i denna rapport. Detta har bland annat fått till följd att vissa av enkätfrågorna berör aspekter som ligger nära rekommendationerna i riktlinjerna, även om det finns vissa skillnader.

Fokus för utvärderingen har därför varit att skapa en nulägesbild av vården och omsorgen av personer med astma eller KOL. Uppgifterna i rapporten speglar senast tillgängliga data vid utvärderingens

genomförande (registerutdrag för 2012) och frågor om hur det såg ut när enkäterna besvarades (juni–augusti 2014). Rapporten visar inte utveckling över tid. Efterföljande utvärderingar kommer att svara på hur väl riktlinjerna följs samt hur utvecklingen sett ut över tid. Denna utvärdering kan alltså utgöra ett utgångsläge inför fortsatt arbete.

Intressenter

Denna rapport riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom landstingen respektive kommunerna. Den kan även vara till nytta för andra intressenter såsom patientföreningar, vårdprofessioner, medier och allmänhet. Avsikten är också att rapporten ska vara ett stöd för den offentliga debatten om vården och omsorgen för personer med astma eller KOL.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer kapitlet *Metod och definitioner*, som innehåller en beskrivning av förutsättningarna för utvärderingen av vården för personer med astma och KOL samt en kortfattad beskrivning av vilka datakällor som har använts i utvärderingen. I kapitlet *Fördjupad redovisning av förbättringsområden och bedömningar* redovisas ett urval av resultaten som ligger till grund för de förbättringsområden som lyfts fram av Socialstyrelsen. Rapporten avslutas med en bilaga som innehåller en förteckning över projektdeltagare och andra som har bidragit i arbetet.

Ytterligare information om bakgrund, metod, definitioner och resultat finns i underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Vård vid astma och KOL. Mått och underlag för bedömningar* [9].

Metod och definitioner

I detta kapitel beskrivs metod, datakällor och andra överväganden som är viktiga för utvärderingen.

Förutsättningar för uppföljning

Hösten 2014 publicerades de nya nationella riktlinjerna för astma och KOL [8]. Publiceringen kom under arbetet med denna utvärdering. Rekommendationerna i riktlinjerna fanns således inte tillgängliga när måtten och enkäterna som ligger till grund för utvärderingen togs fram. Merparten av måtten som redovisas i denna utvärdering rör aspekter av vården som berörs i de uppdaterade riktlinjerna och kan användas som utgångspunkt inför kommande utvärderingar av vård vid astma- och KOL. I den uppföljande utvärderingen av astma och KOL kan måtten dessutom anpassas för att i ännu högre grad reflektera rekommendationerna som ges i de nationella riktlinjerna.

Datakällor

En utmaning vid utvärdering av vården vid astma och KOL är bristen på datakällor vad gäller uppföljningsbara mått på nationell nivå.

Socialstyrelsens register

Denna rapport använder två register vid Socialstyrelsen (patientregistret och läkemedelsregistret). Båda dessa register har hög täckningsgrad och dataregistreringen har mellan en månad till ett års fördröjning. Datakällorna anses ha hög tillförlitlighet och godtagbar aktualitet. En begränsning ligger i att patientregistret saknar uppgifter om primärvård vilket är den vårdinstans där personer med astma eller KOL ofta får behandling.

Nationella kvalitetsregister

Det finns ett nationellt kvalitetsregister för astma och KOL, Luftvägsregistret, men det har hittills haft låg täckningsgrad, särskilt i vissa landsting. Av denna anledning har registret inte legat till grund för utvärderingen. Resultat från Luftvägsregistret redovisas dock som komplement till andra källor i underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Vård vid astma och KOL. Mått och underlag för bedömningar* [9]. Täckningsgraden kan dock ha ökat vid uppföljande utvärdering och då kan Luftvägsregistret utgöra en viktig komponent i utvärderingen av vården vid astma och KOL.

Enkäter

Med tanke på ovanstående förutsättningar har Socialstyrelsen skickat enkäter till samtliga landsting och kommuner inklusive stadsdelarna i Stockholm, Malmö och Göteborg samt till specialistmottagningar vid sjukhus och landets alla primärvårdsenheter. Specialistmottagningarna inkluderade mottagningar vid sjukhus som tar emot barn med astma och mottagningar som tar emot vuxna med astma eller KOL.

För att stärka patientperspektivet i utvärderingen skickades enkäter ut till Astma- och allergiförbundet samt Riksförbundet Hjärtlung, med öppna frågor om vad som utgör de viktigaste förbättringsområdena inom sjukvården för astma och KOL. De aspekter som lyfts fram av patientorganisationerna återfinns i bedömningsavsnitten.

Svarsfrekvensen för enkäterna var 71 procent för landstingen (15 av 21 stycken), 76 procent för kommuner och stadsdelar (241 av 316 stycken) och 57 procent för primärvårdsenheterna (661 av 1 159 stycken). Andelen primärvårdsenheter som besvarat enkäten uppdelat per landsting redovisas i tabell 1 (se bilaga 1). Svarsfrekvensen för specialistmottagningarna är svårare att uppskatta då det inte finns någon uppgift om hur många mottagningar som träffar dessa patientgrupper. Enkäten till specialistvården skickades till alla landets 99 sjukhus, där registrator ombads vidarebefordra enkäterna till relevanta mottagningar. Antalet respondenter var 53 för barnmottagningar, och 45 respektive 36 för mottagningar som tar emot vuxna med astma respektive KOL.

Definitioner

I enkäterna används ett antal definitioner och begrepp. Nedan följer en kort sammanfattning av dessa.

- *Flertalet* innebär 61–100 procent, *ungefär hälften* 41–60 procent och *fåtalet* 1–40 procent.
- *Stöd till rökstopp* innebär samtal om stöd till rökstopp, minst samtal med enkla råd.
 - Samtal med enkla råd innebär att personalen förmedlar information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om levnadsvanor.
 - Rådgivande samtal tar längre tid än enkla råd, vanligen 10–15 minuter, men ibland upp till 30 minuter.
 - Kvalificerat rådgivande samtal innebär att personalen för en dialog med patienten och anpassar åtgärderna till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier.
- I enkäterna tillfrågas enheterna i vissa fall både om vad som görs *enligt rutin* samt vad som görs *i praktiken*. Med rutin avses till exempel lokalt vårdprogram, lokal behandlingsplan eller etablerat arbetssätt. Andra frågor gäller hur det ser ut *i normalfallet* för att få svar på vad som sker i de allra flesta fall, även om det kan förekomma undantag.

Fördjupad redovisning av förbättringsområden och bedömningar

I det här kapitlet redovisas ett urval av resultat och bedömningar som ligger till grund för förbättringsområden som lyfts fram av Socialstyrelsen.

