

Omhändertagande av patienter med astma i Uppsala-Örebroregionen

En rapport från PRAXIS-studien astma/KOL



**Karin Lisspers
Björn Ställberg
Mikael Hasselgren
Scott Montgomery
Josefin Sundh
Christer Janson**

**På uppdrag av Samverkansnämnden för
Uppsala-Örebroregionen**

November 2017

Omhändertagande av patienter med astma i Uppsala-Örebroregionen

En rapport från PRAXIS-studien astma/KOL

Sammanfattning

PRAXIS-studien astma/KOL 2005 hade som syfte att undersöka i vilken grad sjukvården i Uppsala-Örebro regionen uppfyllde Socialstyrelsens riktlinjer för omhändertagande av vuxna patienter med astma och KOL från 2004. Denna rapport är en uppföljning av astmarapporten från 2005 med nya data från 2012 och 2015. Studien 2005 omfattade 14 sjukhus, 56 vårdcentraler och drygt 1200 patienter med astma. Undersökningen genomfördes i tre steg: strukturenkät till vårdgivare, enkät till slumpvis utvalda patienter med astma och journalgranskning för samma patienter av journaler från perioden 2000-2003.

Uppföljningsstudien genomfördes med samma metod som 2005 för att kunna göra jämförelser. Studien omfattade en strukturenkät besvarad 2012 av de 14 sjukhusen och 54 av de ursprungliga 56 vårdcentralerna samt en patientenkät 2015 som besvarades av 1291 utslumpade patienter med astma i regionen. En journalgranskning av dessa patienter för tidsperioden 2004 till 2014 kommer att göras men ingår inte i denna preliminära rapport.

Möjligheter för utredning av astmapatienter var liksom 2005 god på sjukhus och vårdcentraler. Större delen av vårdcentralerna hade 2012 en astma/KOL-mottagning men endast en tiondel uppfyllde kriterierna från 2008 för godkänd mottagning. Flertalet astma/KOL-sjuksköterskor hade fortfarande för lite tid avsatt.

Rökningen hade minskat framför allt i åldersgruppen 35-50 år. Akutbesök på grund av astma var liksom 2005 vanligt, men sjukhusinläggningar ovanliga. Andelen patienter som uppnådde behandlingsmålen var oförändrat låg jämfört med 2005. Även antalet patienter som fått en skriftlig behandlingsplan hade minskat något sedan 2005. Andelen patienter som kände till vilken läkare som hade ansvaret för behandling av astmasjukdomen hade minskat och endast en femtedel av patienterna i primärvården hade träffat en astma/KOL-sjuksköterska senaste året.

En stor andel av patienterna hade också andra samtidiga sjukdomar såsom hjärtsjukdom, hypertoni, depression och diabetes. Även andra tillstånd som fetma och rinit var vanligt.

Uppföljningsstudien visar att det finns behov av ökad läkarkontinuitet för denna patientgrupp samt uppbyggnad och ökat utnyttjande av astma/KOL-mottagningar. Rapporten visar också att det finns stort behov av fortbildning och implementering av riktlinjer inklusive ökad användning av behandlingsplaner.

Projektansvariga:

Karin Lisspers, distriktsläkare, docent, Gagnefs vårdcentral, Dalarna och institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och preventivmedicin, Uppsala universitet.

Björn Ställberg, distriktsläkare, docent, Gagnefs vårdcentral, Dalarna och institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och preventivmedicin, Uppsala universitet.

Josefin Sundh, överläkare, med. dr, hjärt- lungkliniken, Universitetssjukhuset i Örebro och institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.

Scott Montgomery, professor, enhetschef för klinisk epidemiologi och biostatistik, Universitetssjukhuset i Örebro och institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Mikael Hasselgren, distriktsläkare, med dr, vårdcentralen Kil, Värmland och institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.

Christer Janson, överläkare, professor, verksamhetsområdet hjärt-lungmedicin och klinisk fysiologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala och institutionen för medicinska vetenskaper, lung-allergi- och sömnforskning, Uppsala universitet.

Innehåll

Sammanfattning	2
Inledning	5
Frågeställning och metod	6
Struktur av astmavården på sjukhus	8
Struktur av astmavården i primärvården	9
Astma/KOL-mottagning i primärvården	10
Rökslutarstöd i primärvården	12
Patientkaraktäristika	13
Upplevd svårighetsgrad	14
Besök hos astma/KOL-sjuksköterska, patientansvarig läkare, allergiutredning	15
Symtom, akutbesök, astmakontroll	16
Medicinering	18
Behandlingsplan, kunskap och compliance	21
Tobaksbruk och rökslutarstöd	22
Allergibesvär	24
Samsjuklighet	25

Inledning

Socialstyrelsen utarbetar riktlinjer för diagnostik och behandling vid astma och KOL. Syftet med riktlinjerna är att stärka patienternas möjligheter att få likvärdig och effektiv vård i alla delar av landet. I riktlinjerna finns rekommendationer, rangordnade i en skala från 1-10, som skall kunna utgöra ett stöd för sjukvårdshuvudmännens planerings- och prioriteringsarbete. Dessutom finns i riktlinjerna förslag till kvalitetsindikatorer för omhändertagande av astma och KOL. En slutgiltig version av Socialstyrelsens riktlinjer publicerades 2015 och ersatte de riktlinjer som gjordes 2004. Parallellt med detta har Läkemedelsverket arbetat med nya terapirekommendationer för astma och KOL. Dessa terapirekommendationer publicerades 2015.

När nya riktlinjer och terapirekommendationer utarbetas är implementeringen av dessa en viktig uppgift, där ansvaret vilar både på sjukvårdshuvudmannen och den medicinska professionen. Ett av syftena med PRAXIS-studien inom Uppsala-Örebroregionen är att ge ökad kunskap om vården och underlätta implementeringsarbetet och förbättra omhändertagandet för patienter med astma och KOL. Målsättningen har varit att få ett representativt urval av patienter och vårdgivare inom både regionen och varje landsting.

PRAXIS-studien avser att jämföra Socialstyrelsens riktlinjer och hur den faktiskt bedrivna vården inom primär- och sjukhusvård i Uppsala-Örebroregionen överensstämmer med rekommenderade prioriteringar och uppsatta kvalitetsmål som Socialstyrelsen utarbetat. Ökad kunskap om vården av dessa sjukdomar underlättar implementeringsarbetet av riktlinjerna och ger ökade möjligheter till förbättrat omhändertagande för patienter med astma och KOL. Den första PRAXIS-studien genomfördes 2005 och den andra under 2012 (strukturdelen), 2014 (KOL) samt 2015 (astma).

