



Luftvägsregistret

Årsrapport 2015



Årsrapport 2015 – Luftvägsregistret

Författare

Alf Tunsäter

Docent, Överläkare
Lung- och Allergikliniken, Lund
Skånes Universitetssjukhus, 221 85 Lund
alf.tunsater@med.lu.se

Ann Ekberg-Jansson

Docent, Överläkare
Angereds Närsjukhus, 424 22 Angered
ann.ekberg_jansson@vgregion.se

Ann Lindberg

Institutionen för Folkhälsa och Klinisk medicin,
Umeå Universitet samt Lung-och allergisektionen,
Sunderbyns Sjukhus, Luleå
anne.lindberg@algmed.se

Claes-Göran Löfdahl

Lungläkare, Professor emeritus
Lung- och Allergikliniken, Lund
Skånes Universitetssjukhus, 221 85 Lund
claes-goran.lofdahl@med.lu.se

Ulf Brändström

Generalsekreterare
Asthma- och Allergiförbundet
ulf.brandstrom@astmaoallergiforbundet.se

Peter Edfelt

Kommunikatör – lungfrågor
Riksförbundet HjärtLung
peter.edfelt@hjärt-lung.se

Statistiker

Bengt Bengtsson

Statistiska konsultgruppen
Stigbergsliden 5, 4 tr
414 63 Göteborg
bengt.bengtsson@stat-grp.se

Utvecklingsledare

Monika Hellstrand

Registercentrum Västra Götaland
Medicinaregatan 18G, 413 90 Göteborg
Monika.hellstrand@registercentrum.se

Registerhållare

Ann Ekberg-Jansson

Docent, Överläkare
Angereds Närsjukhus, 424 22 Angered
ann.ekberg_jansson@vgregion.se

Utgivare

Ann Ekberg-Jansson

Huvudman

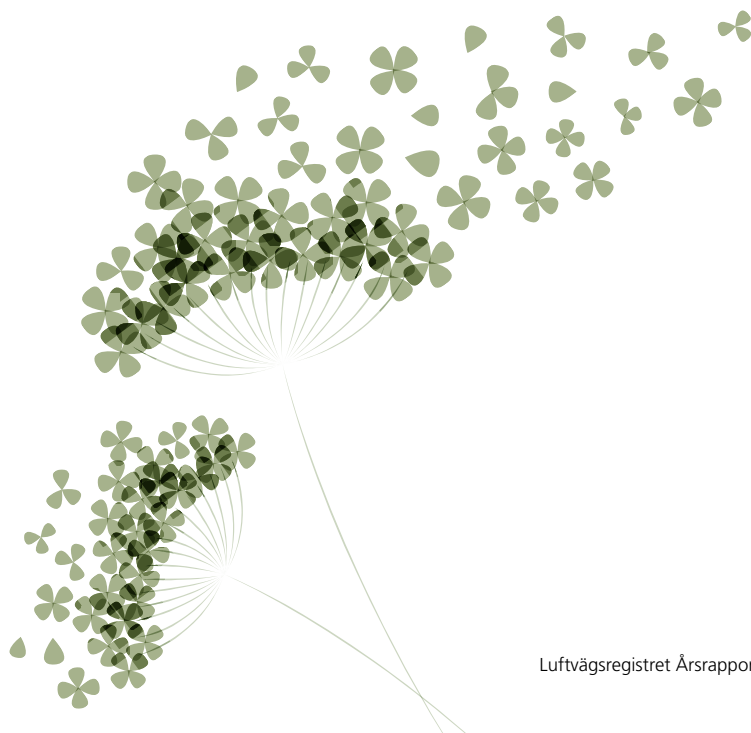
Västra Götalandsregionen
462 80 Vänersborg



ISSN 2001-3256
Tryckår 2016

Innehållsförteckning

Inledning	4
Patientperspektivet	5
Sammanfattning av 2015 års resultat	6
För beslutsfattare	7
Luftvägsregistret och förbättringsarbete	8
Deltagande och rapportering	9
Resultat Luftvägsregistret 2015	12
Astma, öppenvård	13
KOL, öppenvård	19
Astma och KOL (ACOS), öppenvård	26
KOL, inneliggande vård	30
Resurser på enhetsnivå	31
Diskussion	33
Fakta om Luftvägsregistret	34





Inledning

Du har i din hand den sjätte årsrapporten från Luftvägsregistret

Upplägget för 2015 års data kan sammanfattas i några punkter:

- Den tryckta rapporten är denna gång tunnare jämfört med tidigare år. Detta beror dels på att vi velat ge er läsare en ännu mer tydlig och klar årsrapport genom att bland annat förtydliga grafiken och korta ned diskussionerna. Astma- och KOL-data presenteras var för sig och en kort sammanfattning finns även för de individer som har registrerats med samtidig astma och KOL (motsvarande ACOS, astma-COPD overlap syndrom). Det finns också kompletterande uppgifter on-line som kan nås via Luftvägsregistrets hemsida. Här finns exempelvis tabeller och figurer på data som ej redovisas i den skriftliga rapporten.
- På grund av ett betydande bortfall vid direktöverföring av data baseras redovisningen huvudsakligen i denna årsrapport på manuellt inmatad data.