Förbättringsområden för landsting och regioner

1. Säkerställ att vården ger goda förutsättningar för rökstopp

Förbättringsområde

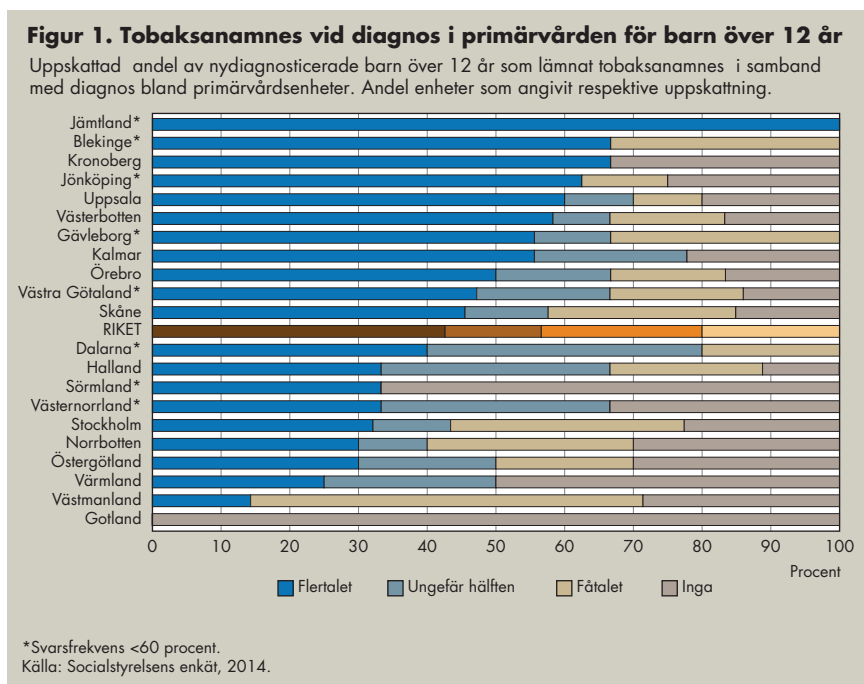
Rökstopp är mycket viktigt vid både astma och KOL. Socialstyrelsens enkätundersökning tyder på att vården kan göra mer för att hjälpa patienterna att sluta röka, till exempel genom att ta tobaksanamnes och erbjuda stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal. Förbättringsmöjligheterna är särskilt stora när det gäller unga (barn över 12 år) och vårdnadshavare till barn med astma.

Astma

Rökstopp är av största vikt vid astma, och riktlinjerna lyfter fram vikten av att erbjuda stöd till rökstopp, i form av kvalificerat rådgivande samtal. Stödet bör ges både till rökande patienter med astma, och till rökande vårdnadshavare till patienter med astma.

Det är angeläget att fråga barn om eventuella rökvanor vid diagnos, om det är relevant för deras ålder (sannolikt främst barn över 12 år). Det är inte säkert att barnet berättar om rökning, särskilt om vårdnadshavare är närvarande, men frågan kan ha ett signalvärde och är därför värdefull. Det var dock endast 43 procent av primärvårds-

enheterna som svarade att flertalet nydiagnostiserade barn över 12 år lämnade en tobaksanamnes i samband med diagnos, och en lika stor andel uppskattar att endast fåtalet eller inga barn gjorde det (figur 1).



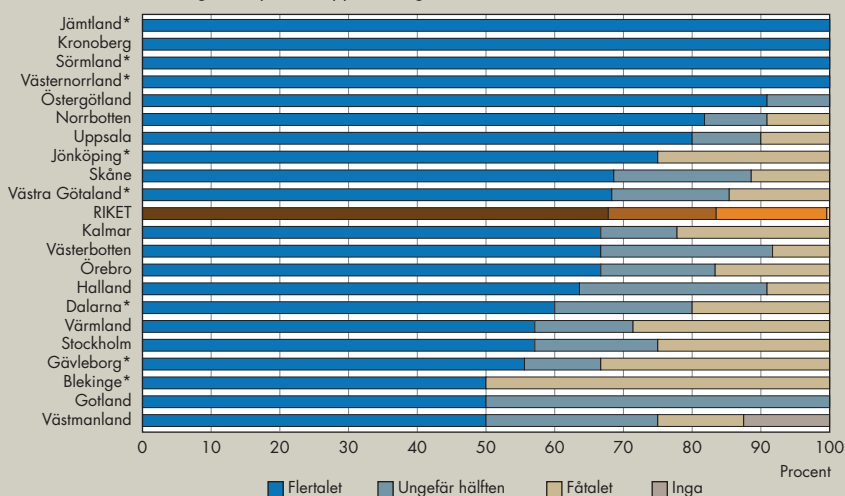
Ungefär två tredjedelar av primärvårdsenheterna, 68 procent, uppskattar att de erbjudit rökstoppsstöd i form av minst enkla råd till flertalet rökande patienter som fått vård på enheten under 2013 (figur 2). De flesta primärvårdsenheterna, 92 procent, uppger att de erbjuder någon form av stöd till rökande vårdnadshavare vars barn har astma. Barnmottagningarna erbjuder i mindre utsträckning sådant stöd till vårdnadshavare och 39 procent uppger att de inte erbjuder någon form av stöd. Bland specialistmottagningarna som tar emot vuxna med astma svarar 11 procent att de inte erbjuder något stöd till rökstopp.

Det är angeläget att samtliga personer med astma som röker erbjuds stöd för att sluta röka, liksom vårdnadshavarna till barn med astma. Stödet bör i första hand ges i enlighet med rekommendatio-

nera i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (2011), i form av kvalificerat rådgivande samtal. Socialstyrelsens enkätundersökning tyder på att vårdens insatser kan bli bättre, och huvudmännen behöver därför verka för att sådana insatser prioriteras i högre grad.

Figur 2. Stöd till rökstopp i primärvården till personer med astma

Uppskattad andel av alla patienter med astma med känd rökning som fått vård på vårdenheten under 2013, som erbjudits stöd till rökstopp (minst samtal med enkla råd) bland primärvårdsenheter. Andel enheter som angivit respektive uppskattning.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

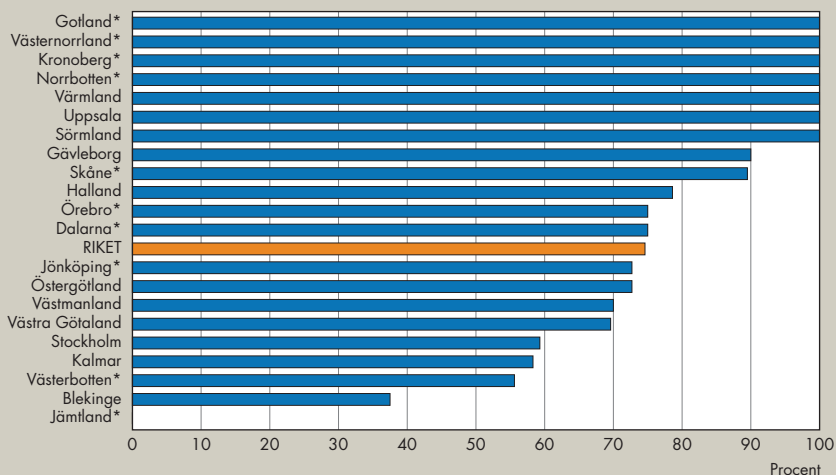
KOL

Rökstopp bromsar försämringen av lungfunktionen och minskar risken för sjukhusinläggningar, och stöd till rökstopp vid KOL ges hög prioritet i riktlinjerna. Det lyfts också fram av Riksförbundet HjärtLung som ett viktigt område. I enkätundersökningen svarar nästan alla primärvårdsenheter och specialistmottagningarna att de erbjuder personer med KOL någon form av stöd till rökstopp. Inom primärvården uppger 75 procent av vårdenheterna att de erbjuder stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal (figur 3). En majoritet

av såväl primärvårdsenheterna som specialistmottagningarna uppskattar att flertalet patienter fått stöd till rökstopp, men resten, cirka en tredjedel av enheterna, uppskattar att hälften eller färre fått stöd. Det är angeläget att samtliga rökande personer med KOL erbjuds stöd till rökstopp, i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (2011). Detta stöd kan till exempel ges i form av kvalificerat rådgivande samtal. Socialstyrelsens enkätundersökning tyder på att vårdens insatser kan bli bättre, och huvudmännen behöver därför verka för att sådana insatser prioriteras i högre grad.

Figur 3. Stöd till rökstopp - kvalificerat rådgivande samtal vid KOL

Andel primärvårdsenheter som erbjuder stöd till rökstopp i form av kvalificerat rådgivande samtal till personer med KOL.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

2. Tillgodose behovet av patientutbildning

Förbättringsområde

Egenvård och hantering av den egna sjukdomen är viktigt vid både astma och KOL, och sjukvården har ett stort ansvar för att patienterna ska klara detta. Resultaten från Socialstyrelsens enkät tyder på stora förbättringsmöjligheter när det gäller patienternas tillgång till patientutbildning, inklusive en skriftlig behandlingsplan och instruktioner i inhalationsteknik.