I projektgruppen har sedan den första studien 2005 förutom projektansvariga Karin Lisspers, Björn Ställberg, Josefin Sundh, Mikael Hasselgren, Scott Montgomery och Christer Janson även ingått representanter från primärvård och sjukhusvård från landstingen inom regionen. Dessa har varit Mats Arne, med.dr, sjukgymnast, Karlstad; Synnöve Bergentz, överläkare, Lindesberg; Kristina Bröms, med.dr, allmänläkare, Gävle; Gunnar Johansson, allmänläkare, professor, Uppsala; Mary Kämpe, med. dr, överläkare, Uppsala; Lennart Nilholm, överläkare, Örebro; Peter Odebäck, allmänläkare, Capio närsjukvård; Lena Steinholtz, överläkare, Västerås; Kurt Svärdsudd, professor, Uppsala.

Frågeställning

I vilken grad uppfyller sjukvårdens omhändertagande av vuxna patienter med astma och KOL Socialstyrelsens riktlinjer för dessa sjukdomar?

Metod

PRAXIS-studien har genomförts i Uppsala-Örebroregionens sju landsting (Dalarna, Gävleborg, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro). Målsättningen har varit att få ett representativt urval av patienter och vårdgivare inom både regionen och varje landsting.

PRAXIS-studien 2005 genomfördes i tre steg; organisationsenkät, patientenkät och journalgranskning. Journaldata kompletterades med en patientenkät som skickats samtidigt med patientinformationen och patientmedgivande. Uppgifter om mottagningarnas strukturkvalitet besvarades via enkät till respektive mottagning.

Uppföljningsstudien som presenteras i denna rapport har genomförts på samma sätt som 2005. Både PRAXIS-studien 2005 och den nu genomförda uppföljningsstudien har godkänts av Etikprövningsnämnden.

I studien 2005 deltog åtta utslumpade vårdcentraler i varje landsting, samt en medicin- och en lungklinik alternativt lungmottagning i varje landsting i Uppsala-Örebroregionen. Totalt har 56 vårdcentraler och 7 medicin- och 7 lungkliniker ingått i studien. Vårdcentraler med mindre än 3000 patienter i upptagningsområdet exkluderades.

I denna uppföljningsstudie har samma vårdcentraler deltagit som deltog 2005, åtta per landsting med undantag av Västmanland där endast sex av åtta deltagit i uppföljningen.

Strukturenkät

För att få en uppfattning om de resurser som fanns för omhändertagande av patienter med astma och KOL besvarade vårdcentralerna och sjukhusklinikererna en enkät 2005 om den befintliga organisationen. Samma enkät med tillägg av ytterligare några frågor besvarades 2012.

Patientenkät

I uppföljningsstudien 2015 upprättade liksom 2005 varje vårdcentral/klinik en diagnoslista över samtliga aktuella patienter, 18 - 75 år, med astma- respektive KOL-diagnos under en fyraårs period. Från diagnoslistan gjordes till denna studie ett slumpmässigt urval av patienter med astmadiagnos med samma antal från varje vårdcentral respektive sjukhus.

Astmaenkät

En enkät skickades till 2089 slumpvis utvalda patienter med diagnosen astma från primärvården och till 715 slumpvis utvalda patienter från deltagande sjukhus. Patientenkäten 2015 innehöll såsom 2005 frågor om patientkaraktäristika, rökning, symtom, medicinering, akutbesök, samsjuklighet, samt upplevd livskvalitet. Svarsfrekvensen var totalt 46%. Samtidigt med frågeformuläret skickades patientinformation och patientmedgivande till deltagarna i studien och en förfrågan om att få använda patienternas avidentifierade journaler i forskningssyfte.

Journalgranskning

Samtliga journaler, där patienten gett sitt medgivande till att avidentifierade journalkopior granskas, kommer att kodas för patient, mottagning och landsting. Journalgranskningen kommer att som 2005 genomföras efter en utförlig mall av två sjuksköterskor med stöd av forskargruppen. Detta för att möjliggöra en enhetlig bedömning av journalanteckningarna.

De parametrar som bedöms vid journalgranskningen bygger på de kvalitetsindikatorer och prioriteringar som finns i Socialstyrelsens riktlinjer.

Presentation av rapporten

I denna preliminära version av astma-rapporten presenteras resultat från strukturenkäten och patientenkäten i form av tabeller och figurer med kommentarer. Resultaten presenteras både landstingsvis och för hela Uppsala-Örebroregionen. Jämförelser mellan 2005 och den nu genomförda uppföljningen presenteras för hela regionen.

I den slutgiltiga rapporten kommer även data från journalgranskningen att presenteras.

Struktur och organisation

Tabell 1.

Struktur för astmavården på sjukhus 2012

	Vård- pro- gram ¹	Spiro- meter ²	Rök- avvänj- ning ³	Bronkial provoka- tion	Pricktest	NO	Allergi- vacci- nation (ASIT) Antal	Totalt per sjh ⁴
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Totalt antal i regionen 2005	10/14	13/14	7/14	8/14	11/14	#	9/14	
Totalt antal i regionen 2012	9/14	12/14	7/14	8/14	10/14	5/14	10/14	
	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej
Falun* ^a	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	7/7
Mora** ^a	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	3/7
Gävle* ^b	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	4/7
Bollnäs** ^b	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	1/7
Eskilstuna* ^c	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	6/7
Katrineholm** ^c	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	4/7
Uppsala* ^d	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	7/7
Enköping** ^d	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	2/7
Karlstad* ^e	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	6/7
Arvika** ^e	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	5/7
Västerås* ^f	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	4/7
Köping** ^f	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	0/7
Örebro* ^g	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	7/7
Lindesberg** ^g	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	5/7

Data saknas då dessa frågor inte fanns med i strukturenkäten 2005.

* Lungklinik, ** Medicinklinik

Landsting/ Regioner: ^a Dalarna, ^b Gävleborg, ^c Sörmland, ^d Uppsala, ^e Värmland,

^f Västmanland, ^g Örebro.

Tabellförklaring

¹ Finns lokalt eller regionalt vårdprogram för astma.

² Finns spirometer på den egna mottagningen.

³ Kan erbjuda rökavvänjningsstöd för astmapatienter av utbildad personal på den egna mottagningen.

⁴ Antal uppfyllda kriterier per sjukhus av 7 möjliga.

Struktur av astmavården på sjukhus

Tre av fjorton sjukhus hade alla de resurser som tillfrågades efter i enkäten. Bara hälften av sjukhusen hade tillgång till rökavvänjning, vilket är anmärkningsvärt med tanke på att rökavvänjning är mycket högt prioriterat på Socialstyrelsens rangordningslista. Mätning av utandat NO gjordes bara hos en tredjedel av enheterna. Situationen vad gäller resurser från astmavård är i princip oförändrad jämfört med 2005.

Tabell 2.