Det är mycket glädjande att konstatera att 2015 blev ett år med påtagligt ökat antal registreringar, patienter samt deltagande enheter – till stor del tack vare direktöverföring av data! Registrets täckningsgrad har i detta avseende sålunda klart förbättrats!

Fortfarande är bortfallet ("missing") vid direktöverföring oacceptabelt högt. Under året har mycket arbete lagts ned på att skapa journalmallar så att sökord och definitioner samvarierar med Luftvägsregistrets variabler. Vi kan skönja en viss förbättring avseende kvaliteten på direktöverförda data, men mycket arbete återstår. Uppdateringen hösten 2014 med ett miniformulär har underlättat betydligt för användarna och säkerligen bidragit till den ökade täckningsgraden 2015. Miniformulärets "Big-Five-variabler" (de viktigaste för varje diagnos) är underlag för jämförelser med tidigare år, medan övriga variabler som återfinns i "Fördjupningsdelen" inte använts i en utsträckning som gör jämförelser med tidigare år meningsfulla. Det är uppenbart att läkemedelsmodulen fortfarande är svår för användarna och förbättringsarbetet fortsätter.

Under 2015 har Läkemedelsverket publicerat nya rekommendationer för behandling av astma och KOL, samtidigt som Socialstyrelsen fastställt de nya nationella riktlinjerna. Luftvägsregistret anpassas nu för att harmonisera med dessa dokument. Luftvägsregistret är således under ständig utveckling för att kunna utgöra ett värdefullt verktyg för utvärdering av det kliniska arbetet. Precis som tidigare år välkomnar vi fler deltagande enheter för att förbättra täckningsgraden ytterligare och på så sätt kunna beskriva allt bättre hur verklighetens astma-KOL-vård ser ut!



Patientperspektivet

Det bästa sättet att kvalitetssäkra den vård som hundratusentals astma och KOL-patienter är beroende av är att genom uppföljning kunna konstatera statistiskt säkerställda förändringar. Det ger patienter och vårdgivare information om vilken vård och behandling som ger det bästa resultatet, men även möjlighet att se vilken behandling som inte ger resultat. Därför är Luftvägsregistret livsviktigt för patienterna.

Sjukvården står inför ett strategiskt vägval om man menar allvar med en ändamålsenlig och patientcentrerad vård. Kvalitetsregister är en central del av det arbetet. Vi ser framför oss ett luftvägsregister som i sin fulla potential förverkligar ett kontinuerligt förbättringsarbete och bidrar till att utjämna skillnader inom astma- och KOL-vården över hela landet. En samordnad och långsiktig utveckling av registret är nödvändig.

Inger Ros
Förbundsordförande
Riksförbundet HjärtLung

Kvalitetsregistret är inte bara en vinst för patienterna. Det ger ett bättre underlag för styrning av hälso- och sjukvården samtidigt som det bidrar till realiserad patientnytta. Bättre prioriteringar leder till mer effektivt resursanvändande och en mer strukturerad vård.

Riksförbundet HjärtLung och Astma- och Allergiförbundet stöttar och deltar i utvecklingen av Luftvägsregistret. Vi hoppas att alla landsting ansluter sig och verkar för att alla patienter ska kunna ta del av den kvalitetsgaranti som vård via kvalitetsregistret innebär. Allt annat vore att ignorera det som är livsviktigt för patienterna.

Maritha Sedvallson
Förbundsordförande
Astma- och Allergiförbundet

Sammanfattning av 2015 års resultat

Täckningsgrad: Under 2015 har antalet registreringar, patienter samt deltagande enheter ökat betydligt jämfört med tidigare år, till stor del tack vare direktöverföring av journaluppgifter.

Registrets population: 15 643 manuellt registrerade patienter, varav 10 199 med astma och 6 495 med KOL. Av dessa har 1 051 samtidigt astma och KOL (ACOS). Därtill registrerades genom direktöverföring 9 869 med astma och 4 396 med KOL. Av dessa har 428 ACOS (totalt 13 837).

Spirometri: Totalt har 95 % besvarat frågan om spirometriregistreringar bland de manuellt inmatade astmatikerna. Såväl svarsfrekvens som andel som genomfört spirometri av astmatikerna har ökat markant under 2015. Motsvarande resultat för KOL-patienterna är 97 % av de manuellt inmatade registreringarna, ungefär lika i primärvård och specialistvård, vilket också är en påtaglig ökning jämfört 2014.