Patientutbildning

Resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökning tyder på att tillgången till patientutbildning kan bli bättre.

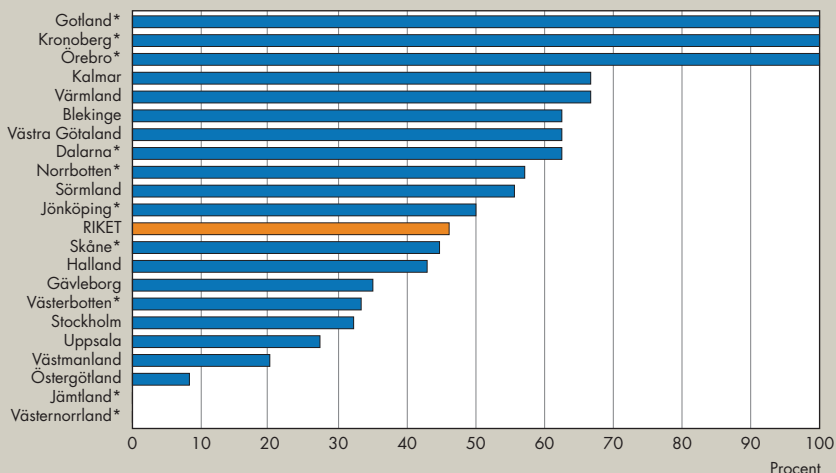
En femtedel, 21 procent, av primärvårdsenheterna uppger att de erbjuder patientutbildning för barn med astma och/eller deras vårdnadshavare. Flera landsting uppger att de inte erbjuder sådan utbildning alls. Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet då det är möjligt att vissa av enheterna som angett att de inte erbjuder utbildning inte heller tar hand om barn med astma. Samtidigt har inte heller barnmottagningarna som rutin att erbjuda patientutbildning där drygt hälften av mottagningarna uppger att de erbjuder patientutbildning med vårdpersonal som har specifik ämneskunskap.

Knappt en tredjedel, 29 procent, av specialistmottagningarna som tar emot vuxna med astma uppger sig erbjuda patientutbildning.

Mindre än hälften av primärvårdsenheterna, 46 procent, uppger att de erbjuder patientutbildning till personer med KOL. I flera av landstingen är andelen mindre än 40 procent (figur 4). Bland specialistmottagningarna är det ca två tredjedelar, 67 procent, som uppger att en sådan patientutbildning erbjuds. Det är önskvärt att samtliga personer med KOL får tillgång till utbildning i sjukdomen och i egenvård. Riksförbundet HjärtLung lyfter också patientutbildning i form av KOL-skola för patienter och anhöriga som ett prioriterat förbättringsområde.

Figur 4. Patientutbildning för patienter med KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som erbjuder patientutbildning för patienter med KOL, som leds av vårdpersonal med specifik ämneskunskap i vård av KOL.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Skriftlig behandlingsplan

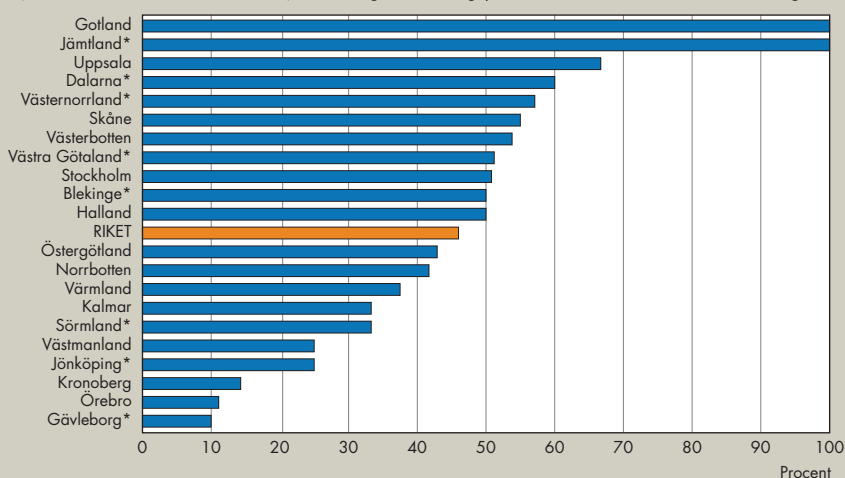
En skriftlig behandlingsplan är ytterligare ett sätt att underlätta egen-vården och öka möjligheterna till god kontroll av astma och KOL. Sammantaget tyder dock resultaten på att skriftliga behandlingsplaner används i begränsad utsträckning. Huvudmännen bör kunna se till att behandlingsplaner används i större utsträckning.

Mindre än hälften av primärvårdsenheterna uppger att de enligt sina rutiner i normalfallet ska ge barn med astma (och/eller deras vårdnadshavare) en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring. I flera av landstingen uppger färre än 30 procent av primärvårdsenheterna att de har sådana rutiner (figur 5). Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet då det är möjligt att vissa enheter som angett att de inte har sådana rutiner inte heller tar hand om barn med astma. Rutiner verkar dock inte vara någon garanti för att patienten alltid får en skriftlig behandlingsplan. Endast 36 procent av primärvårdsenheterna med sådana rutiner uppger att de i stor utsträckning i praktiken ger en behandlingsplan (ytterligare 41 procent uppger att de gör det i viss utsträckning). Skriftliga behandlingsplaner verkar användas något oftare i barnspecialistvården; 91 procent av barn-

mottagningarna uppger sig ha rutiner som säger att en sådan ska ges, och 55 procent av dessa uppger att behandlingsplan i stor utsträckning ges i praktiken. En knapp tredjedel av specialistmottagningarna för vuxna uppger att de har rutiner som säger att en skriftlig behandlingsplan ska ges.

Figur 5. Skriftlig behandlingsplan för barn med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som, enligt sina rutiner, i normalfallet ska ge barn med astma (och/eller deras vårdnadshavare) en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring.



* Svarefrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

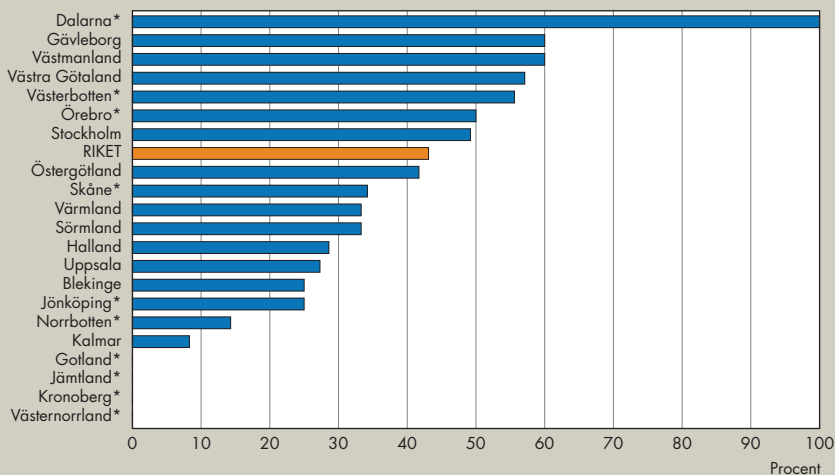
Mindre än hälften av primärvårdsenheterna, 43 procent, anger att de enligt sina rutiner, i normalfallet, ska ge patienter med KOL en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring. Stora skillnader ses också här mellan landstingen (figur 6).

Av de vårdenheter som svarat att de ska erbjuda en skriftlig behandlingsplan uppger ungefär en tredjedel att de också gör det i stor utsträckning och 39 procent att det sker i viss utsträckning.