Struktur för astmavården i primärvården 2012

	Spirometer¹	Pricktest²	Nebulisator³	NO⁴	Vårdprogram⁵
Totalt i regionen 2005	93%	23%	91%	#	76%
Totalt i regionen 2012	98%	15%	94%	4%	91%
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Dalarna	8/8	0/8	8/8	0/8	8/8
Gävleborg	8/8	1/8	8/8	0/8	6/8
Sörmland	8/8	1/8	8/8	0/8	8/8
Uppsala	8/8	3/8	6/8	1/8	8/8
Värmland	7/8	1/8	6/7*	1/8	7/8
Västmanland**	6/6	1/6	6/6	0/6	4/6
Örebro	8/8	1/8	8/8	0/8	8/8

Data saknas då dessa frågor inte fanns med i strukturenkäten 2005.

* Svar saknas från 1 vårdcentral

** Endast 6 deltagande vårdcentraler från Västmanland

Tabellförklaring

¹ Finns spirometer på den egna mottagningen. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

² Finns pulsoximeter (för mätning av syrgasmättnad) på den egna mottagningen. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

³ Finns nebulisator för akutbehandling på den egna mottagningen. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

⁴ Finns tillgång till NO-mätare på den egna mottagningen. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

⁵ Finns lokalt eller regionalt vårdprogram för KOL. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting)

Struktur av astmavården i primärvården

Nästan alla vårdcentraler hade spirometer, pulsoximeter och nebulisator och de flesta vårdcentraler angav också 2012 att de hade ett lokalt eller regionalt astmavårdprogram att arbeta utifrån.

Jämfört med 2005 är den största förbättringen en ökad tillgång till pulsoximeter och vårdprogram.

Tabell 3.

Kriterier för astma/KOL-mottagning i primärvården

	Astma/ KOL- mottag- ning ¹	Antal mottagnings- timmar / 1000 inv och vecka ² Medel (range)	Sjukskö- terska med ≥15 HP ³	Astma/KOL ansvarig läkare ⁴	Godkänd astma/KOL- mottagning ⁵
Totalt i regionen 2005	64%	0,8 (0,1-2,6)	#	75%*	##
Totalt i regionen 2012	87%	0,9 (0-2,7)	63%*	81%*	9%**
	Antal	Medel (range)	Antal*	Antal*	Antal**
Dalarna	8/8	1,7 (0,7-2,7)	7/8	5/8	2/8
Gävleborg	6/8	1,1 (0,7-1,8)	3/6	5/6	1/8
Sörmland	7/8	1,2 (0,5-1,9)	2/7	5/7	2/8
Uppsala	6/8	0,7 (0,0-1,0)	4/6	5/6	0/8
Värmland	8/8	0,5 (0,2-1,2)	6/8	8/8	0/8
Västmanland***	4/6	0,2 (0,1-0,2)	0/4	3/4	0/6
Örebro	8/8	0,9 (0,3-1,4)	8/8	7/8	0/8

Data saknas då denna fråga inte fanns med i strukturenkäten 2005.

Data saknas från 2005 då kriterierna för godkänd astma/KOL-mottagning ändrats 2008.

* Andel/Antal av vårdcentraler med astma/KOL-mottagning.

** Andel/Antal med godkänd astma/KOL-mottagning beräknat på samtliga 54 vårdcentraler av 56 tillfrågade i regionen som besvarat strukturenkäten.

*** Endast 6 deltagande vårdcentraler från Västmanland.

Tabellförklaring

¹ Antal vårdcentraler med Astma/KOL-mottagning. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

² Antal mottagningstimmar/1000 invånare och vecka. (Beräknat utifrån de mottagningar som angivit att de har en astma/KOL-mottagning).

³ Antal astma/KOL-mottagningar där astma/KOL-sjuksköterskan har minst 15 högskolepoäng inom astma/KOL/allergi. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

⁴ Antal mottagningar med en astma/KOL-ansvarig läkare. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

⁵ Antal godkända astmamottagningar. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

Kriterier för en godkänd astma/KOL-mottagning i primärvården

Kriterier för en godkänd astma/KOL-mottagning presenterades 2008 gemensamt av SFAMs nätverk för astma- allergi- och KOL-intresserade allmänläkare och ASTA, Astma, Allergi- och KOLsjuksköterskeföreningen (Kull et al. Läkartidningen 2008;105(42):2937-40).

- Sjuksköterska med minst 15 högskolepoäng i astma/allergi/KOL
- Verksamhetsansvarig läkare med aktuell kunskap, regelbunden fortbildning
- Utrustning med spirometer, pulsoximeter samt oxygen/nebuliseringsapparat
- Genomföra strukturerade utredningar
- Ge patientundervisning
- Tidsbeställd mottagning och telefonrådgivning
- Kvalitetsuppföljning
- Teamsamverkan
- Minst 1,5 mottagningstimmar/1000 invånare och vecka (om skolbarn 2 timmar/vecka)

Skillnaden jämfört med de kriterier som gällde 2005 är att kravet på astma/KOL-sjuksköterskans utbildning ökat till minst 15 högskolepoäng och att tiden för mottagningen ökat från 0,5 (gällde då enbart astma) till 1,5 timmar/1000 innevånare och vecka.

Av samtliga mottagningar i primärvården hade 9% en ”godkänd” astma/KOL-mottagning, 78% en ”icke godkänd” och 13% saknade en astma/KOL-mottagning. Den genomsnittligt avsatta tiden för mottagningarna varierar mycket både mellan och inom landstingen.

Jämfört med 2005 har andelen mottagningar som anger att de har en astma/KOL-mottagning ökat betydligt. Tiden som avsatts för astma/KOL-sjuksköterskans arbete har dock ökat obetydligt. Det är tyvärr inte möjligt att jämföra proportionen godkända mottagningar, eftersom definitionen av godkänd astma/KOL-mottagning ändrats sedan 2005.

Tabell 4.

Tillgång och möjligheter till rökslutarstöd i primärvården 2012

	Rökavvänjning¹	Rökavvänjning i grupp² **	Tid för rökavvänjning/ 1000 invånare och vecka** Medel (range)
Totalt i regionen 2005	52%	*	*
Totalt i regionen 2012	82%	41%	0,4 (0-1,8)
	Antal	Antal**	Medel (range)
Dalarna	8/8	4/8	0,7 (0,2-1,8)
Gävleborg	8/8	0/8	0,3 (0,0-0,5)
Sörmland	7/8	4/7	0,5 (0,2-0,9)
Uppsala	7/8	4/7	0,2 (0,0-0,3)
Värmland	6/8	5/6	0,2 (0,1-0,2)
Västmanland***	1/6	0/1	0,2 (0,2-0,2)
Örebro	7/8	1/7	0,3 (0,0-0,5)

* Data saknas då dessa frågor inte fanns med i strukturenkäten 2005

** Andel/Antal av de med egen rökavvänjning

*** Endast 6 deltagande vårdcentraler från Västmanland

Tabellförklaring

¹ Antal vårdcentraler som erbjuder rökavvänjningsstöd av utbildad personal på den egna mottagningen. (Redovisas med antal möjliga per 8 vårdcentraler för varje landsting).

