

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014

Vård vid astma och KOL

Mått och underlag för bedömningar

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.

Artikelnummer 2015-1-34
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015

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. Denna rapport innehåller det fullständiga underlaget till utvärderingen, inklusive beskrivning av använda metoder samt resultat för samtliga mått. Den andra rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Vård vid astma och KOL. Förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning* sammanfattar det viktigaste ur denna 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
Inledning.....	10
Metod och definitioner	13
Vad är astma och KOL?.....	21
Läkemedelsbehandling av astma och KOL.....	26
Utredning av astma	59
Patientutbildning och egenvård vid astma	67
Uppföljning av personer med astma	74
Samverkan och informationsutbyte i vården av astma	84
Astma i specialistvården	89
Utredning av KOL.....	92
Patientutbildning och egenvård vid KOL	96
Uppföljning av KOL.....	105
Samverkan och informationsutbyte i vården av KOL	112
KOL i specialistvården.....	115
Kommunal omsorg för personer med KOL	118
Dödlighet i KOL	120
Kunskapsstyrning i vården och omsorgen för astma och KOL.....	121
Sjukvårdens strukturer för astma och KOL.....	128
Referenser	140
Bilaga 1: Projektorganisation	143
Bilaga 2: Specialistvårdskonsumtion med huvuddiagnos astma.....	144
Bilaga 3: Specialistvårdskonsumtion med huvuddiagnos KOL.....	148
Bilaga 4: Sjukvårdens kostnader och effektivitet.....	154
Bilaga 5: Sjuk- och aktivitetsersättning	157
Bilaga 6. Tabell 1	159

Sammanfattning

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

Utvärderingen har genomförts under 2014, innan de uppdaterade nationella riktlinjerna publicerades, och kan därför användas som utgångspunkt vid en ny utvärdering när de nya nationella riktlinjerna är införda. 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.

Resultaten 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 nationella 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 saknas dataunderlag.

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

Socialstyrelsen har i utvärderingen identifierat ett antal områden med förbättringsmöjligheter för landstingen.

- *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.
- *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.

- *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.
- *Fördjupa den lokala förståelsen av vilken läkemedelsbehandling som ges, för att varje patient säkert ska få rätt behandling:*
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. 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 de nationella riktlinjerna.
- *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.
- *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 därför säkerställa att användningen ökar vid de enheter som tar hand om dessa patientgrupper.

¹ Spirometri är en lungfunktionsundersökning.

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

Förbättringsområden för kommuner

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

- *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.
- *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 i dag 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 och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, 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. I det här fallet gäller utvärderingen vården för personer med astma och KOL.

Den här rapporten ingår i en serie publikationer med utvärderingar som utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har tidigare publicerat utvärderingar inom hjärtsjukvård, strokevård, diabetesvård, cancervård, tandvård, psykiatrisk vård och omsorg samt demensvård och omsorg [1-8]. Under 2015 kommer Socialstyrelsen också att publicera utvärderingar inom områdena hjärtsjukvård och sjukdomsförebyggande metoder.

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.

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 uppdaterade nationella riktlinjerna.

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 Gotland kommun.

I rapporten lyfter Socialstyrelsen fram områden i 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. Rekommendationerna i de uppdaterade nationella 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 de nationella 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 de nationella riktlinjerna följs samt utvecklingen 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 beskriver arbetet med att samla in uppgifter om landstingens och kommunernas strukturer och insatser för personer med astma eller KOL. Kapitlet innehåller en beskrivning av de datakällor som har använts, andra relevanta metodaspekter samt ett tydliggörande av centrala begrepp och definitioner som används i rapporten. Därefter följer kapitlet *Vad är astma och KOL?* som innehåller en kortfattad beskrivning av de båda sjukdomarna, inklusive orsaker, förekomst, behandling och konsekvenser.

Efter dessa inledande kapitel följer en beskrivning av resultaten som har framkommit genom utvärderingen. Denna beskrivning är indelad i femton olika kapitel. Rapporten avslutas med följande bilagor.

Bilaga 1: *Projektorganisation*

Bilaga 2: *Specialistvårdskonsumtion med huvuddiagnos astma*

Bilaga 3: *Sjukvårdskonsumtion med huvuddiagnos KOL*

Bilaga 4: *Sjukvårdens kostnader och effektivitet*

Bilaga 5: *Sjukpenning och aktivitetsersättning*

Bilaga 6: *Tabell 1*

Metod och definitioner

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

Förutsättningar för uppföljning

Hösten 2014 publicerades nya nationella riktlinjer för astma och KOL. Publiceringen kom under arbetet med denna utvärdering. Rekommendationerna i de nationella 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 nationella 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 av astma och KOL är bristen på datakällor vad gäller uppföljningsbara mått på nationell nivå. Det finns ett nationellt kvalitetsregister för astma och KOL, Luftvägsregistret, men det har hittills haft låg täckningsgrad, särskilt i vissa landsting. För KOL uppskattas täckningsgraden till 10 procent. Det nationella astmaregistret (NAR) blev en del av Luftvägsregistret mars 2013 och det är ännu för tidigt att uttala sig om täckningsgraden för astma.

I Socialstyrelsens patientregister finns endast uppgifter om specialistvård. Uppgifter om primärvård saknas och det är där personer med astma eller KOL ofta får behandling. Ett antal mått som tagits fram utifrån existerande nationella register kan dock ge relevant information om vården och situationen för dessa patienter, exempelvis läkemedelsanvändning, syrgasanvändning och sjukskrivning.

Socialstyrelsen har använt enkäter till vårdens olika aktörer som en kompletterande datakälla.

Socialstyrelsens individbaserade register

Utvärderingen innehåller uppgifter från patientregistret, läkemedelsregistret, registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, utbildningsregistret och dödsorsaksregistret. Nedan ges en kortfattad beskrivning av dessa register samt deras relevans för den aktuella utvärderingen. Samtliga Socialstyrelsens register har hög täckningsgrad och dataregistreringen har mellan en månad till ett års fördröjning. Datakällorna anses ha hög tillförlit-

lighet och godtagbar aktualitet. För analyserna i denna utvärdering används genomgående data från 2012, vilka var det senast tillgängliga året för utdrag av data från patientregistret.

Patientregistret

Patientregistret uppdateras årligen och omfattar i dag all slutenvård samt alla läkarbesök i öppenvård som inte betecknas som primärvård. Både den öppna och den slutna vården ska enligt lag lämna uppgifter till patientregistret – förutom när det gäller primärvården.

Patientregistret har i denna utvärdering använts för att kartlägga förekomsten av astma och KOL hos patienter i specialistvården samt specialistvård för dessa diagnoser.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som har förskrivits via recept och hämtats ut sedan juli 2005. Mellan 1999 och 2005 samlades samma uppgifter in men utan personnummer.

Läkemedelsregistret har använts för att studera användningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom samt användningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom i kombination med andra läkemedel som är associerade med astma eller KOL.

Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattar personer som sökt och fått legitimation för yrken på hälso- och sjukvårdens område. Registret har använts för att kartlägga antalet allergologer respektive lungläkare.

Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning omfattar äldre och personer som har fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning och som får kommunal vård och omsorg enligt socialtjänstlagen. Registret har använts tillsammans med patientregistret för att kartlägga hur vanligt det är att personer som haft specialistvård för KOL har hemtjänst eller bor på särskilt boende.

Dödsorsaksregistret

Dödsorsaksregistret omfattar alla avlidna personer som var folkbokförda i Sverige det år de avled. I den utvärderingen har registret används för att kartlägga antalet dödsfall där astma eller KOL angetts som huvudorsak.

Andra datakällor

Swedevox

Andningssviktregistret Swedevox är ett nationellt kvalitetsregister för behandling med 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. Swedevox har

använts för att studera antalet personer som får syrgas i hemmet till följd av KOL. Registret anses ha en hög täckningsgrad.

Utbildningsregistret, UREG

Uppgifter om utbildningsnivåer bygger på individregistret Befolkningens utbildning – ofta kallat utbildningsregistret (UREG). Registret har använts för att studera skillnader i förekomsten av specialistvård för astma eller KOL mellan grupper med olika utbildningsnivåer.

KPP-databasen

Kostnad per patient (KPP) innebär att kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt inom den specialiserade somatiska sjukvården. Uppgifter om primärvård saknas i databasen. I dag har 14 landsting KPP-system i drift och lämnar information till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), vilket innebär att KPP-data finns för drygt 70 procent av vårdtillfällena i slutenvården. För den specialiserade öppenvården är motsvarande siffra cirka 55 procent. KPP-databasen har använts för att analysera kostnad per vårdtillfälle för slutenvårdstillfällen och öppenvårdsbesök med huvuddiagnos astma eller KOL.

Försäkringskassan

Socialstyrelsen har använt MiDAS, Försäkringskassans statistikdatabas över sjukskrivningsdata, för att kartlägga omfattningen av sjukpenning, rehabiliteringspenning, arbetsskadesjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning som är kopplad till astma eller KOL. Statistikdatabasen anger skäl för sjukskrivning (en diagnos per sjukskrivningstillfälle). Datakällan bedöms vara av god kvalitet och aktualitet. Registret innehåller dock endast uppgifter om sjukfall från och med dag 15 eftersom det är först då arbetsgivaren ska göra en anmälan hos Försäkringskassan.

Luftvägsregistret

Luftvägsregistret är ett nationellt kvalitetsregister, men när utvärderingen genomfördes hade det en låg täckningsgrad sett till hela KOL-populationen och har därför inte legat till grund för utvärderingen.⁴ Resultat från Luftvägsregistret redovisas dock som komplement till andra källor. Täckningsgraden kan dock ha ökat vid uppföljande utvärdering och då kan Luftvägsregistret utgöra en viktig komponent i utvärderingen av vården vid astma och KOL.

Regionalt kvalitetsregister för primärvård (QregPV)

QregPV är Västra Götalandsregionen regionala kvalitetsregister för primärvård och det har använts som komplement till patientregistret som saknar data för primärvård. Eftersom registret endast gäller en region redovisas resultatet separat från måtten som gäller för hela riket.

⁴ För de svårare stadierna av KOL (stadium 3 och 4) är täckningsgraden betydligt högre.

Enkätundersökningar

Om enkäterna

Under juni 2014 skickade Socialstyrelsen ut enkäter via e-post 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.

Många barn med astma besöker barnmottagningar som inte hör till ett sjukhus. Det fanns inga tillförlitliga adresslistor till dessa mottagningar och enkäten kunde följaktligen inte skickas till dem.⁵ Denna begränsning i enkätundersökningen utgör framför allt en utmaning i storstäderna Stockholm, Malmö och Göteborg där denna typ av mottagningar är mer utbredda. Till uppföljande utvärderingar av astma och KOL vore det önskvärt om en eventuell enkät även kunde skickas till barnmottagningar som inte hör till sjukhus.

En viktig aspekt av vård och omsorg för barn med astma är hur dessa tas hand om inom skolan och barnomsorgen. Aktörer i denna sektor ingår inte i enkätundersökningen, men i kommande utvärderingar skulle det gå att kartlägga skolornas och barnomsorgens omhändertagande av barn med astma via enkätutskick.

För att minska primärvårdens arbetsbörda utformades enkäten i två versioner, en med fokus på KOL och en med fokus på astma, dock med en inledande gemensam del. Enkäten skickades sedan slumpmässigt ut så att hälften av primärvårdsenheterna fick den ena versionen och den andra hälften fick den andra versionen.

Enkäterna innehöll totalt 13 frågor till landsting, 6 frågor till kommuner och stadsdelar, 24 frågor med fokus KOL och 27 frågor med fokus på astma för primärvårdsenheter, 19 frågor för barnmottagningar och 17 frågor respektive 14 frågor för mottagningar som tar emot patienter med KOL respektive astma.

I utformningen av enkäterna har Socialstyrelsen samrått med SKL enligt § 3, förordningen (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner.

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.

⁵ Enkäter skickades också till barnmottagningar som inte hör till sjukhus i Västra Götaland, men det beslutades att inte inkludera dessa svar då enkäten inte kunnat skickas till motsvarande enkäter i andra landsting.

- 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*, i syfte att fånga eventuella skillnader mellan rutin och praktik. 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 förkomma undantag.

Svarsfrekvens och felkällor

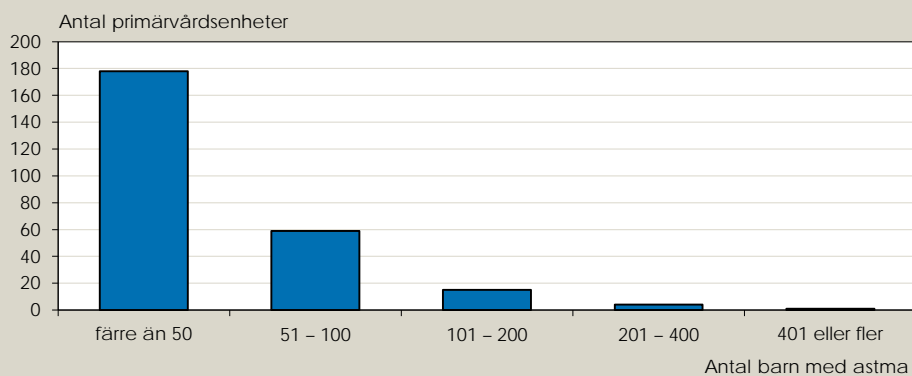
Svarsfrekvensen var 71 procent för landstingen (15 av 21 stycken), 76 procent för kommuner och stadsdelar (241 av 316 stycken) och 57 procent för primärvårdsenheterna (661 av 1 159 stycken). Andelen primärvårdsenheter som besvarat enkäten uppdelat per landsting redovisas i tabell 1 (se bilaga 6). Svarsfrekvensen 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. Vissa sjukhus saknar allergi- respektive lungmottagning och då är det ibland medicinmottagningar som besvarat enkäten. Det var inte obligatoriskt att besvara samtliga frågor i enkäterna, och svarsfrekvensen kan därför variera mellan olika frågor.

En stor andel av primärvårdsenheterna som besvarat astmaenkäten uppger att färre än 50 barn med astma har fått vård vid enheten under året, vilket är något som bör tas i beaktande när det gäller att bedöma resultaten (figur 1). Flera av dessa primärvårdsenheter remitterar troligen samtliga barn med astma till en barnmottagning, vilket gör det svårt att tolka frågor kring rutiner för omhändertagande av barn med astma. Anledningen är att enheter som inte vårdar dessa barn sannolikt inte heller har rutiner för detta. Det hade varit bra att kunna identifiera de enheter som inte tar hand om barn med astma eftersom det skulle ha underlättat tolkningen när det gäller rutiner gällande astma hos barn. För information om antal vuxna med astma respektive KOL per vårdenhet se figur 2 och 3.

Svarsfrekvensen varierar mellan landsting. I vissa landsting var den 70 procent eller högre, exempelvis i Gävleborg, Värmland och Östergötland. I andra landsting var svarsfrekvensen lägre än 60 procent och resultaten för dem bedöms således vara mindre representativa. I diagrammen i rapporten markeras därför landsting med en svarsfrekvens som understeg 60 procent.

Figur 1. Antal barn med astma per primärvårdsenhet

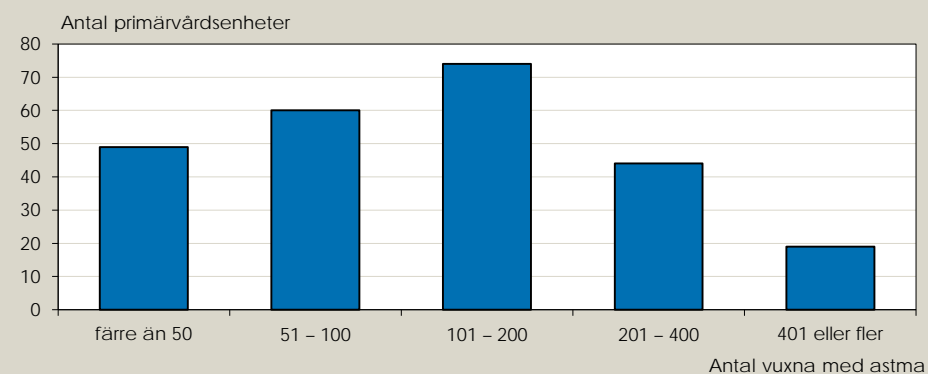
Antal barn (0-17 år) med diagnosen astma som fått vård på vårdenheten under 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Figur 2. Antal vuxna med astma per primärvårdsenhet

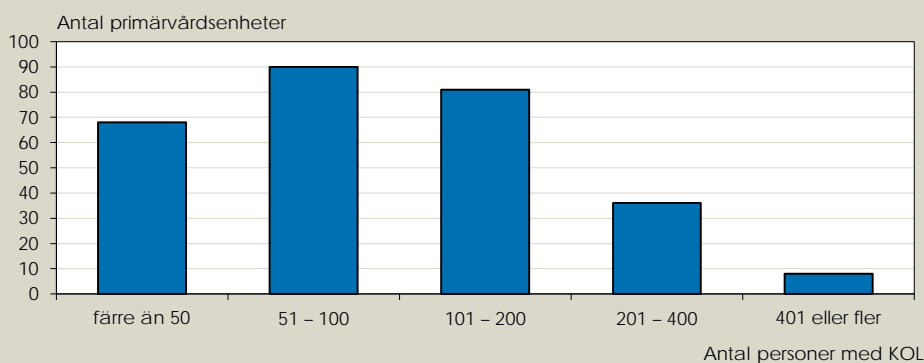
Antal vuxna (18 år och äldre) med diagnosen astma som fick vård på vårdenheten under 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Figur 3. Antal personer med KOL per primärvårdsenhet

Antal personer med diagnosen KOL som fått vård på vårdenheten under 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Kompletterande enkätundersökning till patientorganisationer

För att stärka patientperspektivet i denna utvärdering 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.

Övriga metodaspekter

Ålderstandardisering

Resultaten för flera mått har ålderstandardiserats genom en så kallad direkt standardisering. Varje ålderskategori har då viktats för att alla jämförda grupper ska ha standardpopulationens åldersfördelning. Ålderstandardisering underlättar jämförelser mellan kön, regioner och år genom att eliminera de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättning. Samma standardpopulation används för män och kvinnor.

Skillnader mellan landsting

I vissa fall går det att se större skillnader mellan landstingen vilket redovisas i rapporten. För måtten med ett begränsat underlag per landsting redovisas endast nivån för riket.

Utbildningsnivå och födelseland

Information om utbildning har hämtats från utbildningsregistret. Utbildningsnivån gäller avslutad utbildning och definieras på följande sätt.

- grundskola: \leq nio års utbildning
- gymnasial utbildning: två- eller treårig

- eftergymnasial utbildning: högskola, universitet inklusive forskarutbildning

Uppgifter om födelse land hämtades från Socialstyrelsens patientregister. Grupperna för födelse land är definierade enligt följande.

- svenskfödda
- födda i övriga Norden
- födda i övriga EU25-länder (Belgien, Cypern, Estland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien och Nordirland, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike)
- födda i övriga världen

Vad är astma och KOL?

Astma och KOL är kroniska sjukdomar som kännetecknas av inflammation och sammandragning av luftrören, med åtföljande andningsbesvär. För astma är andningsbesvären intermittenta med oftast symtomfria perioder medan för KOL är symtomen kroniska och långsamt framåtskridande. Astma är i stort sett lika vanligt bland barn och vuxna, medan KOL framför allt drabbar äldre personer och har ett nära samband med rökning. KOL orsakar även betydligt fler dödsfall än astma. Ungefär åtta procent av Sveriges befolkning beräknas ha astma och cirka åtta procent av personer över 45 år beräknas ha KOL. I detta kapitel ges en kortfattad beskrivning av sjukdomarna, inklusive orsaker, förekomst, behandling och konsekvenser.

Astma – kronisk inflammation i luftvägarna

Astma orsakas av en kronisk inflammation i luftrören och påverkar andningen. Det är en kronisk luftvägssjukdom men besvären är ofta inte kontinuerliga utan kommer i perioder, till exempel tidigt på morgonen eller vid exponering för exempelvis kyla, fysisk ansträngning eller allergener. Astma debuterar oftast i barndomen men nyinsjuknande i astma kan ske i alla åldrar [9].

Det mest typiska kliniska kännetecknet på astma är andningsbesvär till följd av varierande obstruktivitet av luftvägarna, då de mindre luftrören förträngs på grund av slemhinnesvullnad och sammandragning av glattmuskelcellerna i bronkväggen. Andra tecken på astma är hosta, tung andning och ökad slemsekretion. Utöver astma finns det även många som lider av så kallade astmaliknande tillstånd med symtom som påminner om astma, men där astmabehandling inte hjälper [10].

Orsaker till astma

Orsaken till astma är inte helt klarlagd, men både ärftliga faktorer och miljöfaktorer anses ha betydelse för uppkomsten av sjukdomen. Gemensamt för dessa faktorer är att de på olika sätt anses påverka immunförsvaret. Även övervikt har beskrivits öka risken för astma [11]. Icke-ärftliga miljöfaktorer som framkallar astma brukar kallas *triggerfaktorer*. Vanliga triggerfaktorer är exempelvis allergener (till exempel pälsdjur, pollen och kvalster), infektioner, tobaksrök, kall luft och fysisk ansträngning. När astman kan utlösas eller försämrans av allergener kategoriseras den som allergisk astma, och annars kategoriseras den som icke-allergisk astma. Hos barn är det vanligare med allergisk astma medan vuxna i större utsträckning lider av icke-allergisk astma [12].

Förekomst av astma

I Sverige beräknas cirka åtta procent av befolkningen ha astma [13,14] och globalt beräknas antalet personer med astma uppgå till cirka 300 miljoner, vilket motsvarar cirka fyra procent av jordens befolkning [9].

Förekomsten av astma i Sverige uppskattas sedan 1980-talet ha ökat från mellan fyra och fem procent till dagens åtta procent där vissa studier tyder på att ökningstakten börjat avta eller rent av plana ut [13,14]. Det finns flera hypoteser kring orsaken till denna ökning där förbättrad diagnostik och miljö- och livsstilsförändringar är några.

I Sverige är förekomsten av astma högst bland unga vuxna, och i dag är astma den vanligaste sjukdomen bland barn och ungdomar med över 150 000 drabbade. Mellan 2003 och 2011 ökade andelen barn i åldern 4–12 år med astma, från sex till nio procent. Astmasymtom är dessutom mycket vanligt bland små barn och förekommer nästan hos vart tredje barn under de första fyra levnadsåren. Även om de flesta av dessa barn har minst två episoder av astmasymtom under sina första två levnadsår så har majoriteten endast så kallad förkylningsastma som oftast växer bort under förskoleåren [12].

Förekomsten av astma varierar inte bara mellan åldrar utan även mellan olika delar av landet, mellan könen samt mellan olika socioekonomiska grupper. Till exempel uppskattas förekomsten av astma vara en till två procent högre i nordligaste Sverige jämfört med resten av landet [14]. I unga åldrar är astma vanligare hos pojkar än flickor men under och efter puberteten är sjukdomen vanligare hos kvinnor [12,15]. Även låg socioekonomisk status har visats vara en riskfaktor för astma [16].

Utredning av astma

Astma diagnostiseras genom kombinationen av symtom och att man påvisar en variabel eller reversibel luftvägsobstruktivitet. Flera olika metoder kan användas för att utvärdera lungfunktionen hos personer med astmabesvär, varav PEF-mätning (*Peak Expiratory Flow*) och spirometri är de vanligaste. Båda mäter luftflödet under utandning, vilket är försämrat hos personer med astmabesvär. Utöver PEF-mätning och spirometri görs en allergibedömning, för att utvärdera om astmabesvären kan bero på allergi. Om det finns sådana misstankar gör man även en allergiutredning. Allergitester som kan användas är pricktest och blodprov för en specifik antikropp kallad IgE (riktade IgE-tester mot specifika allergen eller screeningtester). Det finns misstanke om underdiagnosticering av astma, men omfattningen är svår att beräkna. Vissa studier tyder dock på att den verkliga prevalensen kan vara upp till fyra procent högre än den uppmätta [17].

Behandling och uppföljning av astma

Astma behandlas främst med läkemedel som vidgar luftrören (till exempel beta-2-agonister) och läkemedel som dämpar inflammationen (till exempel inhalationssteroider). De flesta som har astma behöver både förebyggande läkemedel som tas regelbundet och snabbverkande läkemedel som tas vid tillfälliga besvär. Målet är att få god astmakontroll och ett så normalt liv som möjligt, där personen klarar sina vanliga aktiviteter utan astmasymtom. Alla

uppnår dock inte full astmakontroll och astman sägs då vara okontrollerad eller delvis okontrollerad. Sämre astmakontroll beror ofta på bristande följsamhet till behandlingen [9]. För uppnå och behålla en god astmakontroll rekommenderas läkemedelsbehandling men också förebyggande åtgärder, till exempel att identifiera triggerfaktorer och minska exponeringen för dem. Egenvård är en mycket viktig förutsättning [9].

Följder av astma

Världshälsoorganisationen (WHO) har beräknat att astma orsakar en minskning av cirka 13,8 miljoner funktionsjusterade levnadsår, (*disability-adjusted life years, DALY*) ett samlat hälsomått som används för att mäta befolkningens sjukdomsbörda⁶, och astma har beräknats utgöra cirka 2 procent av världens sjukdomsbörda. Sammanlagt beräknas astma orsaka cirka 340 000 människors död per år i världen [9]. År 2012 avled runt 130 personer till följd av astma i Sverige [18].

I en svensk studie från 2003 hade 16 procent av alla med astma dagliga symtom, och 51 procent av de tillfrågade sa att det värsta med astma var att behöva avstå från vardagliga aktiviteter [19]. Resultat från Praxisstudien (en studie från Uppsala-Örebroregionen) visade att 28 procent av alla astmatiker vaknat minst en natt under den senaste veckan på grund av astmasymtom och att 50 procent behövt ta extra doser av luftrörsvidgande medicin på grund av astmabesvär mer än två gånger under den senaste veckan. Samma studie visade att endast 38 procent av patienterna i primärvården och 28 procent av patienterna i sjukhusvården uppnår full astmakontroll [20].

Astma medför också stora kostnader för samhället. I en studie från Karolinska Institutet beräknades att samhällskostnaderna för astma var cirka 4–7 miljarder kronor per år för personer i åldern 25–56 år (i snitt 15 919 kronor per år och person) [21], och 2005 beräknade Centrum för allergiforskning vid Karolinska Institutet, utifrån tidigare publicerade data, att astma kostar samhället cirka 3–8 miljarder kronor per år [22]. Astma orsakar både direkta kostnader för hälso- och sjukvården och indirekta kostnader i form av arbetsbortfall. De totala kostnaderna för astma i Europa har beräknats till cirka 19,5 miljarder och 14,4 miljarder euro per år (direkta respektive indirekta kostnader) [23].

KOL – kronisk inflammation i lungan som ofta orsakats av rökning

KOL är en kronisk inflammatorisk sjukdom i luftvägar och lungor som i de flesta fall beror på rökning under lång tid. Andra orsaker är passiv rökning, luftföroreningar och genetiska tillstånd [28]. Inflammationen leder till en succesiv förträngning av de små luftrören (bronkiolerna) vilket försvårar luftflödet till och från lungorna och leder till ökande andfåddhet och dålig

⁶ En DALY motsvarar ett friskt levnadsår som gått förlorat på grund av död eller sjukdom, och beräkningarna baseras på dödlighet och sjuklighet i olika diagnoser.

ork. Inflammationen i de små luftrören kallas för bronkiolit och processen i lungblåsorna för emfysem. KOL delas in i fyra stadier baserat på lungfunktion. I stadium 1 är lungfunktionen nästan normal för att i stadium 2 och 3 bli sämre. I stadium 4 är lungfunktionen så pass dålig att många får andningsvikt och behöver syrgasbehandling. Sjukdomssymtomen vid KOL kan också variera över tid från perioder med få symtom till perioder med många symtom. Dessa perioder med kraftigt ökade symtom kallas försämringsskov eller exacerbationer och beror ofta på infektioner i luftvägarna.

KOL beror nästan alltid på rökning och utöver de ovan nämnda sjukdomsprocesserna får rökaren ofta inflammationer även i de större luftrören. Detta leder till irritation och ökad slembildning med symtom i form av hosta.

KOL är en sjukdom som utvecklas långsamt och det kan ta flera årtionden innan sjukdomen leder till svåra andningsbesvär. Sjukdomen går inte att bota men genom att sluta röka slipper lungan ta ytterligare skada. De skador som redan har uppstått kan dock inte läka [24].

Förekomst av KOL

I Sverige beräknas över en halv miljon människor lida av KOL. Eftersom sjukdomen har starkt samband med långvarig rökning finns den framför allt bland äldre personer, och förekomsten av KOL har beräknats till cirka 8 procent i befolkningen över 45 år [25]. Globalt uppskattas att cirka 10 procent har KOL (medelålder runt 50 år) [26].

Under lång tid var KOL vanligare hos män än kvinnor men i dag är det fler kvinnor än män som drabbas i Sverige. Detta kan kopplas till att det i dag är fler kvinnor än män som röker, 12 respektive 10 procent [27].

Cirka 400 000 personer beräknas ha sjukdomen utan att veta om det, vilket motsvarar 80 procent av det uppskattade antalet personer med KOL [28]. Detta gör KOL till en av de mest underdiagnostiserade sjukdomarna, vilket och detta beror troligen på att diagnos inte ställs förrän sjukdomen har avancerat till ett medelsvårt eller svårt stadium. I en svensk studie från 2005 hade närmare hälften av alla patienter som uppfyllde kriterierna för KOL sökt sjukvård på grund av luftvägssymtom (annat än vanlig förkylning), men endast 16 procent hade en läkardiagnos motsvarande KOL [29]. En annan svensk studie visade att av personer över 45 års ålder med svår KOL hade alla luftvägssymtom, men bara varannan angav att de hade fått en läkardiagnos som var förenlig med KOL [25].

Utredning av KOL

KOL diagnostiseras med hjälp av spirometri för att mäta luftflödet under utandning. Under spirometriundersökningen mäts först FVC (forcerad vitalkapacitet), det vill säga maximal utandning, och FEV1 (forcerad expiratorisk volym), vilket är maximal utandningsvolym under den första sekunden efter maximal inandning. Kvoten FEV1/FVC mäter hur stor andel av den totala maximala utandningen som andas ut under den första sekunden, och en låg kvot är diagnostiskt för obstruktivitet. Kvoten FEV1/FEV6 kan fås genom en undersökning med så kallad minispirometer, och kan användas för att identifiera patienter som behöver en mer fullständig undersökning med spirometri.

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 [30]. Sannolikt uppfyller de flesta patienter som utreds för KOL dessa kriterier. I de flesta fall kan KOL diagnostiseras av allmänläkare i primärvård, men vid svårare fall kan patienten remitteras till en lungspecialist som kan göra mer omfattande lungfysiologiska undersökningar [24].

Behandling och uppföljning av KOL

Den absolut viktigaste åtgärden vid KOL är rökstopp, vilket markant bromsar lungfunktionens försämring och minskar risken för ytterligare försämring. Vid lindrig KOL behövs oftast ingen annan behandling. Om patienten behöver någon symtomlindrande behandling används luftrörsvidgande läkemedel i inhalationsform vid behov, och vid svårare besvär en kombinationsbehandling innehållande inhalationskortison och långverkande luftrörsvidgande läkemedel.

Vid mycket svår KOL framkallar sjukdomen kronisk andningssvikt, så kallad kronisk respiratorisk insufficiens. I dessa fall kan patienten behöva konstant syrgasbehandling. I vissa fall av mycket svårt lungemfysem kan det vara aktuellt med operation för att ta bort de förstörda delarna av lungan och ge plats till de friskare delarna [24]. I olika utvecklingsprojekt prövas andra mindre invasiva sätt att åstadkomma liknande effekter på lungvävnaden. Dessa projekt är under utvärdering.

Samsjuklighet vid KOL

Samsjuklighet är vanligt vid KOL och sjukdomar som är vanligt förekommande hos personer med KOL är exempelvis depression, hjärt- och kärlsjukdom, metabolt syndrom, diabetes och benskörhet [31]. Samsjuklighet vid KOL både minskar livskvaliteten och ökar dödligheten. En amerikansk studie från 2007 visar att endast 40 procent av personer med KOL dör på grund av sjukdomen medan resten dör av andra sjukdomar som är kopplade till KOL [32].

Följder av KOL

Globalt dog över 3 miljoner människor till följd av KOL år 2012, och KOL är därmed den tredje största dödsorsaken globalt [33]. I Sverige dog 1 425 kvinnor och 1 237 män i sjukdomen 2011, vilket var en ökning med 38 procent sedan 1997. Mest ökar dödligheten bland kvinnor, och ökningen är 74 procent sedan 1997 [34]. KOL beräknas i dag vara den fjärde vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i Sverige [18].

Den totala kostnaden för KOL i Sverige under ett år har uppskattats till mellan 8 och 9 miljarder kronor [35]. I Europa har kostnaden för KOL uppskattats till cirka 38,6 miljarder euro per år [23].

Läkemedelsbehandling av 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 för att behandla både astma och KOL (samt till viss del för andra relaterade tillstånd), och läkemedelsanvändningen ger därför ingen klar bild av förekomsten av respektive sjukdom.

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.

Vid lindrig KOL är rökstopp och fysisk aktivitet de viktigaste behandlingarna. Om symtomlindrande behandling behövs används främst olika luft-rörsvidgande läkemedel i inhalationsform. Vid medelsvår till svår KOL är det också ofta aktuellt med förebyggande kombinationsbehandling innehållande inhalationskortison och långverkande luftrörsvidgande läkemedel.

Läkemedelsbehandling har studerats med utgångspunkt i läkemedelsregistret. Registret innehåller uppgifter om uthämtade läkemedel, vilket innebär att kartläggningen endast fångar läkemedel som har hämtats ut och inte de som förskrivits men som inte hämtats ut. Det är heller inte möjligt att veta

huruvida patienten faktiskt har tagit läkemedlet. Barn och vuxna redovisas separat.

Användning av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Definition och datakällor

I detta avsnitt redovisas antalet personer som hämtade ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom (R03) under 2012. En stor andel som hämtade ut denna typ av läkemedel vid minst två olika tillfällen har med stor sannolikhet astma eller KOL. Måttet kan dock vara en överskattning eftersom vissa, framför allt barn, använder läkemedlen tillfälligt vid till exempel hosta. Samtidigt finns risk för att måttet missar patienter med astma eller KOL, då patienter som diagnostiserats för respektive sjukdom inte hämtat läkemedel under året.

I avsnittet redovisas också andelen barn och vuxna som fått sina recept från primärvård respektive specialistvård. Här finns ett litet bortfall då information om förskrivande vårdnivå saknas vid cirka två 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 uträkning har KOL. I avsnittet redovisas därför även utfallet för åldersgrupperna 0–17 år, 18–64 år samt 65 år och äldre.

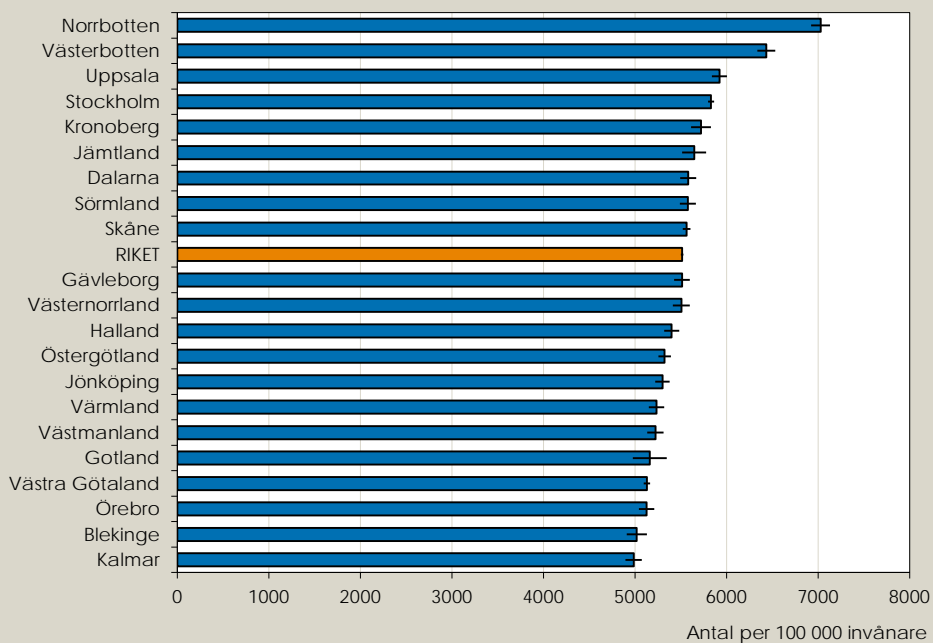
Utfall och variation

Hela befolkningen

Under 2012 hämtade 525 014 personer ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, vilket motsvarar 5,5 procent av befolkningen. Användningen skiljer sig relativt lite mellan landstingen, och endast Norrbotten, och Västerbotten sticker ut med högre användning (figur 4).

Figur 4. Personer med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Antal individer som hämtat ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



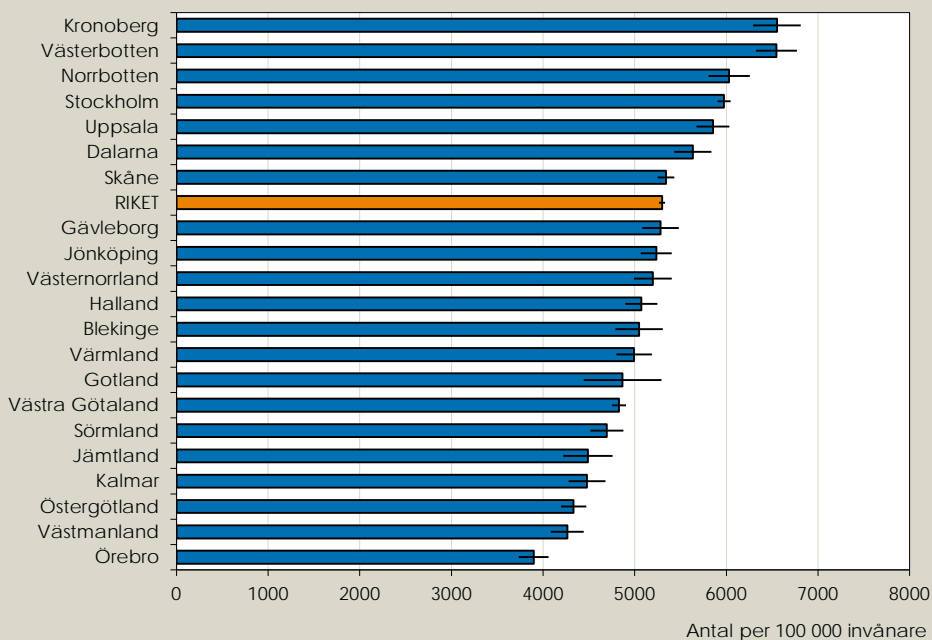
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Barn (0–17 år)

Under 2012 hämtade cirka 5 procent (totalt 101 913 personer) av Sveriges barn ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Detta kan jämföras med den uppskattade prevalensen av astma på 7–9 procent bland barn i Sverige. Pojkar utgör 60 procent av alla barn som hämtade ut två eller fler recept. Det finns vissa skillnader mellan landstingen. Kronoberg och Västerbotten hade högst andel barn som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, och Västmanland och Örebro lägst (figur 5).

Figur 5. Barn med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Antal barn (0-17 år) som hämtade ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna (18–64 år)

Totalt 243 691 personer i åldern 18–64 år hämtade ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, motsvarande 4,2 procent av åldersgruppen. Kvinnor utgjorde 59 procent. Viss skillnad observeras mellan landstingen, med tre Norrlandslandsting i topp: Norrbotten, 6,0 procent, Västerbotten, 5,3 procent, och Jämtland, 4,8 procent.

Äldre (65 år och äldre)

I åldersgruppen 65 år och äldre hämtade 179 410 personer under 2012 ut två eller fler recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, motsvarande 9,9 procent av åldersgruppen. Kvinnor stod för 61 procent. Inga större skillnader mellan landstingen observeras.

Om personer som endast hämtat ut ett recept inkluderas syns en något högre användning av dessa läkemedel, särskilt för barn. Totalt hämtade 181 172 barn och 598 856 vuxna ut ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, vilket motsvarar 9 418 per 100 000 barn respektive 7 884 per 100 000 vuxna.

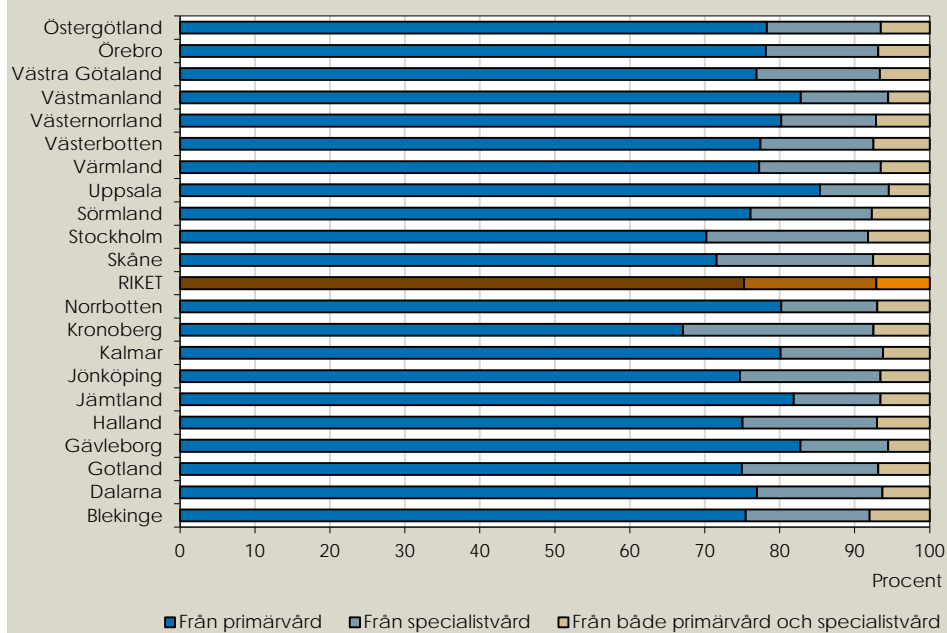
Utskrivande vårdnivå

Drygt hälften, 54 procent, av de barn som hämtat ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 fick recept utskrivet *endast* från primärvården. Totalt 9 procent fick recept utskrivet från *både* primärvården och specialistvården och 38 procent fick recept utskrivet *endast* från specialistvården. An-

delen varierar mellan landstingen (figur 6). De flesta vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 fick recept utskrivet *endast* från primärvården, 82 procent. Totalt 7 procent fick recept utskrivet från *både* primärvården och specialistvården, och 12 procent fick recept utskrivet *endast* från specialistvården.

Figur 6. Barn med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom per vårdnivå

Andel barn, som under 2012, fått recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom utskrivet från primärvård, specialistvård samt både primärvård och specialistvård.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom utgör 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. I brist på nationell statistik över primärvårdsinsatser kan uthämtningen av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom ändå ge en uppfattning om den nationella förekomsten av läkemedelsbehandlad astma och KOL.