En tredjedel av specialistmottagningarna, 32 procent, uppger att de enligt sina rutiner ska ge patienter med KOL en skriftlig behandlingsplan. Av dessa uppger i sin tur 46 procent att de i stor utsträckning också gör det i praktiken. Ytterligare 46 procent uppger att detta sker i viss utsträckning.

Figur 6. Skriftlig behandlingsplan för KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som, enligt sina rutiner, i normalfallet ska ge patienter med KOL en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

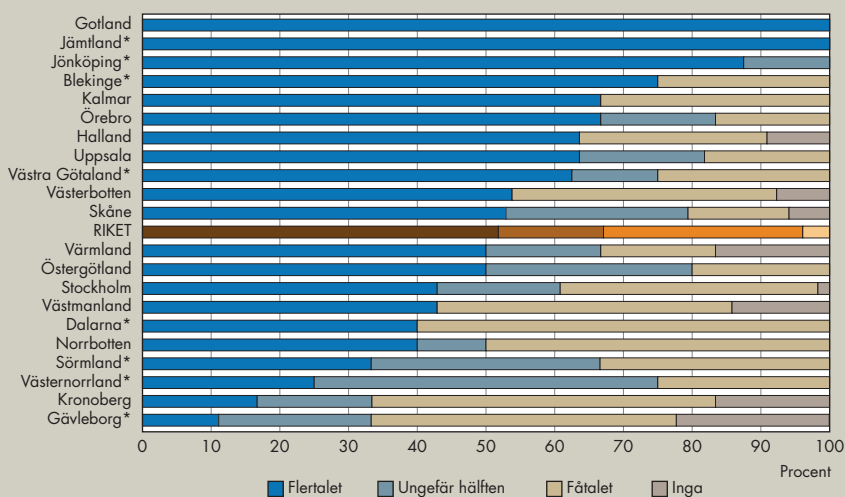
Instruktion i inhalationsteknik

Det är viktigt att använda inhalationsläkemedel på rätt sätt för att få en god effekt av läkemedelsbehandlingen vid astma och KOL. Därför är det också viktigt att patienterna får instruktioner i inhalationsteknik som en del i patientutbildningen riktad till patienten eller dennes vårdnadshavare. Instruktionerna kan behöva upprepas.

Resultaten tyder på att alltför få patienter får instruktioner i inhalationsteknik. När det gäller barn med astma uppskattar närmare hälften av primärvårdsenheterna att färre än 60 procent av patienterna fått sådana instruktioner under 2013 (figur 7). Resultaten bör dock tolkas med en viss försiktighet då svarsfrekvensen för denna fråga var lägre än för de flesta andra enkätfrågor. Det är också möjligt att vissa enheter som inte vårdar barn med astma svarade nej på frågan, vilket skulle kunna påverka resultaten. Vad gäller KOL uppskattar en tredjedel av primärvårdsenheterna att färre än 60 procent fått instruktioner i inhalationsteknik. Cirka 90 procent av specialistvårdsmottagningarna uppskattar att flertalet barn med astma fått instruktion i inhalationsteknik, och cirka 70 procent uppskattar att flertalet patienter med KOL fått sådana instruktioner.

Figur 7. Instruktion i inhalationsteknik för barn med astma i primärvården

Uppskattad andel av barn med astma som under 2013 fått vård för astma vid vårdenheten, som under året fått instruktion i inhalationsteknik. Andel enheter som angivit respektive uppskattning.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

3. Säkerställ en god samverkan och tillräckligt informationsutbyte mellan vårdens aktörer

Förbättringsområde

Samverkan och informationsutbyte är förutsättningar för god vård när patienterna behöver insatser från flera olika vårdaktörer, vilket är vanligt vid både astma och KOL. Resultaten tyder dock på att samverkan mellan primär- och specialistsjukvården kan bli bättre.

Astma

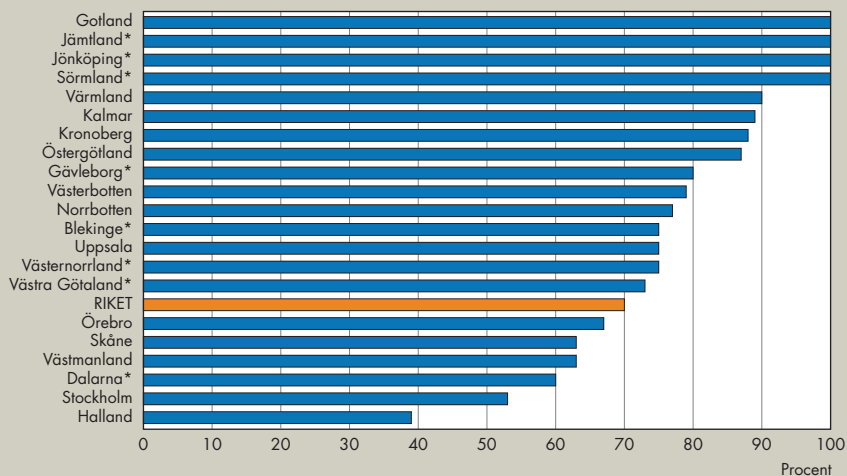
Ansvarsfördelning mellan primär- och specialistvården

För att få en väl fungerande vårdkedja är det viktigt med rutiner för eller överenskommelser om vilka patienter som ska vårdas i primärvården respektive specialistvården. Flertalet av primärvårdsenheterna,

70 procent, uppger att de har en lokal överenskommelse med specialistvården om vilka barn med diagnosen astma eller misstänkt astma som ska remitteras till en barnmottagning (figur 8). Två tredjedelar av barnmottagningarna uppger att de har skriftliga rutiner för vilka barn med astma eller misstänkt astma som accepteras för nybesök på mottagningen, medan 26 procent av vuxenspecialistmottagningarna uppger sig ha sådana rutiner. Det bör finnas lokala överenskommelser och rutiner för ansvarsfördelning mellan vårdens olika aktörer.

Figur 8. Överenskommelse om remittering till barnmottagning

Andel primärvårdsenheter som har en lokal överenskommelse med specialistsjukvården avseende vilka barn med diagnosen astma eller misstänkt astma som ska remitteras till barnmottagning.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

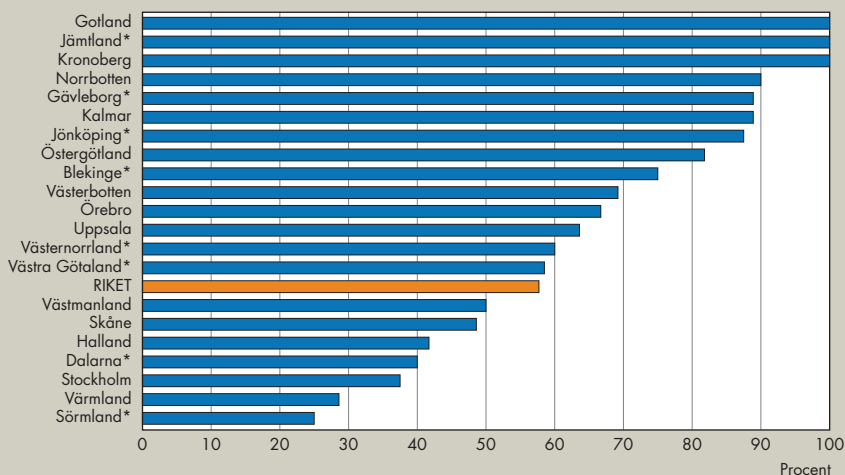
Överföring från barnmottagning

Behovet av samordning är särskilt stort när barn ska överföras från en barnmottagning till en allmänmedicinsk primärvårdsmottagning, antingen på grund av sin ålder eller på grund av ändrad sjukdomsbild. Då finns en risk för att uppföljningen brister. Drygt hälften, 58 procent, av primärvårdsenheterna uppger att de har en lokal överenskommelse med den aktuella barnmottagningen för hur barn ska överföras (figur 9). Det är angeläget att följa upp barn med astma som överförs från specialistvården till primärvården och utan rutiner finns

risk för brister i uppföljningen. Eftersom många mottagningar saknar sådana rutiner kan huvudmännen behöva göra en fördjupad analys för att hitta sätt att förbättra införandet samt användandet av sådana rutiner.