² Antal vårdcentraler som erbjuder rökavvänjningsstöd i grupp på den egna mottagningen (Redovisas av de vårdcentraler som erbjuder rökavvänjningsstöd på den egna mottagningen)

Tillgång till rökslutarstöd

Rökande patienter med astma har en mer instabil sjukdom och en sämre känslighet för inhalationssteroider. Rökande patienter med astma har också en större risk att utveckla KOL jämfört med rökare utan astma. Behandling av tobaksberoende är därför en viktig åtgärd vid behandling av astma.

De flesta vårdcentralerna i regionen kan erbjuda rökavvänjningsstöd på den egna mottagningen. Ungefär 40% av vårdcentralerna erbjuder rökavvänjning i grupp medan resten arbetar enbart individuellt. Tiden som avsätts för rökavvänjning varierar mycket mellan landstingen. Jämfört med 2005 har andelen vårdcentraler som erbjuder rökavvänjning ökat kraftigt.

Data från patientenkäten 2015

Tabell 5.

Patientkaraktäristika - Data från patientenkäten 2015

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen

	Primärvård*				Sjukhus**			
	Antal svar ¹	Ålder ²	Kvin- nor ³ (%)	Minst 3- årigt gymna- sium ⁴ (%)	Antal svar ¹	Ålder ²	Kvin- nor ³ (%)	Minst 3- årigt gymna- sium ⁴ (%)
Totalt i regionen 2005	861	49 år	62%	43%	349	52 år	56%	41%
Totalt i regionen 2015	915	54 år	63%	53%	376	56 år	59%	51%
Dalarna	169	52	63	56	54	59	44	40
Gävleborg	115	52	63	61	42	53	57	57
Sörmland	150	56	61	49	23	55	78	64
Uppsala	162	56	64	53	77	54	62	55
Värmland	115	53	59	48	63	54	57	52
Västmanland	79	56	65	40	62	60	58	42
Örebro	125	53	65	56	55	53	62	59

* Patienter utslumpade från primärvården.

** Patienter utslumpade från sjukhusen.

Tabellförklaring

¹ Antal utvärderbara patientenkäter.

² Medelålder.

³ Andel kvinnor.

⁴ Utbildningsnivå. Andel med 3-årigt gymnasium eller mer.

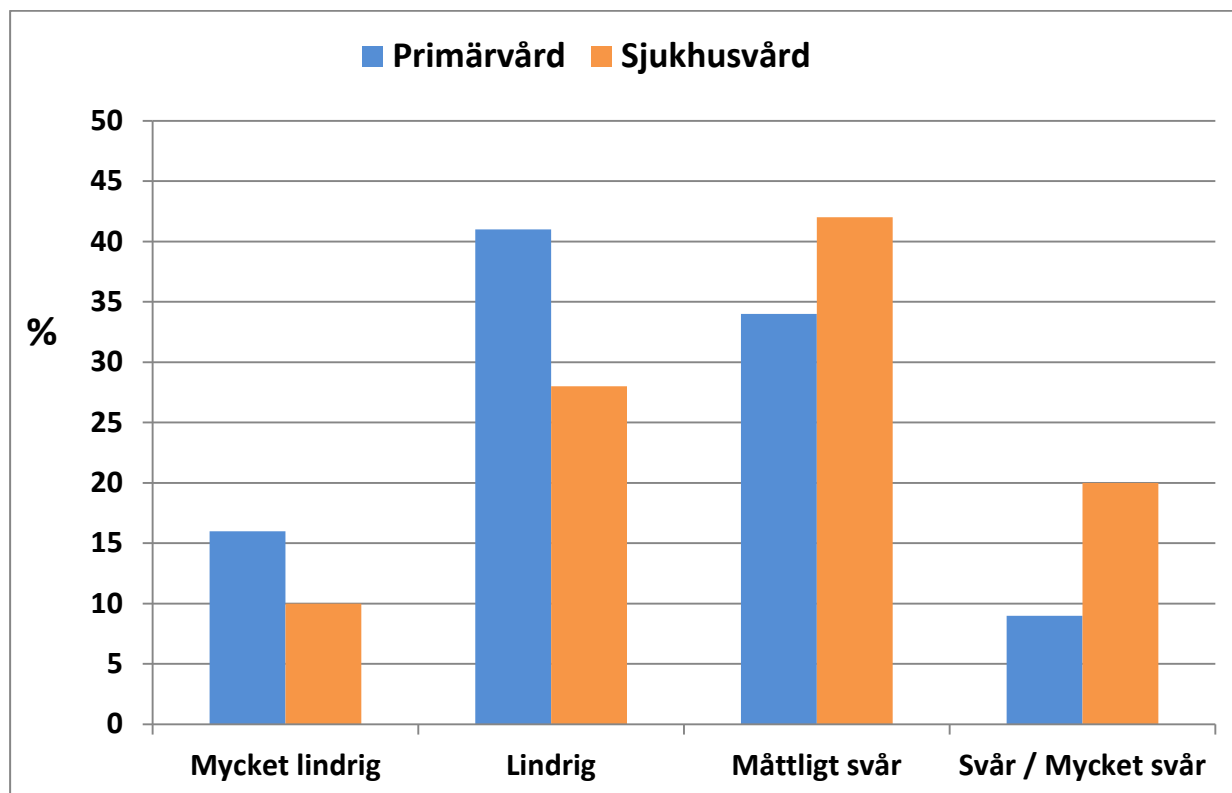
Patientkaraktäristika

Tabellen visar att flera kvinnor än män har kontakt med sjukvården på grund av astma. En stor andel av patienterna är välutbildade och andelen med 3-årigt gymnasium har ökat mellan 2005 och 2015. Inga statistiska skillnader påvisas vad gäller köns- och åldersfördelning mellan patienter i primärvården respektive på sjukhus.

Det föreligger inga stora skillnader vad gäller köns- och åldersfördelning mellan landstingen.

Figur 1.

Upplevd svårighetsgrad av astmasjukdomen



Figur 1. Fördelning av patientens upplevda svårighetsgrad av sin astmasjukdom uppdelat på patienter från primärvård respektive sjukhus. Data från patientenkäten 2015.

Fördelning av svårighetsgrad

En stor andel av astmapatienterna både i primär- och sjukhusvård upplever sin sjukdom som lindrig och mycket lindrig. Samtidigt finns också en grupp som upplever sin astma som svår eller mycket svår. Som väntat upplever patienterna på sjukhus sin sjukdom som svårare jämfört de som behandlas i primärvården.

Tabell 6.