Drygt 9 procent av alla barn hämtade under 2012 ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, och ungefär 5 procent hämtade ut två eller fler recept. Sannolikt har en stor andel i den senare kategorin astma. Pojkar utgör 60 procent av dessa barn, något som stämmer med att prevalensen av astma är högre hos pojkar som uppskattas till 7–9 procent. Det finns relativt stora geografiska skillnader i användningen av dessa läkemedel, vilket till viss del kan bero på skillnader i förekomst. I två Norrlandslän notera-

des en högre andel barn som hämtat ut minst två recept av denna typ av läkemedel, och nordligaste Sverige har tidigare visats sig ha högre prevalens av astma än övriga Sverige [14].

Bland vuxna i åldrarna 18–64 år hämtade cirka 4 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 åldersgruppen 65 år och äldre var det drygt 10 procent som hämtade ut två eller flera recept av dessa läkemedel. I denna åldersgrupp är de flesta kvinnor, drygt 60 procent.

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, vilket kan tyda på att de framför allt har vårdats i primärvården (även om det är möjligt att vårdas i specialistvården men få recept förskrivet från primärvården). Fördelningen skiljer sig åt mellan landstingen. Över en tredjedel, 38 procent, av barnen hade endast recept förskrivna från specialistvården, vilket bör betyda att de framför allt hade kontakt med specialistvården för sin astma. De flesta vuxna, 82 procent, som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom fick endast recept från primärvården, vilket är i linje med att de flesta vuxna med astma eller KOL behandlas där.

Användning av olika läkemedel vid obstruktiv lungsjukdom

I detta avsnitt redovisas användningen av olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom.

Definition och datakällor

I följande avsnitt redovisas antalet personer som under 2012 hämtade ut olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Följande läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom redovisas:

- kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC02 och R03AC03)
- långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC12 och R03AC13)
- kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (R03AK06 och R03AK07)
- inhalationssteroider (R03BA)
- tiotropium (R03BB04)
- perorala beta-2-agonister (R03CC)

Utöver läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom redovisas användningen av andra läkemedel som är relaterade till astma och KOL. Det gäller bland

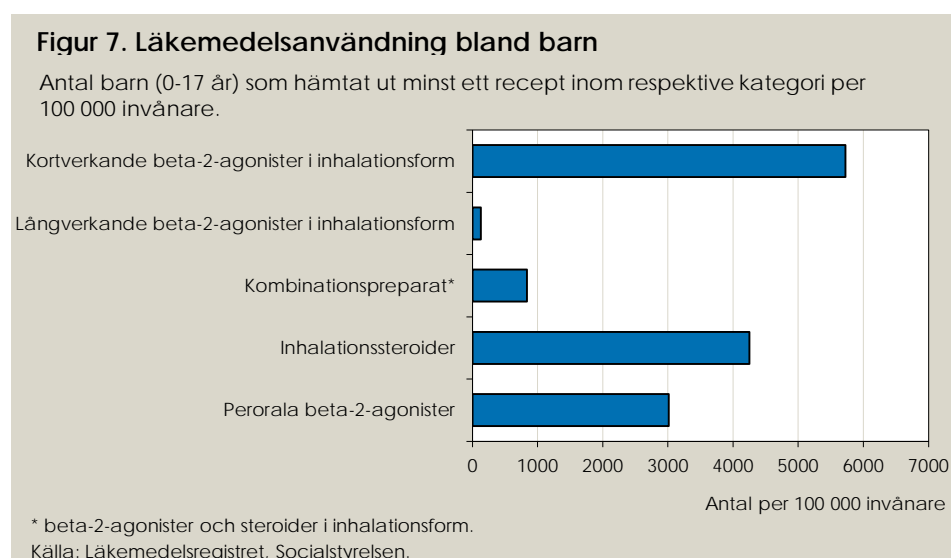
vuxna som hämtade ut ett eller flera recept på följande läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom:

- perorala steroider (H02AB01 och H02AB06)
- nikotinersättning (N07BA01) eller rökavvänjningsmedel (N07BA03)
- antibiotika i form av doxycyklin (J01AA02) eller amoxicillin (J01CA04)
- acetylcystein (R05CB01)

Utfall och variation

Barn (0–17 år)

Nedan (figur 7) visas en översikt av antal barn per 100 000 invånare som hämtade ut olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom.

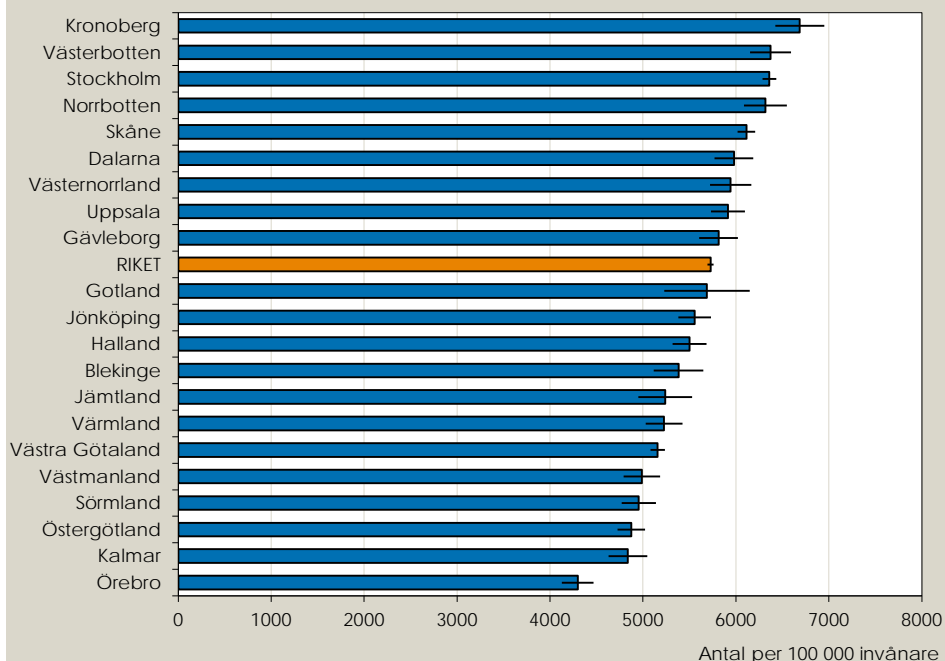


Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Beta-2-agonister är en grupp läkemedel som vidgar luftrören, och kortverkande beta-2-agonister används för att lindra symtom vid obstruktivitet. Totalt 110 176 barn hämtade ut kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform under 2012, vilket motsvarar 5 727 barn per 100 000 invånare. Något fler pojkar än flickor hämtade ut läkemedlet: 6 556 pojkar jämfört med 4 851 flickor per 100 000 invånare. Det finns också skillnader mellan landstingen. I Kronoberg hämtade 6 687 barn ut kortverkande beta-2-agonister per 100 000 invånare, jämfört med 4 298 stycken i Örebro (figur 8).

Figur 8. Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform bland barn

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på kortverkande beta-2-agonister under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen .

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform

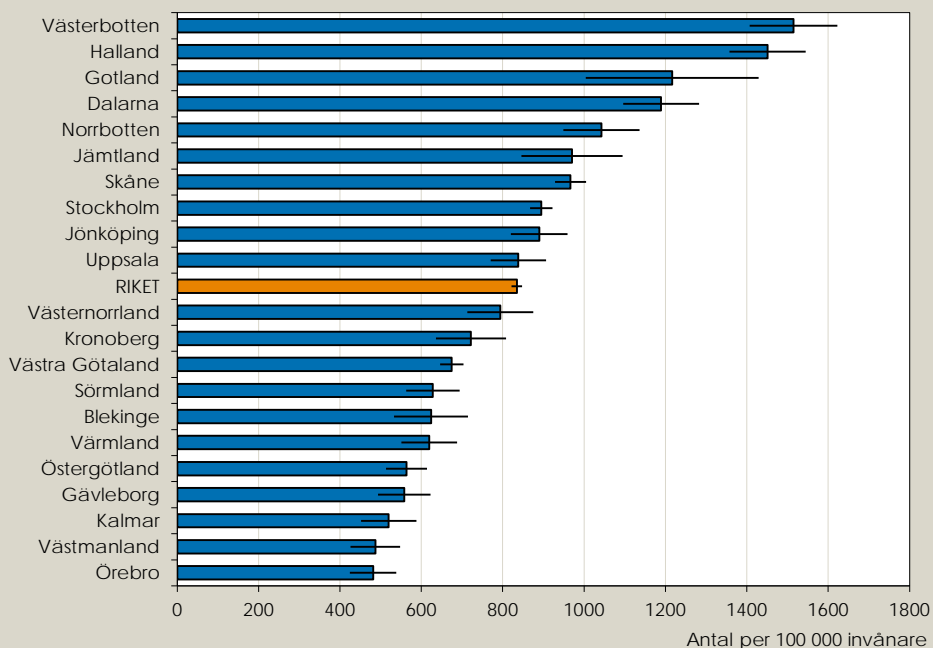
Totalt 2 484 barn hämtade ut långverkande beta-2-agonister i inhalationsform under 2012, vilket motsvarar 129 barn per 100 000 invånare. Ingen större skillnad ses mellan könen.

Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

Totalt 16 056 barn hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform under 2012, vilket motsvarar 835 barn per 100 000 invånare. Det finns skillnader mellan könen: 995 pojkar per 100 000 invånare jämfört med 665 flickor per 100 000 invånare. Stora skillnader kan också observeras mellan landstingen. I Västerbotten hämtade 1 515 barn per 100 000 invånare ut kombinationspreparat, vilket är ungefär tre gånger fler än i Örebro (figur 9).

Figur 9. Barn med kombinationspreparat

Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läke medelsregistret, Socialstyrelsen.

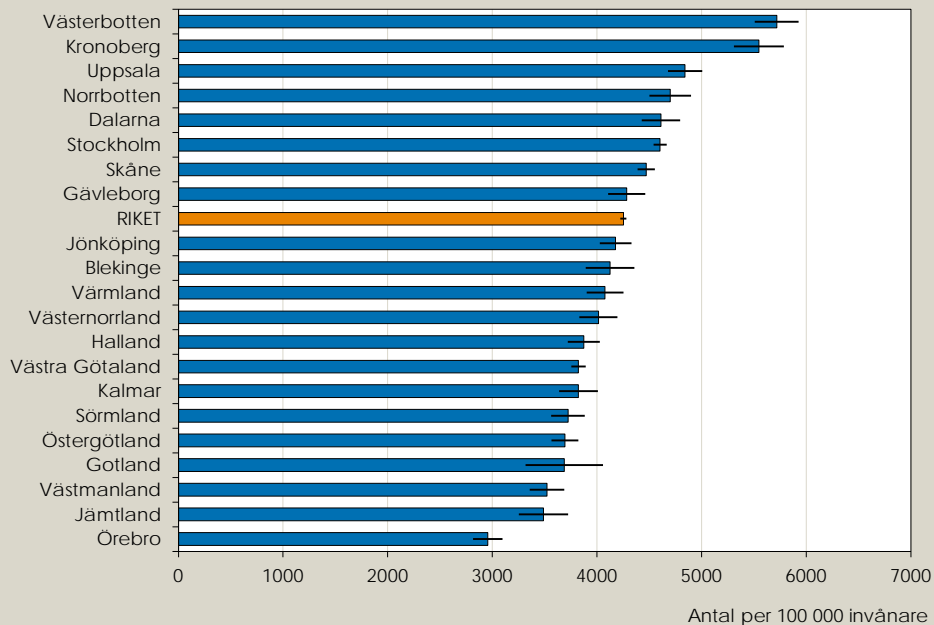
Inhalationssteroider

Inhalationssteroider dämpar inflammationen i luftrören. Totalt 81 819 barn hämtade ut inhalationssteroider under 2012, motsvarande 4 253 barn per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen där 5 009 pojkar och 3 454 flickor per 100 000 invånare hämtade ut inhalationssteroider.

Dessutom finns skillnader mellan landstingen. I Västerbotten var det 5 718 barn per 100 000 invånare som hämtade ut inhalationssteroider, jämfört med 2 956 barn i Örebro (figur 10).

Figur 10. Barn med inhalationssteroider

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



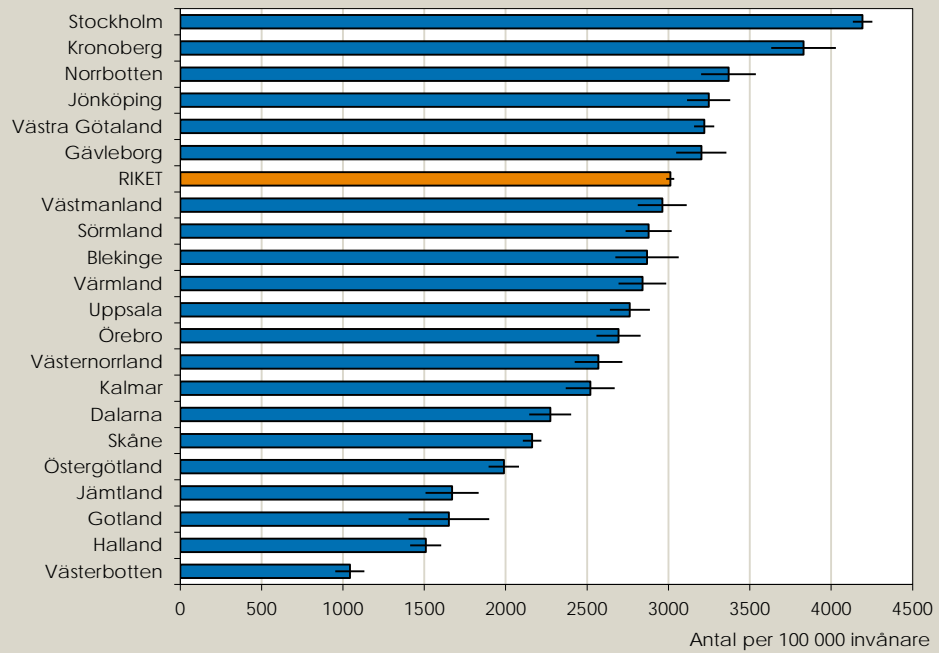
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Perorala beta-2-agonister

Totalt 57 939 barn hämtade ut perorala beta-2-agonister under 2012. Detta motsvarar 3 012 barn per 100 000 invånare. En viss skillnad mellan könen kan observeras: 3 276 pojkar jämfört med 2 733 flickor per 100 000 invånare. Skillnader ses också mellan landstingen där användningen var ungefär fyra gånger så stor i Stockholm som i Västerbotten (figur 11).

Figur 11. Barn med perorala beta-2-agonister

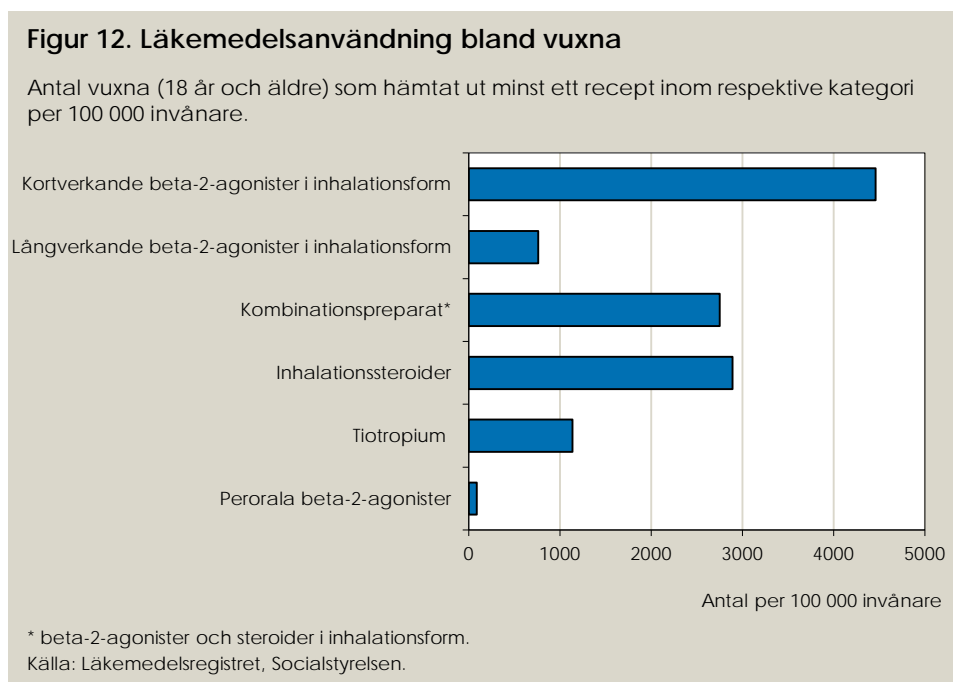
Antal barn (0-17 år) som hämtat ut minst ett recept på perorala beta-2-agonister under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Vuxna (18 år och äldre)

Figur 12 visar en översikt av antal vuxna per 100 000 invånare som hämtat ut olika typer av läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom 2012.



Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform

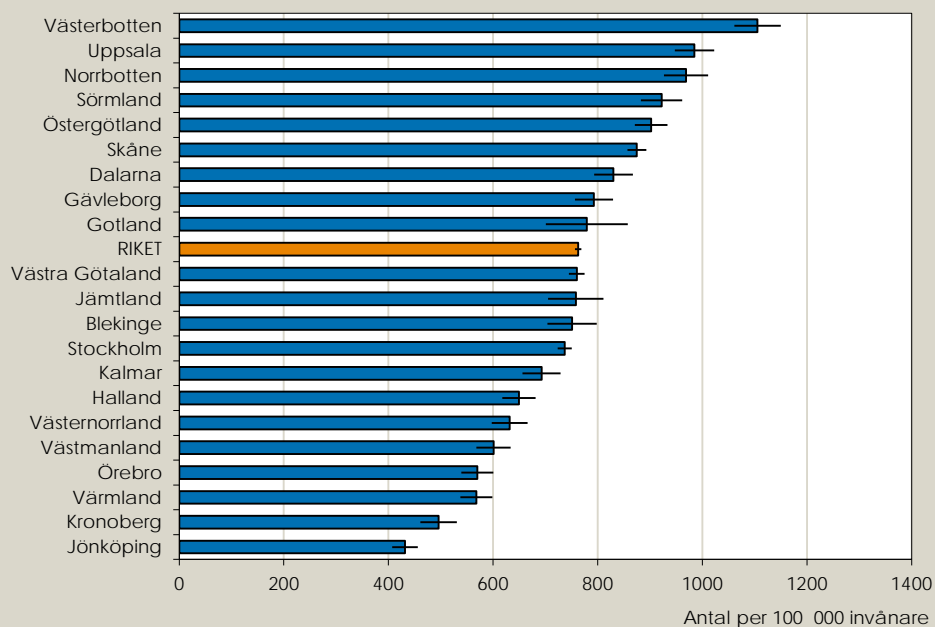
Totalt 341 345 vuxna hämtade ut kortverkande beta-2-agonister under 2012, vilket motsvarar 4 460 vuxna per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen, med 5 405 kvinnor och 3 564 män per 100 000 invånare, men inga större skillnader landstingen.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform

Totalt 59 363 vuxna hämtade ut långverkande beta-2-agonister under 2012, vilket motsvarar 763 vuxna per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen där 969 kvinnor jämfört med 590 män per 100 000 invånare hämtade ut långverkande beta-2-agonister. Dessutom finns stora skillnader mellan landstingen. I Västerbotten hämtade 1 106 vuxna per 100 000 invånare ut långverkande beta-2-agonister och i Jönköping var motsvarande siffra 432 personer (figur 13).

Figur 13. Vuxna med långverkande beta-2-agonister

Antal vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister under 2012 per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

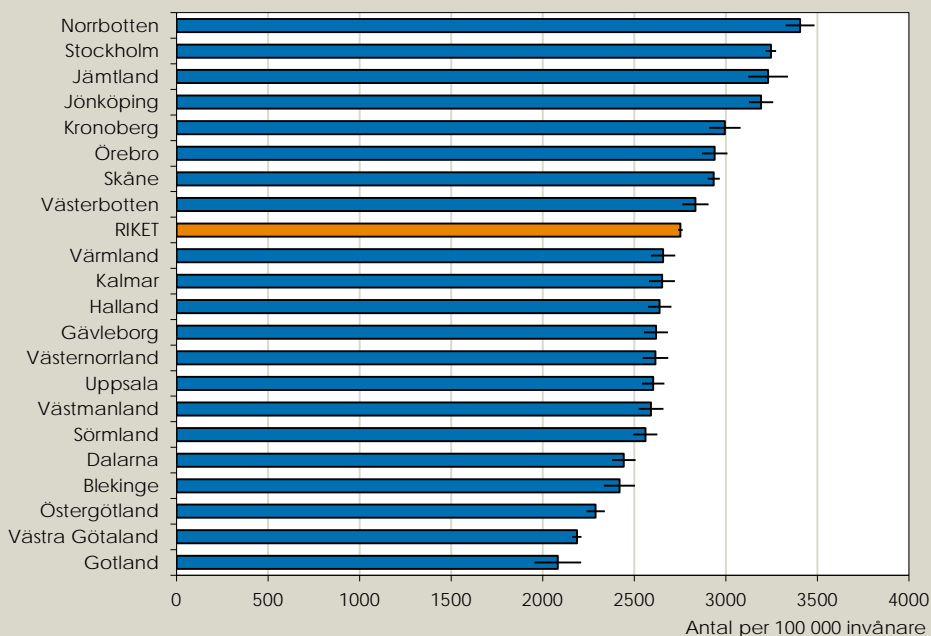
Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

Totalt 214 360 vuxna hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (R03AK06 och R03AK07) under 2012. Detta motsvarar 2 753 vuxna per 100 000 invånare. Skillnader ses mellan könen där 3 240 kvinnor jämfört med 2 396 män per 100 000 invånare hämtade ut detta kombinationspreparat. En viss skillnad kan noteras mellan landstingen. I Norrbotten hämtade 3 406 vuxna ut läkemedel av denna typ per 100 000 invånare, jämfört med 2 187 i Västra Götaland (figur 14).

En studie från Uppsala-Örebroregionen baseras på enkätundersökningar till slumpmässigt utvalda patienter (18–75 år) med astma. Den visar en minskning av behandling med inhalationssteroider och en ökning av fasta kombinationer med inhalationssteroider och långverkande beta-2-agonister i inhalationsform. Samma studie visade att andelen som använde inhalationssteroider sjönk under 2005–2012 (män/kvinnor): från 46/47 procent till 23/21 procent. Andelen som använde fasta kombinationer ökade från 23/25 procent till 31/29 procent [20].

Figur 14. 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 under 2012 per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

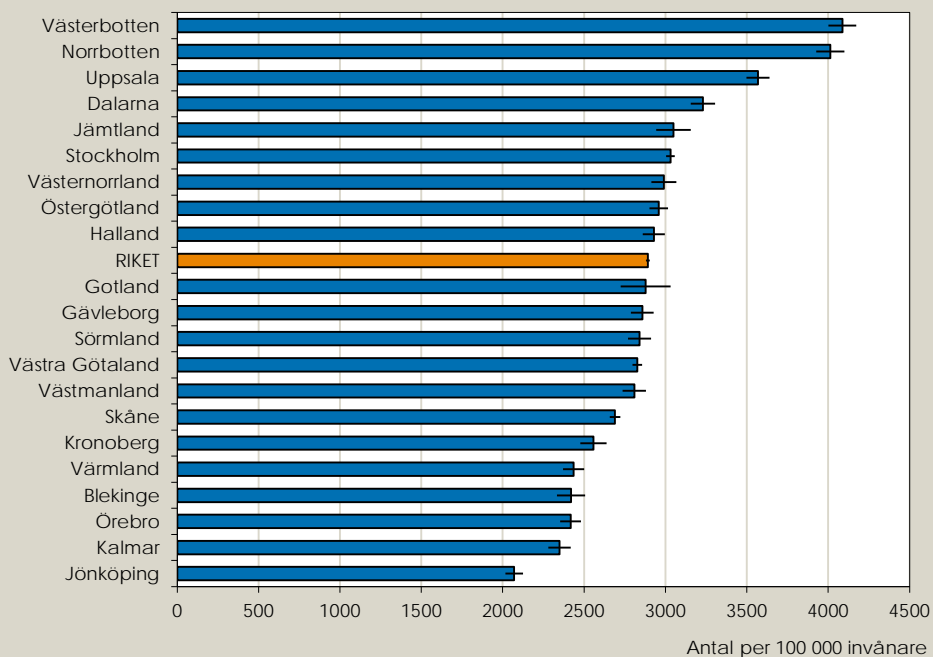
Inhalationssteroider

Totalt 222 294 vuxna hämtade ut inhalationssteroider under 2012, motsvarande 2 892 vuxna per 100 000 invånare. Fler kvinnor än män hämtade ut inhalationssteroider, 3 575 kvinnor jämfört med 2 265 män per 100 000 invånare. En viss skillnad ses mellan landstingen. I Västerbotten hämtade 4 087 vuxna ut inhalationssteroider per 100 000 invånare, vilket var ungefär dubbelt så många som i Jönköping, där antalet var 2 070 per 100 000 invånare (figur 15).

En kartläggning av personer med KOL i Stockholms läns landsting visar följande uthämtning av läkemedel under 2011–2012 för personer som var vid liv 31 december 2012: fast kombination av inhalationssteroid och långverkande beta-2-agonister i inhalationsform 48 procent, luftvägsantibiotika 50 procent, osteoporosläkemedel 21 procent, psykofarmaka utom de vanligaste insomningsläkemedlen 39 procent, psykofarmaka totalt 53 procent, långverkande eller kortverkande beta-2-agonister 40 procent, inhalationssteroider 18 procent, antikolinergika 47 procent, och syrgas 1 procent [40].

Figur 15. 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.



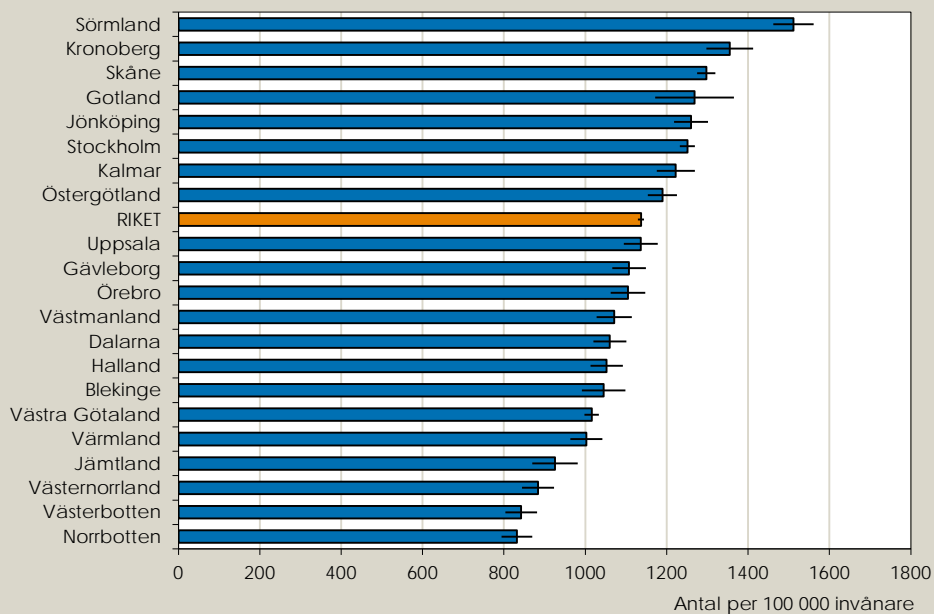
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tiotropium

Totalt 86 347 vuxna hämtade ut tiotropium under 2012, motsvarande 1 137 vuxna per 100 000 invånare. Mindre skillnader ses mellan könen där 1 210 kvinnor jämfört med 1 087 män per 100 000 invånare hämtade ut recept på tiotropium. Större skillnader ses mellan landstingen, med nästan dubbelt så hög användning i Sörmland som i Norrbotten (figur 16).

Figur 16. Vuxna med tiotropium

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Perorala beta-2-agonister

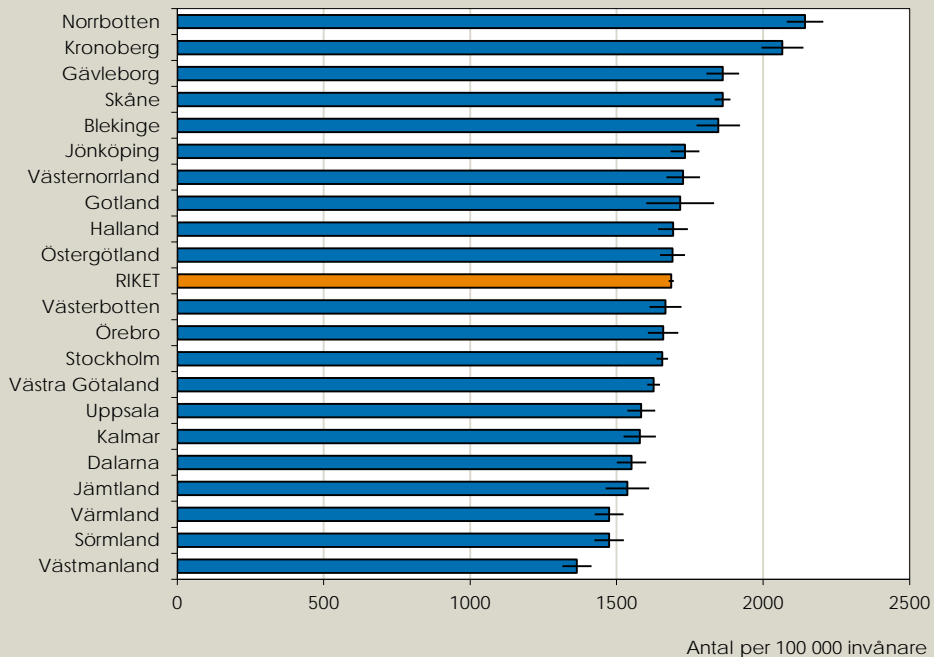
Totalt 6 740 vuxna hämtade ut perorala beta-2-agonister under 2012, motsvarande 87 vuxna per 100 000 invånare. Användningen var dubbelt så hög hos kvinnor, med 120 kvinnor och 57 män per 100 000 invånare.

Perorala steroider

Totalt 131 150 vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 tog även ut perorala steroider samma år, motsvarande 1 687 vuxna per 100 000 invånare. Användningen var nästan dubbelt så hög hos kvinnor: 2 161 kvinnor jämfört med 1 283 män per 100 000 invånare. Viss skillnad ses mellan landstingen. I Norrbotten hämtade fler än 2 143 vuxna per 100 000 invånare ut båda läkemedelstyperna medan motsvarande siffra i Västmanland var 1 364 personer (figur 17).

Figur 17. Vuxna med perorala steroider

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Antirökmedel

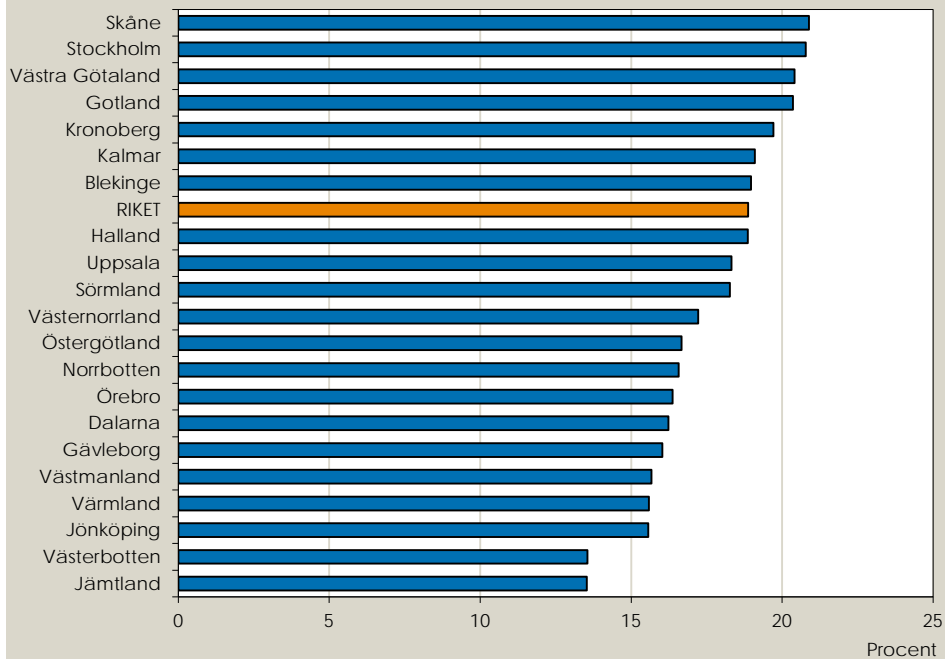
Totalt 8 204 vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 tog även ut antirökmedel i form av nikotinersättning eller rökavvänjningsmedel. Detta motsvarar 105 vuxna per 100 000 invånare i Sverige och 1,4 procent av de vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Det finns ingen större skillnad mellan könen eller landstingen.

Antibiotika som används vid exacerbationer

Totalt 113 028 vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 tog även ut antibiotika (doxycyklin eller amoxicillin). Det motsvarar 1 447 personer per 100 000 invånare eller 19 procent av dem som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under året. Mindre skillnader ses mellan landstingen. I Stockholm och Skåne var det 21 procent av dem som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som också tog ut något av dessa antibiotika. I Jämtland och Västerbotten var andelen 14 procent (figur 18).

Figur 18. Antibiotika och läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Andel vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som hämtat ut minst ett recept på antibiotika (doxycyklin eller amoxicillin) under 2012 per 100 000 invånare.



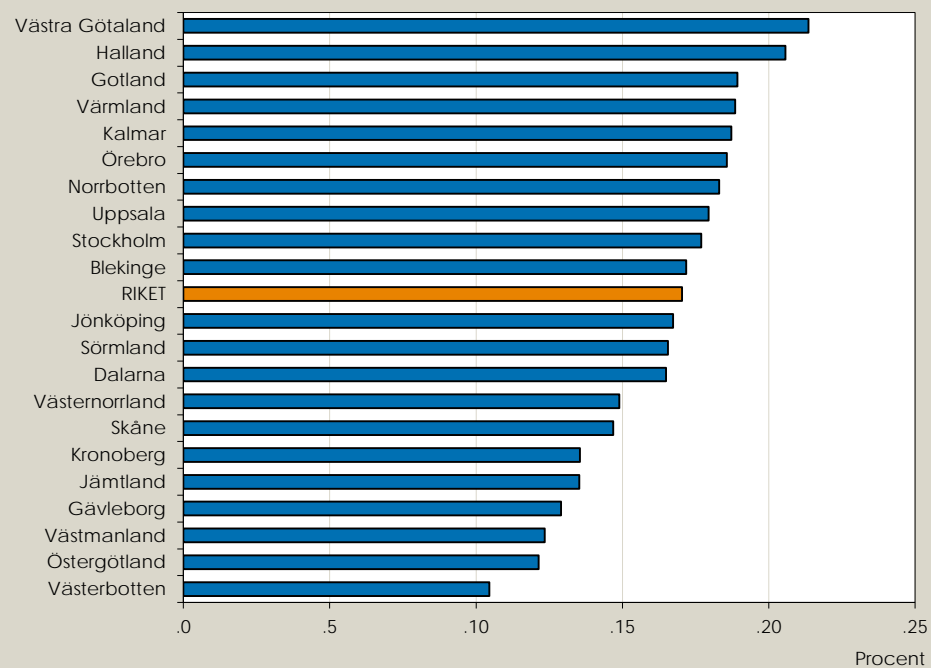
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Acetylcystein

Totalt 102 014 vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 tog även ut acetylcystein. Detta motsvarar 1 289 personer per 100 000 invånare eller 17 procent av dem som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom. Det finns små skillnader mellan könen och relativt stora skillnader mellan landstingen. I Västra Götaland tog 21 procent av dem som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom även ut acetylcystein, och i Västerbotten var andelen cirka 10 procent (figur 19).

Figur 19. Acetylcystein och läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Andel av vuxna (18 år och äldre) som hämtat ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som hämtat ut minst ett recept acetylcystein under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Barn (0–17 år)

Kortverkande beta-2-agonister är de läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som används av flest barn där 5,7 procent av alla barn i Sverige hämtade ut minst ett recept på denna typ av läkemedel under 2012. Inhalationssteroider användes dock av nästan lika många, totalt 4,3 procent av alla barn under 2012. En mindre grupp använde kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform, totalt 0,8 procent av alla barn, och långverkande beta-2-agonister i inhalationsform av ännu färre, totalt endast 0,1 procent.

Relativt stora skillnader ses mellan de olika landstingen vad gäller barns användning av olika preparat. Till exempel var det fler än tre gånger så många barn som hämtade ut kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i landstinget med högst användning, jämfört med landstinget med lägst användning (räknat per 100 000 invånare). Det är svårt att uttala sig om vad skillnaderna beror på. De kan delvis bero på skillnader i förekomst av astma och obstruktiva besvär, men skulle också kunna tyda på skillnader i behandlingstradition. Hälso- och sjukvården bör undersöka hur lokala behandlingstraditioner samt förekomst av astma och KOL påverkar vilken läkemedelsbehandling som ges, och utreda ifall det behövs insatser för att varje patient ska få en lämplig behandling. En del i denna undersökning kunde

utgöras av en kartläggning av möjliga orsaker till de relativt stora skillnaderna som ses i användning av inhalationssteroider som i de nationella riktlinjerna ges en hög prioritet vid underhållsbehandling av astma i relation till kombinationspreparat som ges en låg prioritet.

Perorala beta-2-agonister användes 2012 av en relativt stor grupp barn, totalt tre procent. Stora skillnader ses mellan landstingen, och dessa läkemedel användes av mer än fyra gånger fler barn i Stockholm än i Västerbotten trots att förekomsten av astma är högre i det senare landstinget.

Vuxna (18 år och äldre)

Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform användes i något mindre utsträckning av vuxna än av barn, och totalt 4,4 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 2,8 procent av den åldersgruppen.

Vid både astma och KOL är det mycket viktigt att sluta röka. Det var dock endast en procent av vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som under året även tog ut nikotinersättning 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 för att behandla exacerbationer vid KOL. Cirka en femtedel av vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under året tog också ut något av dessa antibiotika, och 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 exacerbation utan misstänkt bakteriell infektion.

Acetylcystein är ett slemlösande läkemedel som ibland används vid KOL. Totalt 17 procent av vuxna som hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 hämtade även ut acetylcystein. Eftersom gruppen som hämtat ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom också innefattar personer med astma är andelen av personer med KOL minst 17 procent och sannolikt högre. Eftersom rutinmässig användning av acetylcystein vid KOL ges mycket låg prioritet i de nationella riktlinjerna, skulle resultaten kunna föranleda att huvudmännen gör en fördjupad kartläggning av användningen acetylcystein bland personer med KOL.

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 i praktiken. För barn kan man anta att dessa läkemedel i första hand används för astma. När det gäller 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 kapitel.

Definition och datakällor

Nedan beskrivs ytterligare mått för läkemedelsbehandling med kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC2 och R03AC3) och underhållsbehandling. Med underhållsbehandling avses långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC12 och R03AC13), inhalationssteroider (R03BA), montelukast (R03DC03), kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (R03AK06-11) samt ”övriga systemiska medel” (R03DA, R03DB och R03DX). Samtliga mått gäller antal barn respektive vuxna som hämtat ut minst ett recept under 2012:

- kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform men inget recept på ovan nämnda underhållsbehandlingar
- inhalationssteroider men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, montelukast och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform
- montelukast men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform
- långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider, inte i kombination, men inget recept på följande underhållsbehandlingar: montelukast, kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform
- inhalationssteroider och montelukast men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform
- kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform, men inget recept på följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider och montelukast
- minst ett recept på långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast men inget recept på följande underhållsbehandlingar: inhalationssteroider och kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

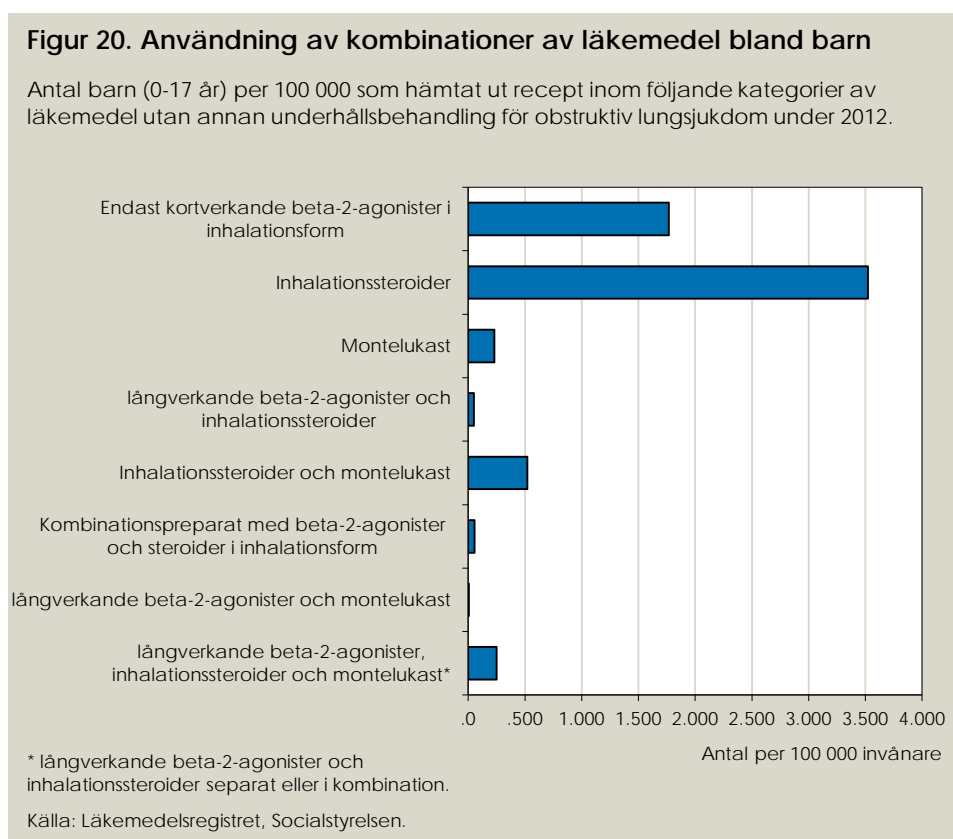
- långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider (separat eller som kombination) och montelukast

Information om uthämtade recept kommer från läkemedelsregistret.

Utfall och variation

Barn (0–17 år)

Under 2012 var inhalationssteroider utan någon annan underhållsbehandling den läkemedelskombination som flest barn hämtade ut. Därefter kom kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform, utan någon underhållsbehandling (figur 20).



Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform utan underhållsbehandling

Totalt 34 020 barn, motsvarande 1 769 barn per 100 000 invånare, hämtade under 2012 ut kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform utan att också hämta ut någon form av underhållsbehandling definierad enligt avsnittet ovan. Relativt små skillnader ses mellan landstingen.

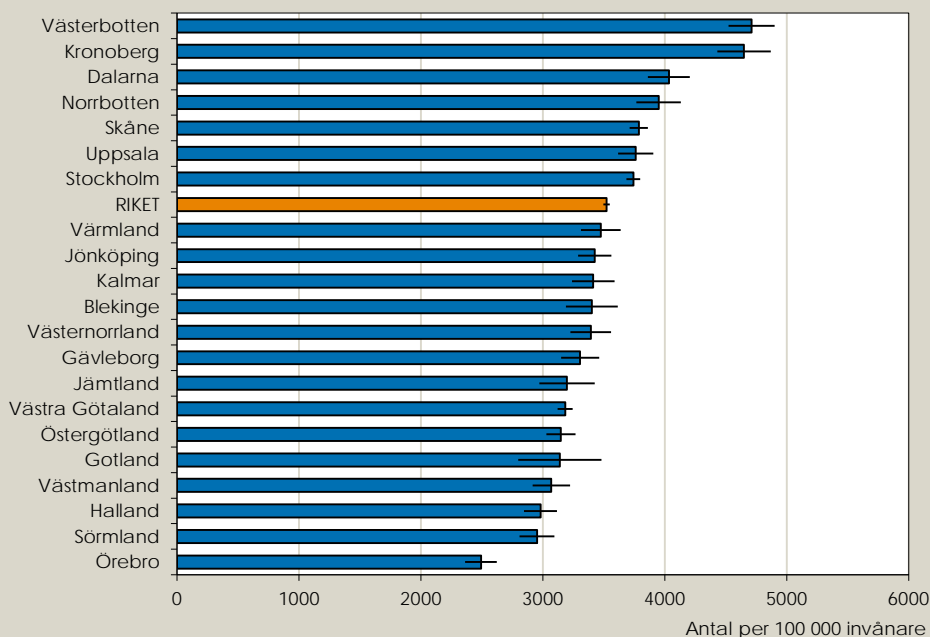
Inhalationssteroider

Totalt 67 752 barn, motsvarande 3 522 barn per 100 000 invånare, hämtade under 2012 ut recept på inhalationssteroider utan att hämta ut någon annan underhållsbehandling. Relativt stor variation ses mellan landstingen, med

färre än 2 500 barn per 100 000 invånare i Örebro och 4 711 barn i Västerbotten (figur 21).

Figur 21. Barn med inhalationssteroider som underhållsbehandling

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Montelukast

Montelukast är ett läkemedel som dämpar svullnad och sammandragningar i luftvägarna. Totalt 4 440 barn, motsvarande 231 barn per 100 000 invånare, hämtade under året ut montelukast utan att hämta ut recept på någon annan underhållsbehandling.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider, ej i fast kombination

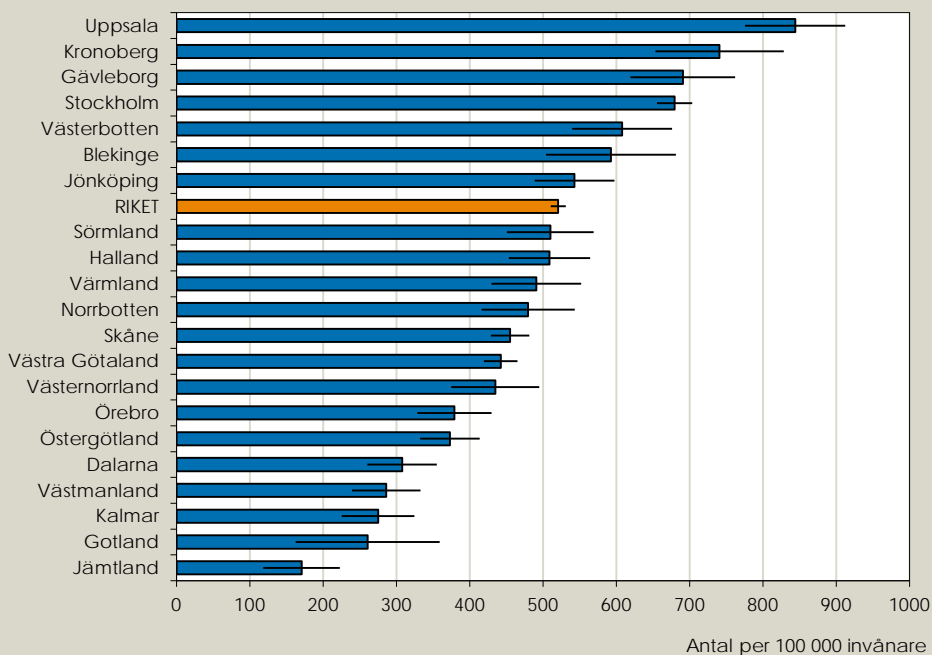
Totalt 979 barn hämtade under 2012 ut både långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider (ej i fast kombination), utan att också hämta ut någon annan underhållsbehandling. Detta motsvarar 51 barn per 100 000 invånare.

Inhalationssteroider och montelukast

Totalt 10 019 barn, det vill säga 521 barn per 100 000 invånare, hämtade under 2012 ut både inhalationssteroider och montelukast utan att också hämta ut någon annan underhållsbehandling. Stora skillnader ses mellan landstingen. Nästan fem gånger fler barn per 100 000 invånare hämtade ut denna kombination av läkemedel i Uppsala jämfört med i Jämtland (figur 22).

Figur 22. 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 under 2012 per 100 000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

Totalt 1 062 barn, motsvarande 55 per 100 000 invånare, hämtade under året ut fasta kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform, utan att hämta ut någon annan underhållsbehandling.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast

Totalt 65 barn hämtade under året ut långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast, utan att också hämta ut någon annan underhållsbehandling.

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

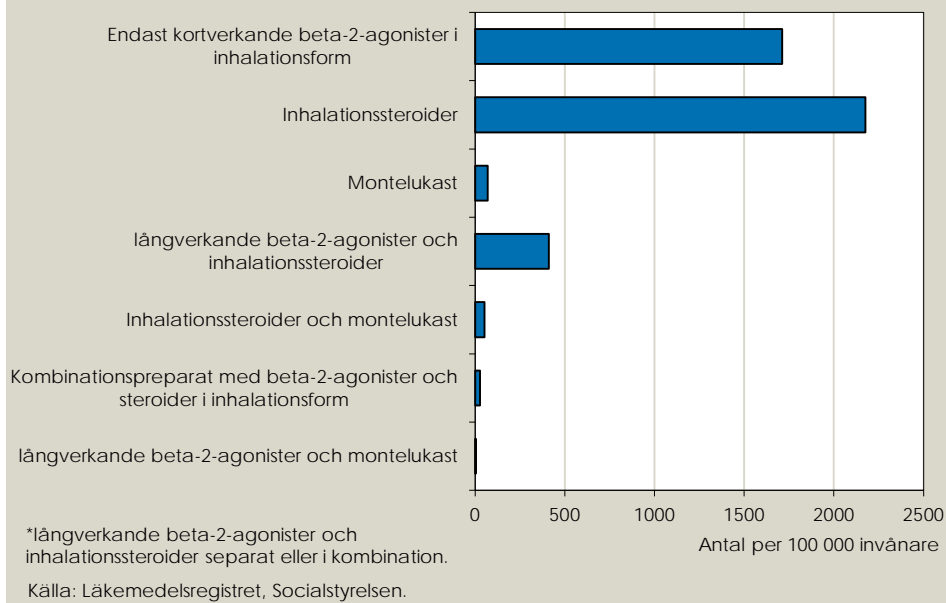
Totalt 4 813 barn hämtade under året ut samtliga följande underhållsbehandlingar: långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (separat eller i kombination), inhalationssteroider och montelukast. Detta motsvarar 250 barn per 100 000 invånare.

Vuxna (18 år och äldre)

Den största gruppen vuxna hämtade ut steroider i inhalationsform, utan att hämta ut någon annan underhållsbehandling. Därefter kom de som endast hämtade ut kortverkande beta-2-agonister, utan någon underhållsbehandling (figur 23).

Figur 23. Användning av kombinationer av läkemedel bland vuxna

Antal vuxna (18 år och äldre) per 100 000 som hämtat ut recept inom följande kategorier av läkemedel och ingen annan underhållsbehandling för obstruktiv lungsjukdom under 2012.



Kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform

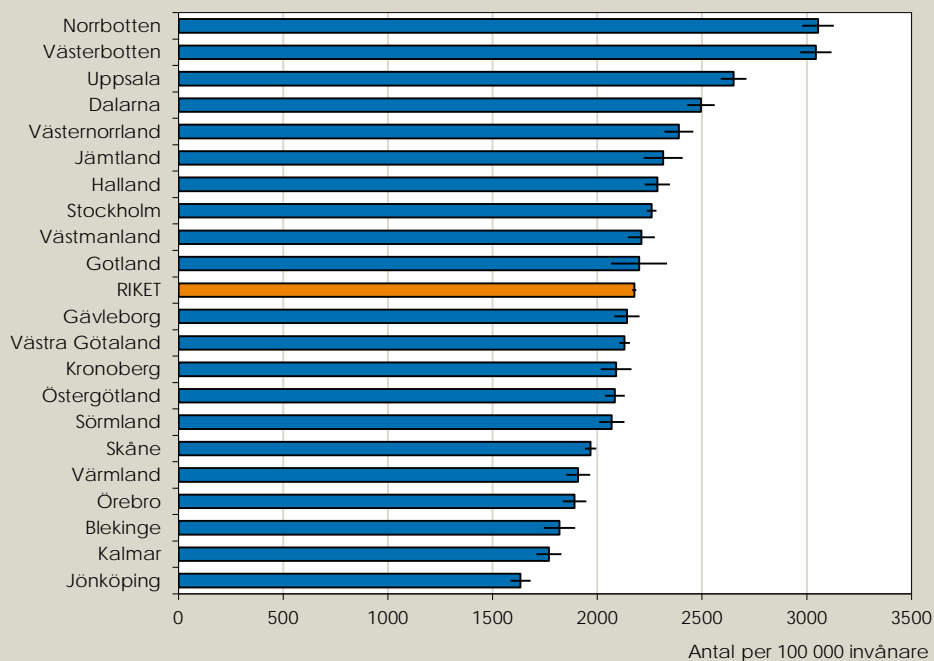
Totalt 130 114 vuxna, motsvarande 1 713 vuxna per 100 000 invånare, hämtade under 2012 ut minst ett recept på kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform, utan något recept på underhållsbehandlingar definierade enligt ovan. Liten variation ses mellan landstingen.

Inhalationssteroider

Totalt 165 306 vuxna, motsvarande 2 176 vuxna per 100 000 invånare, hämtade under året ut minst ett recept på inhalationssteroider, utan att under året hämta ut någon annan underhållsbehandling. Viss variation ses mellan landstingen. I Norrbotten och Västerbotten omfattade gruppen fler än 2 500 vuxna per 100 000 invånare, jämfört med 1 633 personer i Jönköping (figur 24).

Figur 24. 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 under 2012 per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Montelukast

Totalt 5 310 vuxna, motsvarande 70 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på montelukast utan att ha recept på någon annan underhållsbehandling.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider, ej i kombination

Totalt 31 187 vuxna hämtade ut minst ett recept på långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och inhalationssteroider, utan att ha någon annan underhållsbehandling. Detta motsvarar 411 vuxna per 100 000 invånare.

Inhalationssteroider och montelukast

Totalt 3 978 vuxna, det vill säga 52 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på både inhalationssteroider och montelukast men ingen annan underhållsbehandling.

Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform

Totalt 2 108 vuxna, motsvarande 28 vuxna per 100 000 invånare, hämtade ut minst ett recept på fast kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform, utan att ha något recept på annan underhållsbehandling.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast
Totalt 349 vuxna hämtade ut minst ett recept på både långverkande beta-2-agonister i inhalationsform och montelukast, utan att ha recept på annan underhållsbehandling.

Långverkande beta-2-agonister i inhalationsform, inhalationssteroider (separat eller kombination) och montelukast
Totalt 22 619 vuxna, motsvarande 43 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.

Bedömning av resultat

Användningen av olika läkemedelskombinationer kan ge en uppfattning om behandlingspraxis i praktiken. Det finns dock några utmaningar i bedömningen. För vuxna används läkemedlen för både astma och KOL, och behandlingsrekommendationerna skiljer sig mellan de båda sjukdomarna. Det som redovisas är samtidig uthämtning under ett år, och det är därför möjligt att personen använt läkemedlen sekventiellt i stället för samtidigt. Trots dessa begränsningar kan ändå läkemedelsanvändning under ett år ge en uppfattning om var i behandlingstrappan en person befinner sig.

Barn(0-17 år)

Under 2012 var det 1 769 barn per 100 000 invånare som hämtade ut kortverkande beta-2-agonister utan att också hämta ut någon form av underhållsbehandling. Detta innebär att cirka 30 procent inte hade någon form av underhållsbehandling. En större grupp barn, 3 522 per 100 000 invånare, hämtade under året ut inhalationssteroider utan att hämta ut någon annan underhållsbehandling. Det var mindre vanligt att hämta ut montelukast (231 per 100 000 invånare), inhalationssteroider och montelukast (521 per 100 000 invånare) eller långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (separat eller i kombination), inhalationssteroider och montelukast (250 per 100 000 invånare), utan någon annan underhållsbehandling. Det finns relativt stora skillnader mellan landstingen för flera av kombinationerna, särskilt inhalationssteroider samt inhalationssteroider tillsammans med montelukast. För den senare kombinationen hade de landsting med högst användning, fem gånger högre användning än de landsting med lägst.

Sammantaget verkar de olika behandlingsalternativen användas på ett lämpligt sätt. De stora skillnaderna tyder dock på att det finns lokala variationer i behandlingspraxis. Hälso- och sjukvården på lokal och regional nivå kan därför behöva kartlägga vilken läkemedelsbehandling som ges, för att säkerställa att varje patient får rätt behandling.

Vuxna (18 år och äldre)

För vuxna är bedömningen svårare eftersom flera av läkemedelstyperna kan användas för både astma och KOL. Den största gruppen vuxna, 2 176 per 100 000 invånare, använde inhalationssteroider utan någon annan underhållsbehandling. Näst vanligast var att använda kortverkande beta-2-

agonister i inhalationsform (1 713 per 100 000 invånare). Andra kombinationer av underhållsbehandlingar var betydligt ovanligare.

Instruktion i inhalationsteknik

Många läkemedel mot astma och KOL är i inhalationsform, och det kan vara svårt att använda dem på ett korrekt sätt. Instruktioner i inhalationsteknik är därför mycket viktigt så att patienterna faktiskt får i sig sina läkemedel. Sådana instruktioner bör ges till patienten och när det är lämpligt till patientens vårdnadshavare.

Definition och datakällor

I detta avsnitt beskrivs följande mått för instruktioner i inhalationsteknik till personer med astma eller KOL:

- andel barn med astma som under 2013 vårdats på enheten och som uppskattas ha fått (antingen barnet självt eller barnets vårdnadshavare) instruktion i inhalationsteknik under året, inom primärvården respektive specialistvården
- andel patienter med KOL som under 2013 vårdats på enheten och som uppskattas ha fått instruktion i inhalationsteknik under året, inom primärvården respektive specialistvården

Data är baserade på svar från enkäter till primärvårdsenheter, barnmottagningar och vuxenspecialistmottagningar som tar emot patienter med KOL.

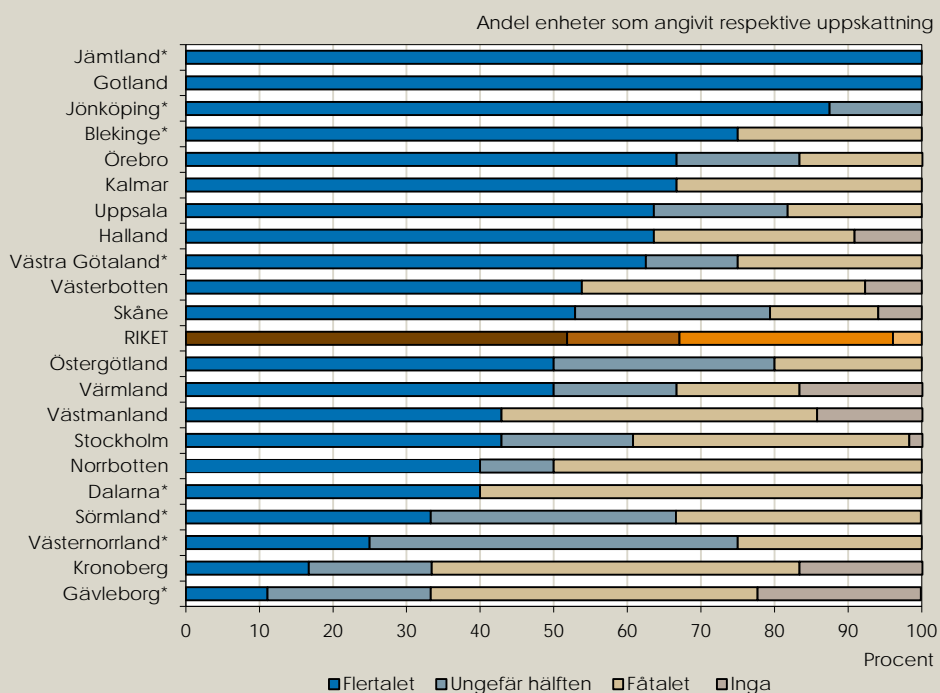
Utfall och variation

Barn med astma

Cirka 50 procent av primärvårdsenheterna uppger att flertalet barn som under 2013 fått vård för astma också fått instruktioner i inhalationsteknik under året. Samtidigt uppskattar nästan 30 procent av enheterna att endast fåtalet fått sådan instruktion. Det finns en variation mellan landstingen, men den bör tolkas med viss försiktighet (figur 25). En majoritet av barnmottagningarna, 89 procent, uppger att flertalet barn med astma som fått vård hos dem under året även fått instruktion i inhalationsteknik.

Figur 25. Instruktion i inhalationsteknik, 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.



*Svarsfrekvens <60 procent.

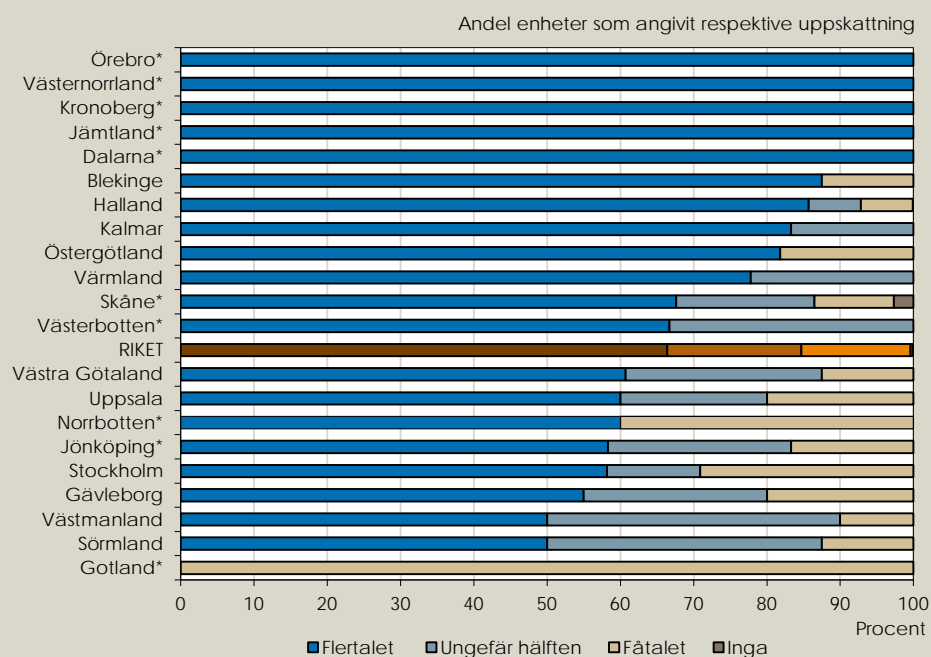
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Patienter med KOL

Två tredjedelar av primärvårdsenheterna uppger att flertalet patienter som under 2013 vårdats för KOL fått instruktioner i inhalationsteknik. Samtidigt uppskattar 18 procent av enheterna att endast ungefär hälften fått sådan instruktion, och ytterligare 15 procent att endast fåtalet fått instruktion. Det finns skillnader mellan landstingen, men de bör tolkas med viss försiktighet (figur 26). Bland specialistmottagningarna uppger 71 procent att flertalet patienter med KOL fått instruktioner i inhalationsteknik. En knapp fjärdedel, 23 procent, uppskattar antalet till ungefär hälften och 7 procent anger att det gäller fåtalet.

Figur 26. Instruktion i inhalationsteknik i primärvården vid KOL

Uppskattad andel av alla patienter med KOL som under 2013 fått vård på enheten, som under året erhållit instruktion i inhalationsteknik.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

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 patientens 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. Resultaten bör dock tolkas med en viss försiktighet då svarsfre-

kvensen 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.

Resultaten från enkätundersökningen ger en grov bild av hur instruktioner i inhalationsteknik ges i dag. Trots en relativt låg svarsfrekvens verkar det som om behovet av instruktioner inte tillgodoses fullt ut. Hälso- och sjukvården bör därför göra en fördjupad kartläggning och vidta åtgärder för att behovet av instruktioner tillgodoses.

Influensavaccin

Definition och datakällor

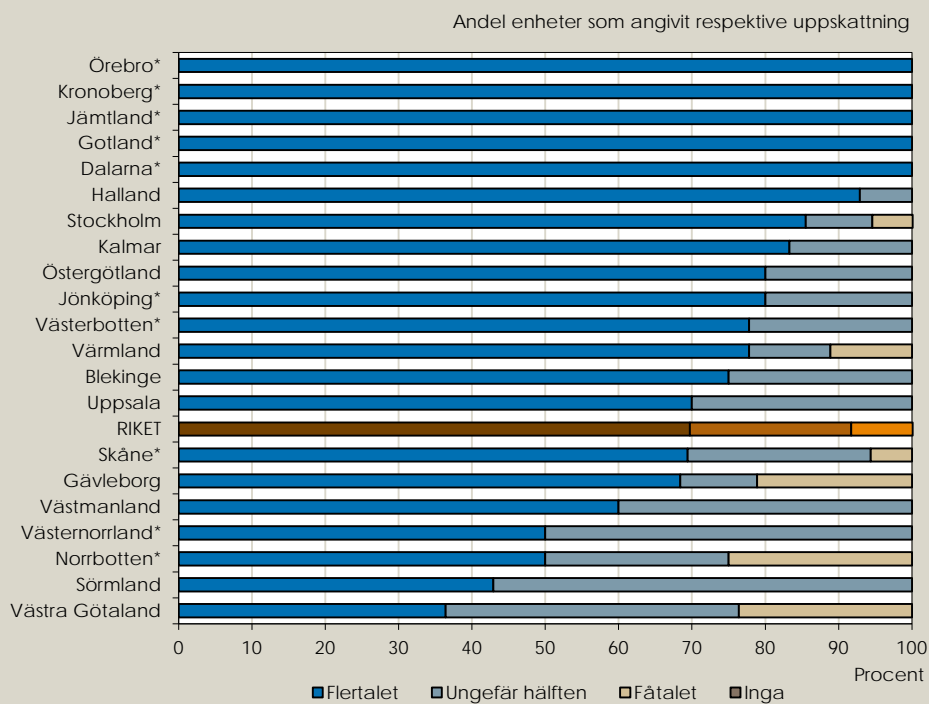
I detta avsnitt redovisas andelen patienter med KOL som under 2013 vårdades på enheterna samt fått influensavaccin inom primärvården respektive specialistvården. Data har inhämtats via enkäter från Socialstyrelsen.

Utfall och variation

Totalt 70 procent av primärvårdsenheterna uppskattar att flertalet patienter med KOL som under 2013 fått vård på enheten också erhållit influensavaccin. Totalt 22 procent uppskattar att det gäller ungefär hälften av patienterna och 8 procent att fåtalet erhållit det. Det finns skillnader mellan landstingen: I exempelvis Halland svarar över 90 procent att flertalet patienter med KOL fått influensavaccin, och i Västra Götaland är andelen 36 procent (figur 27). Svarsfördelningen bland specialistmottagningarna liknar den bland primärvårdsenheterna där 71 procent uppskattar att flertalet patienter fått influensavaccin, 23 procent att det gäller ungefär hälften och 7 procent att fåtalet vaccinerades mot influensa.

Figur 27. 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.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

Årlig influensavaccination rekommenderas av Läkemedelsverket till alla personer med KOL [36]. Socialstyrelsens enkätundersökning till primärvården pekar på att de flesta primärvårdsenheter har många patienter med KOL som också får influensavaccin. Samtidigt verkar det finnas förbättringsmöjligheter, särskilt i några av landstingen. Ungefär 30 procent av primärvårdsenheterna och specialistmottagningarna uppskattar att endast ungefär hälften eller färre patienter med KOL under året vaccinerades mot influensa. Socialstyrelsen uppmanar huvudmännen att se till att patienter med KOL erbjuds årlig influensavaccination.

Syrgasbehandling

Personer med avancerad 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.

Definition och datakällor

Uppgifter om patienter med syrgasbehandling på grund av KOL under 2012 kommer från andningssviktregistret Swedevox. Redovisningen omfattar per-

soner som påbörjat behandling med syrgas, i huvudsak på grund av KOL, fram till och med 31 december 2012 och som fortfarande var i livet detta datum. Ytterst få av de patienter som påbörjar syrgasbehandling på grund av KOL antas avsluta den.

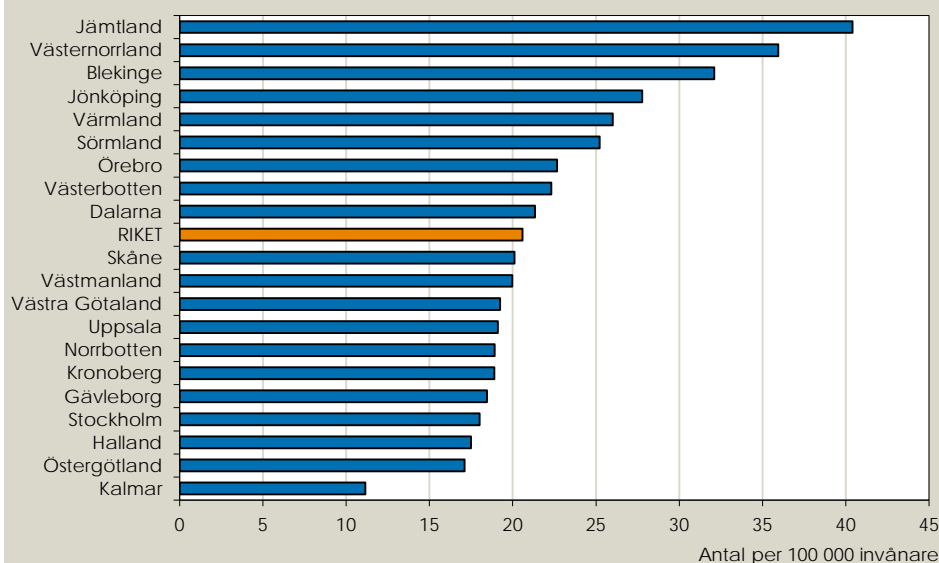
Utfall och variation

Under 2012 fick 1 959 personer i Sverige syrgasbehandling i hemmet till följd av KOL. Två tredjedelar var kvinnor. De flesta, 70 procent, var 60–79 år när de påbörjade sin syrgasbehandling, och 20 procent var 80–89 år.

Vissa skillnader ses mellan landstingen. I Jämtland, Västernorrland och Blekinge fanns under 2012 mer än 30 personer per 100 000 invånare med syrgasbehandling till följd av KOL, att jämföra med 11 personer per 100 000 invånare i Kalmar (figur 28).

Figur 28. Syrgasbehandling på grund av KOL

Antal personer med syrgasbehandling till följd av KOL per 100 000 invånare vid slutet av 2012.



* Gotland ej inkluderat p.g.a. begränsat befolkningsunderlag.

Källa: Swedevox, 2012.

Bedömning av resultat

Närmare 2 000 personer fick under 2012 syrgasbehandling för KOL, av vilka två tredjedelar var kvinnor. Det finns stora skillnader mellan landstingen med mer än tre gånger högre användning i landstinget med högst användning jämfört med lägst användning. Skillnaderna skulle delvis kunna bero på skillnader i förekomst av sjukdomen, men kan också tänkas bero på skillnader i praxis eller påverkas av omfattningen av KOL-vården i den öppna specialistvården.

Utredning av astma

Det är viktigt att utreda astma i tid för att säkerställa tidig diagnos och behandling, och därmed få förutsättningar att så snart som möjligt uppnå god astmakontroll. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att både vuxna och barn (sex år eller äldre) med misstänkt astma bör genomgå en dynamisk spirometri med reversibilitetstest och en riktad allergiutredning mot misstänkt utlösande allergen. För barn trycker de nya nationella riktlinjerna också på att utredning bör erbjudas till barn från sex månader med obstruktiva andningsbesvär som krävt slutenvård. De säger också uppföljning för att ta ställning till astmautredning bör erbjudas för barn som haft ett visst antal akutbesök orsakade av obstruktiva andningsbesvär.

Definition och datakällor

I det här kapitlet redovisas följande mått kring utredningar av misstänkt astma hos barn:

- andelen av primärvårdsenheterna respektive specialistmottagningarna som har rutiner för när (exempelvis efter hur många obstruktiva episoder) en astmautredning ska startas för barn som misstänks ha astma
- den uppskattade andelen av nydiagnostiserade barn (0–17 år) som genomgått en allergiutredning (med eller utan provtagning) i samband med diagnos inom primärvården respektive specialistvården
- den uppskattade andelen av nydiagnostiserade barn över 7 år⁷ som genomgått en spirometri med reversibilitetstest vid diagnos inom primärvården respektive specialistvården
- den uppskattade andelen nydiagnostiserade barn över 12 år som lämnat en tobaksanamnes vid diagnos inom primärvården respektive specialistvården
- andelen vårdenheter som angett att de kan utföra följande allergiutredningar: pricktest, blodprov för specifikt IgE och phadiatop⁸ inom primärvården respektive specialistvården

Data samlades in via enkäter till primärvårdsenheter och specialistmottagningar som tar emot barn med astma (barnmottagningar och barnallergimottagningar).

⁷ Det finns en skillnad mellan de nationella riktlinjernas och enkätfrågornas åldersgräns för spirometri. I de nationella riktlinjerna rekommenderas spirometri med reversibilitetstest för barn sex år och äldre. I enkäterna ställs frågan om spirometri med reversibilitetstest för barn över sju år.

⁸ Phadiatop är en blandning av vanligt förekommande luftvägsallergen som exempelvis björk, timotej, gråbo, kvalster, katt, hund, häst och mögel.

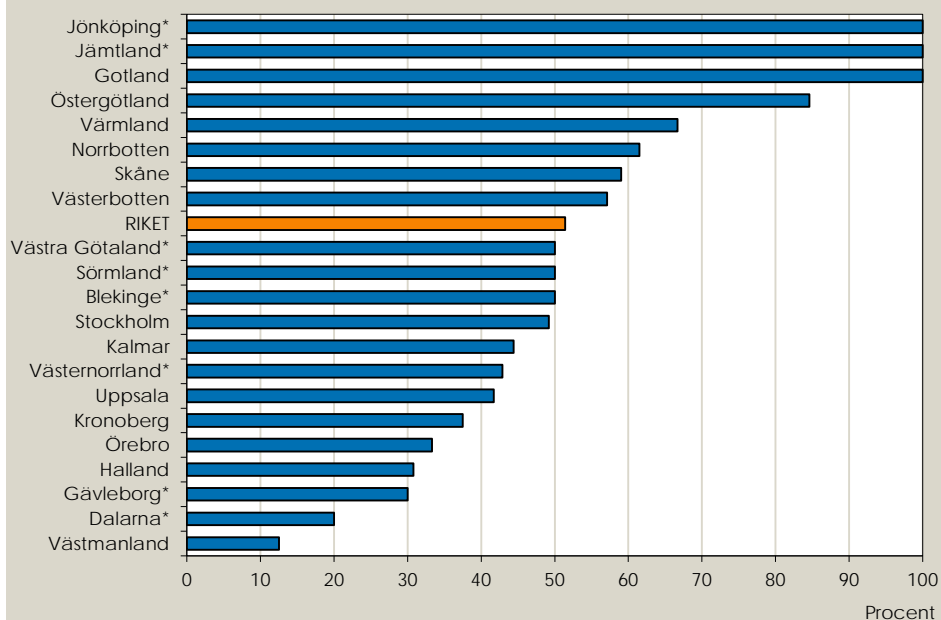
Utfall och variation

Rutiner kring utredning

Ungefär hälften av primärvårdsenheterna, 51 procent, uppger att de har rutiner för när barn med misstänkt astma ska utredas. Andelen varierar mellan landstingen. I exempelvis Jönköping svarar alla primärvårdsenheterna att de har sådana rutiner, jämfört med 13 procent i Västmanland. Nästan alla barnmottagningarna, 96 procent, uppger sig ha rutiner för när sådana barn ska utredas (figur 29).

Figur 29. Rutiner för utredning av astma hos barn i primärvården

Andel primärvårdsenheter som anger att de har rutiner för när astmautredning ska startas för barn som misstänks ha astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

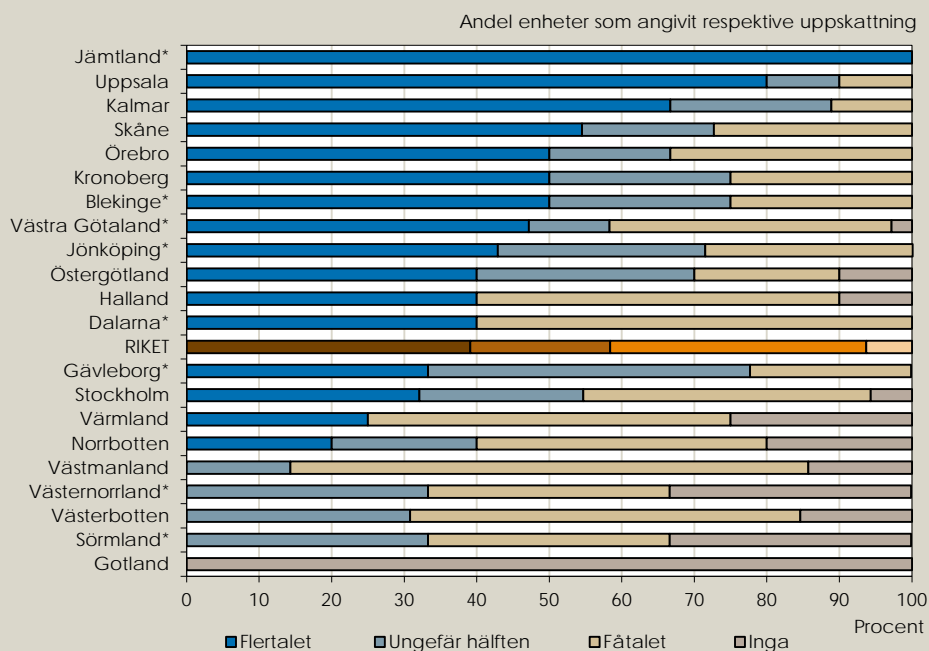
Allergiutredning

Cirka 40 procent av primärvårdsenheterna uppskattar att flertalet nydiagnostiserade barn med astma genomgått en allergiutredning. Samtidigt uppskattar 19 procent att ungefär hälften gjort det, och 42 procent att det gällde ett fåtal eller inga alls. Skillnader syns mellan landstingen (figur 30).

Det verkar vara vanligare att barn som nydiagnostiserats på barnmottagningar genomgår en allergiutredning. Totalt 80 procent av dessa mottagningar uppskattar att flertalet nydiagnostiserade barn har genomgått en allergiutredning, 18 procent att hälften gjort det, och 2 procent att fåtalet genomgått en allergiutredning.

Figur 30. Allergiutredning vid diagnos hos barn i primärvården

Uppskattad andel av nydiagnostiserade barn (0-17 år) med astma som genomgått allergiutredning i samband med diagnos.



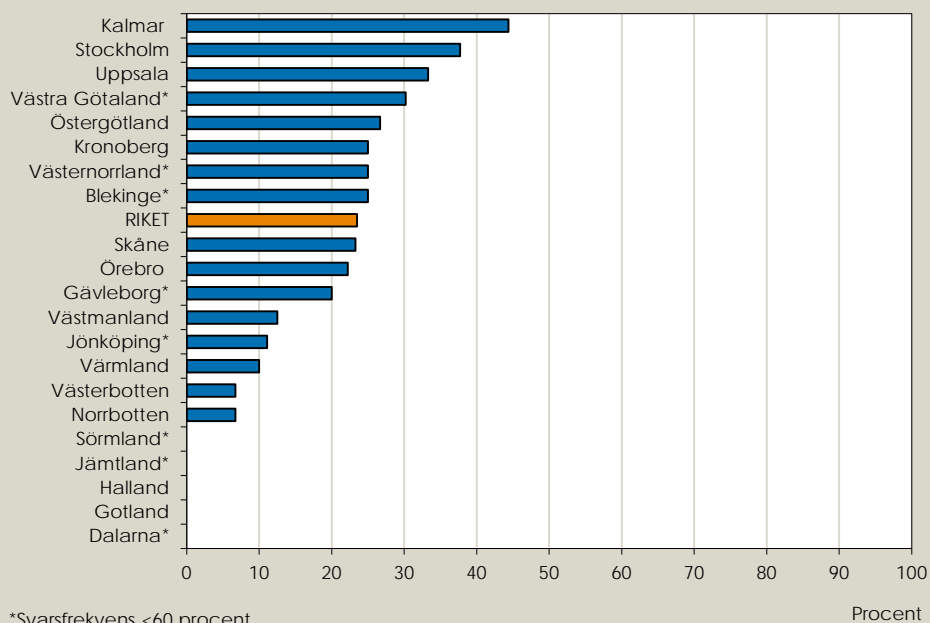
*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Ungefär en fjärdedel, 24 procent, av vårdenheterna uppger att de kan utföra pricktest, och det är relativt stora skillnader mellan landstingen (figur 31).

Figur 31. Pricktest i primärvården

Andel primärvårdsenheter som angivit att pricktest kan göras på enheten.



*Svarsfrekvens <60 procent.

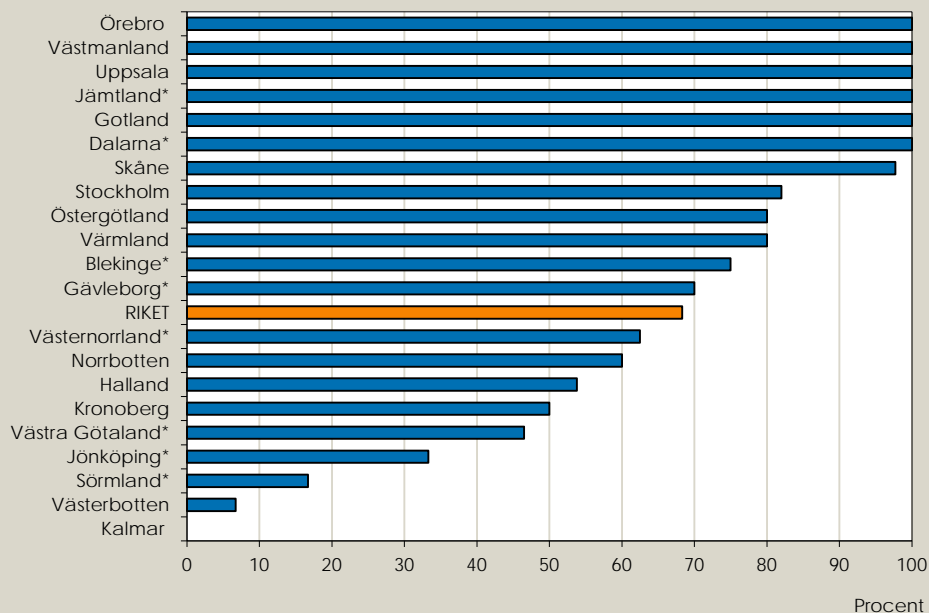
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Nästan alla primärvårdsenheter uppger att de kan göra blodprov specifikt för IgE, med en liten variation mellan landstingen.

Phadiatopstest uppges kunna utföras på 68 procent av primärvårdsenheterna. Det finns dock en större variation mellan landstingen. I Dalarna, Gotland, Uppsala län, Jämtland, Västmanland och Örebro svarar samtliga vårdenheter att de kan utföra testet, medan det i ett antal andra landsting bara är ungefär hälften av vårdcentralerna som kan utföra det (figur 32).

Figur 32. Phadiatop i primärvården

Andel primärvårdsenheter som angivit att phadiatop kan göras på enheten.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Nästan alla primärvårdsenheter, 98 procent, uppger att de har möjlighet att utföra en allergiutredning utöver att ta anamnes.

I specialistvården för vuxna med astma ses goda möjligheter till olika typer av allergiutredning. Tre fjärdedelar av mottagningarna kan utföra pricktest, 90 procent blodprov för specifikt IgE och 85 procent phadiatoptest.

Dessutom verkar det finnas goda möjligheter till olika typer av allergiutredningar på specialistmottagningarna som tar emot barn med astma. Alla kan utföra pricktest och blodprov för specifikt IgE, 74 procent kan utföra phadiatoptest, och alla mottagningarna har möjlighet att utföra en allergiutredning utöver anamnes.

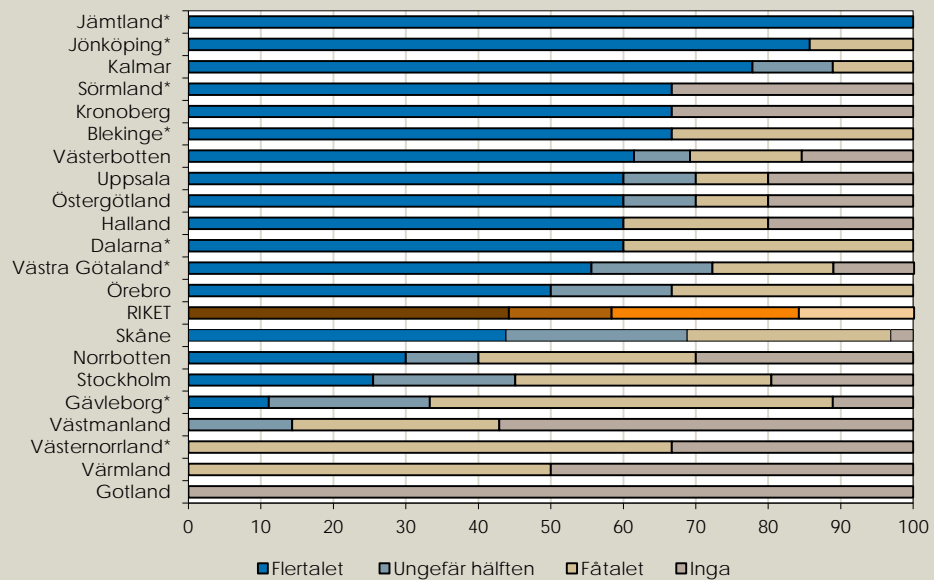
Spirometri med reversibilitetstest

Knappt hälften av primärvårdsenheterna, 44 procent, uppskattar att flertalet nydiagnostiserade barn över sju år genomgått spirometri med reversibilitetstest vid diagnos. Totalt 14 procent uppskattar att ungefär hälften har gjort det, 26 procent att det gäller ett fåtal barn och 16 procent att inga barn genomgått spirometri. Skillnader ses mellan landstingen, men de ska tolkas med försiktighet (figur 33).