Figur 9. Överföring från barnmottagning till primärvården

Andel primärvårdsenheter som har en lokal överenskommelse med aktuell barnmottagning för hur patienter överförs från barnmottagningen till vårdenheten.



* Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Uppföljning efter akutbesök

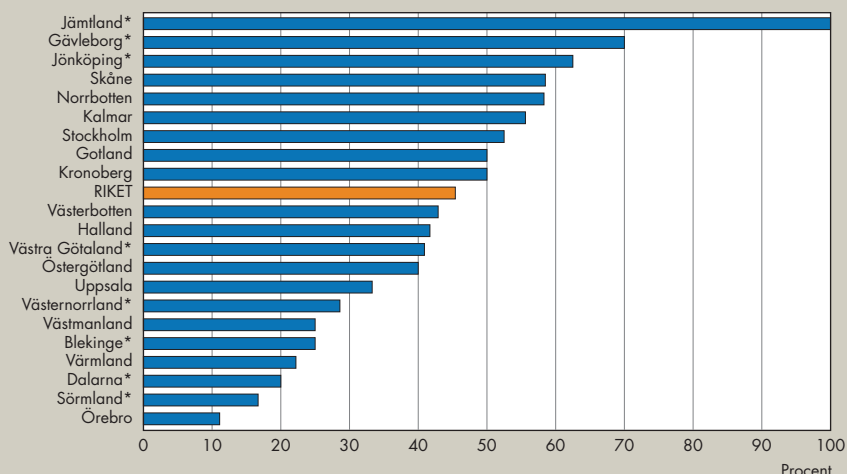
En annan viktig aspekt av samordningen är uppföljningar efter akut-sjukvård. I de nationella riktlinjerna rekommenderas ett uppföljande återbesök med spirometri och symtombedömning inom sex veckor efter exacerbation för både vuxna och barn över sex månader [8].

Knappt hälften av primärvårdsenheterna, 45 procent, anger att de, i normalfallet, får information från specialistvården när barn som vårdats på enheten haft akutbesök för obstruktivitet eller misstänkt astma (figur 10). Av dessa uppger drygt två tredjedelar, 69 procent, att de normalt kallar barnet för ett uppföljande besök på enheten. Detta betyder att en knapp tredjedel av primärvårdsenheterna brukar få information om akutbesök och därefter kalla barnet till ett uppföljande besök. Det kan tänkas att de primärvårdsenheter som inte

kallar barnet följer upp per telefon, att barnet följs upp på en barnmottagning eller att barnet eller dess vårdnadshavare själva bokar tid för ett uppföljningsbesök. Resultaten ska därför tolkas med viss försiktighet. Bilden som framträder tyder dock på att informationsutbytet och uppföljningarna kan förbättras. Sannolikt behöver insatser från huvudmännen prioriteras i högre grad för att säkra denna samverkan.

Figur 10. Informationsöverföring vid akutsjukvård av barn med astma

Andel primärvårdsenheter som i normalfallet får information från specialistvården när barn som vårdats på enheten fått akutsjukvård för obstruktivitet eller misstänkt astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

KOL

Nybesök på specialistmottagningar

Mindre än hälften av specialistmottagningarna, 41 procent, uppger att de har skriftliga rutiner för vilka patienter med diagnosen KOL eller misstänkt KOL som accepteras för nybesök vid mottagningen.

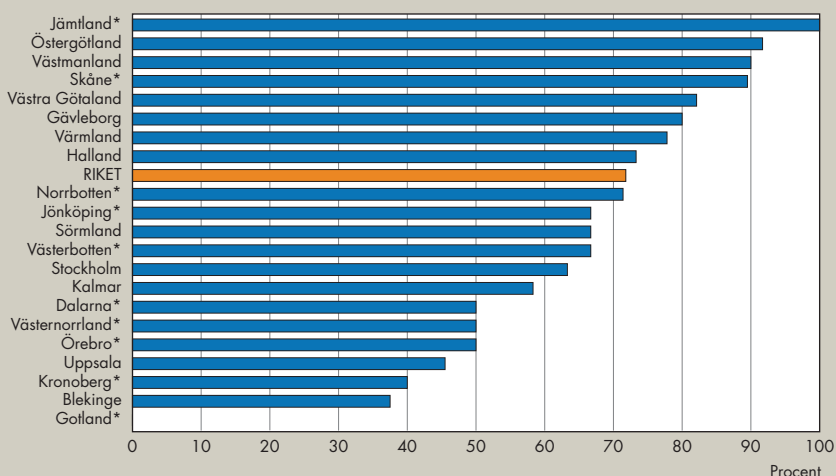
Uppföljning efter akutbesök

Totalt 72 procent av primärvårdsenheterna uppger att de, i normalfallet, får information från specialistsjukvården när en patient som vårdats på enheten behövt akutsjukvård för att deras tillstånd har försämrats. Det finns en variation mellan landstingen. I Jämtland, Östergötland, Västmanland och Skåne uppger minst 90 procent av enheterna att de får denna information. Motsvarande andel i Kronoberg och Blekinge är ungefär 40 procent (figur 11).

De flesta primärvårdsenheterna, 82 procent, som uppger sig få sådan information anger att de normalt kallar patienten till ett planerat uppföljande besök.

Figur 11. Informationsöverföring vid akutsjukvård vid försämring av KOL

Andel primärvårdsenheter som i normalfallet får information från specialistsjukvården när en patient vårdats akut vid försämring av KOL i specialistsjukvården.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

4. Fördjupa den lokala förståelsen av vilken läkemedelsbehandling som ges, för att varje patient säkert ska få rätt behandling

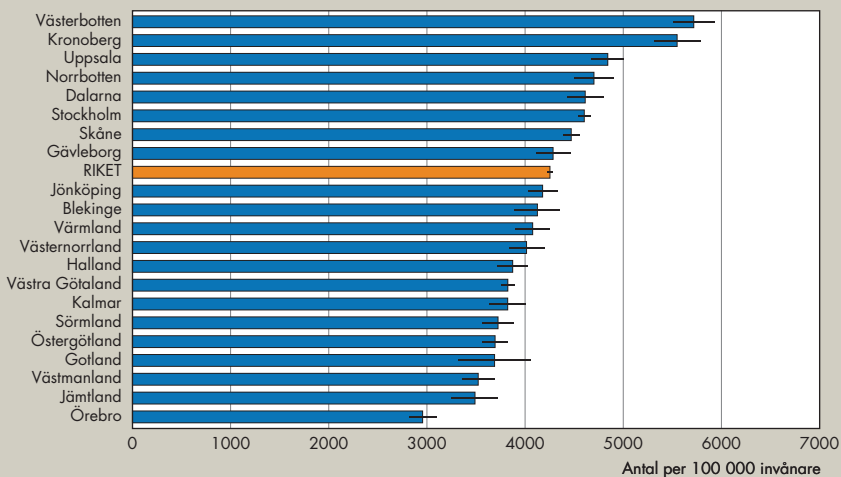
Förbättringsområde

Andelen patienter som hämtar ut olika förskrivna läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom varierar mellan landstingen, och det finns en risk för att skillnader i behandlingstradition leder till att patienter inte får en lämplig behandling. Skillnaderna gäller framför allt inhalationssteroider (som i riktlinjerna ges hög prioritet som underhållsbehandling vid astma). Dessutom tyder enkätresultatet på att alltför få personer får influensavaccination. Detta bör leda till att huvudmännen kartlägger användningen i förhållande till riktlinjerna.