Besök hos Astma/KOL-sjuksköterska, ansvarig behandlande läkare och utförd allergiutredning

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen

	Astma-KOL sjuksköterska ¹		Ansvarig läkare ²		Allergi- utredning gjord ³	
	(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	*	*	45	58	*	*
Totalt i regionen 2015	19	32	33	44	66	76
Dalarna	27	43	33	29	60	74
Gävleborg	17	24	33	52	60	76
Sörmland	18	17	34	46	69	83
Uppsala	20	29	34	49	78	79
Värmland	11	18	30	40	68	79
Västmanland	15	50	36	56	62	66
Örebro	24	31	30	37	62	82

* Data saknas då dessa frågor inte fanns med i patientenkäten 2005.

¹ Andel patienter som angett att de varit på besök hos astma/KOL-sjuksköterska senaste året pga astma.

² Andel patienter som vet vilken läkare som ansvarar för behandlingen av astmasjukdomen.

³ Andel patienter som någon gång gjort en allergiutredning med allergitest med blodprov eller pricktest.

Astma/KOL-sjuksköterska, ansvarig läkare och allergiutredning

Det är viktigt att ha en fast kontakt inom vården vid alla typer av kronisk sjukdom. Tyvärr ser vi, att en minoritet av patienterna med astma träffar en specialutbildad sjuksköterska och det finns en tydlig trend mot en försämrad läkarkontinuitet. Tillgången till en fast läkare har minskat i både primärvård och sjukhusvård. Däremot så verkar många av astmapatienterna gjort en allergiutredning vilket kan vara motiverat med tanke på att de allergiska besvären har ökat i samhället i stort.

Tabell 7.

Symtom och akutbesök på grund av astma – Data från patientenkäten 2015

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen

	Vaknat pga astma senaste veckan ¹		Sökt akut pga astma senaste halvåret ²		Sjukhusvårdad pga astma senaste halvåret ³		Extra luftrörsvidgande mer än 2 ggr/v ⁴		ACT ⁵ Andel med 20 eller mer ⁵	
	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	28	35	20	25	1	6	50	56	*	*
Totalt i regionen 2015	27	39	17	22	2	5	48	51	60	54
Dalarna	24	37	14	26	1	7	44	46	65	58
Gävleborg	28	46	16	27	1	2	45	49	59	46
Sörmland	28	39	18	13	2	4	53	52	57	64
Uppsala	27	40	20	21	1	5	44	51	60	51
Värmland	31	26	15	20	3	5	59	54	55	60
Västmanland	23	43	18	26	4	8	61	55	57	48
Örebro	28	41	20	17	1	2	40	52	64	62

* Data saknas då dessa frågor inte fanns med i patientenkäten 2005.

Tabellförklaring:

¹ Andel patienter som vaknat minst en natt senaste veckan på grund av symtom från sin astmasjukdom.

² Andel patienter som sökt akut minst en gång, antingen på vårdcentral eller på sjukhus, senaste halvåret på grund av astma.

³ Andel patienter som sjukhusvårdats minst en gång senaste halvåret på grund av astma.

⁴ Andel patienter som tagit extra doser av luftrörsvidgande medicin på grund av astmabesvär mer än två gånger den senaste veckan.

⁵ Andel med ACT-poäng 20 eller mer ("kontrollerad astma").

Symtom och akutbesök på grund av astma

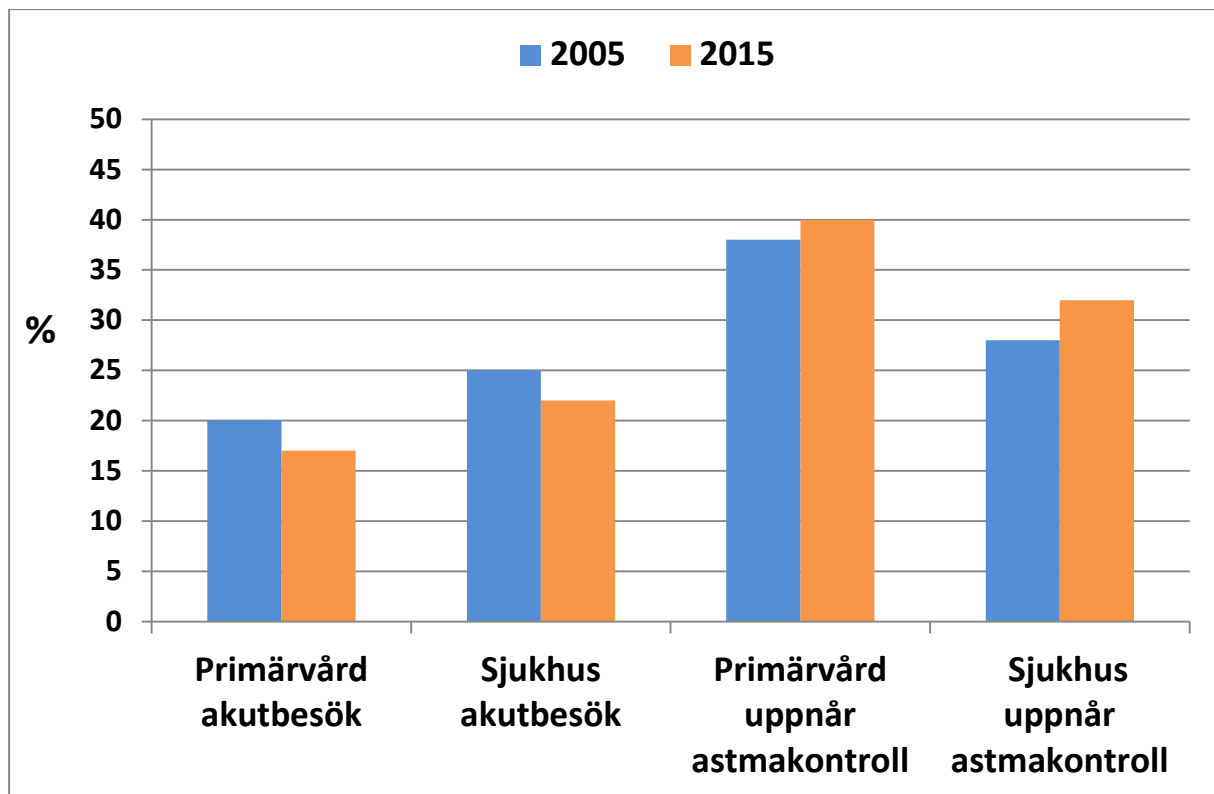
Astma är en sjukdom där det idag, tack vare tillgången på bra läkemedel, finns mycket goda behandlingsmöjligheter och där behandlingsmålen är högt ställda.

Målsättningen vid astmabehandling, enligt svenska och internationella guidelines, är att uppnå full symtomkontroll, förebygga försämringsepisoder, behålla normal aktivitetsnivå, behålla normal lungfunktion och undvika medicinbiverkningar.