Det verkar som om spirometri genomförs i större utsträckning på barnmottagningarna. En stor andel, 82 procent, uppskattar att flertalet barn har genomgått spirometri, 11 procent att det gäller ungefär hälften och 7 procent att fåtalet barn har genomgått spirometri.

Figur 33. 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.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

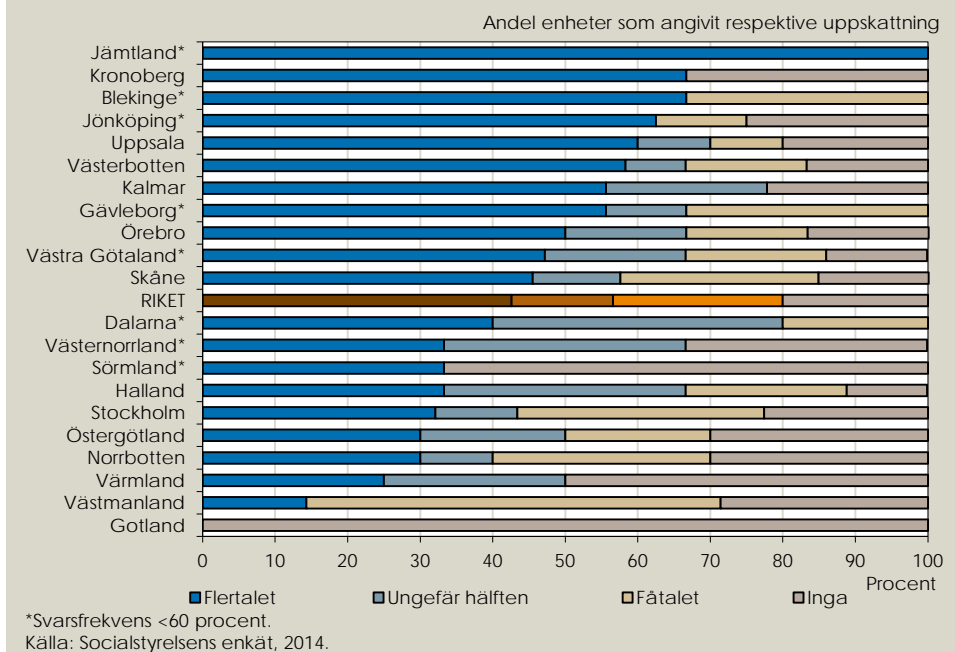
Tobaksanamnes

Totalt 43 procent av primärvårdsenheterna uppskattar att flertalet nydiagnostiserade barn över 12 år lämnade en tobaksanamnes i samband med diagnos, 14 procent att det gäller ungefär hälften och 43 procent att fåtalet eller inga barn gjorde det. Det finns en viss variation mellan landstingen men den ska tolkas med viss försiktighet (figur 34).

Liknande resultat ses vid barnmottagningarna. Ungefär hälften av mottagningarna uppskattar att flertalet lämnat tobaksanamnes, 16 procent att hälften gjort det, och 36 procent att fåtalet och eller inga barn lämnat en tobaksanamnes.

Figur 34. Tobaksanamnes vid diagnos i primärvården, barn över 12 år

Uppskattad andel av nydiagnostiserade barn över 12 år som lämnat tobaksanamnes i samband med diagnos bland primärvårdsenheter.



Bedömning av resultat

Rutiner kring utredning

Det är viktigt att misstänkt astma utreds tidigt, och i de nationella riktlinjerna anges när en utredning respektive ställningstagande till om utredning ska erbjudas. Med etablerade lokala rutiner för när en utredning ska inledas är det mer sannolikt att utredningen sker i rätt tid. Nästan alla barnmottagningarna uppger att de har sådana rutiner dock endast hälften av primärvårdsenheterna. Därmed kan det behövas en mer detaljerad lokal kartläggning för att identifiera eventuella behov av åtgärder. Även Astma- och allergiförbundet lyfter fram utredningar av misstänkt astma som ett viktigt förbättringsområde. Enligt förbundet upplever många föräldrar att en utredning inte görs förrän efter ett flertal obstruktiva episoder.

Allergiutredning

I dag verkar allergiutredningar göras i begränsad utsträckning vid diagnos av astma hos barn. Totalt 42 procent av primärvårdsenheterna uppskattar att ett fåtal eller inga barn som nydiagnostiserats för astma genomgått en allergiutredning och ytterligare cirka 20 procent att ungefär hälften av barnen gjort det. Inte heller i specialistvården verkar allergiutredningar alltid genomföras. Närmare en femtedel av barnmottagningarna uppger att en sådan utredning genomförs i ungefär hälften av fallen eller färre. Enligt riktlinjerna bör en allergibedömning och en allergiutredning riktad mot misstänkt allergen göras i samband med att misstänkt astma utreds.

Spirometri

Spirometri med reversibilitetstest bör enligt de nationella riktlinjerna genomföras vid diagnos av astma för barn cirka sex år eller äldre. Knappt hälften av primärvårdsenheterna uppskattar dock att det gäller flertalet barn över sju år och 16 procent uppskattar att inga barn vid enheten genomgått spirometri vid diagnos. 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 som rutin 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 en sådan undersökning. Det är viktigt att spirometri genomförs vid diagnos, och det är angeläget med en fördjupad lokal analys och ställningstagande till behovet av eventuella åtgärder.

Tobaksanamnes

Rökstopp är av största vikt för barn med astma, oavsett om det är barnet eller vårdnadshavaren som röker. Det är därför viktigt att ta en tobaksanamnes när diagnos ställs. Barnens egen rökning är sannolikt främst relevant för barn över 12 år. Det var dock endast 43 procent av primärvårdsenheterna 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. Det är angeläget att även fråga barn om eventuella rökvanor, om det är relevant för deras ålder. Det är inte säkert att barnet berättar om rökning, särskilt om vårdnadshavare är närvarande, men frågan kan ha ett signalvärde och är därför värdefull.

Patientutbildning och egenvård vid astma

För att få en god astmakontroll är det viktigt med utbildning och stöd till egenvård. Astma är en sjukdom med varierande symtom och svårighetsgrad. Med en skriftlig behandlingsplan får patienten ökade möjligheter att själv kunna ändra sin medicinering när astman försämras. Tillsammans med patientutbildning kan patientens delaktighet öka i samband med behandling. En annan central aspekt av egenvård är rökstopp, och där kan sjukvården bidra genom att erbjuda stöd.

Definition och datakällor

I detta kapitel redovisas ett antal mått gällande patientutbildning och egenvård för barn respektive vuxna med astma.

För *patientutbildning* finns måttet:

- andelen av primärvårdsenheterna respektive specialistmottagningarna som erbjuder patientutbildning för patienter med astma och/eller vårdnadshavare till patienter med astma, under ledning av vårdpersonal med specifik ämneskunskap i vård av astma

För *skriftlig behandlingsplan* finns måttet:

- andelen av primärvårdsenheterna respektive specialistmottagningar som enligt sina rutiner respektive i praktiken i normalfallet ger patienter med astma (och/eller deras vårdnadshavare) en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring

För *stöd till rökstopp* finns måtten:

- andelen av primärvårdsenheterna respektive barnmottagningarna som erbjuder olika typer av stöd till rökstopp till vårdnadshavare till barn med astma
- andelen av specialistmottagningarna för vuxna med astma som erbjuder olika typer av stöd till rökstopp till personer med astma
- andelen av rökande patienter med astma som fått vård på primärvårdsenheten under 2013 och som erbjudits stöd till rökstopp (minst samtal med enkla råd)

Med ämneskunskap i vård av astma menas minst 15 högskolepoäng.

Data inhämtades via en enkät till primärvårdsenheter, barnmottagningar och specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma. De olika typerna av stöd till rökstopp beskrivs i avsnittet ”Enkätundersökningar” och i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (2011).

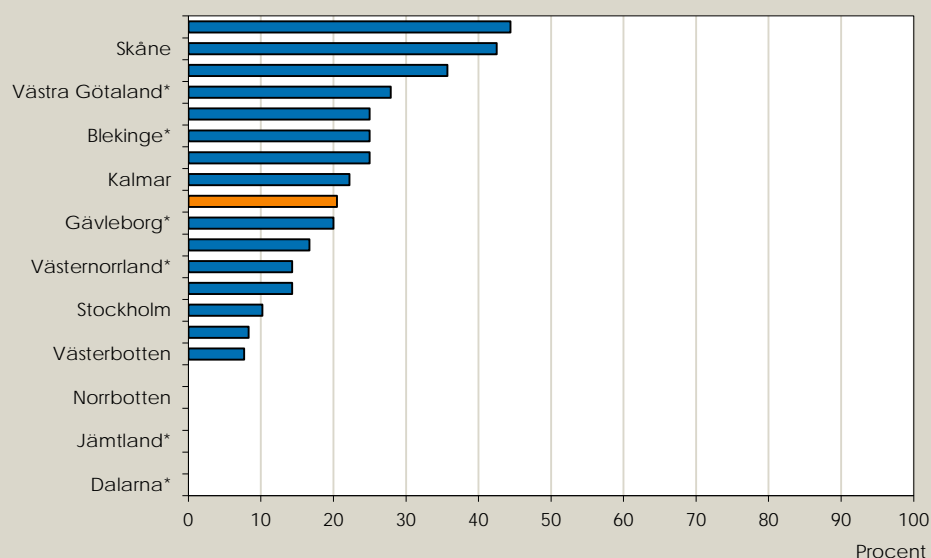
Utfall och variation

Patientutbildning

Totalt 21 procent av primärvårdsenheterna erbjuder patientutbildning för barn med astma och/eller deras vårdnadshavare, under ledning av vårdpersonal som har specifik ämneskunskap i vård av astma (figur 35). Patientutbildning erbjuds i högre utsträckning av barnmottagningarna, där drygt hälften, 51 procent, anger att de erbjuder denna typ av patientutbildning. Knappt en tredjedel, 29 procent, av specialistmottagningarna som tar emot vuxna med astma uppger sig erbjuda patientutbildning.

Figur 35. Patientutbildning för barn med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som erbjuder patientutbildning för barn med astma och/eller vårdnadshavare till barn med astma, som leds av vårdpersonal med specifik ämneskunskap i vård av astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Skriftlig behandlingsplan

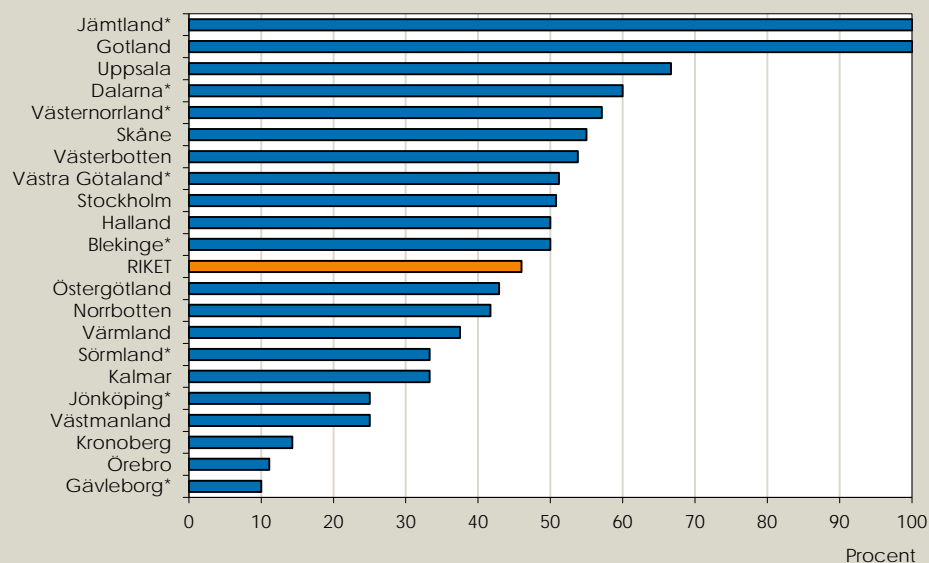
Knappt hälften av primärvårdsenheterna, 46 procent, uppger att de, enligt sina rutiner, i normalfallet ska ge barn med astma (och/eller deras vårdnadshavare) en skriftlig behandlingsplan med råd om åtgärder vid en eventuell försämring. Det finns stora skillnader mellan landstingen. I exempelvis Uppsala anger två tredjedelar av primärvårdsenheterna att de ska ge en skriftlig

behandlingsplan, medan motsvarande andel i Kronoberg, Örebro, och Gävleborg är mindre än 15 procent (figur 36).

Av primärvårdsenheterna som svarade att de har sådana rutiner uppger 36 procent att de i stor utsträckning i praktiken ger patienterna en skriftlig behandlingsplan och 41 procent att de gör det i viss utsträckning.

Figur 36. 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.



*Svarfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Nästan alla barnmottagningarna, 91 procent, uppger att de, enligt sina rutiner, ska ge barn med astma (och/eller deras vårdnadshavare) en skriftlig behandlingsplan. Över hälften, 55 procent, av dessa uppger i sin tur att de i stor utsträckning ger en sådan behandlingsplan och 38 procent att de gör det i viss uträkning.

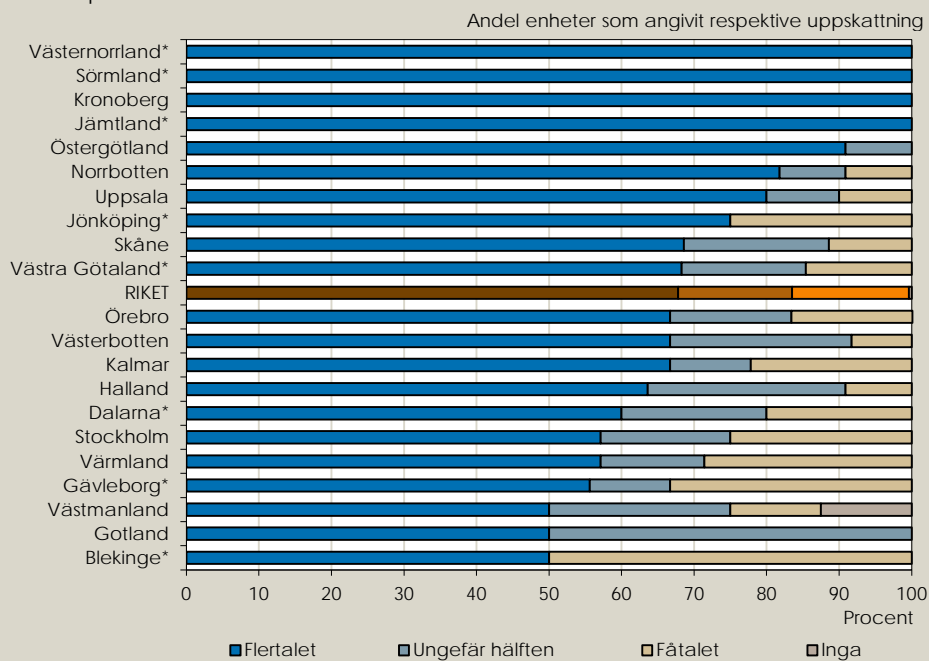
Runt en tredjedel av specialistmottagningarna för vuxna, 29 procent, uppger att de, enligt sina rutiner, ska ge patienter med astma en skriftlig behandlingsplan. Av dessa uppger i sin tur 58 procent att de gör det i stor utsträckning och 42 procent svarade i viss utsträckning.

Stöd till rökstopp

Ungefär två tredjedelar av primärvårdsenheterna, 68 procent, uppskattar att flertalet rökande patienter som vårdades på enheten under 2013 har erbjudits stöd till rökstopp i form av minst enkla råd. Totalt 16 procent uppskattar att andelen är ungefär hälften och resterande 16 procent svarade att fåtalet erbjudits stöd (figur 37).

Figur 37. Stöd till rökstopp i primärvården till personer med astma

Uppskattad andel av alla patienter med astma med känd rökning som fått vård på vårdnadenheten under 2013, som erbjudits stöd till rökstopp (minst samtal med enkla råd) bland primärvårdsenheter



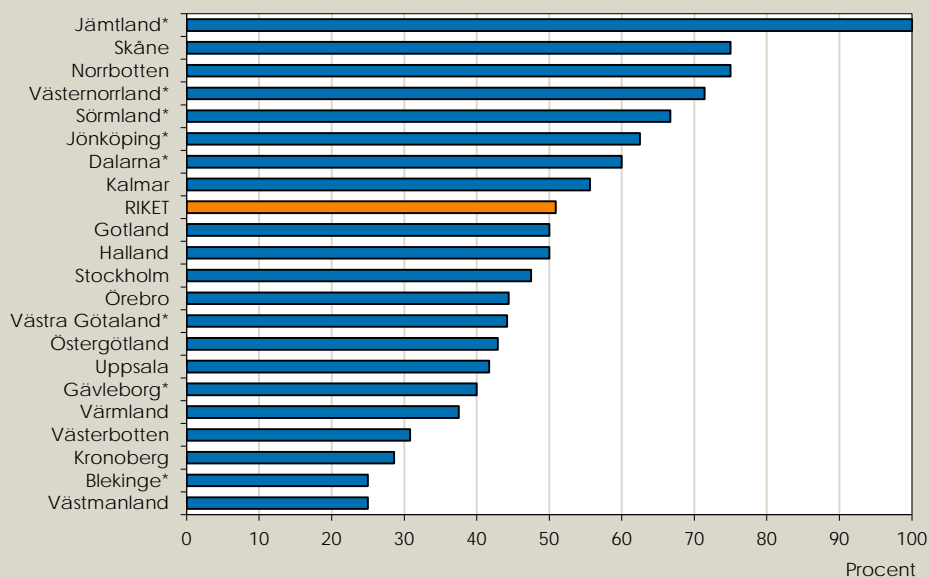
*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Enkätundersökningen omfattade även förekomsten av stöd till rökstopp för vårdnadshavare till barn med astma. Totalt 8 procent av primärvårdsenheter-na uppger att de inte erbjuder något stöd till rökande vårdnadshavare. Fler, 27 procent, erbjuder stöd i form av rådgivande samtal och 14 procent i form av enkla råd. Ungefär hälften, 51 procent, uppger att de erbjuder stöd till rökstopp i form av kvalificerat rådgivande samtal till rökande vårdnadshavare vars barn har astma. Skillnader ses mellan landstingen. I exempelvis Norrbotten och Skåne anger tre fjärdedelar av enheterna att de erbjuder kvalificerat rådgivande samtal. I Västmanland är andelen en fjärdedel (figur 38).

Figur 38. Stöd till rökstopp i primärvården till vårdnadshavare

Andel primärvårdsenheter som erbjuder stöd till rökstopp i form av kvalificerat rådgivande samtal till rökande vårdnadshavare till barn med astma.



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

En betydande andel av barnmottagningarna, 39 procent, uppger att de inte erbjuder vårdnadshavare något stöd till rökstopp. Ungefär hälften, 54 procent, uppger att de erbjuder stöd i form av enkla råd, 9 procent ger rådgivande samtal och 7 procent erbjuder kvalificerat rådgivande samtal.

Bland specialistmottagningarna som tar emot vuxna med astma svarade 11 procent att de inte erbjuder något rökstoppstöd till personer med astma. Mer än hälften, 55 procent, erbjuder stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal.

Enligt Västra Götalands regionala kvalitetsregister för primärvård, QregPV, är 15 procent rökare bland kvinnor med astma över 18 år. Motsvarande andel bland män är 13 procent [41].

Bedömning av resultat

Som vid all kronisk sjukdom är det viktigt att ha kunskap om sin astma och att vara delaktig i behandlingen. Det är viktigt att sjukvården bidrar till detta och ökar möjligheterna till god astmakontroll genom utbildning och stöd till egenvård. Även Astma- och allergiförbundet betonar vikten av att utbilda såväl barn som föräldrar. De behöver instruktioner i inhalationsteknik och kunskap om hur de ska hantera försämringar.

Patientutbildning

Resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökning tyder på att tillgången till patientutbildning kan bli bättre, både för barn och vuxna med astma.

Endast 21 procent av primärvårdsenheterna uppger att de erbjuder patientutbildning för barn med astma och/eller deras vårdnadshavare. I flera landsting var det ingen primärvårdsenhet som svarade att de erbjuder sådan utbildning, och inget av landstingen svarade heller att de erbjuder patientutbildning vid fler än hälften av enheterna. Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet. 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; 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.

Det är angeläget att samtliga patienter med astma (och/eller deras vårdnadshavare) får tillgång till utbildning gällande sjukdomen och egenvård. Resultaten tyder på att det finns stora förbättringsmöjligheter, och samtliga huvudmän kan sannolikt arbeta för att fler patienter erbjuds sådan utbildning.

Skriftlig behandlingsplan

En skriftlig behandlingsplan är ytterligare ett sätt att underlätta egenvården och öka möjligheterna till god astmakontroll. Mindre än hälften av primärvårdsenheterna uppger dock 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. 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. Drygt en tredjedel, 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 där 91 procent av barnmottagningarna 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.

Sammantaget tyder resultaten på att skriftliga behandlingsplaner används i begränsad utsträckning, trots att det är en viktig åtgärd som ökar möjligheterna till en god astmakontroll. Huvudmännen bör kunna se till att behandlingsplaner används i större utsträckning.

Rökstopp

Rökstopp är av största vikt vid astma, och de nationella 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.

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. 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 erbjuds stöd för att sluta röka, liksom vårdnadshavarna till barn med astma. Stödet bör i första hand ges i enlighet med rekommendationerna 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.

Uppföljning av personer med astma

Personer med astma bör följas upp av sjukvården, med målsättningen att uppnå fullgod astmakontroll. De nationella riktlinjerna rekommenderar uppföljningar med spirometri, med varierande intervall beroende på patientens ålder och sjukdomens svårighetsgrad.

I detta kapitel redovisas användningen av kallelser till planerade återbesök, samt rutiner för hur ofta barn med astma bör få olika typer av undersökningar. Resultaten redovisas för barn respektive vuxna.

Definition och datakällor

Följande mått för uppföljning av astma redovisas:

- andelen av primärvårdsenheterna respektive barnmottagningarna som enligt sina rutiner samt i praktiken, i normalfallet, kallar barn med astma till planerade återbesök
- andelen av specialistmottagningarna som tar emot vuxna med astma som enligt sina rutiner samt i praktiken, i normalfallet, kallar personer med astma till planerade återbesök
- hur ofta primärvårdsenheterna respektive barnmottagningarna enligt sina rutiner, i normalfallet, ska utföra följande kontroller för barn med astma (samtliga åldrar): vikt och längd, ACT och svårighetsgradering enligt BLF (Svenska Barnläkarföreningen) eller GINA (*The Global Initiative for Asthma*)
- hur ofta primärvårdsenheterna respektive barnmottagningarna enligt sina rutiner, i normalfallet, ska utföra följande kontroller för barn över sju år med astma: spirometri och PEF
- hur ofta specialistmottagningarna enligt sina rutiner, i normalfallet, ska utföra följande kontroller för vuxna med astma: spirometri, PEF, pulsoxymetri i vila och i ansträngning samt ACT

Att kallas till planerade återbesök innebär att enheten vid en förutbestämd tidpunkt ska skicka en kallelse för ett uppföljande återbesök utan att patienten själv behöver kontakta enheten.

Data inhämtades via en enkät till primärvården och de specialistmottagningar som tar emot vuxna respektive barn med astma.⁹

⁹ Att ha rutiner för hur ofta en uppföljning ska ske är definierad som att uppföljning ska ske enligt rutin. Har enheten svarat att de saknar rutin eller att uppföljning inte ska ske, är det definierat som att enheten saknar rutiner för hur ofta uppföljningen ska ske.

Utfall och variation

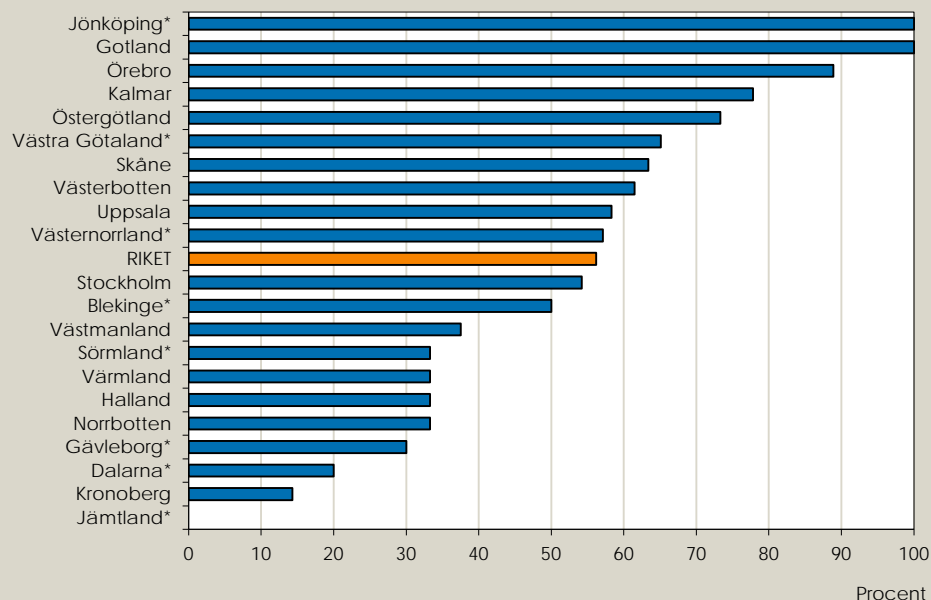
Barn

Kallelser till återbesök

Drygt hälften av primärvårdsenheterna, 56 procent, uppger att de enligt sina rutiner, i normalfallet, ska kalla barn med astma till återbesök. Detta skiljer sig dock åt mellan landstingen. I ett antal landsting, exempelvis Jönköping, Gotland och Örebro, uppger mer än 80 procent av enheterna att de ska kalla barn med astma på återbesök. I Kronoberg är andelen 14 procent (figur 39).

Figur 39. Rutiner för kallelse till återbesök för barn med astma

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner kallar sina patienter under 18 år med astma till planerade återbesök.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

De flesta barnmottagningarna, 94 procent, uppger att de enligt sina rutiner ska kalla barn med astma till återbesök. I praktiken tycks dessa rutiner efterföljas i en högre utsträckning i specialistvården än inom primärvården. Av enheterna som uppger att de ska kalla patienter till återbesök uppger 91 procent av barnmottagningarna respektive 51 procent av primärvårdsenheterna att de också gör det i stor utsträckning. Totalt 30 procent av primärvårdsenheterna med rutin att kalla barn till planerade återbesök uppger att de kallar till återbesök i viss utsträckning, 11 procent i liten utsträckning, och 9 procent att de inte kan bedöma i vilken utsträckning detta sker.

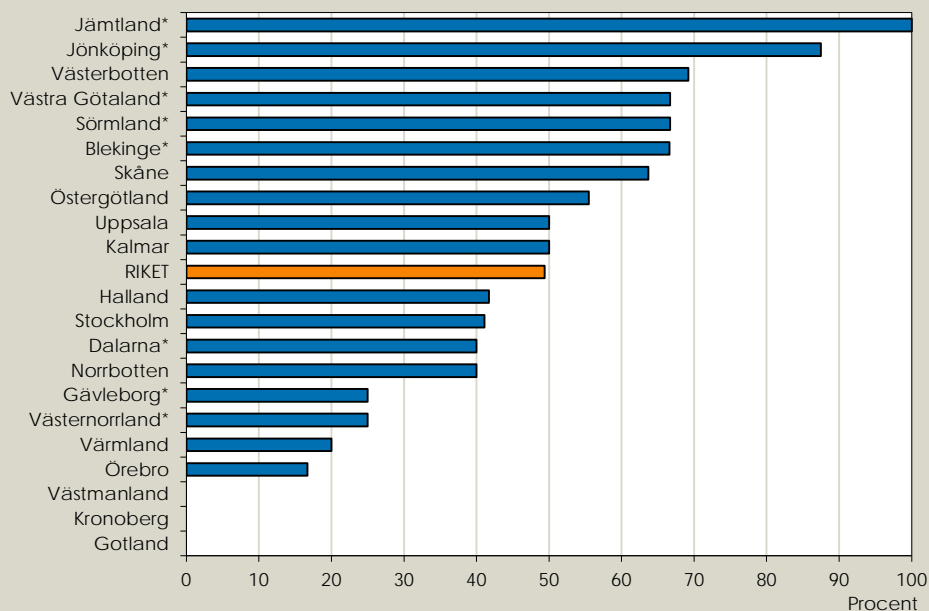
Spirometri och PEF

Ungefär hälften av primärvårdsenheterna uppger sig ha rutiner för hur ofta spirometri, 49 procent, och PEF-mätning, 44 procent, ska utföras för barn över sju år med astma. De rutiner som finns anger oftast att spirometri och PEF-mätningar ska utföras en gång per år och 39 procent av primärvårdsenheterna anger att de enligt sina rutiner ska utföra spirometri för barn över sju år med astma en gång per år. Motsvarande andel för PEF-mätning är 26 procent.

Skillnader finns mellan landstingen. I flera landsting uppger mer än två tredjedelar av enheterna att de har rutiner för spirometri medan siffran är betydligt lägre i andra landsting (figur 40 och 41).

Figur 40. Spirometri för barn över sju år med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som har rutiner för hur ofta spirometri ska utföras på barn över sju år med astma.

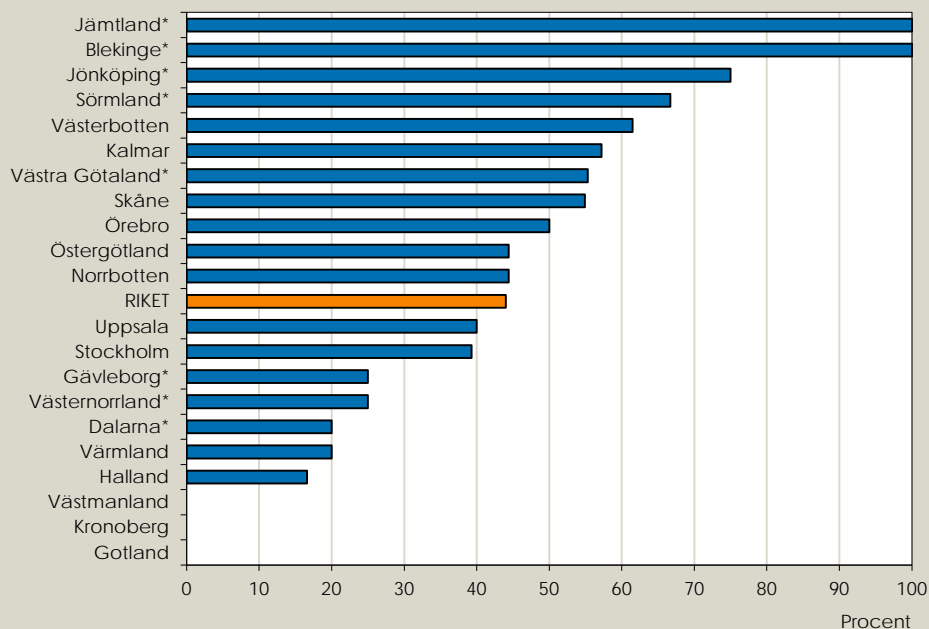


*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Figur 41. PEF-mätning för barn över sju år med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som har rutiner för hur ofta PEF-mätning ska utföras på barn över sju år med astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

I stort sett alla barnmottagningar, 98 procent, uppger att de har rutiner för hur ofta spirometri ska göras, medan något färre har det för PEF-mätning, 41 procent. Ungefär två tredjedelar av mottagningarna ska i normalfallet, enligt sina rutiner, utföra spirometri en gång per år, och en tredjedel två gånger per år eller oftare. Totalt 25 procent av mottagningarna anger att de i normalfallet inte ska mäta PEF.

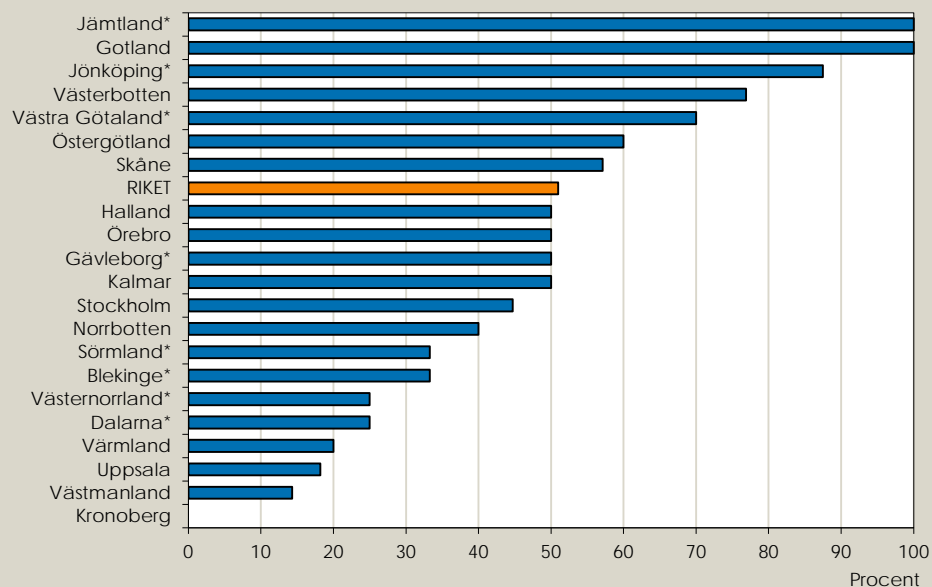
Vikt och längd

Drygt hälften av alla primärvårdsenheterna, 51 procent, har rutiner som anger hur ofta de i normalfallet ska kontrollera längd och vikt för barn med astma. De rutiner som finns anger oftast att vikt och längd ska kontrolleras en gång per år där 40 procent av primärvårdsenheterna anger att så är fallet. Variation ses mellan landstingen. I exempelvis Jönköping anger 88 procent av enheterna att vikt och längd ska kontrolleras en eller fler gånger per år medan samtliga svarande primärvårdsenheter i Kronoberg anger att de saknar sådana rutiner (figur 42).

Nästan alla barnmottagningarna, 96 procent, har rutiner för att kontrollera vikt och längd och det vanligaste är kontroller två eller fler gånger per år, 50 procent, eller en gång per år, 46 procent.

Figur 42. Kontroll av vikt och längd för barn med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som har rutiner för hur ofta kontroll av vikt och längd ska utföras på barn med astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

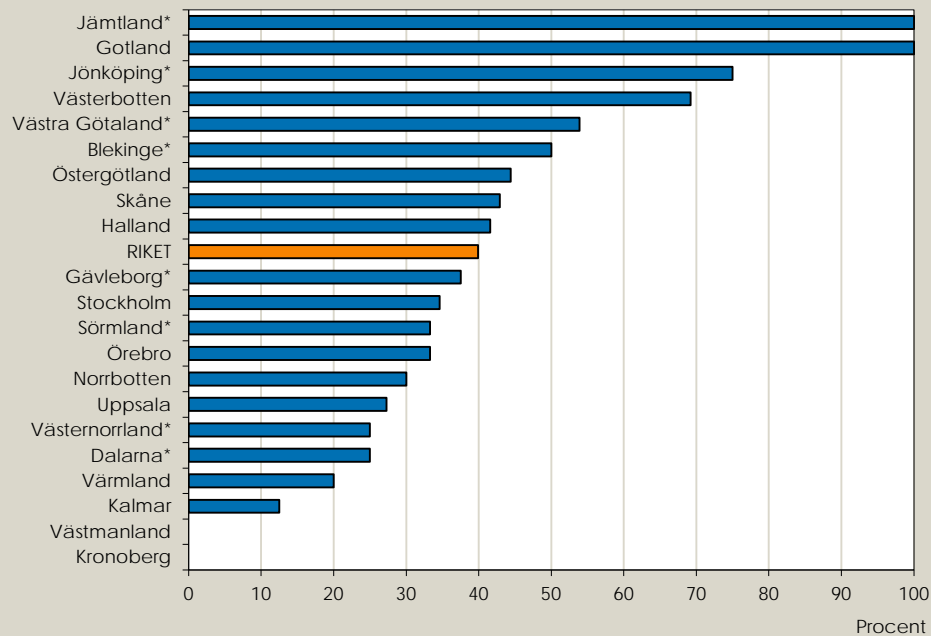
ACT

ACT är ett validerat frågeformulär för att bedöma astmakontroll. Drygt 40 procent av primärvårdsenheterna uppger att de har rutiner för hur ofta de ska göra ACT för barn med astma. Knappt en tredjedel, 32 procent, anger att de, enligt sina rutiner, ska utföra ACT en gång per år. Det finns stora skillnader mellan landstingen (figur 43).

Inom specialistvården har 74 procent av barnmottagningarna rutiner för ACT. Ungefär 40 procent uppger att de ska utföra ACT en gång per år medan 35 procent ska göra det två eller fler gånger per år.

Figur 43. ACT för barn med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som har rutiner för hur ofta ACT ska utföras på barn med astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

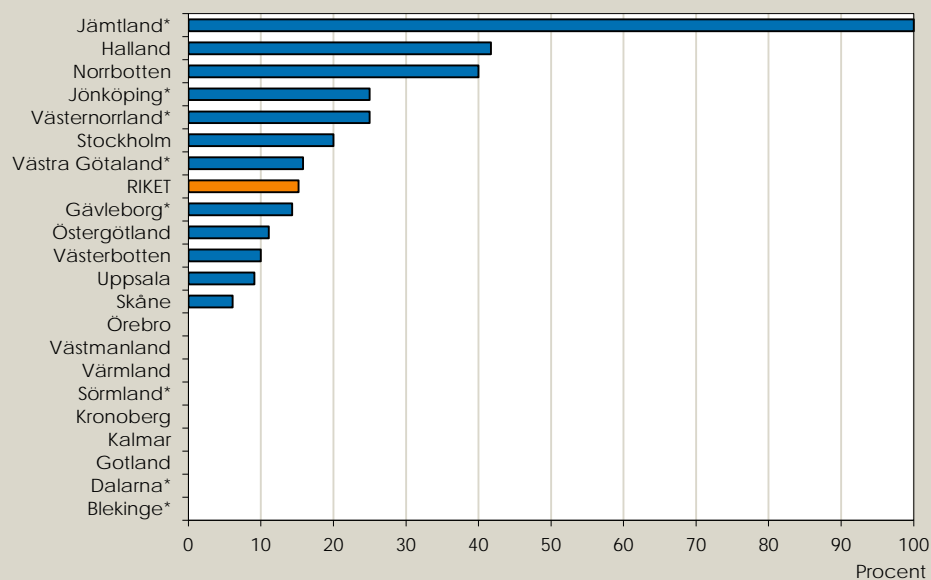
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Svårighetsgradering enligt BLF och GINA

Knappt en femtedel av primärvårdsenheterna uppger att de har rutiner som anger hur ofta de ska göra en svårighetsgradering enligt BLF, 15 procent, (figur 44) och GINA, 17 procent. Motsvarande siffror för barnmottagningarna är 38 procent för BLF och 7 procent för GINA.

Figur 44. BLF för barn med astma i primärvården

Andel primärvårdsenheter som har rutiner för hur ofta svårighetsgradering enligt BLF ska utföras på barn med astma.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

Vuxna

Detta avsnitt presenterar resultat från enkätfrågor till specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma.

Kallelser till återbesök

Totalt 78 procent av specialistmottagningarna uppger att de enligt sina rutiner ska kalla patienter med astma till återbesök. Av dessa mottagningar uppger 81 procent att de också gör det i stor utsträckning.

Spirometri

Totalt 72 procent av specialistmottagningarna som tar emot vuxna med astma svarar att de har rutiner för hur ofta spirometri ska utföras. Två tredjedelar uppger att spirometri enligt rutinerna ska göras en gång per år (figur 45).

PEF

Totalt 37 procent av specialistmottagningarna anger att de har rutiner för hur ofta de ska mäta PEF för patienter med astma. Totalt 17 procent svarar att de enligt sina rutiner ska mäta PEF en gång per år, 11 procent ska göra det vartannat år eller mer sällan och 9 procent ska göra mätningar två gånger per år eller oftare (figur 45).

Pulsoxymetri

Totalt 39 procent av specialistmottagningarna har rutiner för hur ofta pulsoxymetri i vila ska utföras, och 23 procent för pulsoxymetri i ansträngning.

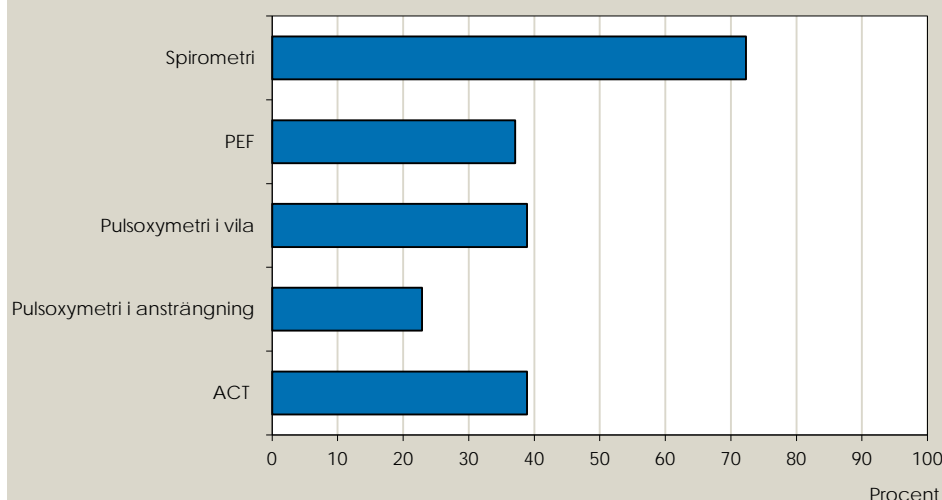
Totalt 22 procent av mottagningarna uppger att de enligt sina rutiner ska utföra pulsoxymetri i vila en gång per år (figur 45).

ACT

Mindre än hälften, 39 procent, av specialistmottagningarna har rutiner för hur ofta ACT ska göras för patienter med astma (figur 45).