Läkemedelsbehandling har studerats med utgångspunkt i uthämtade recept för olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Denna information räcker dock inte för att fastställa vilken av sjukdomarna astma eller KOL en person har, vilket är viktigt att ha i åtanke vid bedömning av vuxnas läkemedelsbehandling (för barn gäller dock att de med största sannolikhet har astma). Dessutom är det är svårt att uttala sig om vad skillnaderna beror på. De kan delvis bero på skillnader i förekomst av obstruktiva besvär, men skulle också kunna tyda på skillnader i behandlingstradition. Hälso- och sjukvården bör undersöka hur förekomsten av astma och KOL, samt lokala behandlingstraditioner påverkar vilken läkemedelsbehandling som ges, och utreda om insatser behövs för att varje patient ska få en lämplig behandling. En del i denna undersökning skulle kunna utgöras av en kartläggning av möjliga orsaker till de relativt stora skillnaderna som ses i användning av inhalationssteroider (figur 12 och 13) som i riktlinjerna ges hög prioritet vid underhållsbehandling av astma i relation till kombinationspreparat som ges låg prioritet.

Figur 12. Barn med inhalationssteroider

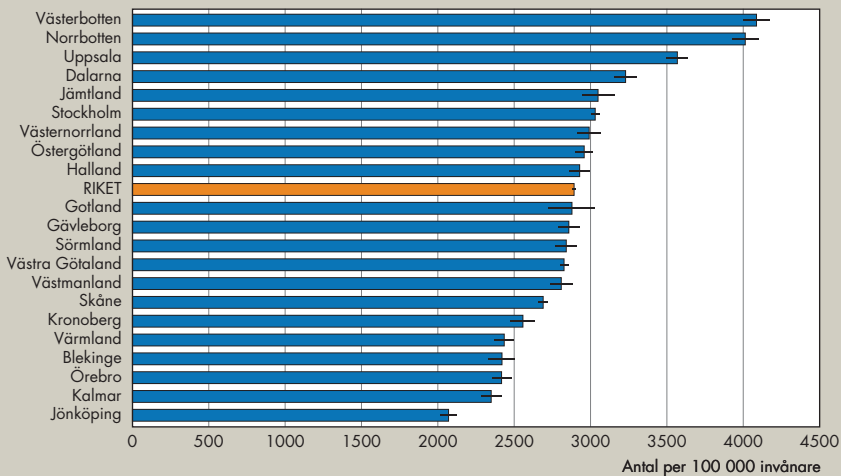
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 13. Vuxna med inhalationssteroider

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på inhalationssteroider under 2012 per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

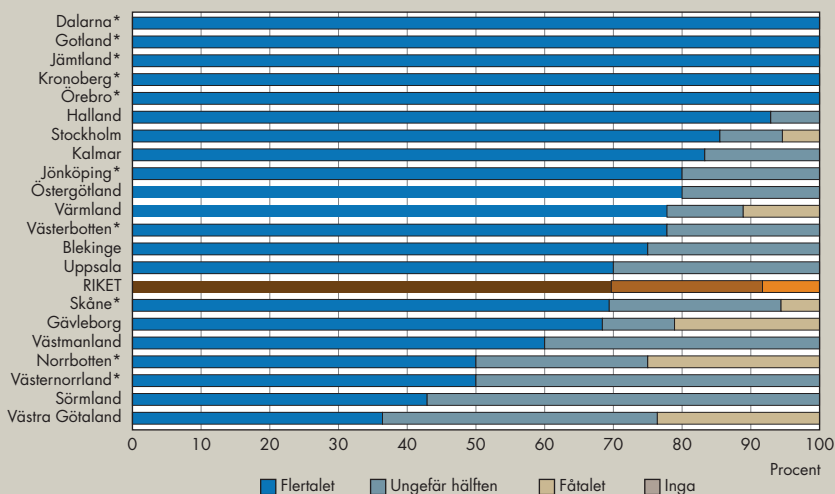


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Årlig influensavaccination rekommenderas av Läkemedelsverket till alla personer med KOL [10]. Socialstyrelsens enkätundersökning till primärvården pekar på att de flesta primärvårdsenheterna har en stor andel patienter med KOL som får influensavaccin (figur 14). Samtidigt verkar det finnas förbättringsmöjligheter, särskilt i några av landstingen. Ungefär 30 procent av primärvårdsenheterna och specialistmottagningarna uppskattar att ungefär hälften eller färre patienter med KOL under året vaccinerades mot influensa. Socialstyrelsen uppmanar huvudmännen att se till att patienter med KOL i större utsträckning erbjuds årlig influensavaccination.

Figur 14. Influensavaccin till patienter med KOL i primärvården

Uppskattad andel av alla patienter med KOL som under 2013 fått vård på enheten, som under året erhållit influensavaccin. Andel enheter som angivit respektive uppskattning.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

5. Fördjupa den lokala förståelsen av vilken diagnostik som görs, för att korrekt diagnostisera både astma och KOL

Förbättringsområde

Enkätresultatet tyder på att en större andel patienter bör genomgå spirometri med reversibilitetstest vid diagnos. Resultaten tyder också på att lungröntgen sällan görs när man ställer diagnosen KOL, och det bör leda till insatser från huvudmännens sida i form av till exempel mer detaljerade lokala kartläggningar för att identifiera eventuella behov av åtgärder.

Astma

Spirometri med reversibilitetstest ska enligt riktlinjerna genomföras vid diagnos av astma för barn cirka sex år eller äldre⁴. Knappt hälften av primärvårdsenheterna uppskattar dock att det gäller flertalet barn över sju år och 16 procent uppskattar att inga barn, som diagnostiserats för astma, har genomgått spirometri (figur 15). En del av landstingen eller delar av landstingen kan dock ha som rutin att barn med astma tas om hand på barnmottagningarna i stället för på vårdcentralen. Till exempel har ett landsting rutinen att barn ska ha träffat en barnläkare innan astmadiagnos ställs och att spirometri då görs i specialistvården. Enkätfrågan avser hur stor andel av de barn med astma som behandlas vid enheten som uppskattas ha genomgått en spirometriundersökning vid diagnos. Det är möjligt att en otydlighet gällande tolkning av frågan angående patienter som genomgått spirometri inom specialistvården kan ha påverkat svaren och resultatet bör därför tolkas med viss försiktighet.

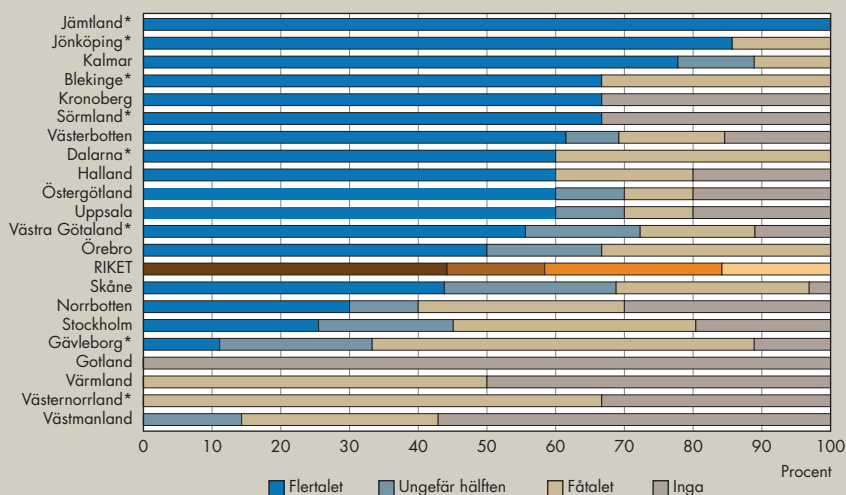
Specialistvårdsenheterna anger i högre grad att spirometri utförs där 82 procent uppskattar att flertalet barn över sju år genomgått

⁴ Det finns en skillnad mellan riktlinjerna och enkätfrågorna gällande åldersgräns för spirometri. I riktlinjerna rekommenderas spirometri med reversibilitetstest för barn sex år och äldre. I enkäterna ställdes frågan om spirometri med reversibilitetstest för barn över sju år.

en sådan undersökning. Det är viktigt att spirometri genomförs vid diagnos, och det är angeläget med en fördjupad lokal analys och ett ställningstagande till behovet av eventuella åtgärder.