Data från patientenkäten 2015 visar att så många som 27% av patienterna i primärvården och 39% i sjukhusvården vaknat minst en gång senaste veckan på grund av astmasymtom, vilket är i stort sett samma resultat som 2005. Cirka en femtedel av patienterna i primärvården och i sjukhusvården har även sökt akut sista halvåret 2015 vilket också visar att många patienter fortfarande inte uppnår behandlingsmålen. Andelen patienter med kontrollerad astma enligt astmakontroll test (ACT), ett frågeformulär som är högt prioriterat i Socialstyrelsens riktlinjer, var 2015 60% i primärvården och 54% i sjukhusvården.

Figur 2.

Akutbesök och optimal astmakontroll enligt GINA guidelines. Data från patientenkäten



Figur 2. Andel patienter från primärvård respektive sjukhus som sökt akut senaste halvåret på grund av astma och andel patienter med optimal astmakontroll enligt GINA guidelines. Data från patientenkäterna 2005 och 2014.

Optimal astmakontroll definieras som:

- Extra luftrörsvidgande medicinering högst två gånger senaste veckan.
- Inga nattuppvaknanden på grund av astmasymtom senaste veckan.
- Inga akutbesök på grund av astma senaste halvåret.
- Inga kortisonkurer på grund av astma senaste halvåret.

Endast cirka en tredjedel av patienterna, 38% från primärvården och 28% från sjukhusvården, uppnår optimal astmakontroll enligt definitionen ovan. Detta resultat visar att många patienter fortfarande inte uppnår behandlingsmålen vid astma.

Tabell 8.

Uppgiven regelbunden medicinering senaste halvåret – Data från patientenkäten 2015

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen

	Enbart kortverkande beta-2 vid behov ¹		Enbart inhalationssteroider ²		Inhalationssteroider och långverkande beta-2 – stimulerare ³	
	Behandlingssteg 1		Behandlingssteg 2		Behandlingssteg 3 eller högre	
	(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	24	16	28	15	49	69
Totalt i regionen 2015	24	14	23	13	53	74
Dalarna	28	11	26	7	46	82
Gävleborg	31	12	24	5	45	83
Sörmland	20	17	22	17	59	65
Uppsala	23	9	22	20	55	71
Värmland	20	21	22	21	58	57
Västmanland	20	16	28	3	52	81
Örebro	26	11	21	13	53	76

Tabellförklaring:

¹ Andel patienter med *enbart* kortverkande beta-2 som vidbehovs medicinering (behandlingssteg 1).

² Andel patienter med enbart inhalationssteroider som regelbunden underhållsbehandling (behandlingssteg 2).

³ Andel patienter med inhalationssteroider i kombination med långverkande beta-2 som regelbunden underhållsbehandling, antingen i separata inhalatorer eller i fast kombination (ICS/LABA) - (behandlingssteg 3). I denna grupp finns även patienter med ICS/LABA med tillägg av antileukotrien.

Uppgiven medicinering senaste halvåret

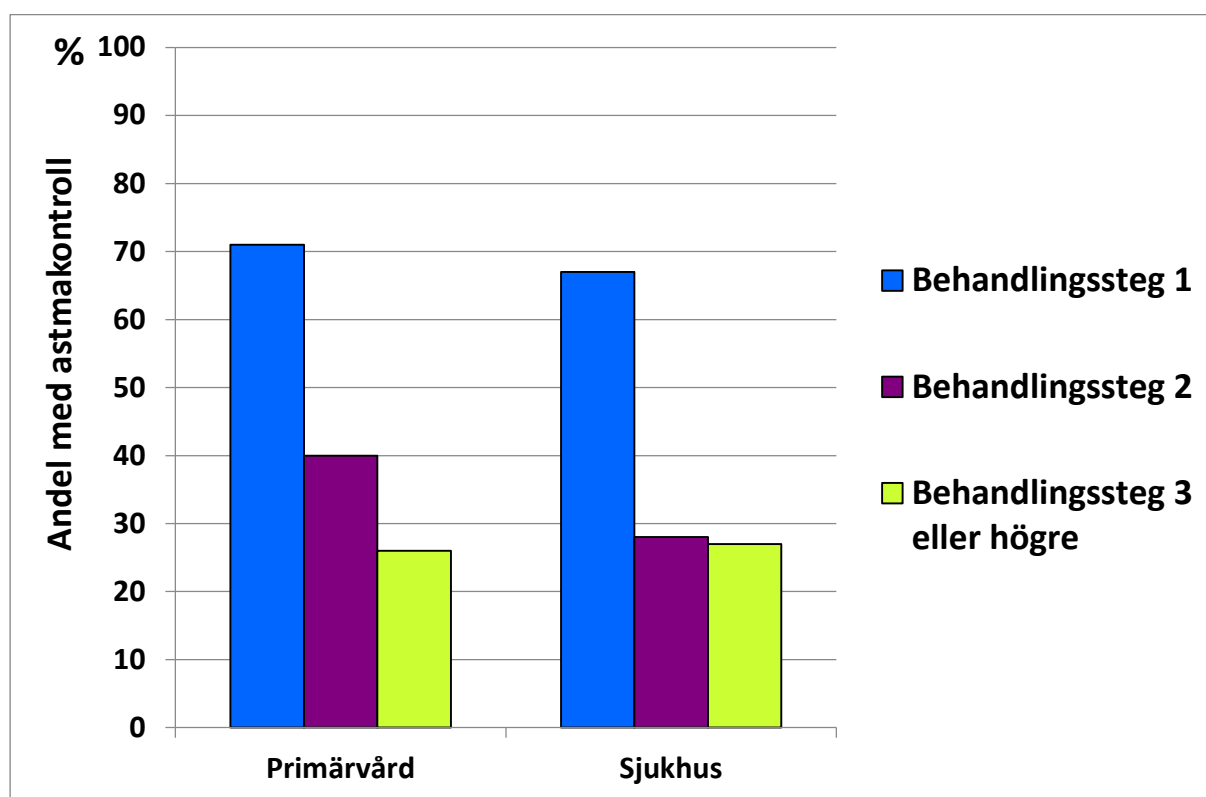
Undersökningen visar att ungefär hälften av astmapatienterna i primärvården och två tredjedelar av patienterna på sjukhusmottagningar använder inhalationssteroider i kombination med långverkande beta-2-stimulerare. Andelen har ökat något sedan 2005.

Både i primärvården och på sjukhusmottagningar noteras också skillnader mellan landstingen vad gäller användningen av inhalationssteroider i kombination med långverkande beta-2-stimulerare (behandlingssteg tre eller mer).

Antileukotriener som tillägg till annan behandling används sparsamt i primärvården (8% primärvården 2015 jämfört 6% 2005) men är något vanligare till patienter på sjukhusmottagningar (18% 2015 och 20% 2005).

Figur 3.

Andel patienter med optimal astmakontroll på respektive behandlingssteg¹ för patienter i primärvården respektive sjukhus. Data från patientenkäten 2015.