Figur 45. Rutiner för kontroll av astma i specialistvården

Andel specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma som har rutiner för hur ofta följande kontroller ska utföras på patienter med astma.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

Kallelse till återbesök

Det är viktigt att följa upp astma för att säkerställa att sjukdomen är välkontrollerad. Enligt de nationella riktlinjerna bör barn sex månader och äldre följas upp vid behov om astman är kontrollerad och om barnet inte behöver underhållsbehandling, och minst två gånger per år för barn sex månader och äldre som har okontrollerad astma och underhållsbehandling. Liknande rekommendationer ses för vuxna. Vid exacerbation hos vuxna eller barn, sex månader och äldre, rekommenderas återbesök inom sex veckor för bedömning av symtom och fysisk aktivitet. Barn från cirka sex års ålder ska då också göra en spirometri. Uppföljning lyfts också fram som ett prioriterat område av Astma- och allergiförbundet eftersom många medlemmar skulle vilja ha fler uppföljande besök.

Återbesök kan bokas på initiativ av patienten (eller vårdnadshavaren), eller initieras från primärvårdsenheten genom till exempel en kallelse eller instruktioner om att boka ett besök inom en viss tidsram.

Drygt hälften av primärvårdsenheterna uppger att de, enligt sina rutiner, i normalfallet ska kalla barn med astma till återbesök, och hälften av dessa (en

fjärdedel av alla svarande enheterna) uppger att de i stor utsträckning gör det. Resultaten 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. Specialistmottagningarna verkar i större utsträckning kalla till planerade återbesök. Totalt 94 procent uppger att de ska kalla barn med astma, och 91 procent av dessa uppger i sin tur att de gör det i stor utsträckning. Motsvarande siffror för vuxenspecialistmottagningarna är att 78 procent kallar till återbesök och 81 procent av dessa gör det i stor utsträckning.

Spirometri

I de nationella riktlinjerna rekommenderas återbesök med spirometri en till två gånger per år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling (för barn över sex månader), och vid behov vid kontrollerad astma utan underhållsbehandling (för vuxna och barn över sex månader). Vid okontrollerad astma rekommenderas återbesök med spirometri en gång per år för vuxna och minst två gånger per år för barn över sex månader. Ungefär hälften av primärvårdsenheterna och nästan alla barnmottagningar uppger att de har rutiner för hur ofta spirometri ska utföras (för barn över sju år), liksom en majoritet av vuxenspecialistmottagningarna, 72 procent. 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.

Det är angeläget med regelbundna uppföljande spirometriundersökningar vid okontrollerad astma eller kontrollerad astma med underhållsbehandling, och att enheter som tar hand om dessa patientgrupper har rutiner för detta.

Vikt och längd

Det är viktigt att kontrollera längd och vikt för barn med astma, bland annat eftersom underhållsbehandling med inhalationssteroider kan minska längdtillväxten. Ungefär hälften av primärvårdsenheterna, 51 procent, uppger att de har rutiner för hur ofta längd och vikt ska kontrolleras, medan sådana rutiner finns vid i stort sett alla barnmottagningarna, 96 procent. I analogi med spirometriavsnittet ska resultaten tolkas med viss försiktighet då det är möjligt att en del av enheterna som inte har rutiner saknar dem för att de inte sköter uppföljningen av barn med astma.

Symtombedömning

Uppföljningar för att bedöma symtom är viktigt för att uppmärksamma otilfredsställande astmakontroll, och i de nationella riktlinjerna rekommenderas återbesök med en sådan bedömning minst två gånger per år för personer med okontrollerad astma och underhållsbehandling. Rekommendationen är en till två bedömningar per år vid kontrollerad underhållsbehandlad astma (en gång för vuxna, en till två gånger för barn över sex månader), och vid behov vid kontrollerad astma utan underhållsbehandling (för vuxna och barn över sex månader). I de nationella riktlinjerna rekommenderas symtombedömning med frågeformuläret ACT. Cirka 40 procent av primärvårdsenheterna har rutiner för hur ofta symtomen ska bedömas med ACT, liksom ungefär tre fjärdedelar av barnmottagningarna (för barn) och 39 procent av vuxenspecialistmottagningarna (för vuxna). Resultaten för primärvårdsenheterna ska tol-

kas 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.

Astma kan också svårighetsgraderas enligt skalor från BLF eller GINA. Rutiner för hur ofta detta ska göras finns vid en mindre del av primärvårdsenheterna när det gäller barn, 15 respektive 17 procent. Hos barnmottagningarna är det vanligare med rutiner för hur ofta BLF ska göras, 38 procent, än GINA, 7 procent.

Samverkan och informationsutbyte i vården av astma

Personer med astma kan ha kontakt med flera aktörer inom sjukvården, och det är viktigt med samverkan och informationsutbyte mellan dem för att säkerställa ett gott omhändertagande. Vissa situationer ställer särskilt stora krav på samverkan, till exempel vård vid akut försämring och övergång från barnmottagning till primärvård.

Definition och datakällor

Ansvarsfördelning mellan primär- och specialistvård

I det här kapitlet används följande mått för ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistvården gällande barn med astma:

- andel primärvårdsenheter som har en lokal överenskommelse kring vilka barn med diagnosen astma eller misstänkt astma som ska remitteras till en barnmottagning. Med lokal överenskommelse menas en överenskommelse mellan enheten och den aktuella barnmottagningen. Överenskommelsen kan exempelvis gälla vilka åldrar och/eller vilken sjukdomsbild som ska remitteras.
- typ av lokal överenskommelse för vilka barn med diagnosen astma eller misstänkt astma som ska remitteras till en barnmottagning
- andel primärvårdsenheter som har en lokal överenskommelse med den aktuella barnmottagningen för hur patienter överförs från barnmottagningen till vårdenheten. Med lokal överenskommelse avses i detta fall en överenskommelse om hur barnmottagningen meddelar primärvårdsenheten när en patient ska överföras, och hur primärvårdsenheten kallar patienten för en första kontakt. Det gäller överföring antingen på grund av ålder eller på grund av förändrad sjukdomsbild.

Följande mått presenteras för såväl barn som vuxna med astma:

- andel specialistmottagningar med skriftliga rutiner för vilka patienter med diagnosen astma eller misstänkt astma som accepteras för nybesök på mottagningen

Information och uppföljning efter försämring

I kapitlet beskrivs följande mått på uppföljningar av försämring hos barn med astma:

- andel primärvårdsenheter som i normalfallet får information från specialistvården när barn som vårdats på enheten haft akutbesök för obstruktivitet eller misstänkt astma

- andel primärvårdsenheter som normalt kallar barn till ett uppföljande besök när de får information från specialistvården om att barn som vårdats på enheten haft akutbesök för obstruktivitet eller misstänkt astma

Data inhämtades via en enkät till primärvårdsenheter, barnmottagningar och specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma.

Utfall och variation

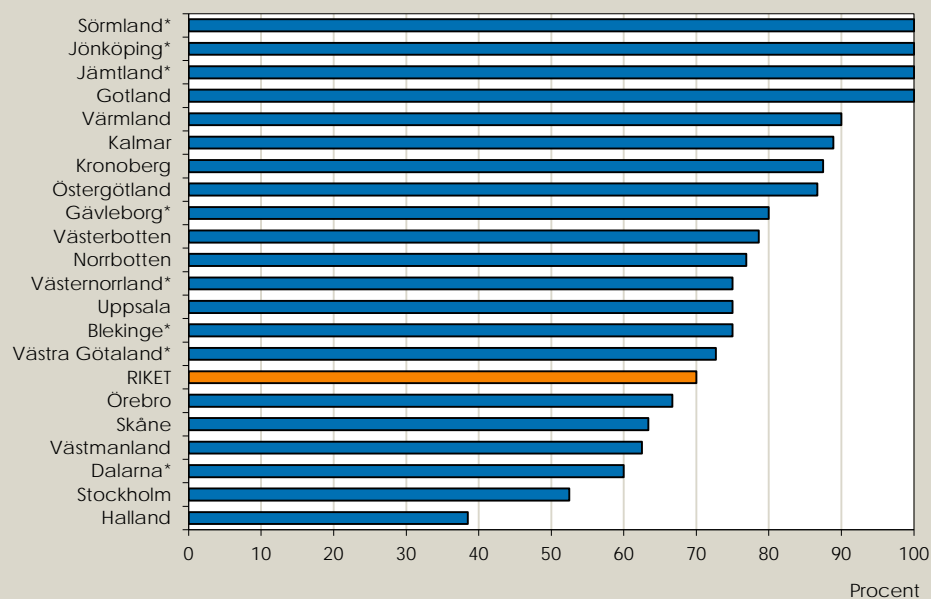
Ansvarsfördelning mellan primär- och specialistvård

Remittering till barnmottagning

De flesta primärvårdsenheterna, 70 procent, uppger att de har en lokal överenskommelse när det gäller vilka barn med diagnosen astma eller misstänkt astma som ska remitteras till en barnmottagning. Dock ses skillnader mellan landstingen, och i Halland uppger knappt 40 procent att de har sådan överenskommelse (figur 46). Överenskommelser gällande sjukdomsbild verkar vara något vanligare än sådana som gäller patientens ålder. Totalt 69 procent av enheterna som har en överenskommelse för remittering har också en gällande sjukdomsbild, medan 60 procent uppger att de har en överenskommelse gällande ålder.

Figur 46. Överenskommelse om remittering till barnmottagning

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



*Svarsfrekvens <60 procent.

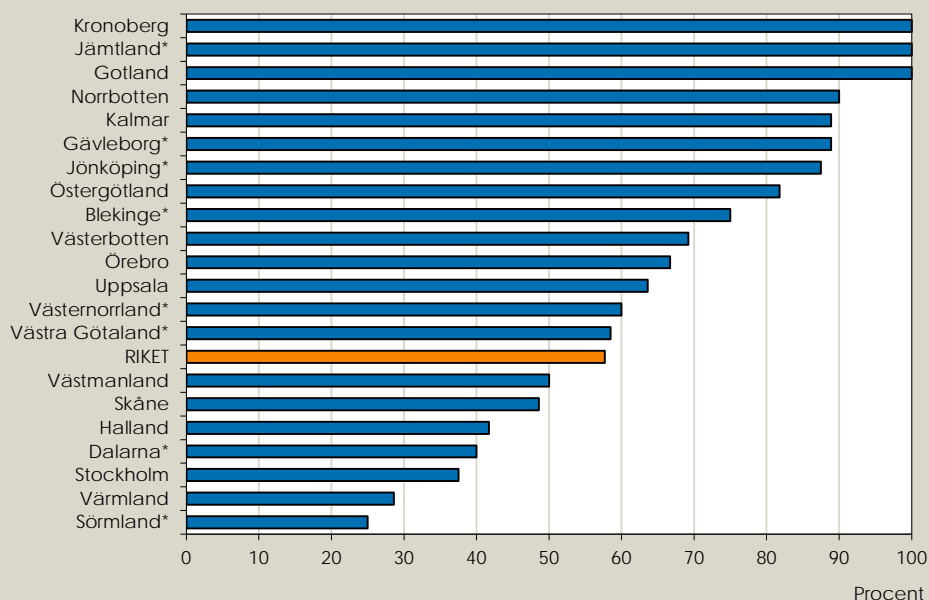
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Överföring från barnmottagning

Totalt 58 procent av primärvårdsenheterna anger att det finns en lokal överenskommelse med den aktuella barnmottagningen för hur patienter överförs från barnmottagningen till den allmänmedicinska primärvårdsenheten (antingen på grund av deras ålder eller på grund av förändrad sjukdomsbild). Skillnader ses mellan landstingen men bör tolkas med viss försiktighet (figur 47).

Figur 47. 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.

Nybesök på specialistmottagningar

Ungefär två tredjedelar, 65 procent, av barnmottagningarna och en fjärdedel, 26 procent, av vuxenspecialistmottagningarna anger att de har skriftliga rutiner för vilka patienter som ska accepteras för nybesök.

Kriterierna för nybesök varierar enligt enkätsvaren mellan olika mottagningar. På barnmottagningar används exempelvis:

- alla barn under sex års ålder
- barn med svår astma (grad 3 eller 4 enligt BLF eller astma som del av flera allergiska manifestationer)

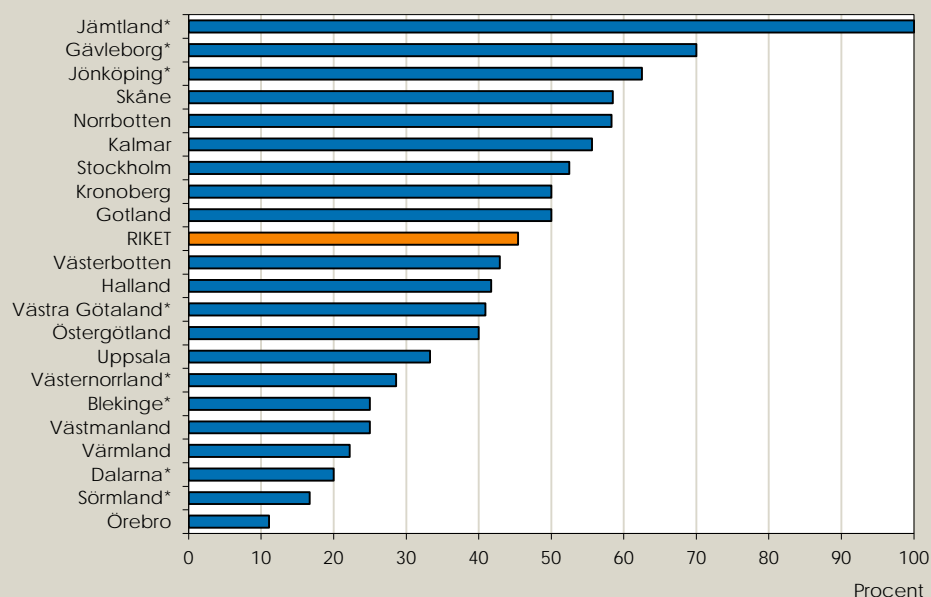
Information och uppföljning efter försämring

Knappt hälften av primärvårdsenheterna, 45 procent, uppger att de, i normalfallet, får information från specialistvården när barn som vårdats på enheten haft akutbesök för obstruktivitet eller misstänkt astma. Skillnader ses mellan

landstingen. I exempelvis Skåne anger ungefär 60 procent av primärvårdsenheterna att de i normalfallet får denna information, medan motsvarande andel i Örebro är 11 procent (figur 48). Av de enheter som får information uppger i sin tur 69 procent att de normalt kallar barnet till ett uppföljande besök på enheten.

Figur 48. Informationsöverföring vid akutsjukvård för 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.



* Svarefrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

Samverkan mellan vårdens olika aktörer är särskilt viktig vid sjukdomar som ofta kräver vård från flera aktörer, vilket också gäller astma. Samverkan kan till exempel gälla vilka patienter som ska behandlas i primärvården respektive specialistvården, rutiner för överföring av patienter mellan vårdnivåer och uppföljning i primärvården efter akut specialistvård.

Ansvarsfördelning mellan primär- och specialistvården

För att få en väl fungerande vårdkedja är det viktigt med rutiner för eller överenskommelser kring vilka patienter som ska vårdas i primärvården respektive specialistvården. Flertalet av primärvårdsenheterna, 70 procent, uppger att de har en lokal överenskommelse kring vilka barn med diagnosen astma eller misstänkt astma som ska remitteras till en barnmottagning. 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 endast 26 procent av vuxenspecialistmottagningarna uppger sig ha sådana rutiner. Det bör finnas lokala överenskommelser och rutiner för ansvarsfördelning mellan vårdens olika aktörer.

Överföring från barnmottagning

Behovet av samordning är särskilt stort när barn, antingen på grund av sin ålder eller på grund av ändrad sjukdomsbild, ska överföras från en barnmottagning till en allmänmedicinsk primärvårdsmottagning eftersom det annars finns 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. 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 i frågan om uppföljning av barn.

Uppföljning efter akutbesök

En annan viktig aspekt av samordningen är uppföljningar efter akutsjukvård. 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.

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. 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 primärvårdsenheterna 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 behövs insatser från huvudmännen för att säkra denna samverkan.

Astma i specialistvården

Patienter med astma vårdas framför allt i primärvården. I dagsläget omfattar Socialstyrelsens nationella register endast specialistvården, och därför kan patientregistret bara användas för att studera de personer som vid något tillfälle haft kontakt med specialistvården med diagnosen astma. Tillgängliga data kan dock visa hur vanligt förekommande astma är i specialistvården samt eventuella skillnader mellan olika grupper vad gäller specialistvårdskonsumtion. Den grupp som beskrivs utgör dock endast en liten del av alla personer med astma, och dess storlek påverkas av flera faktorer såsom förekomsten av astma, fördelningen mellan primärvården och specialistvården och diagnosättningsgraden för bidiagnoser i specialistvården.

Definition och datakällor

Personer med astma i specialistvården definieras som alla personer som under 2012 hade minst ett vårdtillfälle eller vårdbesök i specialistvården med astma som huvud- eller bidiagnos (J43-J44). Även patienternas ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå¹⁰ och födelseland redovisas. Uppgifterna om vårdtillfällen, ålder, kön och födelseland är hämtade ur patientregistret. Uppgifter om utbildning är hämtade ur utbildningsregistret.

Utfall och variation

I patientregistret identifierades 110 174 personer som hade minst ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen astma inom specialistvården 2012, vilket motsvarar 1 157 personer per 100 000 invånare.

Det finns skillnader mellan landstingen. Kronoberg, Norrbotten och Västerbotten hade fler än 1 350 specialistvårdade patienter med astma per 100 000 invånare, jämfört med färre än 900 i Uppsala och Västra Götaland. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet då de kan påverkas av flera faktorer, till exempel förekomsten av astma, ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistvården samt benägenheten att registrera astma som bidiagnos om patienter söker specialistvård av en annan orsak.

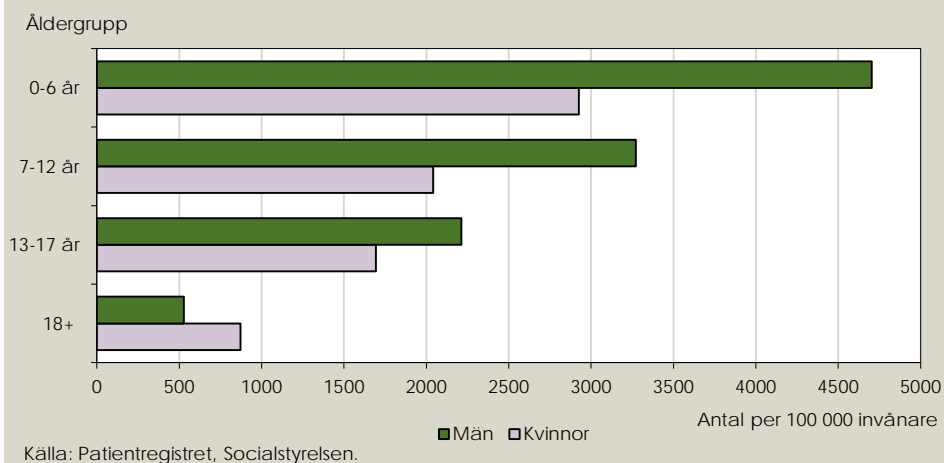
Besök i specialistvården med diagnosen astma var vanligast för barn upp till och med sex år, med 3 839 barn per 100 000 invånare. Motsvarande siffra var 2 672 för barn 7–12 år, 1 961 för barn 13–17 år och 676 för personer 18 år och äldre.

Totalt hade ungefär lika många män som kvinnor kontakt med specialistvården med diagnosen astma under 2012. Skillnader ses dock mellan olika åldersgrupper. Pojkar (0–17 år) stod för 62 procent av alla barn som fått specialistvård med diagnosen astma, medan kvinnor stod för 63 procent av personerna över 18 år (figur 49).

¹⁰ För personer över 25 år.

Figur 49. Förekomst av diagnosen astma i specialistvården

Antal män respektive kvinnor per 100 000 invånare med minst en vårdkontakt i specialistvården där diagnosen astma registrerats under 2012.



Bland barn födda i Sverige var det en större andel som haft kontakt med specialistvården, jämfört med barn födda i länder utanför EU (3 100 barn per 100 000 invånare, jämfört med 1 639 barn per 100 000 invånare födda i Norden, 1 253 barn födda i övriga EU och 1071 barn födda utanför EU). Vissa skillnader ses även bland vuxna, där personer födda i övriga Norden oftare hade kontakt med specialistvården med diagnosen astma (973 personer per 100 000 invånare jämfört med 721 bland personer födda i Sverige).

Specialistvård med diagnosen astma var något vanligare bland personer med låg utbildning, med 752 personer per 100 000 invånare jämfört med 657 bland högutbildade.

Bedömning av resultat

Patientregistret innehåller inte uppgifter om primärvården, och fångar därför bara upp en liten andel av alla personer som haft kontakt med sjukvården med astma. Det fångar inte heller upp de personer med astma som inte haft någon kontakt med sjukvården. Totalt identifierades att 1,2 procent av befolkningen under 2012 fått specialistvård med diagnosen astma som huvuddiagnos eller bidiagnos. Förekomsten av astma i Sverige uppskattas till cirka 8 procent, vilket innebär att ungefär en åttondel av alla med astma hade kontakt med specialistvården under året [13,14]. Eftersom bidiagnoser inkluderas kan vissa av dessa kontakter ha orsakats av något annat än astma. Siffran är dock sannolikt mer rättvisande jämfört med om bara huvuddiagnoser inkluderas, då astma kan vara en viktig faktor även om den registreras som bidiagnos. Kontakt med specialistvården var vanligast för små barn med 3,8 procent av barnen i åldern 0–6 år som hade specialistvård med diagnosen astma. Motsvarande siffra var 2,7 procent i åldrarna 7–12 år, 2,0 procent för barn 13–17 år och endast 0,7 procent för personer över 18 år.

Det finns relativt stora skillnader mellan landstingen när det gäller specialistvårdsbesök för personer med diagnosen astma. Till exempel var före-

komsten nästan dubbelt så hög i Norrbotten jämfört med Västra Götaland. Flera faktorer kan bidra till skillnaderna. Förekomsten av astma varierar, och tidigare undersökningar har visat att nordligaste Sverige har cirka en till två procents högre astmaprevalens än resten av Sverige [14]. En annan möjlig förklaring är att ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistvården skiljer sig åt då patienter med astma i större utsträckning omhändertas i primärvården finns de inte med i patientregistret. Slutligen kan diagnossättningsgraden för bidiagnoser skilja sig åt. Sammantaget är det svårt att avgöra om skillnaderna avspeglar olikheter i omhändertagande av dessa patientgrupper. Det är nödvändigt med uppgifter från primärvården för att i framtiden kunna kartlägga och utvärdera vården av patienter med astma på ett heltäckande sätt.

Astma är vanligare hos pojkar än flickor upp till tonåren [15], och pojkar får också oftare specialistvård. I åldersgruppen 0–6 år fick 4,7 procent av pojkarna och 2,9 procent av flickorna specialistvård under 2012. I åldersgruppen 7–12 år var motsvarande siffror 3,3 procent respektive 2,0 procent, och i åldersgruppen 13–17 år var den 2,2 procent respektive 1,7 procent. För personer över 18 år var förhållandet det motsatta där 0,9 procent av kvinnorna jämfört med 0,5 procent av männen hade specialistvård med diagnosen astma, vilket rimmar väl med att astma hos vuxna är vanligare hos kvinnor [15].

Utredning av KOL

Det är välkänt att KOL är underdiagnostiserat. Uppskattningsvis har cirka 500 000 svenskar KOL men endast 100 000 har diagnostiserats för KOL [34]. Det är viktigt att utreda misstänkt KOL för att ställa en korrekt diagnos, och diagnostik förutsätter en korrekt utförd spirometriundersökning och en riktig tolkning av resultatet. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård bör lungröntgen genomföras för personer med nytillkomna luftvägssymtom med en varaktighet av 6 veckor hos rökare eller före detta rökare över 40 år utan bekräftad KOL för att utesluta lungcancer. Rökstopp är den viktigaste åtgärden för att hejda sjukdomens progression, och det är därför även nödvändigt med en tobaksanamnes.

I detta avsnitt redovisas utredning av KOL inom primärvården eftersom KOL i första hand utreds där.

Definition och datakällor

Följande mått redovisas:

- den uppskattade andelen av nydiagnostiserade patienter med KOL som genomgått spirometri (med reversibilitetstest) vid diagnos
- den uppskattade andelen av nydiagnostiserade patienter med KOL som genomgått lungröntgen vid diagnos
- den uppskattade andelen av nydiagnostiserade patienter med KOL som lämnat tobaksanamnes vid diagnos

Data samlades in via enkäter till primärvårdsenheter. Alla mått gäller patienter som nydiagnostiserades under 2013 vid den tillfrågade vårdenheten.

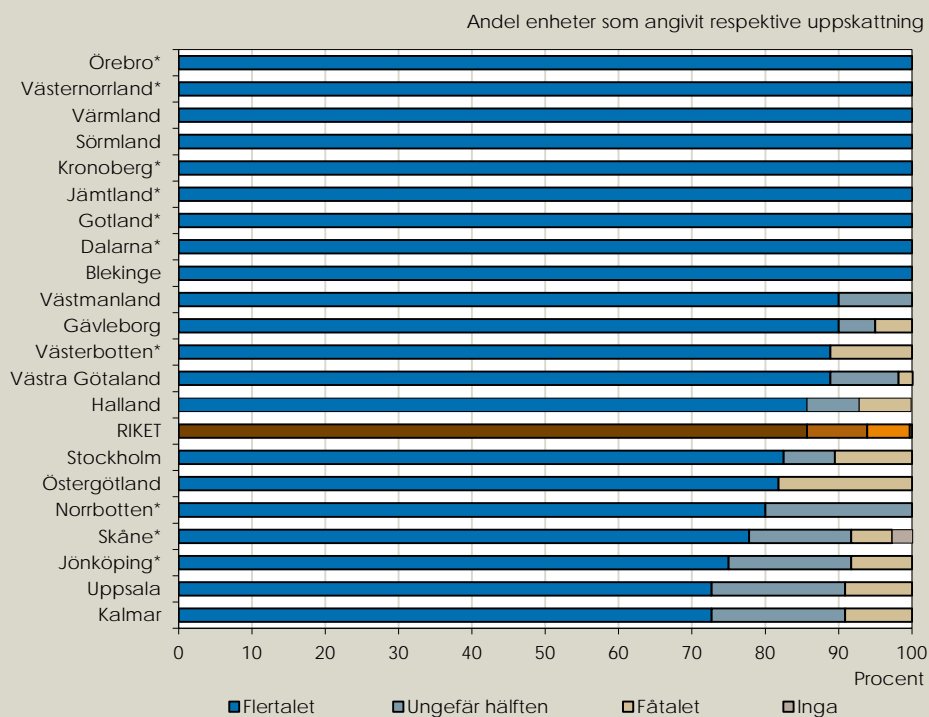
Utfall och variation

Spirometri

De flesta av primärvårdsenheterna, 86 procent, uppskattar att flertalet nydiagnostiserade patienter vid deras enhet genomgått en spirometri med reversibilitetstest vid diagnos. Cirka åtta procent uppskattar andelen till ungefär hälften av patienterna och sex procent till ett fåtal patienter. Något lägre uppskattningar ses i vissa landsting (figur 50).

Figur 50. Spirometri vid KOL-diagnos i primärvården

Uppskattad andel av nydiagnostiserade patienter med KOL som genomgått spirometri med reversibilitetstest vid diagnos.



*Svarsfrekvens <60 procent.

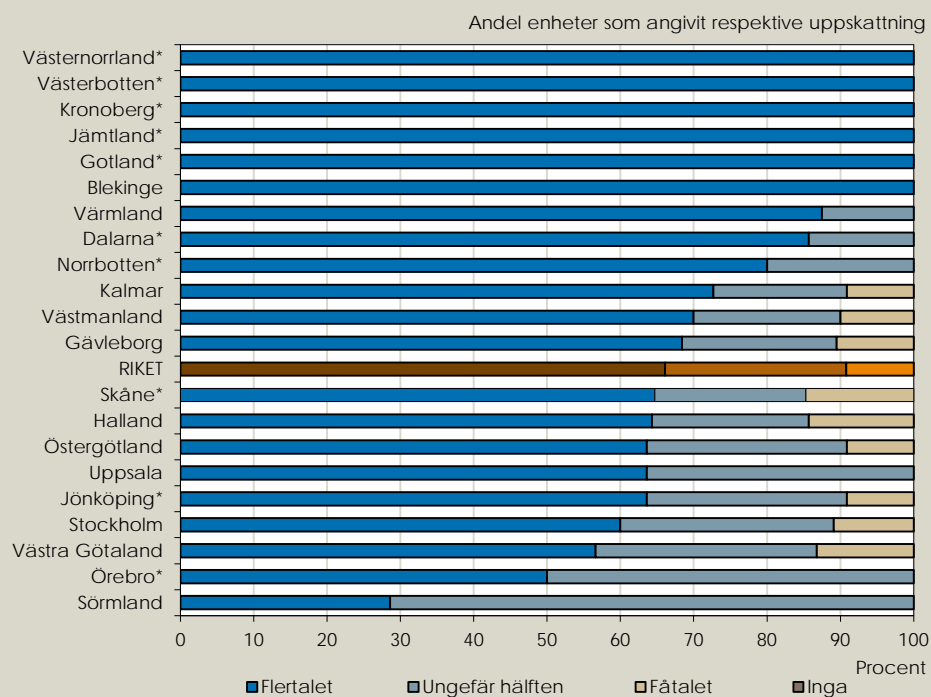
Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Lungröntgen

Två tredjedelar av primärvårdsenheterna uppskattar att flertalet patienter genomgått en lungröntgen vid diagnos, 25 procent att ungefär hälften gjort det och 9 procent att det endast gäller fåtalet patienter. Stora skillnader ses mellan landstingen. I exempelvis Blekinge uppskattar samtliga vårdenheter att flertalet patienter genomgått lungröntgen, medan motsvarande andel i Sörmland är mindre än en tredjedel (figur 51).

Figur 51. Lungröntgen vid KOL-diagnos i primärvården

Uppskattad andel av nydiagnostiserade patienter med KOL som genomgått lungröntgen vid diagnos.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Tobaksanamnes

Nästan alla primärvårdsenheter, 91 procent, uppskattar att flertalet nydiagnostiserade patienter med KOL har lämnat en tobaksanamnes vid diagnos. En mindre variation ses mellan landstingen.

Bedömning av resultat

Spirometri med reversibilitetstest samt korrekt tolkning av resultatet är nödvändigt för att diagnostisera KOL, och samtliga patienter bör genomgå spirometri vid diagnosen. 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. Resultaten bör tolkas med en viss försiktighet. Det är sannolikt 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.

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 endast

gäller hälften av patienterna eller färre. 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. De flesta patienter som utreds för KOL uppfyller sannolikt dessa kriterier, men resultaten av kartläggningen tyder på att på att för få patienter med KOL genomgått lungröntgen.

Nästan alla primärvårdsenheterna, 91 procent, uppskattar att flertalet nydiagnostiserade patienter med KOL lämnat en tobaksanamnes vid diagnos, vilket är positivt.

Patientutbildning och egenvård vid KOL

Precis som vid astma är utbildning och stöd till egenvård viktigt för att patienter med KOL ska få goda förutsättningar för att hantera sin sjukdom. KOL är en sjukdom där symtom och svårighetsgrad kan variera över tid. Med en skriftlig behandlingsplan är det lättare för patienten att själv vidta åtgärder när sjukdomen försämras. Dessutom blir patienten mer delaktig i sin sjukdom med en skriftlig behandlingsplan kombinerat med patientutbildning. En annan central aspekt av egenvård är rökstopp där sjukvården kan bidra genom att erbjuda stöd.

Definition och datakällor

I detta kapitel redovisas ett antal mått för patientutbildning och egenvård vid KOL.

För *patientutbildning* finns måttet:

- andel primärvårdsenheter respektive specialistmottagningar som erbjuder patientutbildning för patienter med KOL, under ledning av vårdpersonal med specifik ämneskunskap i vård av KOL. Med ämneskunskap i vård av KOL menas minst 15 högskolepoäng

För *skriftlig behandlingsplan* finns måtten:

- andel primärvårdsenheter respektive specialistmottagningar som enligt sina rutiner samt i praktiken, i normalfallet, ger patienter med KOL en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring
- i vilken utsträckning patienter med KOL som fått vård på enheten under 2013 bedöms veta i vilka situationer de bör kontakta sjukvård¹¹

För *stöd till rökstopp* finns måtten:

- andel primärvårdsenheter respektive specialistmottagningar som erbjuder stöd till rökstopp till personer med KOL
- andelen av alla rökande patienter med KOL som fått vård på vårdheten under 2013, och som erbjudits stöd till rökstopp (minst samtal med enkla råd)

¹¹ Med *i vilka situationer* menas vid vilka symptom (typ och allvarlighetsgrad) som sjukvård bör kontaktas vid försämring av KOL.

För kontakt med sjukgymnast och dietist finns måttet:

- andel enheter som enligt sina rutiner, i normalfallet, ska erbjuda patienter med KOL kontakt med en sjukgymnast respektive dietist vid enheten

Data inhämtades via enkäter till primärvårds- och specialistmottagningar som tar emot patienter med KOL.

De olika typerna av stöd till rökstopp beskrivs i avsnittet ”Enkätundersökningar” och i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder

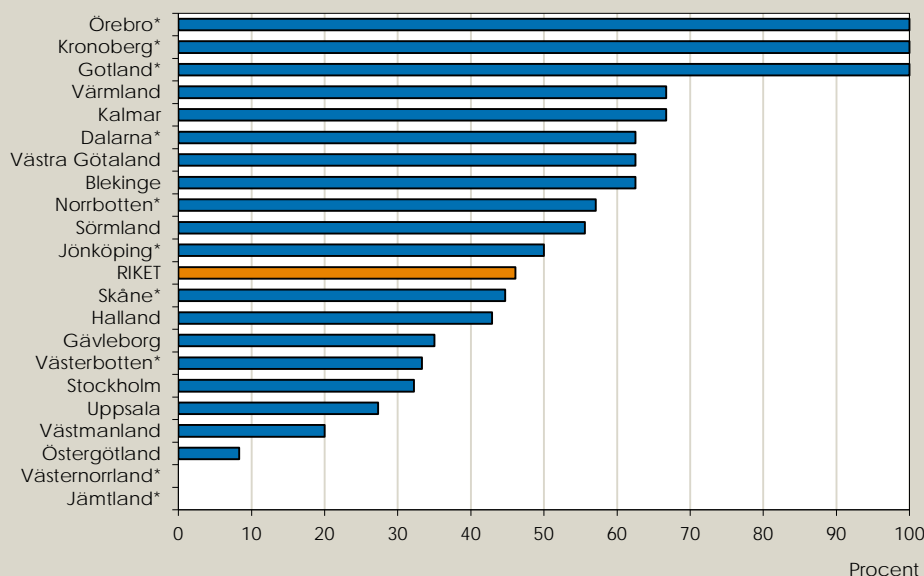
Utfall och variation

Patientutbildning

Knappt hälften av primärvårdsenheterna, 46 procent, uppger att de erbjuder patientutbildning för patienter med KOL. Stora skillnader ses mellan lands- tingen. Exempelvis uppger två tredjedelar av enheterna i Kalmar och Värmland att de erbjuder patientutbildning för patienter med KOL medan motsva- rande andel i Östergötland är åtta procent (figur 52).

Figur 52. 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.

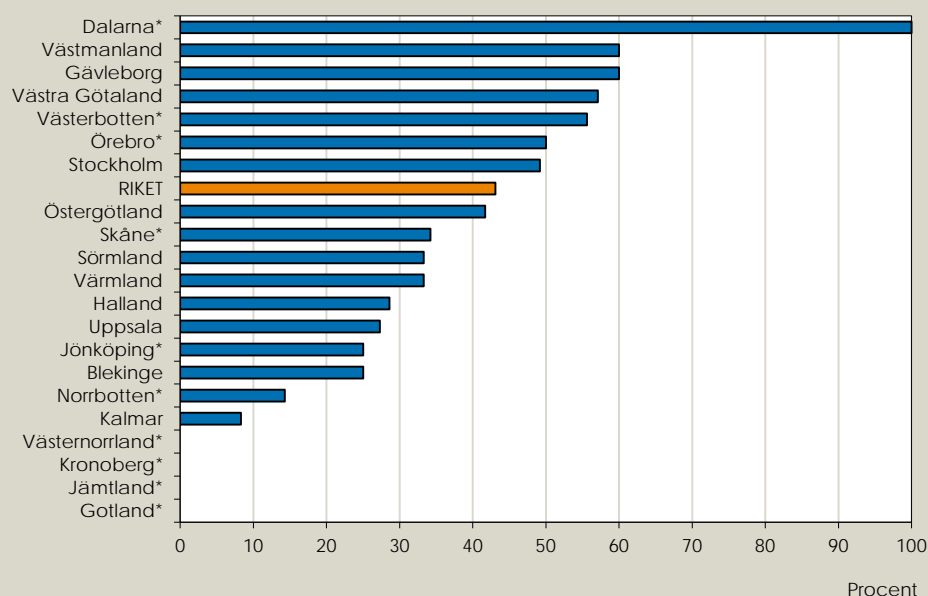
Specialistmottagningarna tycks erbjuda patientutbildning för patienter med KOL i något större utsträckning än primärvården. Två tredjedelar av special- listmottagningarna uppger att patienter med KOL fått ett sådant erbjudande.

Skriftlig behandlingsplan

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 53).

Figur 53. 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.

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.

Enligt Luftvägsregistret hade 22 procent av personer med KOL en exacerbation per år och 19 procent hade två eller fler. Exacerbationer är vanligast i stadium fyra. Ungefär 36 procent av patienterna i stadium fyra har haft två eller fler exacerbationer per år [42].

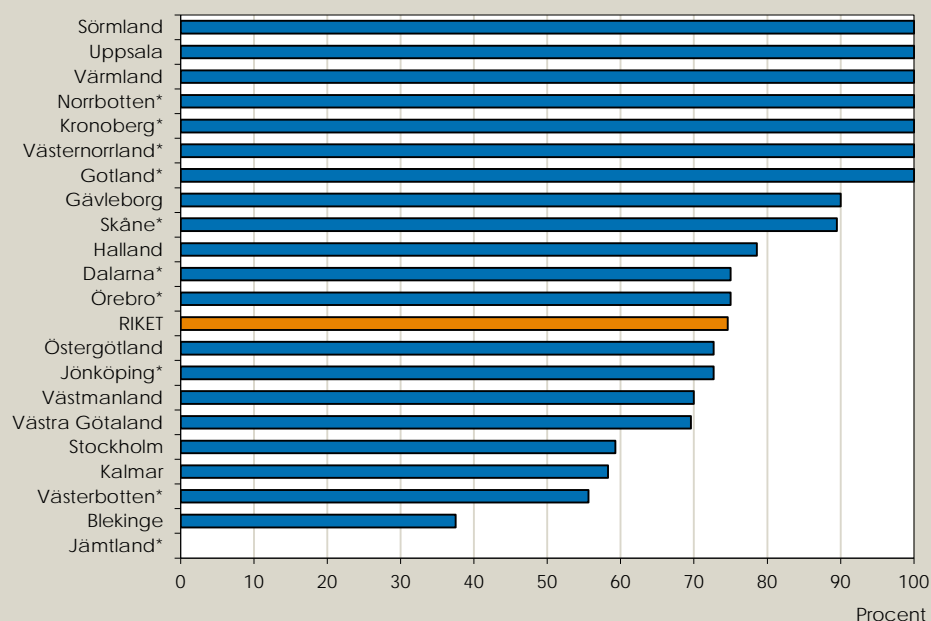
Stöd till rökstopp

Så gott som alla primärvårdsenheter erbjuder någon form av stöd till rökstopp till personer med KOL. Flertalet, 75 procent, erbjuder det i form av kvalificerat rådgivande samtal. Detta skiljer sig dock åt mellan landstingen. I exempelvis Sörmland, Uppsala och Värmland uppger alla primärvårdsenheterna att de erbjuder stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal, och i Blekinge är andelen 38 procent (figur 54).

Enligt Luftvägsregistret (2014) röker 37 procent av de registrerade personerna med KOL, vilket tyder på ett stort behov av stöd till rökstopp. Andelen rökare är högst i stadium 1 till 2, 41 procent, och lägst i stadium 4, cirka 25 procent, [42].

Figur 54. 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.

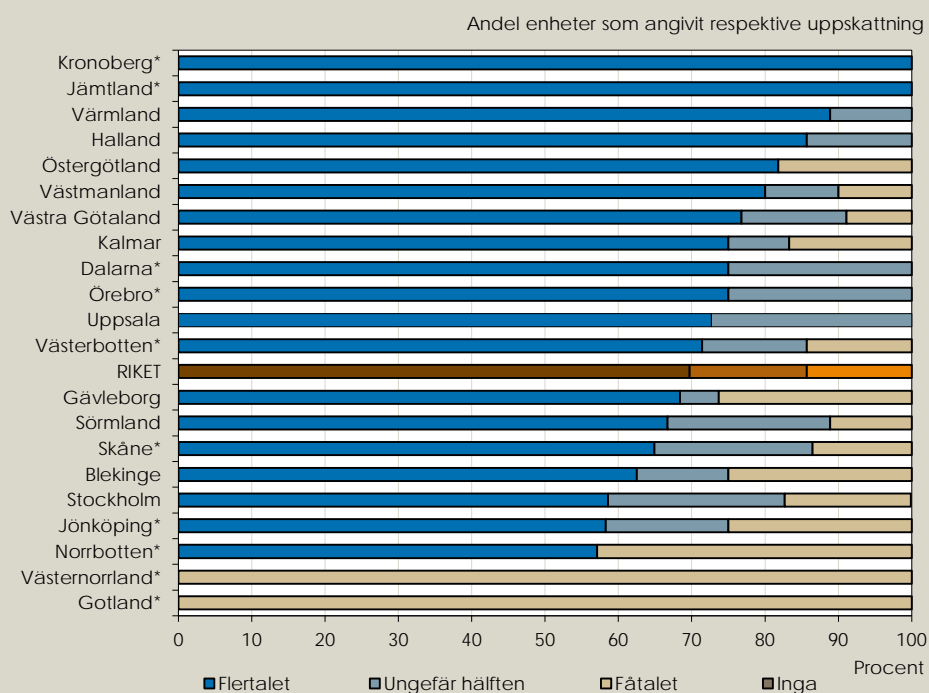
En majoritet, 70 procent, av primärvårdsenheterna uppskattar att flertalet rökande patienter med KOL erbjudits stöd till rökstopp (minst samtal med enkla råd). Totalt 16 procent uppskattar antalet till ungefär hälften och 14 procent uppskattar att det gäller fåtalet patienter. Vissa skillnader ses mellan landstingen, men de ska tolkas med försiktighet (figur 55). Nästan alla specialistmottagningarna, 97 procent, uppger att de erbjuder personer med KOL någon form av stöd till rökstopp. Drygt hälften, 53 procent, erbjuder det i form av kvalificerat rådgivande samtal. Totalt 70 procent av mottagningarna

uppskattar att flertalet patienter med KOL och känd rökning erbjudits stöd till rökstopp, 24 procent att det gäller ungefär hälften, och 6 procent att fåtalet erbjudits stöd.