Figur 15. Spirometri vid diagnos av astma hos barn i primärvården

Uppskattad andel av nydiagnostiserade barn över 7 år som genomgått spirometritest med reversibilitetstest i samband med diagnos. Andel enheter som angivit respektive uppskattning.



*Svarsfrekvens <60 procent.
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

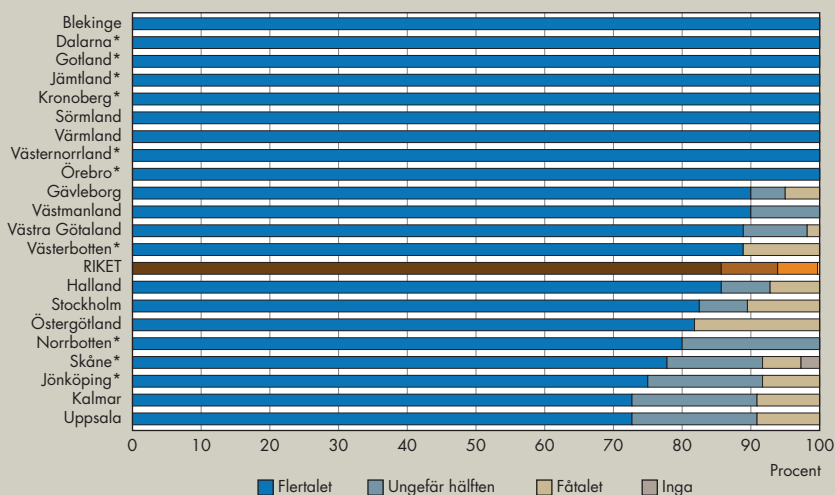
KOL

Spirometri med reversibilitetstest samt korrekt tolkning av resultatet är nödvändigt för att diagnostisera KOL, och samtliga patienter bör genomgå spirometri vid diagnos. En majoritet av primärvårdsenheterna, 86 procent, uppskattar att flertalet nydiagnostiserade patienter genomgått en spirometri med reversibilitetstest vid diagnos. I flera av landstingen uppger dock en stor andel av enheterna att ungefär hälften eller färre genomgått spirometri (figur 16).

Resultaten bör tolkas med en viss försiktighet då det är svårt att uppskatta hur många som genomgått spirometri. Uppskattningarna tyder dock på att det finns förbättringsmöjligheter, och det är angeläget med en mer detaljerad lokal kartläggning för att identifiera eventuella behov av åtgärder.

Figur 16. Spirometri vid KOL-diagnos i primärvården

Uppskattad andel av nydiagnostiserade patienter med KOL som genomgått spirometri med reversibilitetstest vid diagnos. Andel enheter som angivit respektive uppskattning.



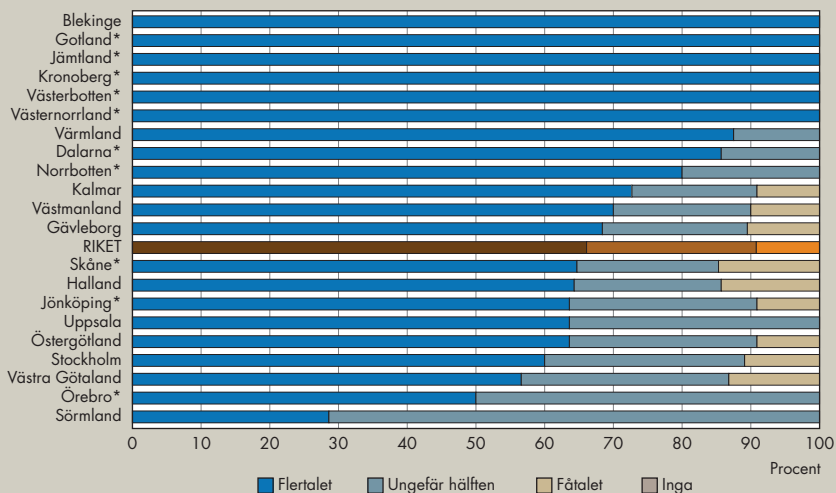
*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Två tredjedelar av primärvårdsenheterna uppskattar att flertalet nydiagnostiserade patienter med KOL genomgått lungröntgen vid diagnos, medan resten uppskattar att ungefär hälften eller färre patienter genomgått lungröntgen. I flera av landstingen uppskattar en stor andel av enheterna att det gäller hälften av patienterna eller färre (figur 17). I de nationella riktlinjerna för lungcancer rekommenderas lungröntgen vid nytillkomna luftvägssymtom med en varaktighet av sex veckor hos rökare eller före detta rökare över 40 år utan bekräftad KOL [11]. De flesta patienter som utreds för KOL uppfyller sannolikt dessa kriterier, men resultaten av kartläggningen tyder på att för få patienter med KOL genomgått lungröntgen.

Figur 17. Lungröntgen vid KOL-diagnos i primärvården

Uppskattad andel av nydiagnosticerade patienter med KOL som genomgått lungröntgen vid diagnos. Andel enheter som angivit respektive uppskattning.



*Svarsfrekvens <60 procent.
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

6. Öka användningen av validerade bedömningsinstrument

Förbättringsområde

Symtombedömning med validerade bedömningsinstrument såsom CAT och ACT kan förebygga exacerbationer och ge bättre astmakontroll. I dag är det många vårdenheter som saknar rutiner för att använda dessa formulär, och huvudmännen behöver säkerställa att användningen ökar vid de enheter som tar hand om dessa patientgrupper.

Astma

I riktlinjerna rekommenderas symtombedömning med frågeformuläret ACT. Cirka 40 procent av primärvårdsenheterna uppger att de har rutiner för hur ofta symtomen ska bedömas med ACT, liksom unge-

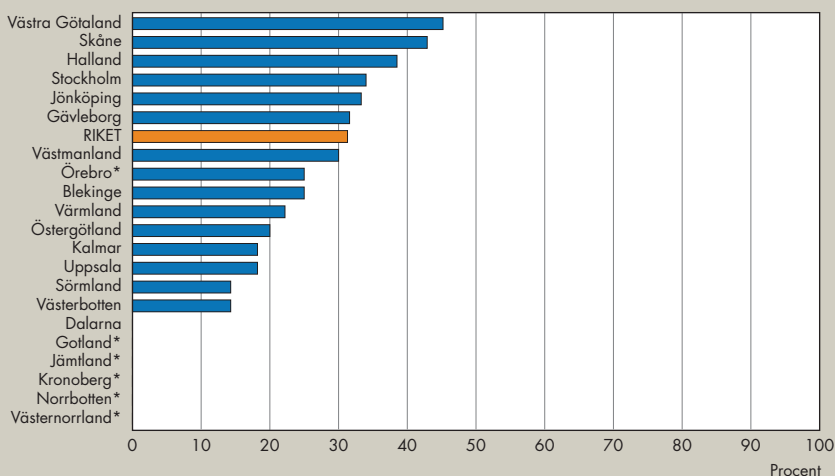
fär tre fjärdedelar av barnmottagningarna och 39 procent av vuxen-specialismottagningarna. Resultaten för primärvårdsenheterna ska tolkas med viss försiktighet då det är möjligt att en del av de enheter som inte har rutiner inte heller följer upp barn med astma. Den bild som framträder visar dock att dessa bedömningsinstrument inte är tillräckligt spridda i vården och huvudmännen kan behöva sätta in insatser för att öka användningen.