¹ Behandlingssteg 1 = patienter med *enbart* kortverkande beta-2 som vidbehovs medicinering. Behandlingssteg 2 = patienter med enbart inhalationssteroider som regelbunden underhållsbehandling. Behandlingssteg 3 eller högre = patienter med inhalationssteroider i kombination med långverkande beta-2 antingen i separata inhalatorer eller i fast kombination alternativt kombination med antileukotrien alternativt alla tre som regelbunden underhållsbehandling.

Optimal astmakontroll är baserat på GINA guidelines och definierat som:

- Extra luftströmsvidgande medicinering högst två gånger senaste veckan
- Inga nattuppvaknanden på grund av astmasymtom senaste veckan
- Inga akutbesök på grund av astma senaste halvåret
- Inga kortisonkurer på grund av astma senaste halvåret

Figuren visar att icke optimal astmakontroll förekommer i alla behandlingssteg. Det finns olika tolknings möjligheter av dessa resultat. Dels att vissa patienter på behandlingssteg 1 och 2 kanske skulle ha nytta av tilläggsbehandling. Det finns också en stor grupp patienter på behandlingssteg 3 eller högre som inte uppnår optimal astmakontroll.

En slutsats är också att enbart farmakologisk behandling inte alltid är tillräcklig för optimal kontroll utan att det även är viktigt att tänka på andra aspekter av astmabehandling såsom miljöåtgärder och fysisk träning förutom patientutbildning med kontroll av inhalationsteknik.

Resultatet 2015 är helt oförändrat i primärvården jämfört 2005. För sjukhuspatienterna är andel patienter med astmakontroll på steg 2 något lägre 2015 medan det är något större andel med uppnådd astmakontroll på steg 3 eller högre 2015 jämfört 2005.

Tabell 9.

Behandlingsplan, kunskap och följsamhet till läkemedel - data från patientenkäten 2015

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen

	Behandlingsplan¹		Kunskap²		Följsamhet till läkemedel³	
	(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	21	28	*	*	*	*
Totalt i regionen 2015	17	22	36	41	48	54
Dalarna	16	26	36	41	43	56
Gävleborg	18	24	33	36	46	56
Sörmland	20	22	34	44	48	44
Uppsala	20	28	43	46	51	52
Värmland	16	23	27	51	51	42
Västmanland	17	8	31	28	51	72
Örebro	13	26	41	39	51	54

* Data saknas då dessa frågor inte fanns med i patientenkäten 2005.

Tabellförklaring:

¹ Andel patienter som svarat att de fått en skriftlig behandlingsplan med information om hur de skall kunna ändra sin medicinering vid försämring av sin astmasjukdom.

² Andel som svarat att de har tillräckliga kunskaper ("ja, absolut") att hantera en försämring av sin astma.

³ Andel som svarat att de alltid tar sin astmamedicin som läkare eller astma/KOL-sjuksköterska rekommenderat.

Behandlingsplan, kunskap om sin sjukdom och följsamhet till läkemedelsbehandling

En skriftlig behandlingsplan är högt prioriterad i Socialstyrelsens riktlinjer och har liksom god kunskap om sjukdomen stor betydelse för följsamhet till behandling. Trots det har andelen som fått en skriftlig behandlingsplan minskat sedan 2005 både inom primärvården och sjukhus.

När det gäller kunskap om sin astma så anger ca 37% att de absolut har tillräckligt kunskap, ytterligare ca 42% har delvis eller liten kunskap och drygt 20% saknar kunskap. Det är frestande att tro att kunskapsbrist ligger bakom det faktum att ca hälften av alla patienter med astma tar sin medicinering som rekommenderats. Men i ett studentarbete från Örebro universitet på detta material, har visat att det snarare är sjukdomens allvarlighetsgrad och om man besökt en astmasköterska som spelar roll för följsamhet snarare än kunskap. Sanne Johansson)

Tabell 10.

Tobak - Data från patientenkäten 2015

Primärvård respektive sjukhus

	Daglig rökare ¹		Erbjudits rökslutarstöd ²		Fått rökslutarstöd ³		Daglig snusare ⁴	
	(%)		(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt antal i regionen 2005	12	8	32	36	15	36	*	*
Totalt antal i regionen 2015	6	5	45	60	21	40	11	13
Dalarna	8	0	**	**	**	**	13	16
Gävleborg	8	5	**	**	**	**	8	13
Sörmland	3	0	**	**	**	**	10	18
Uppsala	2	7	**	**	**	**	10	14
Värmland	7	7	**	**	**	**	19	12
Västmanland	8	7	**	**	**	**	16	12
Örebro	7	9	**	**	**	**	7	9

*Data saknas då frågan inte fanns med i patientenkäten 2005.

** Data visas ej pga. få individer.

Tabellförklaring:

¹ Andel patienter som är dagligrökare.

² Andel av daglig rökare som av sjukvården *erbjudits* hjälp med rökstopp.

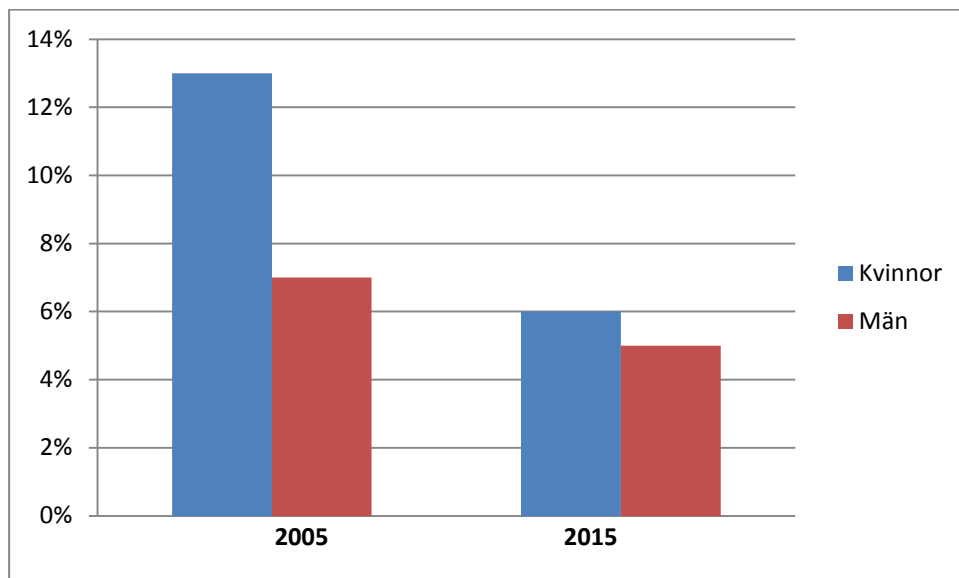
³ Andel av daglig rökare som av sjukvården *fått* rökslutarhjälp.