Enligt Västra Götalands regionala kvalitetsregister för primärvård, QregPV, har regionen en högre andel rökare bland kvinnor med KOL, 39 procent, än bland män med KOL, 34 procent, [41].

Figur 55. Andel patienter som erbjudits stöd till rökstopp i primärvården

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



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

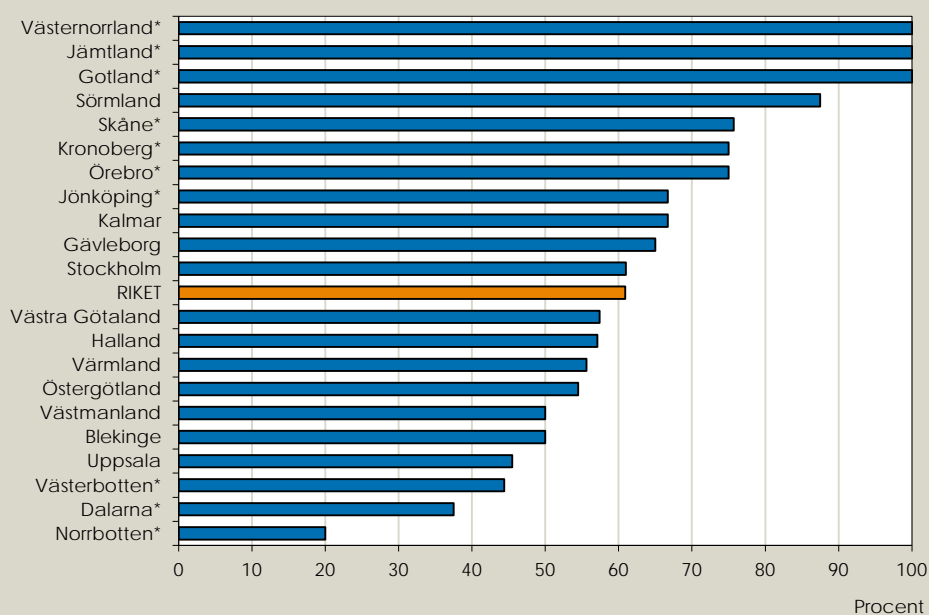
Kontakt med sjukgymnast och dietist

En majoritet av primärvårdsenheterna, 61 procent, uppger att de enligt sina rutiner ska erbjuda patienter med KOL kontakt med en sjukgymnast. Andelen skiljer sig åt mellan landstingen. I Södermanland är andelen 88 procent och i Norrbotten är den 20 procent (figur 56).

En minskande andel patienter med KOL är fysiskt aktiva fem till sju gånger per vecka, minst fem dagar i veckan: från 49 procent 2012 till 39 procent 2013. Andelen icke-aktiva (noll dagar/vecka) ökade till 30 procent från 20 procent år 2012 [42].

Figur 56. Kontakt med sjukgymnast vid KOL

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner i normalfallet ska erbjuda patienter med KOL kontakt med sjukgymnast vid enheten.



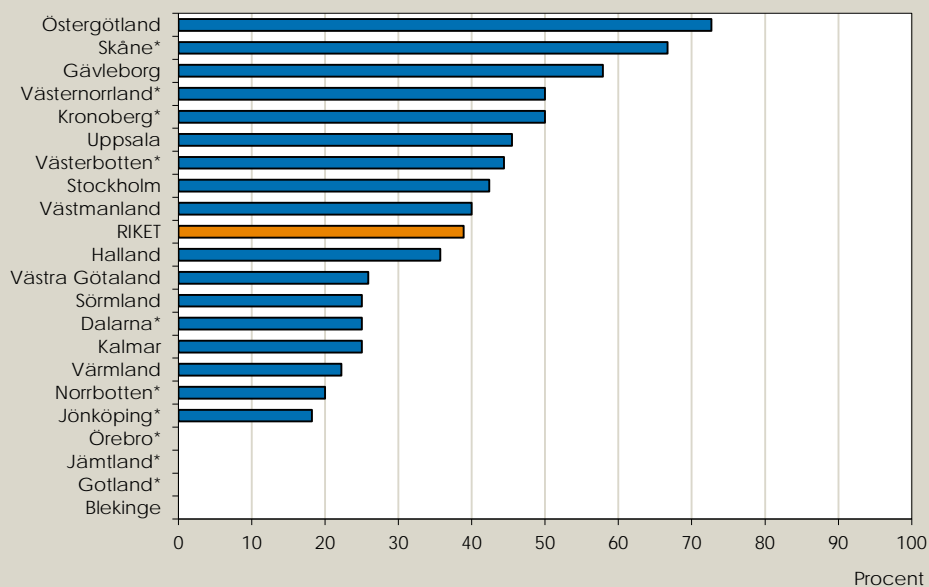
*Svarshänsyn <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

Mindre än hälften av primärvårdsenheterna, 39 procent, ska enligt sina rutiner erbjuda patienter med KOL kontakt med en dietist. Denna andel är dock större i vissa landsting, till exempel i Östergötland, 73 procent, (figur 57).

Figur 57. Kontakt med dietist vid KOL

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner, i normalfallet, ska erbjuda patienter med KOL kontakt med dietist vid enheten.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

En majoritet av specialistmottagningarna ska enligt sina rutiner erbjuda patienter med KOL kontakt med en sjukgymnast, 74 procent, och en dietist, 59 procent.

Bedömning av resultat

Som vid all kronisk sjukdom är det viktigt att patienter med KOL har kunskap om sin sjukdom och är delaktiga i behandlingen. En viktig roll för sjukvården är att ge patienten de rätta förutsättningarna för att kunna hantera sin sjukdom, genom exempelvis utbildning och stöd till egenvård. I de nationella riktlinjerna betonas patientundervisning (i grupp eller individuellt) och skriftlig behandlingsplan som sätt att förbättra förutsättningarna för egenvård.

Patientutbildning

Resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökning tyder på att tillgången till patientutbildning kan bli bättre. 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. Bland specialistmottagningarna är det fler, 67 procent, som uppger att 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 patienten och anhöriga som ett prioriterat förbättringsområde. Resultaten tyder på stora förbättringsmöjlig-

heter, och samtliga huvudmän kan sannolikt förbättra möjligheterna för patienterna att få tillgång till patientutbildning.

Skriftlig behandlingsplan

En skriftlig behandlingsplan är ytterligare ett sätt att underlätta egenvården och öka möjligheten till god astmakontroll. Mindre än hälften, 43 procent, av primärvårdsenheterna och en tredjedel av specialistmottagningarna anger att de enligt sina rutiner i normalfallet ska ge patienter med KOL en skriftlig behandlingsplan som inkluderar råd vid försämring. I flera landsting svarade ingen primärvårdsenhet att de ska göra det.

Vissa har rutiner kring en skriftlig behandlingsplan men verkar i praktiken inte alltid följa dem. En tredjedel, 33 procent, av primärvårdsenheterna med sådana rutiner uppger att skriftliga behandlingsplaner ges i stor utsträckning, liksom knappt hälften, 46 procent, av specialistmottagningarna (ytterligare 39 respektive 46 procent uppger att behandlingsplan ges i viss utsträckning). Resultaten ska tolkas med viss försiktighet då det är svårt att uppskatta hur ofta detta görs i praktiken. Sammantaget tyder dock resultaten på att skriftliga behandlingsplaner används i begränsad utsträckning. Huvudmännen bör säkerställa att behandlingsplaner används i större utsträckning.

Rökstopp

Rökstopp bromsar försämringen av lungfunktionen och minskar risken för sjukhusinläggningar, och stöd till rökstopp vid KOL ges hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Det lyfts också fram av Riksförbundet HjärtLung som ett viktigt område. Nästan alla primärvårdsenheterna och specialistmottagningarna svarar att de erbjuder personer med KOL någon form av stöd till rökstopp. Inom primärvården uppger 75 procent av vårdenheter att de erbjuder stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal. 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 vara 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.

Kontakt med sjukgymnast och dietist

Kost och fysisk träning är av stor betydelse vid KOL, och det är viktigt med stöd från sjukgymnast och dietist för att personer med KOL ska få rätt förutsättningar för att hantera sin sjukdom.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas olika former av konditions- och styrketräning vid stabil KOL i stadium 2 till 4. Vid akut exacerbation i stadium 2 till 4 rekommenderas ledarstyrd träning. Totalt 39 procent av primärvårdsenheterna uppger att de, enligt sina rutiner, i normalfallet *inte* ska erbjuda patienter med KOL kontakt med sjukgymnast. Resultaten ska tolkas

med viss försiktighet. Enkätfrågan gällde hantering *i normalfallet*, och svaren kan ha påverkats av olika rekommendationer kring och behov av sjukgymnastkontakt vid olika stadier av sjukdomen. Resultaten kan dock motivera att hälso- och sjukvården ser över patienternas tillgång till sjukgymnastkontakt. Även Riksförbundet HjärtLung lyfter begränsad tillgång till sjukgymnaststöd som en viktig fråga.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas också nutritionsbehandling och användning av näringsdryck till personer med KOL och BMI (*body mass index* är ett mått för att bedöma en persons vikt i relation till längd) under 22. Kontakt med dietist är särskilt viktigt för dem med lågt BMI, men kan vara relevant även för att förebygga viktnedgång. Över hälften, 61 procent, av primärvårdsenheterna uppger att de i normalfallet inte erbjuder kontakt med dietist. Även här gäller viss försiktighet i tolkningen med tanke på enkätfrågans formulering.

Uppföljning av KOL

Personer med KOL bör följas upp av sjukvården. I de nationella riktlinjerna rekommenderas uppföljning med bedömning av symtom och fysisk aktivitet minst en gång per år vid KOL med underhållsbehandling, minst två gånger per år vid exacerbation, och inom sex veckor vid akut exacerbation samt uppföljning vid behov för patienter med KOL utan underhållsbehandling. Dessutom rekommenderas uppföljning med spirometri en gång per år för rökare med KOL.

I detta kapitel redovisas huruvida vårdenheterna kallar patienten till planerade återbesök och om de har rutiner för hur ofta olika typer av undersökningar ska göras.

Definition och datakällor

Följande mått för uppföljning av patienter med KOL redovisas:

- andel primärvårdsenheter respektive specialistmottagningar som enligt sina rutiner samt i praktiken, i normalfallet, kallar sina patienter med KOL till planerade återbesök
- hur ofta specialistmottagningarna enligt sina rutiner, i normalfallet, ska utföra följande kontroller för patienter med KOL: spirometri, vikt, pulsoxymetri i vila och i ansträngning samt CAT-test.

Med *kallas till planerade återbesök* avses att enheten vid en förutbestämd tid skickar en kallelse för ett uppföljande återbesök utan att patienten själv behöver kontakta enheten. Data inhämtades via en enkät till primärvården och de specialistmottagningar som tar emot patienter med KOL¹².

Utfall och variation

Kallelse till återbesök

Flertalet av primärvårdsenheterna, 77 procent, ska, enligt sina rutiner, i normalfallet kalla personer med KOL till planerade återbesök. En viss variation ses mellan landstingen. I exempelvis Östergötland uppger samtliga enheter att de ska kalla till planerade återbesök och i Västmanland är andelen 30 procent (figur 58). Av de primärvårdsenheter som ska kalla till planerade återbesök uppger ungefär två tredjedelar, 68 procent, att de gör det i stor utsträckning, och en fjärdedel, 26 procent, att det sker i viss utsträckning.

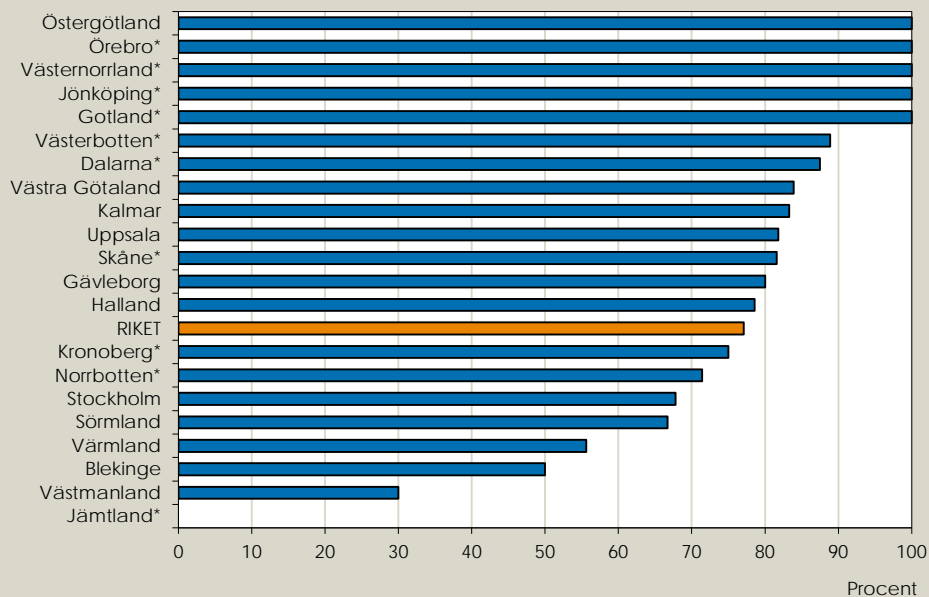
En majoritet, 85 procent, av specialistmottagningarna som tar emot patienter med KOL uppger att de enligt sina rutiner ska kalla patienter till plane-

¹² Att ha rutiner för hur ofta en uppföljning ska ske definieras som att uppföljning ska ske enligt rutin. Har enheten svarat att de saknar rutin eller att uppföljning inte ska ske, är det definierat som att enheten saknar rutiner för hur ofta uppföljningen ska ske.

rade återbesök, och av dessa uppger i sin tur de flesta, 83 procent, att de gör det i stor utsträckning.

Figur 58. Rutiner för kallelse till återbesök vid KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner kallar sina patienter med KOL till planerade återbesök.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

Uppföljande undersökningar

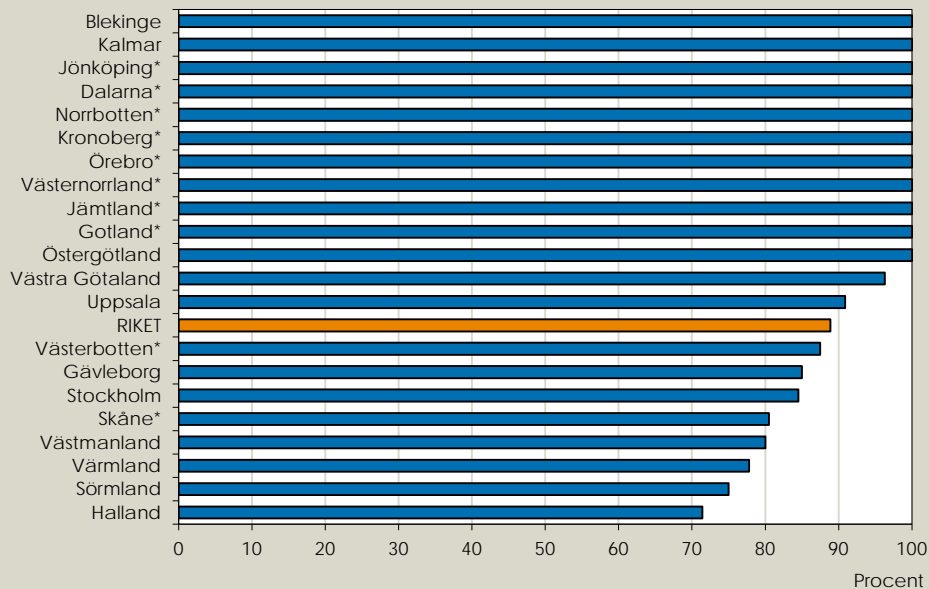
Spirometri

En majoritet av primärvårdsenheterna, 89 procent, anger att de har rutiner för hur ofta uppföljande spirometri i normalfallet ska göras (figur 59). Majoriteten anger att de ska göra uppföljande spirometri en gång om året, 70 procent. I många landsting uppger alla primärvårdsenheterna att de har rutiner för hur ofta spirometri ska göras, men i vissa landsting saknas sådana rutiner hos en del av enheterna. Bland specialistmottagningarna uppger 64 procent att de ska utföra spirometri en gång per år. Totalt 12 procent ska göra det två gånger per år eller oftare, och 18 procent saknar rutiner för detta.

En studie från Stockholms läns landsting visar att 45 procent av patienterna med KOL som var vid liv 31 december 2012 hade gjort minst en spirometri (oavsett vårdform) 2005–2010. Andelen varierade mycket mellan olika primärvårdsenheter [40].

Figur 59. Spirometri för patienter med KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner i normalfallet utför spirometri för patienter med KOL.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

Kontroll av vikt

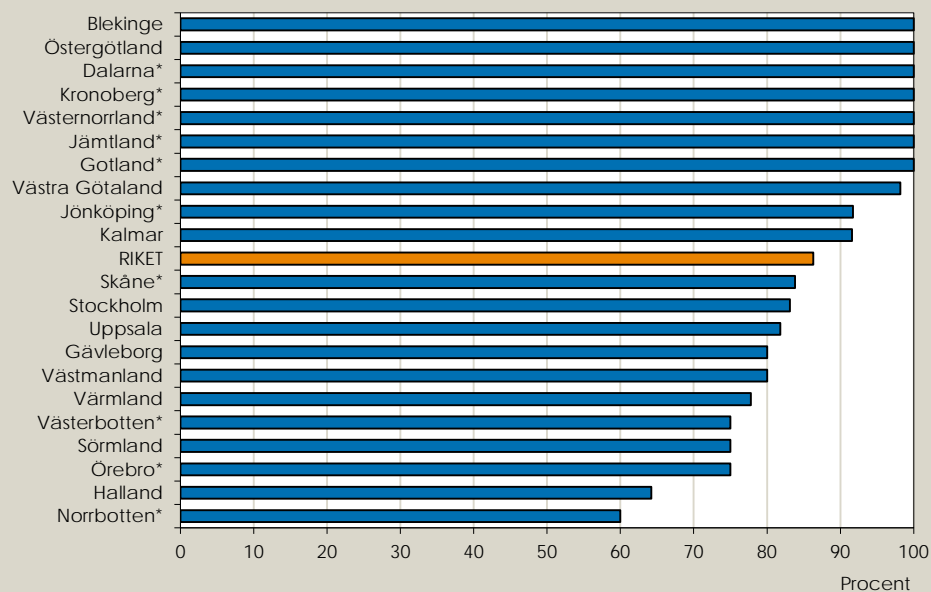
Tre fjärdedelar av primärvårdsenheterna uppger att de, enligt sina rutiner, normalt ska kontrollera vikt för patienter med KOL en gång per år. Totalt 86 procent av primärvårdsenheterna anger att de har rutiner för detta. Viss variation ses mellan landstingen (figur 60). Totalt 73 procent av specialistmottagningarna har rutiner för hur ofta vikten ska kontrolleras. Ungefär hälften, 49 procent, uppger att de enligt sina rutiner ska kontrollera vikt en gång per år, 21 procent ska göra det två gånger per år eller oftare, och 3 procent vartannat år eller mer sällan.

Enligt det regionala kvalitetsregistret för primärvård i Västra Götaland, QregPV är 20 procent av kvinnorna i regionen med KOL underviktiga (BMI < 22) liksom 16 procent av männen [41].

Enligt Luftvägsregistret är cirka 23 procent av alla patienter med KOL underviktiga (definierat som BMI < 22) och andelen stiger med ökande svårighetsgrad. I stadium 4 är 40 procent av patienterna underviktiga. Andelen överviktiga (BMI > 30) är 20–24 procent i stadium 1 till 3 [42].

Figur 60. Kontroll av vikt för patienter med KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner i normalfallet ska kontrollera vikt hos patienter med KOL.



*Svarsfrekvens <60 procent.

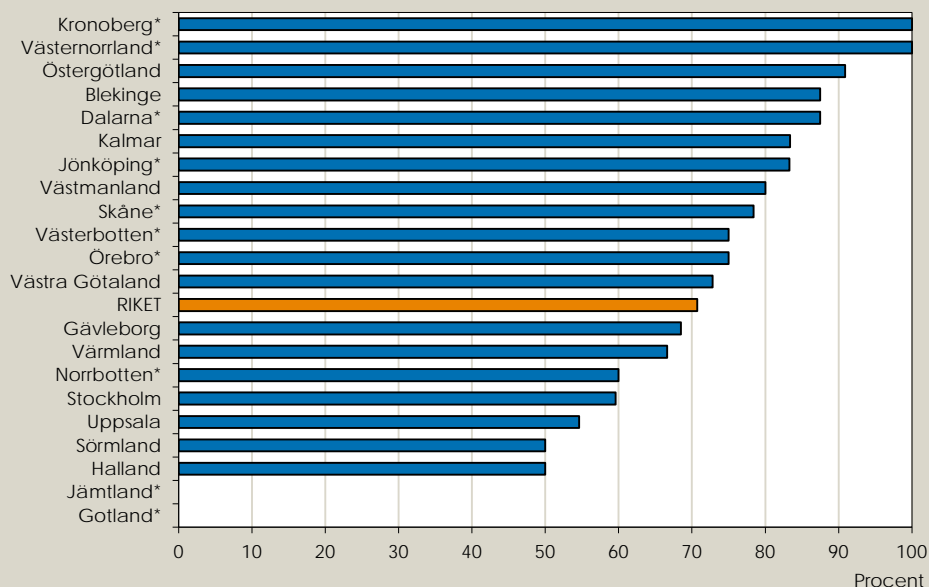
Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

Pulsoxymetri i vila

Totalt 71 procent av primärvårdsenheterna uppger att de har rutiner för hur ofta de ska utföra pulsoxymetri i vila för patienter med KOL (figur 61). De flesta av dessa, 81 procent, uppger att de, enligt sina rutiner, ska utföra denna undersökning en gång per år. Det finns skillnader mellan landstingen. I Västernorrland och Kronoberg uppger samtliga enheter att de har rutiner för pulsoxymetri i vila medan det är mindre vanligt i flera andra landsting. Mindre än hälften, 42 procent, av specialistmottagningarna uppger att de ska utföra pulsoxymetri i vila en gång per år, enligt sina rutiner. Nästan en tredjedel, 30 procent, ska göra det två eller fler gånger per år.

Figur 61. Pulsoxymetri i vila för patienter med KOL i primärvården

Andel primärvårdsenheter som enligt sina rutiner i normalfallet ska utföra pulsoxymetri i vila för patienter med KOL.



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

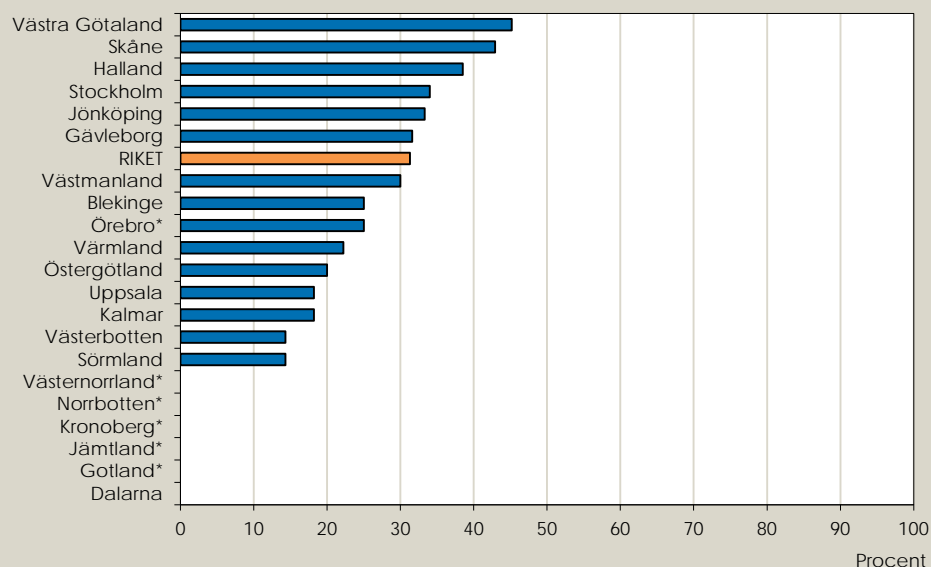
Symtombedömning med CAT-test

En knapp tredjedel av primärvårdsenheterna, 31 procent, uppger att de har rutiner för hur ofta de ska utföra CAT-test (figur 62), och 26 procent uppger att de ska göra det en gång per år. Skillnader ses mellan landstingen, och i flera landsting finns inga eller mycket få enheter som uppger att de har rutiner för användning av CAT-test. Mindre än hälften av specialistmottagningarna, 39 procent, uppger att de har rutiner för CAT-test. En femtedel, 21 procent svarar att de ska utföra CAT-test en gång per år, och 15 procent två gånger per år eller oftare. Totalt 15 procent uppger att de, enligt sina rutiner, inte ska utföra CAT-test.

Maximal poäng i ett CAT-formulär är 40. Mindre än 10 poäng innebär en liten påverkan på hälsostatus, 10–20 poäng en medelstor påverkan, 21–30 poäng en stor påverkan och mer än 30 poäng en mycket stor påverkan på hälsostatus. Enligt Luftvägsregistret har patienter med KOL i genomsnitt 15 CAT-poäng. Högst CAT-poäng ses i stadium 4, där medelvärdet ligger på 18 CAT-poäng och fyra procent av patienterna har CAT-poäng över 30 [42].

Figur 62. 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, juni 2014.

Bedömning av resultat

Kallelse till återbesök

Det är viktigt att följa upp personer med KOL. I de nationella riktlinjerna rekommenderas uppföljning med bedömning av symtom och fysisk aktivitet minst en gång per år vid KOL med underhållsbehandling, minst två gånger per år vid exacerbation, och inom sex veckor vid akut exacerbation (samt uppföljning vid behov för personer med KOL utan underhållsbehandling). Därutöver rekommenderas uppföljning med spirometri en gång per år för rökare med KOL.

Återbesök kan bokas på initiativ av patienten själv, eller kan initieras från primärvårdsenheten genom till exempel en kallelse eller instruktioner om att boka ett besök inom en viss tidsram.

Flertalet av primärvårdsenheterna, 77 procent, uppger att de enligt sina rutiner ska kalla patienter med KOL till planerade återbesök, och två tredjedelar av dessa uppskattar att de också gör det i stor utsträckning. Även flertalet av specialistmottagningarna, 85 procent, ska enligt sina rutiner kalla patienter med KOL, och av dem uppger 83 procent att de gör det i stor utsträckning. Enkätresultaten tyder alltså på att det är relativt vanligt med rutiner för kallelser, men att rutinerna inte alltid följs. Enkätresultaten säger inget om huruvida kallelserna skickas i rätt tid.

Uppföljande undersökningar

Spirometri

I de nationella riktlinjerna lyfts spirometri fram som en viktig undersökning för rökare med KOL, och enligt de nationella riktlinjerna bör dessa patienter följas upp med spirometri en gång per år. Vikten av att öka användningen av spirometri lyfts också som ett prioriterat förbättringsområde av Riksförbundet HjärtLung. En majoritet av både primärvårdsenheterna, 89 procent, och specialistmottagningarna, 79 procent, uppger att de har rutiner för hur ofta spirometri ska göras i uppföljningen av patienter med KOL.

Kontroll av vikt

Viktnedgång och undernäring är en risk för personer med KOL, och därför är det relevant att följa deras vikt. De flesta primärvårdsenheterna, 83 procent, och specialistmottagningarna, 70 procent, uppger att de enligt sina rutiner i normalfallet ska kontrollera vikten för personer med KOL minst en gång per år.

Pulsoxymetri

Pulsoxymetri är ett sätt att mäta syresättningen i blodet och det används i uppföljningen av personer med KOL. Totalt 71 procent av primärvårdsenheterna och 76 procent av specialistmottagningarna uppger att de har rutiner för hur ofta pulsoxymetri i vila i normalfallet ska genomföras.

Symtombedömning med CAT-test

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

Samverkan och informationsutbyte i vården av KOL

Personer med KOL kommer ofta i kontakt med flera olika aktörer inom sjukvården och omsorgen, och därför är det viktigt med samverkan och informationsutbyte mellan dem. Två viktiga aspekter av detta är ansvarsfördelningen mellan primärvården och specialistvården samt samverkan kring uppföljningar efter akutsjukvård.

Definition och datakällor

Följande mått för samverkan och samordning mellan vården redovisas:

- andel specialistmottagningar som har skriftliga rutiner för vilka patienter med diagnosen KOL eller misstänkt KOL som accepteras för nybesök på mottagningen
- andel primärvårdsenheter som, i normalfallet, får information från specialistvården när patienter som vårdats på primärvårdsenheten haft akutsjukvård för försämring av KOL (antingen sluten- eller öppenvård)
- andel primärvårdsenheter som normalt kallar patienten till ett uppföljande besök när de får information från specialistvården om att en patient med KOL som vårdats på enheten haft akutsjukvård för försämring av KOL (antingen i sluten- eller öppenvården)

Data inhämtades via en enkät till de primärvårdsmottagningar och specialistmottagningar som tar emot patienter med KOL.

Utfall och variation

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.

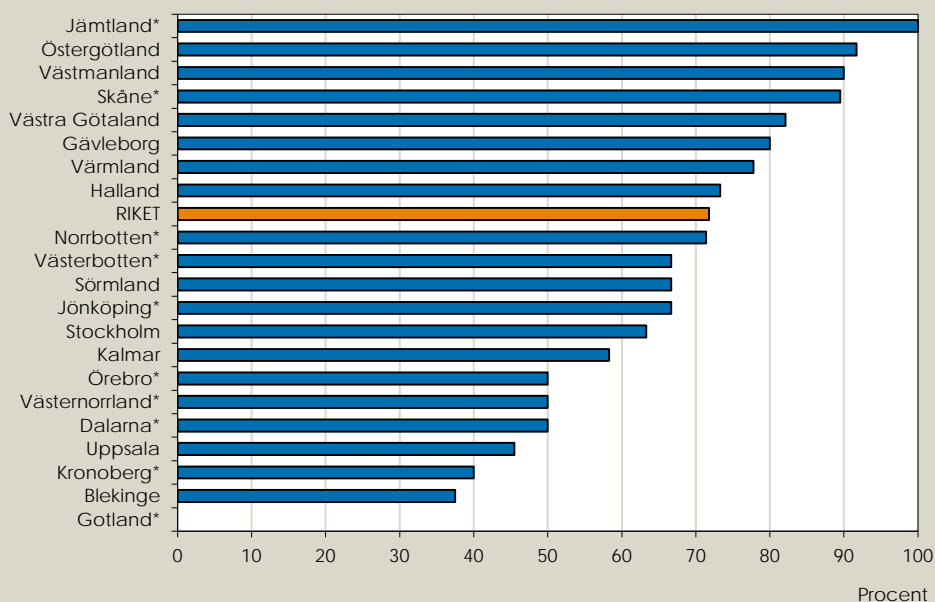
Uppföljning efter akutbesök

Totalt 72 procent av primärvårdsenheterna uppger att de, i normalfallet, får information från specialistsjukvården när en patient som vårdats på enheten haft 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 63). De flesta primärvårdsenheter, 82 procent, som uppger sig få sådan information anger att de normalt kallar patienten till ett planerat uppföljande besök.

En studie från Stockholms läns landsting visar att för patienter med KOL som var vid liv 31 december 2012 följdes 38 procent av besöken på akutmottagning av ett besök i primärvård och/eller basal hemsjukvård inom 14 dagar. Totalt 29 procent av akutmottagningsbesöken hade dock inget efterföljande primärvårdsbesök inom 30 dagar [40].

Figur 63. Informationsöverföring vid akutsjukvård vid försämring av KOL

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



*Svarsfrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, juni 2014.

Bedömning av resultat

Personer med KOL behöver ofta insatser från flera aktörer i vården och ibland omsorgen, vilket gör att det finns ett stort behov av god samverkan och samordning.

Efter akut försämring av KOL är det särskilt viktigt med samverkan och informationsutbyte mellan vårdens olika aktörer för att möjliggöra en adekvat uppföljning. I Socialstyrelsens enkätundersökning uppger 72 procent av primärvårdsenheterna att de i normalfallet får information från specialistsjukvården när en patient som vårdats på enheten haft akutsjukvård för försämring av KOL. I vissa landsting är dock andelen betydligt mindre. Av primärvårdsenheterna som får sådan information uppger de flesta, 82 procent, att de normalt kallar patienten till ett uppföljande besök. Bilden som framträder tyder på att informationsutbytet och uppföljningarna kan förbättras. Sannolikt behövs insatser från huvudmännen för att säkra denna samverkan.

Vidare är samverkan viktig vid remisser från primärvården till specialistvården. För att få en väl fungerande vårdkedja är det nödvändigt med rutiner eller överenskommelser för vilka patienter som ska vårdas i primärvården respektive specialistvården. Socialstyrelsens enkätundersökning visar att mindre än hälften, 41 procent, av specialistmottagningarna har skriftliga rutiner för vilka patienter med diagnosen KOL eller misstänkt KOL som accepteras för nybesök på mottagningen.

KOL i specialistvården

Personer med KOL vårdas framför allt i primärvården. I dag omfattar Socialstyrelsens patientregister endast specialistsjukvårdvården, och ger bara information om de personer som vid något tillfälle registrerats i specialistsjukvården med diagnosen KOL. Förekomsten av sådana vårdkontakter kan ge en bild av hur vanligt det är att personer med KOL vårdas i specialistvården och visa eventuella skillnader mellan olika grupper vad gäller specialistvårdskonsumtion. Den grupp som beskrivs utgör dock endast en liten del av alla personer med KOL, och dess storlek påverkas av flera faktorer såsom förekomsten av KOL, fördelningen mellan primärvården och specialistvården, och diagnosättningsgraden för bidiagnoser i specialistvården.

Definition och datakällor

I detta kapitel redovisas alla som under 2012 hade minst ett vårdtillfälle eller vårdbesök i specialistvården med diagnosen KOL (J45–J46). Dessutom redovisas patienternas ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå¹³ och födelseland. Uppgifter om vårdtillfällen, ålder, kön och födelseland är hämtade ur patientregistret. Uppgifter om utbildning är hämtade ur utbildningsregistret.

Utfall och variation

I Socialstyrelsens patientregister identifierades 53 568 personer som hade minst ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen KOL inom specialistvården under 2012, vilket motsvarar 0,6 procent av Sveriges befolkning.

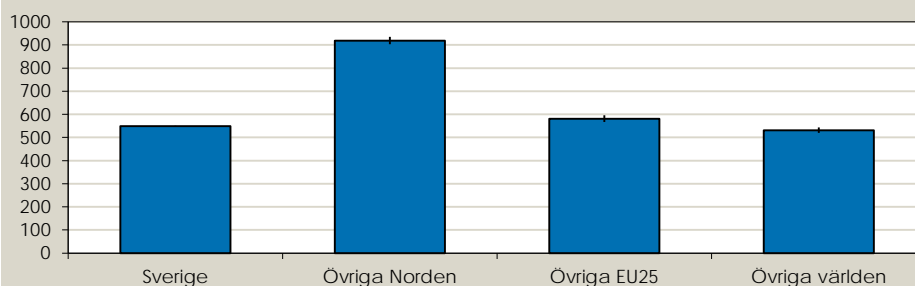
Vårdkontakter i specialistvården med diagnosen KOL var vanligast i högre åldrar. Bland personer 80 år och äldre fanns 3 157 patienter med KOL per 100 000 invånare, och i åldersgruppen 70–79 år var motsvarande antal 2 535. Kvinnor övervägde något: totalt 591 kvinnor jämfört med 535 män per 100 000 invånare.

Vissa skillnader ses också beroende på födelseland. Bland personer födda i övriga Norden fanns en större andel personer med KOL i specialistvården: 919 jämfört med 548 personer per 100 000 för personer födda i Sverige (figur 64).

¹³ Endast information om utbildning för personer över 25 år har hämtats.

Figur 64. KOL i specialistvården efter födelse land

Antal patienter per 100 000 invånare med minst ett vårdtillfälle i specialistvården där diagnosen KOL registrerats under 2012 fördelat efter födelse land, åldersstandardiserade värden

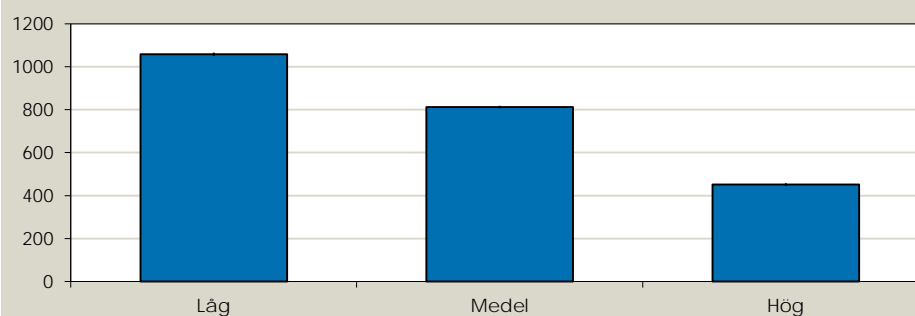


Källa: SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det finns stora skillnader mellan olika utbildningsnivåer. Bland lågutbildade fanns cirka 1 058 personer med KOL i specialistvården per 100 000 invånare, vilket är mer än dubbelt så många som bland högutbildade (figur 65).

Figur 65. KOL i specialistvården efter utbildningsnivå

Antal patienter över 25 år per 100 000 invånare med minst ett vårdtillfälle i specialistvården där diagnosen KOL registrerats under 2012 fördelat på utbildningsnivå, åldersstandardiserade värden.



Källa: Utbildningsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Bedömning av resultat

Analyserna i detta avsnitt begränsas av att patientregistret endast innehåller uppgifter från specialistvården, vilket också gäller det motsvarande kapitlet om astma i specialistvården. Data gäller endast personer med KOL som har kontakt med specialistvården, och alltså inte de personer som endast besöker primärvården för sin sjukdom samt personer som inte hade kontakt med sjukvården under året.

Totalt identifierades 53 568 personer som fått specialistvård med KOL som registrerad huvuddiagnos eller bidiagnos under 2012, vilket motsvarar

0,6 procent av befolkningen. Förekomsten av KOL i Sverige uppskattas till 400 000–700 000 personer beroende på vilka kriterier för KOL som tillämpas [28], vilket innebär att ungefär en tiondel av alla personer med KOL hade kontakt med specialistvården under året. Eftersom bidiagnoser inkluderas kan vissa av dessa kontakter haft andra orsaker än KOL. Dock torde medräkning av bidiagnoser ge en mer rättvisande bild av vårdkontaktarna till följd av KOL inom specialistvården än att endast redovisa huvuddiagnoser. KOL kan nämligen vara en viktig faktor i vårdkontakten även om sjukdomen registreras som bidiagnos. Äldre hade fler kontakter med specialistvården, och 3,2 procent av alla som var 80 år och äldre hade under året kontakt med specialistvården med KOL som registrerad diagnos.

Specialistvård för KOL var betydligt vanligare bland personer födda i övriga Norden och bland personer med låg utbildningsnivå. Dessa skillnader skulle kunna bero på skillnader i förekomst av KOL, sökmönster till vården eller sjukvårdens omhändertagande.

Kommunal omsorg för personer med KOL

Många äldre personer med obstruktiv lungsjukdom har olika typer av kommunala omsorgsinsatser såsom hemtjänst, särskilt boende eller korttidsboende. Det är därför viktigt att dessa verksamheter har kompetens som möjliggör ett gott omhändertagande av personer med obstruktiv lungsjukdom.

I detta kapitel presenteras en översikt över omsorgsinsatserna bland äldre med obstruktiv lungsjukdom, följt av en redovisning av utbildning i KOL-vård för personer som arbetar inom kommunal omsorg.

Omsorgsinsatser

Definition och datakällor

I detta avsnitt redovisas följande mått:

- antal personer över 65 år som under 2012 hämtade ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom och bodde på ett särskilt boende
- antal personer över 65 år som under 2012 hämtade ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom och hade hemtjänst men inte särskilt boende
- antal personer över 65 år som under 2012 hämtade ut minst ett recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom och bodde på korttidsboende, men inte hade hemtjänst eller bodde på särskilt boende

Läkemedelsregistret har använts för att identifiera personer med läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom, eftersom många av dem troligen har KOL eller astma. Socialtjänstregistret har använts som källa till information om omsorgsinsatser under året.

Utfall och variation

Av personer över 65 år som under 2012 hämtade ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom fanns 5 procent (12 201 personer) på särskilt boende, 12 procent (27 837 personer) hade hemtjänst och 0,2 procent (485 personer) bodde på korttidsboende.

Utbildning i KOL-vård

Definition och datakällor

Utbildning i KOL-vård bland sjuksköterskor och andra personalgrupper i kommunal vård och omsorg kartlades via enkäter till landets kommuner. Följande mått redovisas:

- i vilken omfattning sjuksköterskor som arbetar inom kommunens olika boendeformer har högskoleutbildning i KOL-vård. Med högskoleutbildning i KOL-vård avses minst 15 högskolepoäng eller motsvarande inom KOL-vård (15 högskolepoäng motsvarar 10 gamla poäng)
- i vilken omfattning sjuksköterskor som arbetar inom kommunens olika boendeformer genomgått någon typ av utbildning i KOL-vård under 2012 eller 2013. Med någon typ av utbildning i KOL-vård avses utbildning som leder till högskolepoäng eller annan utbildning

Utfall och variation

Högskoleutbildning i KOL-vård

En mindre andel av kommunerna uppger att de har någon verksam sjuksköterska vid särskilda boenden eller korttidsboenden som har högskoleutbildning i KOL-vård, 12 respektive 10 procent. Även vad gäller hemsjukvård i ordinärt boende är det bara en mindre andel av kommunerna som har sjuksköterskor med högskoleutbildning i KOL-vård, 12 procent.

Utbildning i KOL-vård 2012–2013

I cirka 15 procent av kommunerna uppges att någon sjuksköterska som arbetar i kommunernas olika boendeformer genomgått någon utbildning i KOL-vård under 2012–2013.

Bedömning av resultat

Nästan en femtedel, 18 procent, av dem över 65 år som hämtar ut läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom hade under 2012 någon form av kommunal omsorgsinsats. Sannolikt har en betydande 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.

Dödlighet i KOL

I detta avsnitt redovisas dödlighet till följd av KOL.

Definition och datakällor

Från dödsorsaksregistret kommer uppgifter om antalet dödsfall från 2012 där KOL har angetts som huvudorsak (J43–44). Undersökningen omfattar även dödsfall med respiratorisk insufficiens (andningssvikt) som huvudorsak och KOL som biorsak, såvida de inte klassificeras på annat sätt (J96). KOL kan nämligen i dessa dödsfall vara en viktig bidragande orsak. Dock fanns inga dödsfall under 2012 med denna kombination av huvudorsak och biorsak.

Utfall och variation

Under 2012 avled 2 839 personer med KOL som registrerad huvudsaklig dödsorsak. Den registrerade mortaliteten till följd av KOL varierar mellan landstingen. I Sörmland dog 40 personer per 100 000 invånare till följd av KOL, vilket var nästan dubbelt så många som i Uppsala. De allra flesta av dem som dog till följd av KOL var 65 år eller äldre, 94 procent. Drygt hälften var kvinnor, 55 procent.