KOL

Det är även viktigt att använda validerade frågeformulär för att kunna följa upp patienter med KOL samt för att lättare bedöma symtom och för att förebygga exacerbationer. Symtombedömning med frågeformulär CAT rekommenderas i riktlinjerna. Mindre än hälften av både primärvårdsenheterna, 31 procent, och specialistmottagningarna, 39 procent, uppger att de har rutiner för hur ofta CAT-test ska genomföras (figur 18). Resultaten tyder på att CAT-test används i alltför begränsad utsträckning, vilket motiverar insatser från huvudmännen för att öka användningen.

Figur 18. CAT-test för patienter med KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner i normalfallet ska utföra CAT-test för patienter med KOL.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Förbättringsområden för kommunerna

7. Säkerställ kompetens i KOL-vården inom den kommunala hälso- och sjukvården

Förbättringsområde

De flesta kommunerna har i dag ingen sjuksköterska med högskoleutbildning i KOL-vård i sina omsorgsverksamheter, och många saknar rutiner för delegering av KOL-vård. Här behövs en översyn av kompetensförsörjningen och kompetensutvecklingen för att dessa patienter ska få en god vård.

Nästan en femtedel, 18 procent, av de över 65 år som hämtar ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom hade under 2012 någon form av kommunal omsorgsinsats. Sannolikt har en stor andel av dessa personer KOL. Därför är det viktigt att personalen inom kommunal omsorg har kompetens i KOL-vård och i hantering av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom.

Resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökningar visar att de flesta kommunerna helt saknar sjuksköterskor med högskoleutbildning i KOL-vård. Mindre än 15 procent av kommunerna uppger att sjuksköterskorna som arbetar i de olika omsorgsformerna har sådan utbildning. Inte heller verkar vidareutbildning i KOL-vård erbjudas i någon större utsträckning då endast runt 15 procent uppger att sjuksköterskorna genomgått någon utbildning i KOL-vård under 2012–2013. Sammantaget tyder resultaten på att det behövs en översyn av kompetensförsörjningen och kompetensutvecklingen för att dessa patientgrupper ska få en god vård i den kommunala hälso- och sjukvården.

8. Se över tillgången till kunskapsunderlag för patientgruppen inom den kommunala hälso- och sjukvården

Förbättringsområde

Med kunskapsunderlag, till exempel vårdprogram och behandlingsriktlinjer, är det lättare för den kommunala hälso- och sjukvården att ge patienter med KOL en god vård. Sådana underlag kan vara särskilt viktiga när det råder brist på formell kompetens i KOL-vård. Endast en liten andel av kommunerna använder i dag vårdprogram för KOL-vård.

En betydande del av vården till personer med KOL ges med kommunerna som huvudmän, samtidigt som resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökningar visar att en liten andel av kommunerna, 14 procent, uppger att de använder vårdprogram för KOL-vård. Strax över hälften, 57 procent, uppger att de har rutiner för delegering vid KOL-vård.

Kunskapsunderlag, till exempel i form av vårdprogram, kan öka möjligheten till att ge en god KOL-vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sådana kunskapsunderlag kan vara särskilt viktiga eftersom det råder brist på formell kompetens i KOL-vård. Utan vårdprogram och rutiner för delegering finns risk för att den vård som ges inte är baserad på bästa tillgängliga kunskap, och att patienterna därmed inte får nödvändig vård.

Referenser

1. Lötvall J, Ekerljung L, Rönmark EP, Wennergren G, Lindén A, Rönmark E, et al. West Sweden Asthma Study: prevalence trends over the last 18 years argues no recent increase in asthma. *Respir Res.* 2009 Jan;10:94.
2. Bjerg A, Ekerljung L, Middelveld R, Dahlén S-E, Forsberg B, Franklin K, et al. Increased prevalence of symptoms of rhinitis but not of asthma between 1990 and 2008 in Swedish adults: comparisons of the ECRHS and GA²LEN surveys. *PLoS One.* 2011 Jan;6(2):e16082.
3. Nationellt vårdprogram för KOL. Nationellt vårdprogram för KOL. Hämtad från: <http://slmf.se/kol/>
4. Lindberg A et al. Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease according to BTS, ERS, GOLD and ATS Criteria in Relation to Doctor's Diagnosis, Symptoms, Age, Gender, and Smoking Habits. *Respiration.* 2005;471–9.
5. Hjärt-Lungfonden. Hjärt-Lungfondens KOL- rapport. 2012;
6. Centrum för allergiforskning. Vilka är de samhällsekonomiska kostnaderna för allergier? 2005. Hämtad från: <http://www.vardal.se/vnytt/4-07/art13.html>
7. Jansson SA, Andersson F, Borg S, Ericsson Å, Jönsson E, Lundbäck B. Costs of COPD in Sweden according to disease severity. *Chest.* 2002;122:1994–2002.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL 2014.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Vård vid astma och KOL. Mått och underlag för bedömningar
10. Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom – KOL – Ny rekommendation [Internet]. 2008 p. 13–28. Available from: http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/KOL_rek_webb_bokm.pdf
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011. Stockholm, 2011.

Bilaga 1: Tabell 1

Tabell 1. Andel primärvårdsenheter som besvarat Socialstyrelsens enkät per landsting.

Landsting	Andel svarande (procent)
Blekinge	57
Dalarna	48
Gotland	50
Gävleborg	78
Halland	67
Jämtland	9
Jönköping	45
Kalmar	65
Kronoberg	50
Norrbottn	67
Skåne	56
Stockholm	59
Södermanland	62
Uppsala	60
Värmland	70
Västerbotten	68
Västernorrland	39
Västmanland	66
Västra Götaland	53
Örebro	48
Östergötland	70
Snitt	57

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bilaga 2: Projektorganisation

Styrgrupp

Lars Grönvik, enhetschef

Björn Nilsson, enhetschef

Arvid Widenlou Nordmark, tf. enhetschef

Karin Palm, tf. enhetschef

Intern projektgrupp

Björn Nilsson, enhetschef

Jesper Hörnblad, statistik och dataanalys

Alexander Svanhagen, projektledare

Extern projektgrupp

Sara Ekeblad, Health Navigator

Jessika Yin, Health Navigator

Tony Holm, rådgivare

Expertgrupp

Peter Odebäck, specialistläkare (allmänmedicin), Skagerns vård och hälsoenhet, Gullspång

Ann Ekberg-Jansson, registerhållare Luftvägsregistret, docent Sahlgrenska akademien och överläkare samt t.f. förvaltnings- och forskningschef vid Angereds Närsjukhus

Bill Hesselmar, docent, Göteborgs universitet, landstingsöverläkare, Västra Götalandsregionen

Ann-Britt Zakrisson, medicine doktor, Örebro universitet, distriktsköterska, Laxå vårdcentral

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Vård vid astma och KOL syftar till att utvärdera den svenska astma- och KOL-vården och omsorgen, och att kartlägga utgångsläget inför publiceringen av de uppdaterade nationella riktlinjerna.

Rapporten sammanfattar de viktigaste resultaten från utvärderingen av vården vid astma och KOL. Den innehåller även Socialstyrelsens bedömning av vårdens insatser samt rekommendationer till hälso- och sjukvården om prioriterade förbättringsområden. På Socialstyrelsens webbplats finns dessutom en underlagsrapport, som innehåller en utförligare beskrivning av samtliga resultat och underlag för bedömningar.

Rapporten är främst avsedd som ett stöd till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården samt till den medicinska professionen. Rapporten kan även vara till nytta för patientföreningar och berörda yrkesgrupper inom landsting och kommuner.

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014
Vård vid astma och KOL

(artikelnr 2015-1-3) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se