⁴ Andel patienter som är dagligsnusare.

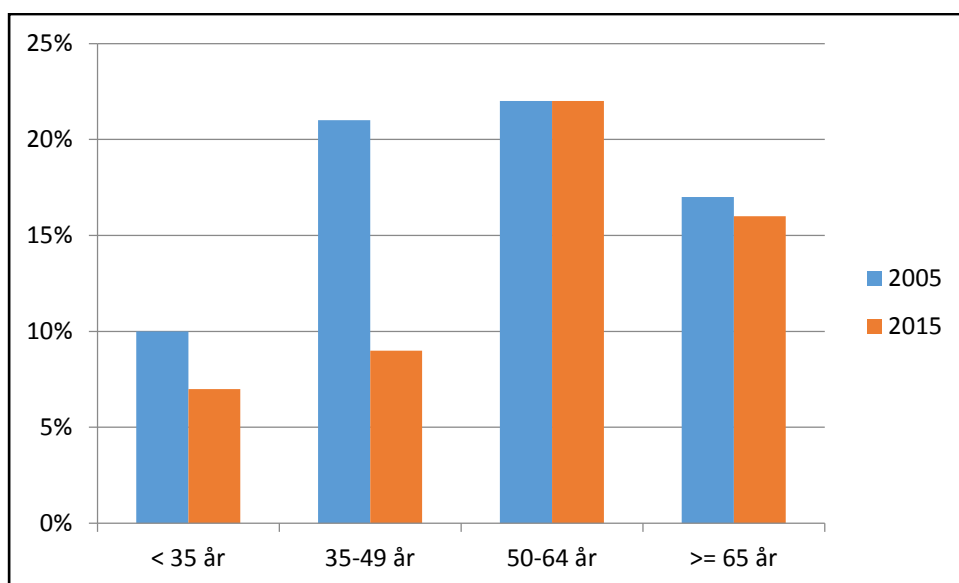
Tobak

Andelen rökare bland patienter med astma har minskat och andelen daglig rökare som erbjudits respektive fått rökslutarstöd är högre 2015 jämfört 2005. Andelen rökare har framför allt minskat bland kvinnor och i åldrarna under 50 år. Andelen snusare undersöktes inte 2005 men siffrorna från 2015 överensstämmer med andra studier.

Figur 4 - Tobaksbruk



Figur 4a. Andel rökare i PRAXIS-studien 2005 och 2015, sammanslagna enkätdata från primär och slutenvård.



Figur 4b. Andel rökare i PRAXIS-studien 2005 och 2015, sammanslagna enkätdata från primär och slutenvård.

Tabell 11.

Allergi– Data från patientenkäten 2015

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen

	Allergi vid kontakt med pollen eller pälsdjur¹		Allergiska näs- eller ögonbesvär senaste året²		Antihistamin per oralt senaste året³		Nasala steroider senaste året⁴	
	(%)		(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	*	*	*	*	*	*	*	*
Totalt i regionen 2015	76	71	61	56	50	46	47	50
18-34	87	84	76	76	66	76	52	64
35-49	82	75	66	63	60	53	49	56
50-64	80	76	65	59	49	47	50	52
≥65	65	58	46	42	36	30	41	40

*Data saknas då frågorna inte fanns med i patientenkäten 2005.

¹ Andelen patienter som ofta eller ibland har astmabesvär, eller allergiska ögon- eller näsbesvär vid kontakt med pollen eller pälsdjur

² Andelen patienter som haft allergiska näs- eller ögonbesvär de senaste 12 månaderna

³ Andelen patienter som senaste året regelbundet eller i perioder använt antihistaminer pga allergiska näsbesvär

⁴ Andelen patienter som senaste året regelbundet eller i perioder använt kortisonnässpray

Allergi

Allergiska besvär är vanligt vid astma både i primär vård och på sjukhus, och de flesta har specifik behandling med antihistaminer och nasala steroider.

Tabell 12.

Övriga tillstånd som påverkar astmasjukdomen. Data från patientenkäten 2015.

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen.

	Rinit ¹		Sinuit ²		Reflux ³		Obesitas ⁴	
	(%)		(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	*	*	*	*	*	*	22	23
Totalt i regionen 2015	72	68	20	22	17	17	28	23
18-34 år	74	71	28	22	14	16	21	18
35-49 år	76	74	24	26	15	15	31	16
50-64 år	78	73	21	26	19	19	30	24
≥65 år	62	60	15	15	19	18	27	29

¹ Andelen patienter som haft problem med nysningar, rinnande eller täppt näsa när de inte varit förkylda eller haft influensa de senaste 12 månaderna

² Andelen patienter som haft bihålebesvär de senaste 6 månaderna

³ Andelen patienter som haft problem med halsbränna eller sura uppstötningar nattetid i genomsnitt 1 gång i veckan eller oftare

⁴ Obesitas innebär fetma, definierat som BMI ≥ 30 .

Tillstånd som kan påverka astmasjukdomen

Det är mycket vanligt med rinit, dvs. nysningar, rinnande eller täppt näsa med eller utan underligande allergi. Detta tillstånd förekommer hos drygt två tredjedelar av patienter med astma. Sinuit (bihålebesvär) och reflux förekommer hos ca en femtedel. Obesitas (fetma) finns hos genomsnitt en fjärdedel av astmapatienterna och har framför allt ökat i primärvården.

Tabell 13.

Samsjuklighet – Data från patientenkäten 2015.

Patienter från primärvård respektive sjukhus i de olika landstingen.

	Diabetes ¹		Hjärt-sjukdom ²		Hypertoni ³		Ångest/ Depression ⁴		Sömnapné -syndrom ⁵	
	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh	PV	Sjh
Totalt i regionen 2005	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Totalt i regionen 2015	8	9	8	10	26	27	15	16	9	10
18-34 år	2	0	1	2	4	7	23	20	4	2
35-49 år	3	7	2	2	13	13	18	24	3	0
50-64 år	9	7	7	9	33	26	15	14	12	14
≥65 år	13	14	14	18	40	43	8	12	11	14

*Data saknas då frågorna inte fanns med i patientenkäten 2005.

Tabellförklaring

¹ Andel patienter som har eller haft diabetes.

² Andel patienter som har eller haft hjärtsjukdom.

³ Andel patienter som har eller haft högt blodtryck.

⁴ Andel patienter som har eller haft ångest och/eller depression.

⁵ Andel patienter som har eller haft sömnapné-syndrom.

Samsjuklighet

Vissa samsjukligheter är mycket vanliga vid astma, både i primärvård och på sjukhus. Den vanligaste samsjukligheten i denna undersökning är hypertoni som finns hos en fjärdedel, följt av ångest och depression hos ca en sjundedel. Det är viktigt att beakta dessa samsjukligheter vid handläggning av astma.

Figur 5.

Samsjuklighet – Data från patientenkäten 2015.