Bedömning av resultat

Totalt 2 839 personer avled 2012 med KOL som registrerad huvudsaklig dödsorsak, med en överrepresentation av kvinnor, 55 procent. Det verkliga dödstalet är sannolikt betydligt högre om komplikationer av KOL såsom hjärtåkommor eller lunginflammation inkluderas. Det finns skillnader mellan landstingen men de ska tolkas med försiktighet då det inte går att fastställa om skillnaden beror på en faktisk skillnad i dödligheten till följd av KOL eller på olika sätt att registrera huvudorsaken vid dödsfall.

Kunskapsstyrning i vården och omsorgen för astma och KOL

Tillgång till bästa tillgängliga kunskap är en förutsättning för att ha en evidensbaserad praktik inom vård och omsorg. Denna kunskap kan komma från flera olika källor, till exempel regionala eller lokala vårdprogram och riktlinjer. En annan källa till kunskap och jämförelser är nationella kvalitetsregister, i detta fall Luftvägsregistret. Inom den kommunala omsorgen bör det finnas rutiner för delegering till olika personalkategorier. Det är en viktig aspekt av att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap används. I detta kapitel beskrivs olika aspekter av vårdens och omsorgens användning av kunskap.

Landsting och regioner

Tillgång till vårdprogram

Definition och datakällor

I detta avsnitt beskrivs olika aspekter av landstingens vårdprogram. Data inhämtades via en enkät till landstingen. Följande mått beskriver landstingens vårdprogram:

- andel landsting som har regionala vårdprogram
- vilka verksamheter som omfattas av vårdprogrammen för astma respektive KOL
- andel landsting där vårdprogrammen för astma respektive KOL innehåller rutiner för följande områden: diagnostik, läkemedelsbehandling, uppföljning av läkemedelsbehandling, patientutbildning/stöd till egenvård respektive rökavvänjning

Utfall och variation

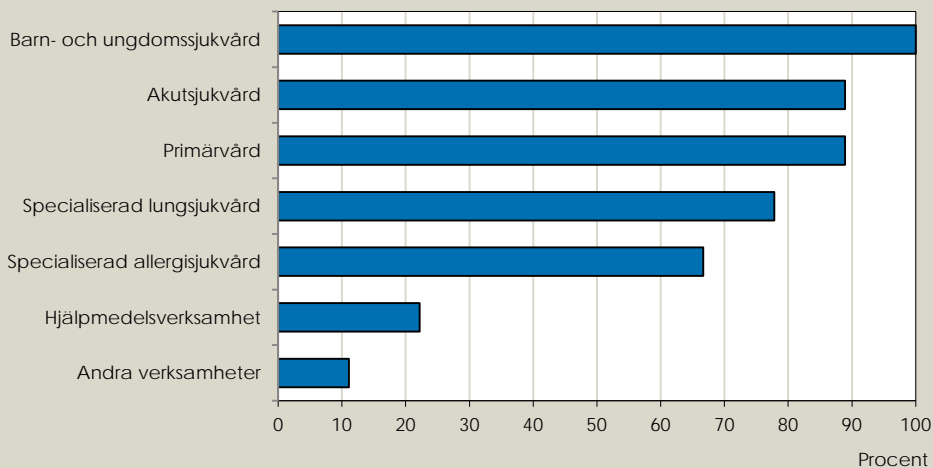
De flesta landstingen, 64 procent, uppger att de har regionala vårdprogram för både astma och KOL. Fyra landsting anger dock att de saknar regionala vårdprogram, och tre av dessa uppger att det inte heller pågår något arbete med att ta fram vårdprogram för astma och KOL.

En majoritet av vårdprogrammen för astma omfattar merparten av de berörda verksamheterna: barn och ungdomsvården, 100 procent; primärvården, 89 procent; akutvården, 89 procent; den specialiserade lungsjukvården, 78 procent och den specialiserade allergivården, 67 procent. Endast 22 procent av vårdprogrammen omfattar dock hjälpmedelsverksamheten (figur 66).

Samtliga vårdprogram för astma innehåller rutiner för diagnostik och läkemedelsbehandling, men något färre för uppföljning av läkemedelsbehandling, 78 procent, patientutbildning och stöd till egenvård, 78 procent, och rökavvänjning, 78 procent.

Figur 66. Verksamheter som omfattas av vårdprogram för astma

Andel landsting som anger att respektive verksamhet omfattas av vårdprogram för astma.

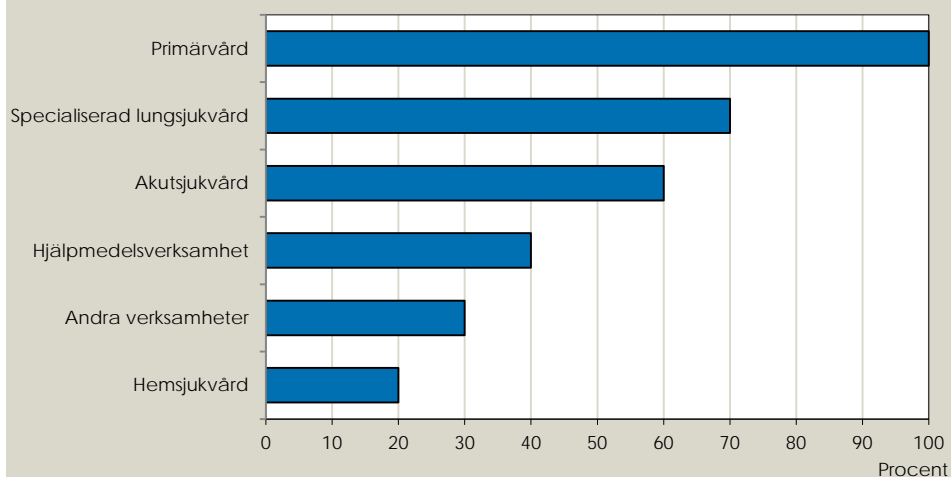


Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Samtliga vårdprogram för KOL omfattar primärvården, och de flesta även den specialiserade lungsjukvården, 70 procent, och akutsjukvården, 60 procent. Däremot är det endast en liten del av vårdprogrammen för KOL som omfattar hjälpmedelsverksamheten, 40 procent, och hemsjukvården, 20 procent, (figur 67).

Figur 67. Verksamheter som omfattas av vårdprogram för KOL

Andel landsting som anger att respektive verksamhet omfattas av vårdprogram för KOL.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Samtliga vårdprogram för KOL har rutiner för diagnostik och läkemedelsbehandling, och de flesta även för uppföljningar av läkemedelsbehandling, 90 procent. Totalt 70 procent av vårdprogrammen innehåller rutiner för patient-

utbildning och stöd till egenvård, och för rökavvänjning är andelen 60 procent.

Bedömning av resultat

Tillgång till bästa tillgängliga kunskap kan säkerställas på olika sätt. En möjlig källa är lokala eller regionala vårdprogram som bygger på de nationella riktlinjerna. Endast 64 procent av landstingen uppger att de i dag har sådana. Möjligen kan detta tala för att fler använder nationella källor till bästa tillgängliga kunskap och att de till viss del ersätter lokala eller regionala vårdprogram. Det är angeläget att hälso- och sjukvården säkerställer att vården har god tillgång till bästa tillgängliga kunskap.

Flera av landstingens vårdprogram för astma och KOL täcker inte den specialiserade allergivården eller lungsjukvården, och endast en mindre andel täcker in hemsjukvården och hjälpmedelsverksamheten. En stor andel berör inte heller uppföljning av läkemedelsbehandling, patientutbildning eller rökavvänjning. Det kan emellertid tänkas att vissa landsting som inte inkluderar dessa områden i vårdprogram för astma eller KOL, istället har dem i separata vårdprogram, exempelvis i ett särskilt vårdprogram om rökavvänjning. Det är dock angeläget att dessa viktiga områden berörs i eventuella vårdprogram, och att vårdprogram för astma och KOL hänvisar till sådana eventuella separata vårdprogram.

Vårdenheternas användning av riktlinjer

I dag är det svårt att mäta i vilken utsträckning riktlinjer eller vårdprogram faktiskt används och följs. Förekomsten av lokala överenskommelser om att använda lokala eller regionala riktlinjer kan dock ge någon information.

Definition och datakällor

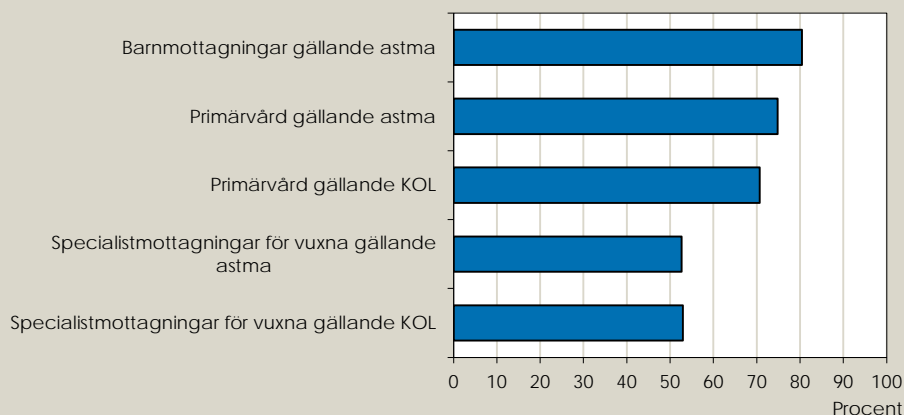
I följande avsnitt redovisas andelen vårdenheter inom primär- respektive specialistvården som har en lokal överenskommelse om att använda några särskilda lokala eller regionala riktlinjer för att utreda och behandla astma och KOL. Data har inhämtades från enkäter till primärvårdsenheter och barnmottagningar, och till specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma eller KOL.

Utfall och variation

Förekomsten varierar när det gäller lokala överenskommelser om att använda särskilda lokala eller regionala riktlinjer för att utreda och behandla astma. Ungefär hälften, 53 procent, av specialistmottagningarna som tar emot vuxna med KOL eller astma säger sig ha någon form av lokal överenskommelse, medan motsvarande siffra för barnmottagningarna som tar emot barn med astma är 80 procent. Andelen bland primärvårdsenheterna är 75 respektive 71 procent för astma respektive KOL (figur 68).

Figur 68. Överenskommelse kring astma respektive KOL

Andel vårdenheter som uppger sig ha lokal överenskommelse om att använda särskilda lokala eller regionala riktlinjer för utredning och behandling av astma respektive KOL.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

För att riktlinjer och vårdprogram ska få effekt på den vård som ges måste de användas praktiskt vid vårdenheterna. En stor andel, 80 procent, av barnmottagningarna uppger att de har en lokal överenskommelse om att använda specifika lokala eller regionala riktlinjer, medan motsvarande siffra är mindre för primärvårdsenheterna, 71 och 75 procent för KOL respektive astma, och för specialistmottagningarna, 53 procent för både astma och KOL. Utan tydliga överenskommelser kring användningen av riktlinjer finns en risk för att vården som ges inte baseras på bästa tillgängliga kunskap. Utvecklingen går dock mot en ökad användning av olika typer av nationella källor för att inhämta bästa tillgängliga kunskap, och det är möjligt att de enheter som saknar lokala överenskommelser i stället använder de nationella riktlinjerna. Det är angeläget att hälso- och sjukvården har en god uppfattning om vilka källor till bästa tillgängliga kunskap som används lokalt i vården för astma och KOL, och skapar goda förutsättningar för vårdenheter och verksam personal att inhämta bästa tillgängliga kunskap.

Användning av Luftvägsregistret

Under 2013 var cirka en tredjedel av landets primärvårdsenheter anslutna till Luftvägsregistret, liksom drygt hälften av landets lungmedicinska mottagningar. Uppgifterna i registret kan användas för att följa upp och utvärdera den vård som ges och därigenom utgöra underlag till ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Definition och datakällor

I följande avsnitt redovisas huruvida de deltagande mottagningarna använder vårdenhetens resultat i Luftvägsregistret för patienter med diagnosen KOL för diskussioner vid läkar- och sjuksköterskemöten eller arbetsplatsträffar. Data har inhämtats via en enkät till de specialistmottagningar som tar emot patienter med KOL.

Utfall och variation

Strax under hälften, 44 procent, av de deltagande mottagningarna diskuterar enhetens resultat i Luftvägsregistret vid läkar- och sjuksköterskemöten eller vid arbetsplatsträffar.

Bedömning av resultat

Uppföljning och återkoppling av vårdens resultat är en viktig bas för utveckling och kvalitetsarbete, och Luftvägsregistret är i dag den bästa tillgängliga källan för sådan information vad gäller KOL. De nationella kvalitetsregistren ska också i första hand användas för förbättringsarbete. Mindre än hälften av mottagningarna som uppger att de deltar i Luftvägsregistret har diskuterat mottagningens resultat vid läkar- och sjuksköterskemöten eller arbetsplatsträffar. Det är därför önskvärt att registret i högre grad används i lokalt förbättringsarbete.

Kommuner

Kommunerna står för en betydande del av vården vid KOL. Vårdprogram och rutiner för delegering är viktiga för att säkerställa att KOL-vården inom dessa verksamheter baseras på bästa tillgängliga kunskap.

Definition och datakällor

I följande avsnitt redovisas kommunernas vårdprogram och rutiner vid KOL med följande mått:

- andelen kommuner som använder något vårdprogram eller liknande för KOL-vård
- andelen kommuner som använder vårdprogrammet för vård och omsorg vid KOL inom respektive boendeform
- andelen kommuner som har rutiner för delegering av vård vid KOL
- andelen kommuner vars rutiner anger att ett kunskapstest ska göras före delegering

Data inhämtades via en enkät som skickades till samtliga kommuner i Sverige samt stadsdelarna i Göteborg och Stockholm.

Med *vårdprogram eller liknande* avses lokala eller regionala riktlinjer eller ett nationellt vårdprogram som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Med *rutiner* avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur delegeringen ska genomföras. Rutinen ska vara känd och användas av personalen inom kommunen. Med *delegering* avses att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter den till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Med *kunskapstest* avses en kontroll av praktiska och teoretiska färdigheter hos uppgiftsmottagaren. Testet ska genomföras på ett strukturerat sätt efter förutbestämda kriterier.

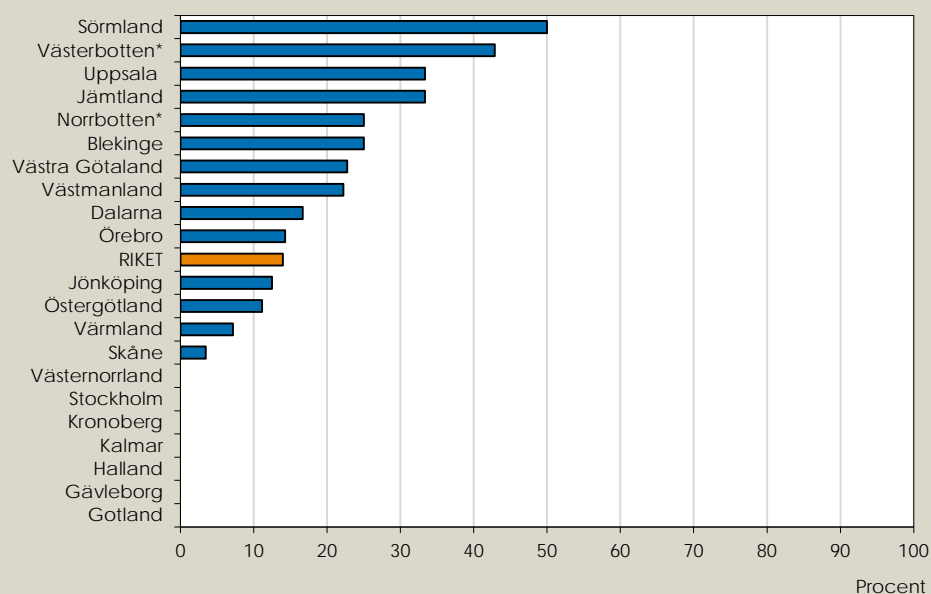
Utfall och variation

En mindre andel av kommunerna, 14 procent, uppger att de använder vårdprogram för vården av personer med KOL (figur 69). Totalt 5 procent använder ett nationellt vårdprogram, 9 procent ett lokalt eller regionalt vårdprogram, och 2 procent anger att de håller på att ta fram ett vårdprogram. Andelen kommuner som använder vårdprogram varierar mellan landstingen. De flesta kommunerna som använder ett lokalt, regionalt eller nationellt vårdprogram anger att det används i olika boendeformer där 94 procent använder vårdprogrammet i permanent särskilt boende, 91 procent i korttidsboende och 82 procent för insatser i ordinärt boende.

Strax över hälften av kommunerna, 57 procent, uppger att de har rutiner för delegering. Lite mer än hälften, 55 procent, har skriftliga rutiner och ytterligare 2 procent har muntliga rutiner. Av kommunerna som har rutiner för delegering anger 97 procent att ett kunskapstest ska göras före delegering.

Figur 69. Användning av vårdprogram i kommunerna

Andel kommuner som använder nationellt, lokalt eller regionalt vårdprogram för KOL.



* Landsting där <60 procent av kommunerna svarat.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

En stor del av vården till personer med KOL ges med kommunerna som huvudmän, och 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 för KOL-vård.

Kunskapsunderlag, till exempel i form av vårdprogram, kan öka möjligheten att ge en god KOL-vård inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sådana kunskapsunderlag kan också 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 för att patienterna inte får nödvändig vård.

Sjukvårdens strukturer för astma och KOL

Sjukvårdens strukturer sätter ramarna för vilken sjukvård som kan ges och har därför stor betydelse för att patienter med astma eller KOL ska få en högkvalitativ sjukvård. Det är också nödvändigt att sjukvården har tillräckliga resurser i form av personal med adekvat kompetens och rätt utrustning. Det finns dock olika sätt att organisera resurserna för att ge en god vård, och det är svårt att dra några klara slutsatser kring vårdens kvalitet utifrån resultat som speglar strukturer.

Personal och kompetens

Tillgång till kompetens inom vården av patienter med astma eller KOL är viktigt för att kunna erbjuda en god vård. I de nationella riktlinjerna betonas också vikten av interprofessionell samverkan. I detta avsnitt beskrivs tillgången till sjukvårdspersonal med relevant kompetens.

Specialistutbildade sjuksköterskor

Många enheter har specialistutbildade sjuksköterskor i form av astma-/KOL-sjuksköterskor respektive astmautbildade sjuksköterskor eller barnsjuksköterskor. Det gäller dock inte alla enheter som tar hand om patienter med astma eller KOL.

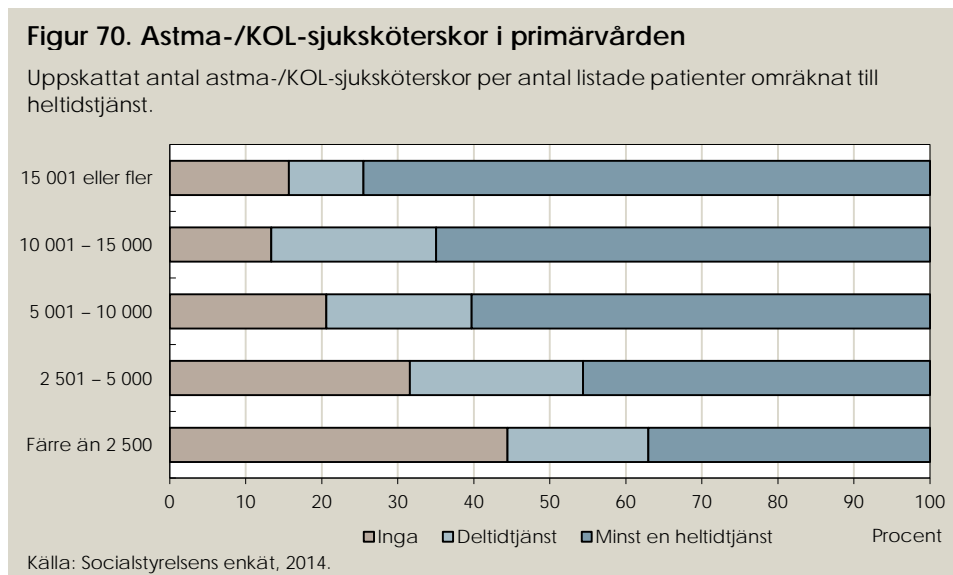
Definition och datakällor

Tillgången till sjuksköterskor med relevant specialistkompetens kartlades genom en enkätundersökning till vårdcentraler och specialistmottagningar som tar emot patienter med astma eller KOL. Med *astma-/KOL-sjuksköterska* avses sjuksköterska med ämneskompetens i vård av patienter med astma eller KOL. Med *sjuksköterska eller barnsjuksköterska utbildad i astma och allergi* avses sjuksköterska med ämneskompetens i vård av astmapatienter. Ämneskompetens ska utgöras av minst 15 högskolepoäng, eller 10 poäng enligt gamla poängsystemet (1 poäng = 1,5 högskolepoäng). I enkäten ombads respondenterna att räkna om antalet sjuksköterskor till heltidstjänster. Mindre än alltid avser de fall där respondenten anger att de har en viss specialiserad sjuksköterska vid sin enhet som dock inte summerar till en heltidstjänst (1–99 procent).

Utfall och variation

Astma-/KOL-sjuksköterskor i primärvården
Över hälften av primärvårdsenheterna, 61 procent, har minst en heltidsanställd astma-/KOL-sjuksköterska. Andelen varierar dock beroende på vård-enhetens storlek. Av primärvårdsenheterna med minst 15 000 listade patienter anger tre fjärdedelar att de har minst en astma-/KOL-sjuksköterska på

heltid. Bland primärvårdsenheterna med färre än 2 500 listade är andelen 37 procent (figur 70).



Astma-/KOL-sjuksköterskor uppges ofta lägga en mindre del av sin arbetstid på uppgifter som rör just astma och KOL. Tre fjärdedelar, 74 procent, av enheterna anger att dessa sjuksköterskor i genomsnitt ägnar en mindre del (0–40 procent) av sin arbetstid åt astma- och KOL-relaterade uppgifter. Bland enheter med fler än 10 000 listade uppger 63 procent att sjuksköterskorna ägnar en mindre del av sin arbetstid åt uppgifter som är relaterade till astma och KOL.

Astma-/KOL-sjuksköterskor i vuxen specialiserad öppenvård Merparten, 58 procent, av specialistvårdsenheterna som tar emot patienter med astma uppger att de har minst en astma-/KOL-sjuksköterska (omräknad till heltidstjänst). Ungefär en femtedel uppger att de har en sådan sjuksköterska på deltid.

Ungefär hälften, 55 procent, av specialistvårdsenheterna som tar emot patienter med KOL har minst en astma-/KOL-sjuksköterska (omräknad till heltidstjänst). En mindre del, 24 procent, anger att de har en på deltid.

Sjuksköterskor vid barnmottagningar

Ungefär hälften av barnmottagningarna, 53 procent, uppger att de har minst en sjuksköterska eller barnsjuksköterska som är utbildad i astma och allergi (omräknad till heltidstjänst) vid sin enhet. Totalt 17 procent anger att de har en sådan sjuksköterska på deltid.

Specialistläkare

Definition och datakällor

Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har använts som källa för antalet sysselsatta allergologer och lungspecialister i Sverige 2011. Samma databas har använts för att undersöka antalet utfärdade specialistbe-

vis. Socialstyrelsen har använt enkäter för att kartlägga tillgången till allergologer, specialister i allmänmedicin och lungspecialister vid vårdenheterna.

Utfall och variation

Allergologer

År 2011 fanns 88 sysselsatta allergologer i Sverige, varav 45 procent var 60 år eller äldre. Detta motsvarar knappt en allergolog per 100 000 invånare i Sverige. Denna siffra skiljer sig mellan sjukvårdsregionerna, och i Stockholm fanns exempelvis 1,2 allergologer per 100 000 invånare jämfört med 0,7 i Uppsala-Örebroregionen. Under 2012 utfärdades sju nya specialistbevis i allergologi. I genomsnitt utfärdades fyra nya specialistbevis per år under 2002–2012.

Vid 28 procent av de kartlagda specialistmottagningarna som omhändertar vuxna patienter med astma finns minst en allergolog (omräknad till heltidstjänst). Runt en tredjedel, 36 procent, har en allergolog på deltid.

Barnallergologer

År 2011 fanns 83 sysselsatta specialister i barn- och ungdomsallergologi i Sverige, vilket motsvarar 0,9 specialister per 100 000 invånare. Stora skillnader ses mellan sjukvårdsregionerna. Stockholm hade 1,2 specialister per 100 000 invånare jämfört med sydöstra sjukvårdsregionens 0,6 specialister per 100 000 invånare. Under 2012 utfärdades tio nya specialistbevis.

Vid 35 procent av de kartlagda barnmottagningarna och barnallergimottagningarna finns minst en barnallergolog (omräknad till heltidstjänst). Ungefär en tredjedel, 30 procent, har en barnallergolog på deltid och resten, 35 procent, av mottagningarna saknar barnallergologer. I genomsnitt finns 0,9 barnallergologer per barnmottagning.

Lungspecialister

Under 2011 fanns 165 sysselsatta lungspecialister i Sverige, vilket motsvarar 1,7 stycken per 100 000 invånare. Det finns dock stora skillnader mellan olika sjukvårdsregioner. I norra, västra och södra sjukvårdsregionerna fanns mer än två lungspecialister per 100 000 invånare, jämfört med endast 1,3 i Uppsala-Örebroregionen. Totalt 21 procent av alla sysselsatta lungspecialister var 60 år eller äldre. Under 2012 utfärdades 23 nya specialistbevis, mer än dubbelt så många som 2002, då endast 9 nya bevis utfärdades.

Flertalet, 72 procent, av de kartlagda specialistmottagningarna som omhändertar vuxna patienter med KOL uppger att de har minst en lungspecialist (omräknad till heltidstjänst).

Läkares kompetens i spirometritolkning i primärvård

Spirometri är en nyckelundersökning som i huvudsak bör användas för diagnostik vid både astma och KOL. Läkarnas kompetens och erfarenhet av spirometritolkning kan påverka sannolikheten för att spirometri görs och tolkas korrekt. Det är svårt att mäta reell kompetens, men andelen läkare som genomgått utbildning i spirometritolkning kan ge en bild av den kompetens som finns.

Definition och datakällor

Socialstyrelsen har kartlagt andelen läkare verksamma i primärvården som har kompetens i spirometritolkning, genom en enkätundersökning till primärvårdsenheterna. Med kompetens i spirometritolkning avses en genomgången (lokal eller formell) utbildning efter läkarutbildningen. Med verksamma läkare avses samtliga legitimerade läkare som var anställda på enheten (inklusive vikarier) när enkäten besvarades.

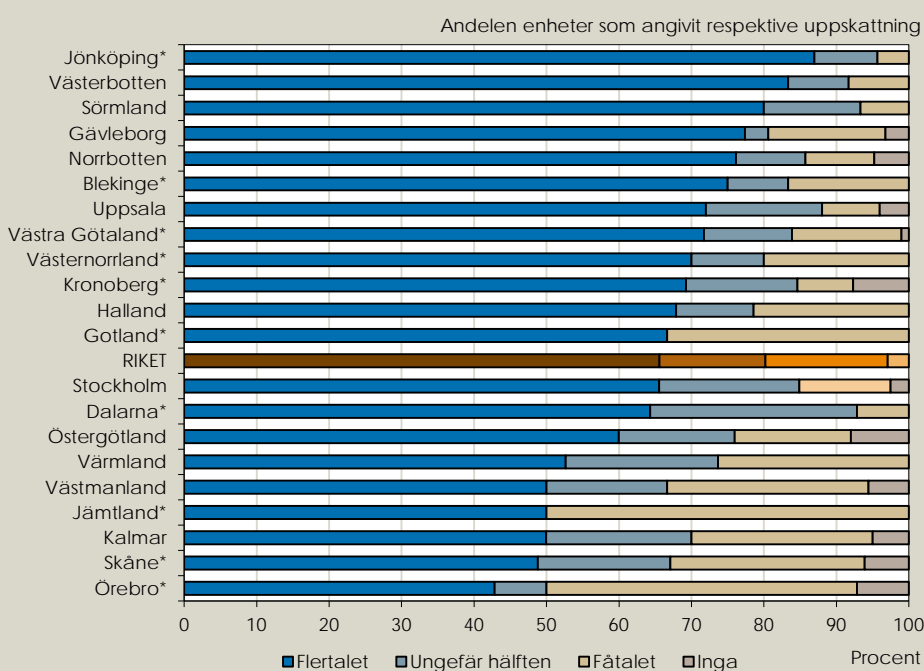
Utfall och variation

Cirka två tredjedelar av primärvårdsenheterna uppger att flertalet läkare har kompetens när det gäller att tolka spirometriresultat. Vid 20 procent av primärvårdsenheterna har endast fåtalet läkare eller ingen av läkarna sådan kompetens.

Variationer ses mellan landstingen. I Sörmland och Västerbotten anger ungefär 80 procent av primärvårdsenheterna att flertalet läkare har kompetens i spirometritolkning medan endast hälften av primärvårdsenheterna i Kalmar anger detsamma (figur 71).

Figur 71. Läkare med kompetens i spirometritolkning i primärvården

Uppskattad andel av samtliga legitimerade läkare anställda på enheten, inklusive vikarier, som har kompetens i spirometritolkning.



* Svarefrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Särskild mottagning för patienter med astma eller KOL i primärvården

En särskild mottagning för astma- och KOL-patienter inom primärvården är ett sätt att organisera vården för denna patientgrupp, och det finns kriterier

för en godkänd astma/KOL-mottagning som har tagits fram av Svensk Förening för Allmänmedicins (SFAM) nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare (NAAKA) och Astma-, Allergi- och KOL-sjuksköterskeföreningen (ASTA) [37]. I de nationella riktlinjerna nämns inget om särskild mottagning, men interprofessionell samverkan rekommenderas.

En studie från Uppsala-Örebroregionen baserad på enkätundersökningar till primärvården visar att 64 procent av primärvårdsenheterna hade en astma/KOL-mottagning. Dock uppfyllde endast 30 procent av mottagningarna kriterierna för en ”godkänd” astma/KOL-mottagning som togs fram av SFAM 1998 [20].

Definition och datakällor

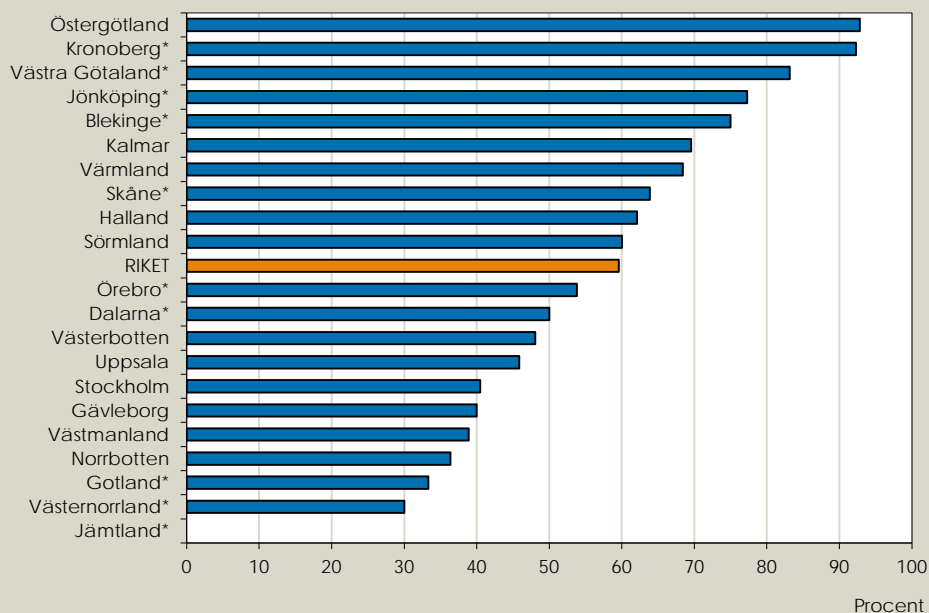
Förekomsten av särskilda astma/KOL-mottagningar kartlades genom en enkätundersökning till samtliga primärvårdsenheter, och mottagningarna definierades enligt kriterier som SFAM och ASTA har tagit fram [37].

Utfall och variation

Totalt 60 procent av primärvårdsenheterna uppger att de har en särskild mottagning för patienter med astma eller KOL. Andelen varierar mellan landstingen: i Norrbotten har 36 procent av vårdcentralerna en särskild mottagning medan motsvarande andel i Östergötland är 93 procent (figur 72). Totalt 77 procent av primärvårdsenheterna med en astma/KOL-mottagning har en läkare med särskilt ansvar för mottagningen.

Figur 72. Astma/KOL-mottagningar i primärvården

Andel primärvårdsenheter som uppger att de har en särskild mottagning för patienter med astma/KOL.



* Svarefrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

Det är nödvändigt med tillräckliga resurser i form av personal och kompetens för att kunna erbjuda en högkvalitativ sjukvård för patienter med astma eller KOL, både vid landets primärvårdsenheter och vid specialistvårdsenheterna. Det är dock svårt att dra några klara slutsatser av resultatet, eftersom det finns olika sätt att organisera personalresurserna för att ge en god vård.

Specialistkompetenta sjuksköterskor

Många av vårdenheterna, men långt ifrån alla, uppger att de har minst en astma-/KOL-sjuksköterska (cirka 80 procent av primärvårdsenheterna och vuxenspecialistmottagningarna samt 70 procent av barnmottagningarna) på deltid eller heltid. Tillgången skiljer sig mellan små och stora enheter. Bland primärvårdsenheterna med färre än 2 500 listade patienter uppger strax över hälften, 56 procent, att de har en astma-/KOL-sjuksköterska på heltid eller deltid. Detta kan vara en överskattning eftersom enheter med sådan sjuksköterska kan vara mer benägna att besvara enkäten.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas interprofessionell samverkan i vården av patienter med astma och KOL. Detta kan bland annat innebära samarbete mellan läkare och astma-/KOL-sjuksköterska, men det inkluderar även till exempel sjukgymnast och/eller dietist. Det finns en lång tradition av specialiserade astma-/KOL-sjuksköterskor i den svenska primärvården, och det finns en konsensus kring värdet av detta. Enligt Astma- och allergiför-

bundet tycks även patienterna vara mer nöjda med vården på mottagningar där det finns en astma-/KOL-sjuksköterska.

Det är dock en stor andel av primärvårdsenheterna som verkar sakna en astma-/KOL-sjuksköterska. Detta kan motivera en diskussion kring hälso- och sjukvårdens strategier för att säkra en god vård för dessa patientgrupper, inklusive interprofessionell samverkan.

Allergologer

Cirka 65 procent av vuxenspecialistmottagningarna och barnmottagningarna som tar hand om patienter med astma uppger att de har minst en allergolog respektive barnallergolog på deltid. Vuxna personer med astma kan i specialistvården omhändertas av en internmedicinare eller allergolog. För personer med samtidiga allergier kan det dock vara särskilt viktigt med allergologkompetens. Detsamma gäller specialistvården av barn där tillgång till barnallergolog är av stor vikt. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet då det är möjligt att mottagningarna som saknar egen allergolog har något annat sätt att tillgodose patienternas behov av allergologikompetens. Dock är det angeläget att hälso- och sjukvården ser över i vilken utsträckning dessa patientgruppers behov av allergologikompetens är tillgodosett. Astma- och allergiförbundet flaggar även för en framtida brist på allergologer, både barn- och vuxenallergologer, på grund av väntade pensionsavgångar.

Kompetens i spirometritolkning i primärvård

Spirometri kräver tillgång till kompetens i spirometritolkning. Två tredjedelar av primärvårdsenheterna uppger att flertalet av läkare verksamma vid enheten har genomgått utbildning i spirometritolkning, medan en femtedel uppger att endast fåtalet eller inga läkare genomgått en sådan utbildning. Detta är ett förhållandevis grovt mått på den kompetens som finns, men resultatet kan motivera en fördjupad lokal kartläggning av tillgången till kompetens i spirometritolkning, särskilt för vissa av landstingen.

Särskilda mottagningar för astma och KOL i primärvård

ASTA och SFAM:s nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare har definierat särskilda mottagningar för patienter med astma eller KOL inom primärvården, och de ses som ett sätt att förbättra vården för dessa patientgrupper. Totalt 60 procent av primärvårdsenheterna har i dag en sådan mottagning. I några av landstingen finns ett begränsat antal sådana mottagningar. Det finns en lång tradition av särskilda astma/KOL-mottagningar i den svenska primärvården, och det finns en konsensus kring värdet av detta. En stor andel av primärvårdsenheterna saknar dock en särskild astma/KOL-mottagning. Därför kan det behövas en diskussion kring hälso- och sjukvårdens strategier för att säkra en god vård, inklusive interprofessionell samverkan, för dessa patientkategorier.

Utrustning för vård av astma och KOL

Mottagningarna behöver viss utrustning för att kunna screena, utreda, behandla och följa upp astma och KOL på ett fullgott sätt, och tillgången till

adekvat utrustning är därför viktig. Det finns dock olika sätt att organisera vården, och försiktighet bör iaktas med att dra slutsatser kring enheternas tillgång till utrustning.

Definition och datakällor

I detta avsnitt beskrivs tillgången till relevant utrustning i primär- och specialistvården. Tillgången kartlades genom enkäter till primärvårdsenheter och specialistvårdsmottagningar för barn respektive vuxna. För primärvårdsenheterna definieras *tillgång* som att utrustningen finns tillgänglig på vårdenheten. För specialistvårdsenheterna definieras det som att utrustningen finns tillgänglig på enheten eller på samma sjukhus.

Avsnittet inleds med en redogörelse för andelen av primärvårdsenheterna respektive specialistmottagningarna som har tillgång till följande utrustning för att screena och utreda lungfunktion:

- spirometer, som används för att bedöma lungfunktionen och är nödvändig för att diagnostisera både astma och KOL
- pulsoxymeter, som används för att bedöma syrgasmättnaden i blodet, och är nödvändig för att diagnostisera, följa upp och kontrollera patienter med astma eller KOL
- provokationstest, som används för att testa bronkiell hyperreaktivitet, ofta en viktig del i utredningen av misstänkt astma
- FENO-mätning, som används för att mäta kväveoxid i utandningsluften och är ett komplement till andra diagnostiska metoder vid astma
- lungfunktionsmätning för screening av obstruktiv lungsjukdom, exempelvis minispirometri

Därefter redovisas andelen primärvårdsenheter respektive specialistmottagningar som har tillgång till följande utrustning:

- utrustning för att behandla akuta andningsbesvär (exempelvis nebulisator¹⁴ eller spray och spacer¹⁵)
- syrgasbehandling för akuta andningsbesvär

Data inhämtades via en enkät till primärvårdsmottagningar samt specialistmottagningar som tar emot barn med astma och vuxna med astma eller KOL.

Utfall och variation

Utrustning för screening, utredning och uppföljning av lungfunktion

Utrustning i primärvård

Spirometer finns vid nästan alla primärvårdsenheter, 99 procent. Även pulsoxymeter finns vid de flesta enheterna, 96 procent. Utrustning för provo-

¹⁴ En Nebulisator är ett medicintekniskt hjälpmedel som genererar en fin aerosol för inhalation av till exempel luft-rörsvidgande läkemedel som är vätskor.

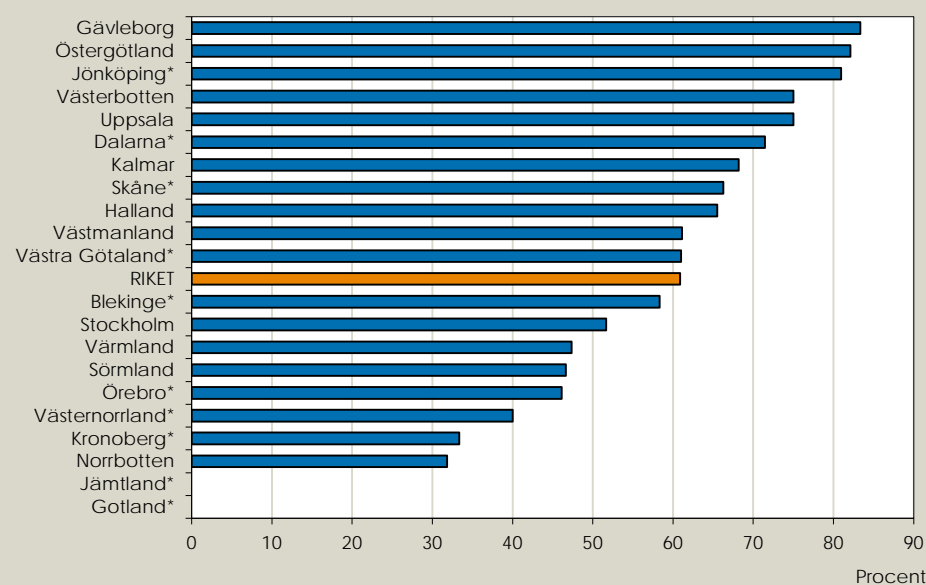
¹⁵ Spacer är ett hjälpmedel vid inhalation.

kationstest och FENO-mätning finns vid få av enheterna, 6 respektive 5 procent.

Drygt hälften av primärvårdsenheterna, 61 procent, uppger att de har utrustning för att mäta lungfunktion i samband med screening av obstruktiv lungsjukdom. Skillnader ses mellan landstingen, där sådan utrustning finns vid 83 procent av enheterna i Gävleborg och vid 32 procent av enheterna i Norrbotten (figur 73).

Figur 73. Tillgång till lungfunktionsmätare i primärvården

Andel primärvårdsenheter i respektive landsting med tillgång till lungfunktionsmätare för screening av obstruktiv lungsjukdom.



* Svarefrekvens <60 procent.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Utrustning i vuxen specialiserad öppenvård

De specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma och KOL har överlag god tillgång till pulsoxymeter och spirometer, och bättre tillgång till övrig utrustning jämfört med primärvården. I stort sett alla, 98 procent, specialistmottagningar som tar emot vuxna med astma uppger att de har tillgång till spirometer och pulsoxymeter. Totalt 63 procent uppger att de har utrustning för provokationstest, 68 procent har utrustning för FENO-mätning och 60 procent har utrustning för lungfunktionsmätning i samband med screening.

En liknande bild ses för specialistmottagningarna som tar emot patienter med KOL, där samtliga uppger att de har tillgång till spirometer och pulsoxymeter, 60 procent har utrustning för provokationstest samt FENO-mätningar och 77 procent har utrustning för att mäta lungfunktion i samband med screening.

Utrustning i barnsjukvård

Alla barnmottagningar och barnallergimottagningar uppger att de har tillgång till spirometer, 92 procent till pulsoxymeter, 79 procent till utrustning för FENO-mätning och 40 procent till utrustning för provokationstest.

Utrustning för behandling av akuta andningsbesvär

Utrustning i primärvård

En majoritet av primärvårdsenheterna, 95 procent, uppger att de har tillgång till utrustning för att behandla akuta andningsbesvär (till exempel nebulisator eller spray och spacer) samt utrustning för att ge syrgasbehandling. Små skillnader ses mellan landstingen (figur 74).

Utrustning i vuxen specialiserad öppenvård

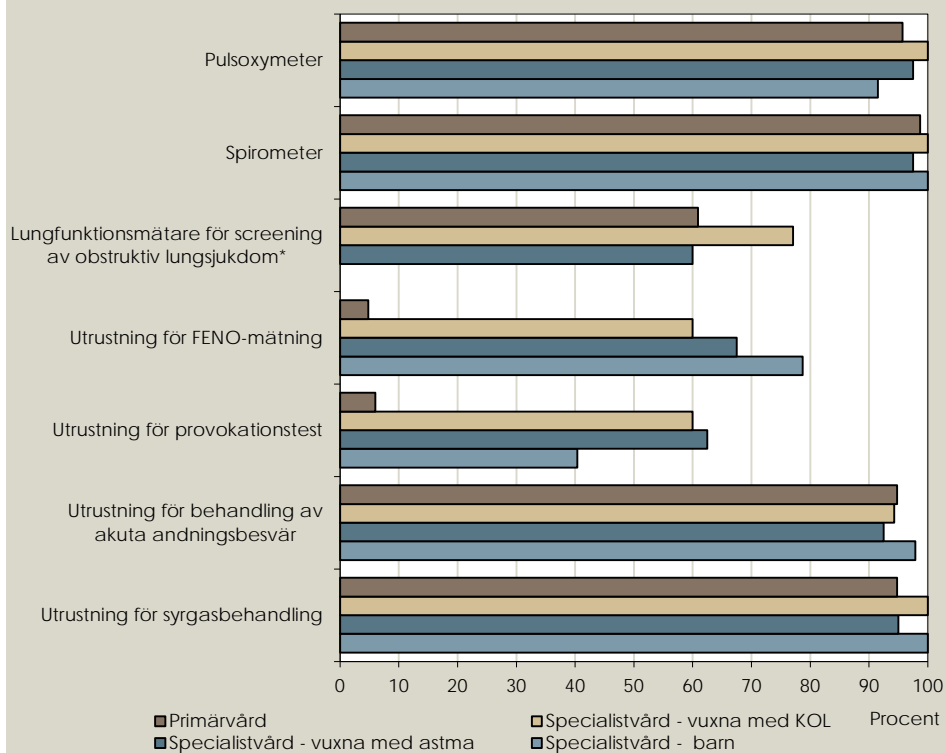
Vuxenspecialistmottagningarna har i huvudsak god tillgång till utrustning för att behandla akuta andningsbesvär. Flertalet, 93 procent, av mottagningarna som tar emot patienter med astma uppger att de har tillgång till sådan utrustning och 95 procent att de har tillgång till utrustning för syrgasbehandling. De flesta, 94 procent, som tar emot patienter med KOL uppger att de har tillgång till utrustning för att behandla akuta andningsbesvär och samtliga uppger att de har tillgång till utrustning för syrgasbehandling (figur 74).

Utrustning i barnsjukvård

Nästan alla barnmottagningar och barnallergimottagningar uppger att de har tillgång till utrustning för att behandla akuta andningsbesvär, 98 procent, samt utrustning för syrgasbehandling, 100 procent, (figur 74).

Figur 74. Utrustning för screening och utredning av lungfunktion

Andel enheter som uppger att de har tillgång till respektive utrustning.



* Frågan ställdes ej till barnmottagningar.

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2014.

Bedömning av resultat

Urustning för screening, utredning och uppföljning av lungfunktion

Spirometer och pulsoxymeter finns vid en majoritet av vårdenheterna som tar hand om patienter med astma eller KOL, både i primär- och i specialistvården.

Inom primärvården finns dock sällan utrustning för provokationstest respektive FENO-mätningar, två kompletterande metoder för utredning, 6 procent respektive 5 procent av vårdenheterna. Däremot finns utrustning för FENO-mätning i större utsträckning (ungefär två tredjedelar av enheterna) vid specialistvårdsmottagningarna för både barn och vuxna. Urustning för provokationstest finns i hög grad, cirka 60 procent, vid specialistmottagningarna för vuxna och i viss utsträckning, 40 procent, även vid barnmottagningarna.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas FEV1/FEV6-mätning som screeningsverktyg för att identifiera patienter med behov av fullständig spirometriutredning. En betydande andel vårdenheter som tar emot patienter med KOL, 40 procent av primärvårdsenheterna och 23 procent av specialist-

mottagningarna, uppger att de inte har lungfunktionsmätare för screening av obstruktiv lungsjukdom.

Utrustning för behandling av akuta andningsbesvär

Utrustning för att behandla akuta andningsbesvär är viktig för att kunna ta hand om personer med akuta astmaanfall. I de nationella riktlinjerna rekommenderas behandling av akut exacerbation av astma med spray och spacer. Utrustning för behandling av akuta andningsbesvär (exempelvis nebulisator eller spray och spacer) uppges finnas vid 98 procent av barnmottagningarna, 95 procent av primärvårdsenheterna, 94 procent av specialistmottagningarna som omhändertar patienter med KOL och 93 procent av specialistmottagningarna som omhändertar patienter med astma. Utrustning för syrgasbehandling uppges finnas vid en stor majoritet av de primärvårdsenheter och specialistvårdsmottagningar som omhändertar patienter med astma, och hos alla specialistvårdsmottagningar som tar emot patienter med KOL.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 - Hjärtsjukvård. 2009.
2. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 - Strokevård. 2011.
3. Nationell utvärdering 2011 - Diabetesvård. 2011.
4. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 - Cancervård. 2013.
5. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 - Tandvård. 2013.
6. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression , ångest och schizofreni Indikatorer och underlag för bedömningar. 2013.
7. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård. 2010.
8. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 Indikatorer och underlag för bedömningar. 2014.
9. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2014.
10. Löwenhagen O. Astma – en svårdefinierad sjukdom. Lakartidningen. 2005;(50).
11. Rönmark E, Andersson C, Nyström L, Forsberg B, Järholm B, Lundbäck B. Obesity increases the risk of incident asthma among adults. Eur Respir J [Internet]. 2005 mar [hämtad 2014 sep 30];25(2):282–8.
12. Astma- och Allergiförbundet. Allergi i siffror Astma [Internet]. Hämtad från:
http://gamla.astmaoallergiforbundet.se/download/Allergi_i_siffror.pdf
13. Lötvall J, Ekerljung L, Rönmark EP, Wennergren G, Lindén A, Rönmark E, m.fl. West Sweden Asthma Study: prevalence trends over the last 18 years argues no recent increase in asthma. Respir Res [Internet]. 2009 jan [hämtad 2014 okt 27];10:94. A
14. Bjerg A, Ekerljung L, Middelveld R, Dahlén S-E, Forsberg B, Franklin K, m.fl. 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 [Internet]. 2011 jan [hämtad 2014 nov 3];6(2):e16082.
15. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. CMAJ [Internet]. 2009 okt 27 [hämtad 2014 okt 8];181(9):E181–90.

16. Hedlund U, Eriksson K, Rönmark E. Socio-economic status is related to incidence of asthma and respiratory symptoms in adults. *Eur Respir J* [Internet]. 2006 aug [hämtad 2014 okt 8];28(2):303–10.
17. Hesselmar B, Aberg B, Eriksson B, Aberg N. Asthma in children: prevalence, treatment, and sensitization. *Pediatr Allergy Immunol*. 2000;11:74–9.
18. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret [Internet]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret>
19. Stallberg B. Living with asthma in Sweden? The ALMA study. *Respir Med* [Internet]. 2003 jul [hämtad 2014 okt 8];97(7):835–43.
20. Lisspers K, Ställberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med Astma i Uppsala-Örebroregionen En rapport från Praxisstudien astma / KOL. 2008;
21. Jansson S-A, Rönmark E, Forsberg B, Löfgren C, Lindberg A, Lundbäck B. The economic consequences of asthma among adults in Sweden. *Respir Med* [Internet]. 2007 nov [hämtad 2014 okt 8];101(11):2263–70.
22. Centrum för allergiforskning. Vilka är de samhällsekonomiska kostnaderna för allergier? [Internet]. 2005. Hämtad från: <http://www.vardal.se/vnytt/4-07/art13.html>
23. European Respiratory Society. The European White Lung Book [Internet]. 2014. Hämtad från: <http://www.erswhitebook.org/chapters/the-economic-burden-of-lung-disease/>
24. Hjärt-Lungfonden. KOL - En skrift om kroniskt obstruktiv lungsjukdom. 2011.
25. Lindberg A, Bjerg-Bäcklund A, Rönmark E, Larsson L-G, Lundbäck B. Prevalence and underdiagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. 2006;264–72.
26. Buist a S, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, m.fl. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2007 sep 1 [hämtad 2014 sep 6];370(9589):741–50.
27. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsan i Sverige. 2012.
28. Nationellt vårdprogram för KOL. Nationellt vårdprogram för KOL [Internet]. Hämtad från: <http://slmf.se/kol/>
29. Lindberg A, Jonsson A, Eva R. 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.

30. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011. 2011.
31. Divo M, Cote C, de Torres JP, Casanova C, Marin JM, Pinto-Plata V, m.fl. Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2012 jul 15 [hämtad 2014 okt 8];186(2):155–61.
32. McGarvey LP, John M, Anderson JA, Zvarich M, Wise RA. Ascertainment of cause-specific mortality in COPD: operations of the TORCH Clinical Endpoint Committee. *Thorax* [Internet]. 2007 maj [hämtad 2014 okt 8];62(5):411–5.
33. World Health Organization. The top 10 causes of death 2012 [Internet]. 2012. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
34. Hjärt-Lungfonden. Hjärt-Lungfondens KOL- rapport. 2012;
35. 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.
36. Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom – KOL – Ny rekommendation [Internet]. 2008 s 13–28. Hämtad från: http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/KOL_rek_webb_bokm.pdf
37. Kull I. Astma / KOL- mottagningar i primärvård ger effektivt omhändertagande. *Lakartidningen*. 2008;(42):2937–40.
38. Löfdahl C-G, Tilling B, Ekström T, Jörgensen L, Johansson G, Larsson K. COPD health care in Sweden - A study in primary and secondary care. *Respir Med*. 2010;104:404–11.
39. Sveriges Kommuner och Landsting. Bättre liv för sjuka äldre. 2014 s 1–42.
40. Sveréus S, Bergfors S, Dahlgren C, Rehnberg C. Kartläggning av registerbaserad KOL-prevalens , vårdutnyttjande och möjligheter till kvalitetsstyrning i Stockholms läns landsting [Internet]. 2014. Hämtad från: http://ki.se/sites/default/files/kartlaggning_av_registerbaserad_kol-prevalens.pdf
41. Västra Götalandsregionen och allmänmedicinska sektorsrådet. Regionalt kvalitetsregister för primärvård QregPV [Internet]. 2014. Hämtad från: <https://stratum.registercentrum.se/#!/page?id=1313>
42. Luftvägsregistret. Luftvägsregistret 2014 [Internet]. 2014. Hämtad från: <https://stratum.registercentrum.se/#!/page?id=1674>

Bilaga 1: Projektorganisation

Styrgrupp

Lars Grönvik, enhetschef
Björn Nilsson, enhetschef
Arvid Widenlou Nordmark, enhetschef
Karin Palm, enhetschef
Alexander Svanhagen, projektledare

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, distriktssköterska, Laxå vårdcentral

Bilaga 2: Specialistvårdskonsumtion med huvuddiagnos astma

I avsnittet ”Astma i specialistvården” redovisades hur många personer som haft specialistvård med astma som registrerad diagnos, och hur de fördelar sig över olika grupper. I denna bilaga beskrivs *hur* dessa personers specialistvårdskonsumtion sett ut.

Definition och datakällor

I följande avsnitt beskrivs sjukvårdskonsumtion med huvuddiagnos astma bland patienter som registrerades med diagnosen astma i specialistvården under 2012. Följande mått redovisas:

- antal patienter i slutenvården respektive öppenvården med huvuddiagnos astma
- antal slutenvårdstillfällen respektive öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen astma
- genomsnittligt antal besök per patient som haft specialiserad öppenvård med huvuddiagnos astma
- genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen per patient som haft slutenvård med huvuddiagnos astma
- genomsnittligt antal dagar per slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos astma
- antal återinskrivningar inom 30 dagar där astma var huvuddiagnos för första slutenvårdstillfället.

Uppgifter om vårdkonsumtion kommer från patientregistret och inkluderar därmed inte primärvård.

Utfall och variation

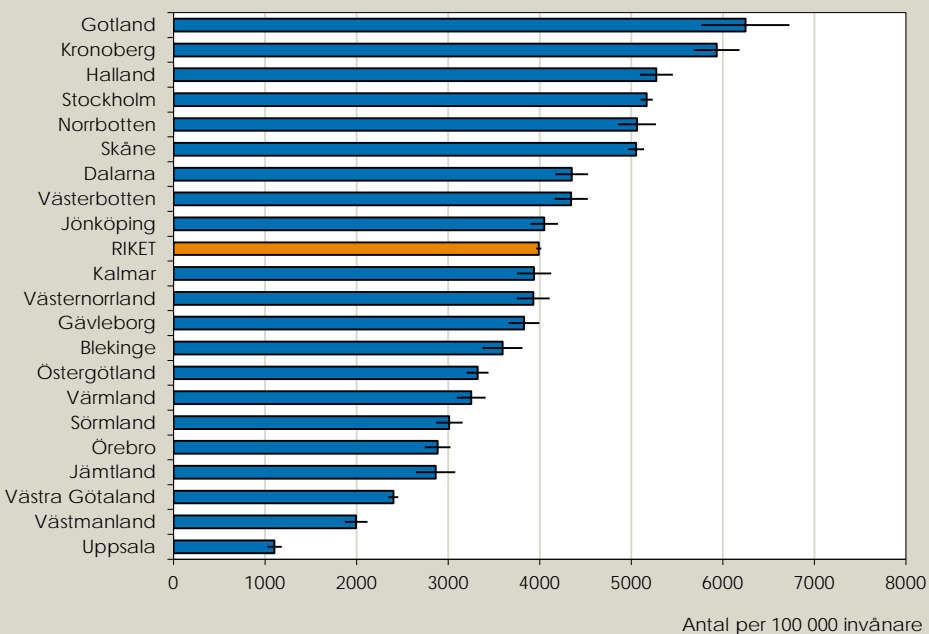
Barn (0–17 år)

Öppen specialistvård

Totalt 48 845 barn hade minst ett besök i den specialiserade öppenvården med astma som registrerad huvuddiagnos, vilket motsvarar 2 539 barn per 100 000 invånare. Totalt 2 procent av dessa barn hade fem besök eller fler, medan 45 procent hade ett besök. I genomsnitt gjorde barnen 1,6 besök under året. Antalet besök varierar mellan landstingen. Gotland hade 6 248 vårdtillfällen i den specialiserade öppenvården med huvuddiagnos astma per 100 000 barn, och motsvarande antal för Uppsala var 1 104 stycken (figur 75).

Figur 75. Öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen astma bland barn

Antal öppenvårdsbesök med huvuddiagnos astma i specialistvården under 2012 bland barn (0-17år) per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård

Totalt 2 336 barn hade slutenvård med huvuddiagnos astma under året. Detta motsvarar 121 barn per 100 000 invånare i åldersgruppen, eller fyra procent av alla barn som fått specialistvård med diagnos astma under året. Genomsnittet var 1,2 slutenvårdstillfällen med huvuddiagnos astma, och den genomsnittliga vårdtiden var 1,75 dagar per slutenvårdstillfälle.

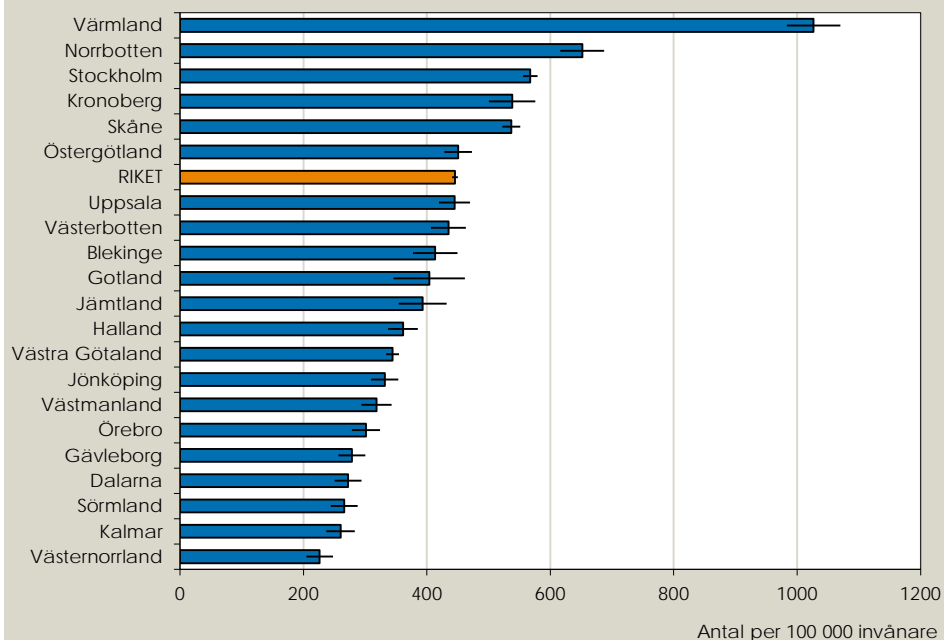
Vuxna (18 år och äldre)

Öppen specialistvård

Totalt 22 993 vuxna hade minst ett besök i den specialiserade öppenvården med huvuddiagnos astma. Genomsnittet var 1,5 besök med huvuddiagnos astma under året, och totalt två procent hade fem eller fler besök under året. Stora skillnader ses mellan landstingen. Värmland hade 1 027 och Väster-norrland 226 besök per 100 000 invånare (figur 76).

Figur 76. Öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen astma bland vuxna

Antal öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen astma i specialistvården under 2012 bland vuxna (18 år och äldre) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård

Totalt 1 848 vuxna fick slutenvård med astma som huvuddiagnos under 2012, vilket motsvarar 3 procent av alla vuxna som registrerades med diagnosen astma (huvud- eller bidiagnos) inom specialistvården under året, och 24 personer per 100 000 invånare i Sverige. I genomsnitt blev vuxna inskrivna 1,3 gånger under det året med huvuddiagnosen astma. De allra flesta, 86 procent, hade endast ett slutenvårdstillfälle under året medan 2 procent hade fem eller fler.

Återinskrivningar

Under 2012 resulterade totalt 689 slutenvårdstillfällen med huvuddiagnos astma i en återinskrivning inom 30 dagar, sett till patienter i alla åldrar. Detta motsvarar 12 procent av alla slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen astma.

Sammanfattning av resultat

Fördelningen av olika typer av specialistvårdskontakter med huvuddiagnosen astma kan ge en uppfattning om patientgruppens vårdkonsumtionsmönster och skillnader mellan landstingen kan utgöra underlag för diskussioner kring olika sätt att utforma vården.

Totalt 2,5 procent av alla barn i riket gjorde 2012 minst ett besök i den specialiserade öppenvården med astma som registrerad huvuddiagnos. Unge-

får hälften av dessa hade endast ett besök men cirka två procent hade fem eller fler. Stora skillnader ses mellan landstingen, och det speglar sannolikt skillnader i organiseringen av specialistvårdens respektive primärvårdens ansvarsområde.

Slutenvård med huvuddiagnos astma är ovanligt hos både barn och vuxna. Endast 0,12 procent av alla barn vårdades inlagda under 2012, eller 4 procent av de barn som fått specialistvård för astma. Den genomsnittliga vårdtiden var knappt två dagar. Cirka 0,02 procent av alla vuxna i riket fick under året slutenvård med huvuddiagnosen astma. Sammanlagt 12 procent av slutenvårdstillfällena med huvuddiagnosen astma resulterade i en återinskrivning inom 30 dagar.

Bilaga 3: Specialistvårdskonsumtion med huvuddiagnos KOL

I avsnittet ”KOL i specialistvården” redovisades hur många personer som fått specialistvård med diagnosen KOL under 2012 och hur dessa fördelar sig över kön, ålder, utbildningsnivå och födelse-land. I denna bilaga redovisas *hur* dessa personers specialistvårdskonsumtion orsakad av KOL såg ut under året.

Definition och datakällor

I följande avsnitt beskrivs sjukvårdskonsumtionen med huvuddiagnos KOL (J44–43) bland patienter som registrerades med diagnosen KOL i specialistvården under 2012 och som var vid liv 31 december 2012. Här ingår även sjukvårdskonsumtion med huvuddiagnosen respiratorisk insufficiens (andningssvikt) som inte har klassificerats på något annat sätt (J96), för patienter som någon under året hade diagnosen KOL (J44–43) i specialistvården.

Följande mått redovisas:

- antal patienter i slutenvården respektive öppenvården med
- huvuddiagnos KOL
- antal slutenvårdstillfällen respektive öppenvårdsbesök med huvuddiagnos KOL
- genomsnittligt antal besök med huvuddiagnos KOL i den specialiserade öppenvården per patient
- genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen med huvuddiagnos KOL per patient
- antal återinskrivningar inom 1-30 dagar där första slutenvårdstillfället registrerades med KOL som huvuddiagnos¹⁶

Uppgifter om sjukvårdskonsumtion med huvuddiagnosen KOL i specialistvården kommer från patientregistret och inkluderar därmed inte primärvården.

Utfall och resultat

Öppen specialistvård

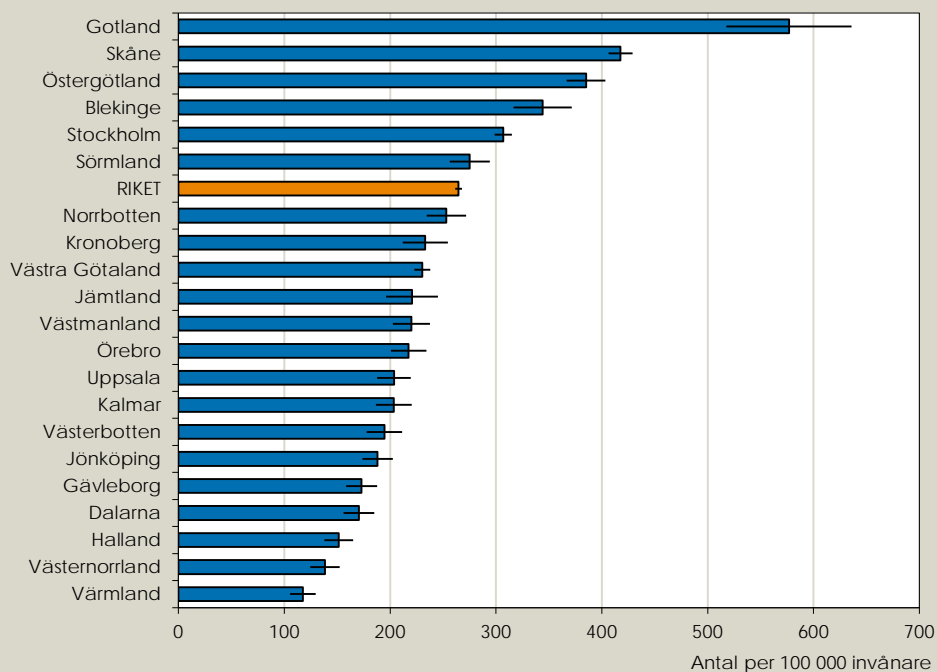
Totalt 16 027 personer gjorde minst ett besök i den öppna specialistvården med huvuddiagnos KOL, vilket motsvarar 168 personer per 100 000 invånare. Genomsnittligt antal besök var 1,6 och en majoritet, 69 procent, gjorde bara ett besök under året. Totalt 3 procent gjorde fem eller fler besök.

Antal öppenvårdsbesök varierar mellan landstingen. Gotland hade 577 medan Värmland hade 117 öppenvårdsbesök per 100 000 invånare (figur 77).

¹⁶ Vid åldersstandardisering av detta mått har personer med minst ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos KOL under året använts som standardpopulation.

Figur 77. Besök med huvuddiagnosen KOL i öppen specialistvård

Antal öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen KOL i specialistvården under 2012 per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

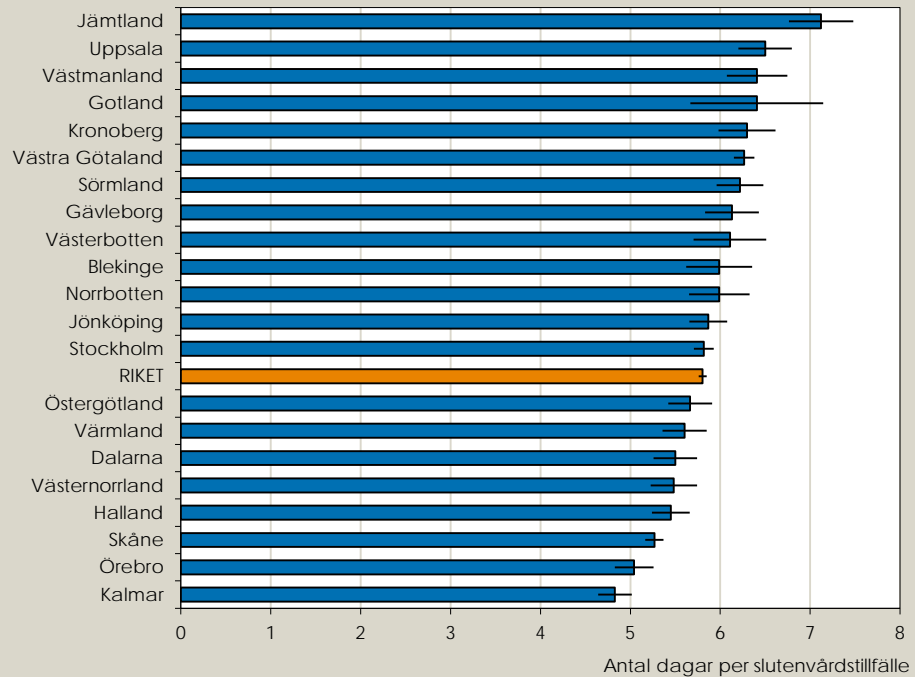
Slutenvård

Totalt 12 081 patienter fick slutenvård med huvuddiagnosen KOL under 2012, vilket motsvarar 127 personer per 100 000 invånare och 23 procent av alla specialistvårdade patienter med KOL under året. En tredjedel hade fler än ett slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos KOL, och ungefär 6 procent hade fem eller fler slutenvårdstillfällen. I genomsnitt hade varje patient 1,8 slutenvårdstillfällen. Den genomsnittliga vårdtiden per slutenvårdstillfälle var 5,8 dagar (figur 78).

Antalet slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare varierar mellan lands- tingen. Skåne hade cirka 285 stycken per 100 000 invånare, medan Väster- botten hade 174. Även den genomsnittliga vårdtiden varierar. I Jämtland var patienterna i genomsnitt inskrivna i 7,1 dygn per vårdtillfälle, och i Kalmar var det 4,8 dygn (figur 79).

Figur 78. Genomsnittlig vårdtid med huvuddiagnosen KOL

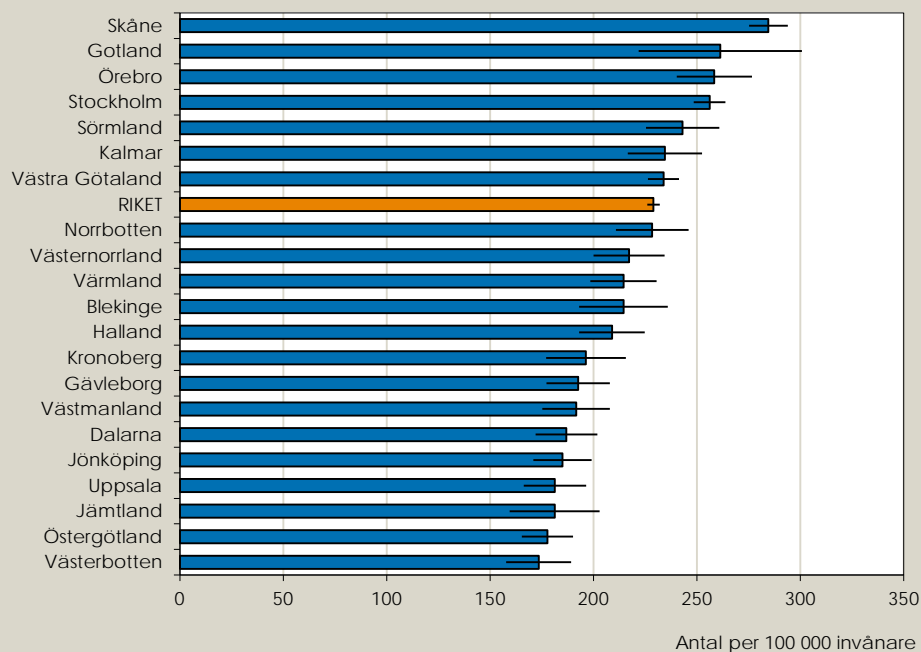
Genomsnittligt antal dagar per slutenvårdstillfälle med huvuddiagnosen KOL under 2012, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 79. Slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen KOL

Antal slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen KOL per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



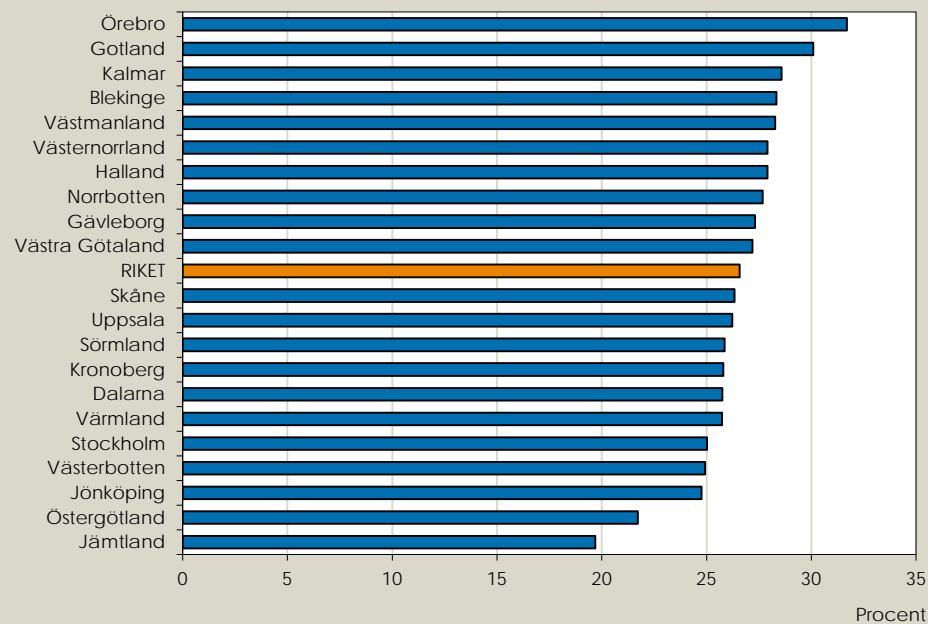
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Återinskrivningar

Under 2012 resulterade totalt 6 413 slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen KOL i en återinskrivning inom 1-30 dagar, vilket motsvarar ungefär en fjärdedel av alla slutenvårdstillfällen med KOL som registrerad huvuddiagnos. Andelen varierar mellan landstingen. I Örebro resulterade över 30 procent av slutenvårdstillfällena i en återinskrivning, medan andelen var 20 procent i Jämtland (figur 80).

Figur 80. Återinskrivning efter inskrivning med huvuddiagnosen KOL

Andel slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen KOL som slutat i en återinskrivning inom 1-30 dagar, 2012, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning av resultat

Fördelningen av olika specialistvårdskontakter med huvuddiagnosen KOL kan ge en uppfattning om patientgruppens vårdkonsumtionsmönster och skillnader mellan landstingen kan utgöra underlag för diskussioner kring olika sätt att utforma vården.

Öppen specialistvård

Endast en mindre andel av alla personer med KOL har kontakt med den öppna specialistvården under ett givet år [38], med KOL som registrerad huvuddiagnos. Endast 168 personer per 100 000 invånare gjorde 2012 ett eller flera besök i den öppna specialistvården med huvuddiagnos KOL, och det motsvarar sannolikt ungefär två till fyra procent av dem med känd KOL (antalet med känd KOL har uppskattats till 400 000–700 000 personer [28]). De flesta (ungefär två tredjedelar) patienterna som hade kontakt med den öppna specialistvården gjorde endast ett besök. Relativt stora skillnader ses mellan landstingen. Till exempel var besök i den öppna specialistvården med huvuddiagnosen KOL nästan fyra gånger vanligare i Gotland än i Värmland. Dessa skillnader avspeglar sannolikt skillnader i hur landstingen valt att organisera vården av personer med KOL.

Slutenvård

Slutenvård med KOL som registrerad huvuddiagnos är nästan lika vanligt förekommande som öppen specialistvård och under 2012 fick 127 personer per 100 000 invånare slutenvård med huvuddiagnosen KOL. Den genomsnittliga vårdtiden för vårdtillfällen med huvuddiagnosen KOL var 5,8 dagar men variationen mellan landstingen var 4,8–7,1 dygn. Skillnaderna i vårdtider kan bero på flera olika saker, såsom eventuella skillnader i kommunernas mottagande av utskrivningsklara personer.

En stor andel, cirka en fjärdedel, av alla slutenvårdstillfällen med huvuddiagnos KOL resulterade i en återinskrivning inom 30 dagar. Detta är en större andel än den genomsnittliga andelen återinskrivningar, 13 procent för personer över 65 år [39]. Det finns också skillnader mellan landstingen vad gäller förekomsten av återinskrivningar, men det är svårt att uttala sig om vad dessa skillnader beror på

Bilaga 4: Sjukvårdens kostnader och effektivitet

Astma och KOL orsakar lidande för många individer, men också stora kostnader för samhället, både i form av direkta kostnader för sjukvård och läkemedel, och indirekta kostnader i form av till exempel arbetsbortfall. I denna bilaga redovisas direkta kostnader för specialistvården samt kostnader för läkemedel. Kostnader för primärvården och den kommunala omsorgen ingår inte, på grund av begränsningar i dataregistren. Inte heller indirekta kostnader redovisas, såsom kostnader för produktionsbortfall och anhörigvård. Samhällets totala kostnad till följd av astma och KOL är således betydligt större än vad som anges här.

Definition och datakällor

I detta avsnitt redovisas följande mått för kostnader för sjukvård under 2012:

- genomsnittlig kostnad per slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos astma (J45–46), uppdelat på barn (0–17 år) respektive vuxna (18 år och äldre)
- genomsnittlig kostnad per besök i den öppna specialistvården med huvuddiagnos astma (J45–46), uppdelat på barn (0–17 år) respektive vuxna (18 år och äldre)
- genomsnittlig kostnad per slutenvårdstillfälle med huvuddiagnos KOL (J44–43)
- genomsnittlig kostnad per besök i den öppna specialistvården per öppenvårdsbesök med huvuddiagnos KOL (J44–43)

Samtliga mått redovisas exklusive ytterfall, det vill säga vårdtillfällen med extremt höga kostnadsvärden.¹⁷ Data har inhämtats från SKL:s KPP-databas som innehåller kostnadsuppgifter om slutenvården och den öppna specialistvården från 14 landsting.

Kostnader för läkemedelsbehandling kopplad till astma och KOL beskrivs enligt följande:

Läkemedelskostnad för uthämtade recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom (R03) samt separat redovisning för följande läkemedelsgrupper: kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (R03AK06 och R03AK07), antikolinergika (R03BB01–04), inhalationssteroider (R03BA), kortverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC02 och R03AC03), övriga systemiska medel (R03D), långverkande beta-2-agonister i inhalationsform (R03AC12 och R03AC13), perorala beta-2-agonister (R03CC), övriga antiallergika (R03BC01 och R03BC01).

¹⁷ Ytterfallsgränser per DRG beräknas genom den så kallade Kvartilmetoden.

Information om uthämtade recept kommer från läkemedelsregistret och gäller 2012.

Utfall och variation

Kostnader för specialistsjukvård

Huvuddiagnos astma

Den genomsnittliga kostnaden per besök i den specialiserade öppenvården med huvuddiagnosen astma var 2 607 kronor för barn och 2 717 kronor för vuxna. När det gäller slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen astma var kostnaden i genomsnitt 17 858 kronor för barn och 20 917 kronor för vuxna.

Kostnadsberäkningar från Stockholm läns landsting visar att slutenvården stod för den största delen av de totala sjukvårdskostnaderna (48 procent) för personer med KOL. Primärvårdsverksamheterna stod för 6 procent, övrig öppenvård för 22 procent och läkemedel för 21 procent [40].

Huvuddiagnos KOL

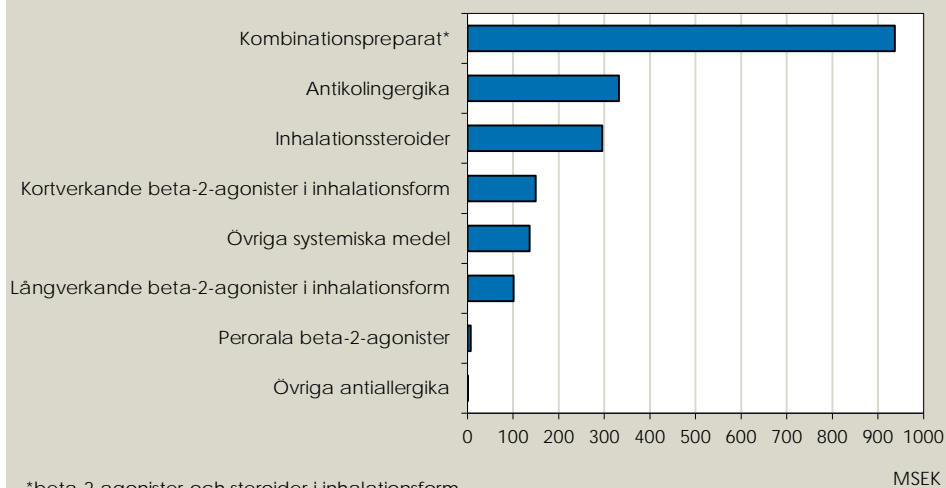
Den genomsnittliga kostnaden uppgick till 2 816 kronor per öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen KOL och 32 084 kronor per slutenvårdstillfälle med huvuddiagnosen KOL.

Kostnader för läkemedelsbehandling

Kostnaden för läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom (R03) som hämtades ut på recept var cirka två miljarder kronor för hela riket under 2012, vilket motsvarar cirka 210 kronor per invånare. Följande tre läkemedelstyper stod för de största kostnaderna: kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform (937 miljoner kronor), antikolinergika (332 miljoner kronor) och inhalationssteroider (296 miljoner kronor) (figur 81).

Figur 81. Total kostnad för läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom

Total läkemedelskostnad för uthämtade recept på läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom under 2012 (MSEK).



*beta-2-agonister och steroider i inhalationsform.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning av resultat

Landstingens inrapportering av KPP-data gör det möjligt att redovisa kostnader per öppenvårdsbesök respektive slutenvårdstillfälle med astma eller KOL som registrerad huvuddiagnos. Den genomsnittliga redovisade kostnaden per öppenvårdsbesök var cirka 2 600–2 800 kronor för dessa patientgrupper.

Genomsnittskostnaden per slutenvårdstillfälle var lägst för barn med astma (cirka 18 000 kronor), och högst för patienter med KOL (cirka 32 000 kronor).

När det gäller läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom som hämtades ut vid öppenvårdsapotek uppgick kostnaden till två miljarder kronor för hela riket. Kombinationspreparat med beta-2-agonister och steroider i inhalationsform stod för den största delen.

Bilaga 5: Sjuk- och aktivitetsersättning

I denna bilaga redovisas förekomsten av sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning på grund av KOL och astma.

Definition och datakällor

I detta avsnitt redovisas antalet personer som under 2012 fått sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning på grund av diagnosen astma (J45–46) respektive KOL (J43–44). För sjukpenning redovisas fall då personen fått ersättning i mer än 15 dagar, eftersom det är först då arbetsgivaren måste göra en anmälan hos Försäkringskassan. Utöver antalet personer redovisas deras ålder vid 2012 års slut, genomsnittligt antal nettodagar (totalt antal dagar, där halvdagar inkluderas) samt genomsnittligt utbetalt belopp under året.

Uppgifterna om sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning har hämtats från Försäkringskassans databas MiDAS. För att skydda enskilda individer lämnar Försäkringskassan inte ut statistik när antalet per landsting eller per åldersgrupp är för litet.

Utfall och variation

Astma

Sjukpenning

Under 2012 fick 1 324 personer sjukpenning på grund av astma. Tre fjärdedelar av dessa var kvinnor och drygt hälften var 50 år eller äldre. I genomsnitt fick varje person sjukpenning i cirka 50 dagar och den genomsnittliga ersättningen under året var 25 012 kronor per person.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Under samma år fick 1 358 personer sjuk- och aktivitetsersättning på grund av astma. Totalt 63 procent av dessa var kvinnor och 86 procent var 50 år eller äldre.

KOL

Sjukpenning

Totalt 889 personer fick under 2012 sjukpenning till följd av KOL. Av dessa var 57 procent kvinnor. Totalt 30 procent var 50–59 år, och ungefär hälften var 60–69 år. I genomsnitt fick varje person sjukpenning i 105 dagar och den genomsnittliga ersättningen under året var 50 373 kronor.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Under 2012 fick 1 722 personer sjuk- och aktivitetsersättning på grund av KOL. Ungefär hälften av dessa var kvinnor. Totalt 30 procent var 50–59 år, och 66 procent var 60–69 år.

Sammanfattning av resultat

Astma

Astma är en relativt ovanlig orsak till sjukpenning (i mer än 14 dagar) respektive sjuk- och aktivitetsersättning. År 2012 fick totalt 1 324 personer sjukpenning och 1 358 personer sjuk- eller aktivitetsersättning på grund av astma. Kvinnor är överrepresenterade där två tredjedelar av dem som fick sjukpenning på grund av astma var kvinnor. Det är sannolikt att astma orsakar en större andel av det totala arbetsbortfallet på grund av sjukdom om de första 14 dagarna räknas med, då många sjukfall till följd av astma sannolikt är korta. Det verkliga sjuktalet kan också underskattas ifall sjukfall orsakade av astma registreras under andra diagnoser, till exempel luftvägsinfektion.

KOL

KOL är relativt ovanlig som registrerad orsak till sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning. Sjukdomen drabbar dock framför allt äldre personer, och de flesta med svår KOL är över 65 år. Samtidigt finns personer med svår KOL under 65 år, och de låga sjuktalen kan bero på att en annan diagnos än KOL, till exempel hjärtsvikt, registreras som huvudorsak till sjukskrivningen.

Bilaga 6. Tabell 1.

**Tabell 1. Andel primärvårds-
enheter som besvarat Social-
styrelsens 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.