Hälsostatus och symptom: Totalt har 69 % av samtliga manuella registreringar av astmatiker uppgift om AKT (Astma Kontroll Test) vilket är en klar förbättring jämfört med tidigare. Av dem i primärvården som har uppgift om AKT hade 67 % god astmakontroll, motsvarande för specialistvården var 71 %. Genomgående förefaller astmakontrollen vara sämre hos kvinnor och försämras med ökad ålder. Uppgifter om CAT (COPD Assessment Test) har rapporterats för 71 % av de manuellt registrerade KOL-patienterna vilket också är en ökning från föregående år.

Rökning: Bland vuxna astmatiker (>17 år) har 97 % uppgift om rökvanor, likvärdigt inom primär och specialistvård. Bland vuxna var andelen rökare 16 % i primärvården om 12 % inom specialistvården. Vid direktöverföring via MedRave hade 57 % uppgift om astmatikernas rökvanor, vilket är en avsevärd förbättring jämfört med föregående år. Av dem som har uppgift om rökvanor var 10 % rökare.

Totalt har 99 % av manuellt registrerade KOL-patienter rapporterade rökvanor, ungefär samma andel i primärvården som i specialistvården. Detta innebär en klar förbättring inom primärvården. Andelen rökare är nu 39 % totalt, 42 % i primärvården och 24 % i specialistvården. I direktöverförda data via MedRave har 68 % rapporterat rökvanor, och av dessa var 34 % rökare. Detta är en avsevärd förbättring av svarsfrekvens jämfört med föregående år.

Exacerbationer: Hos 89% av de manuellt rapporterade KOL-patienterna finns uppgift om exacerbationer. Inom primärvården rapporterar 4 % ≥ 2 exacerbationer senaste året, medan motsvarande siffra inom specialistvården är 19 %.

Fysisk aktivitet (30 minuter): Svarsfrekvensen för manuellt rapporterade KOL-patienter är nu 86 % för såväl primärvård som öppenvård, vilket är en förbättring jämfört med 2014. Bland dem som har uppgift om fysisk aktivitet har 36 % rapporterat att de är fysiskt aktiva 5–7 gånger per vecka medan 30 % rapporterar att de inte har någon fysisk aktivitet.

Patientutbildning: Totalt har 80 % av alla manuellt registrerade astmatiker uppgift om patientutbildning vilket är en påtaglig ökning från tidigare. Bland dem har 68 % genomgått någon form av patientutbildning. Andelen patienter är högre i primärvården än i specialistvården.

Bland KOL-patienterna har 83 % registrerade uppgift om patientutbildning vilket också är en klar förbättring.

Influensavaccination vid KOL: Svarsfrekvensen angående influensavaccination har stigit sedan föregående år och är nu 87 % vid manuell rapportering.

För beslutfattare

Syftet med det nationella Luftvägsregistret är att förbättra astma- och KOL-vården. Såväl astma som KOL är underdiagnostiserade och det påverkar såväl kostnader som prognos. KOL är den ENDA dödliga folksjukdom där dödligheten fortsätter att öka och särskilt hos kvinnor. Således är många patienter inte identifierade och de identifierade riskerar att få en bristfällig vård och uppföljning.

Det har skett flera viktiga saker för dessa patientgrupper under 2015

- De nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen har fastställts
- Läkemedelsverket har publicerat nya rekommendationer för läkemedelsbehandling
- Det nationella programrådet fortsätter att stödja förbättringar i vården (Sveriges Kommuner och Landsting)

Luftvägsregistret är ett stöd för att följa nationella riktlinjer och rekommendationer och därigenom förbättra vården. Registret fungerar som ett kvalitetssäkrings-system och ska utgöra ett stöd vid förbättringsarbete och verksamhetsutveckling på det lokala planet.

Behandlingen vid såväl astma som KOL utgörs av tre grundpelare

- Rökstopp
- Rehabiliterande insatser med bland annat fysisk träning, rätt kost och strukturerad patientundervisning
- Läkemedelsbehandling

Dessa åtgärder kan lindra symtom, förbättra livskvaliteten och motverka ytterligare försämring av KOL. Med rätt behandling kan de allra flesta individer med astma bli helt symptomfria!

Luftvägsregistret kan användas på flera olika sätt

- Utgöra checklista för vårdpersonal
- Ge patienten möjlighet att följa vårdförlopp
- Utgöra underlag till lokala förbättringsarbeten
- Utvärdera hur stor andel av patienterna som erhållit den rekommenderade behandlingen
- Säkerställa en jämlik vård och behandling
- För patientnära svensk KOL- och astmaforskning

För närvarande har Luftvägsregistret bäst täckning för patienter med mottagningsbesök, inom specialist- och primärvårdsmottagningar. Andelen patienter som följs upp vid ineliggande vård ökar stadigt.

Senaste året har antalet deltagare ökat med nära 100 % men det finns fortfarande en klar förbättringspotential för att öka deltagandet. Ökat deltagandet och därmed ökad täckningsgrad får därför fortsatt högsta prioritet för registrets arbete de närmaste åren. Här kan beslutfattarna vara till stor hjälp!

Beslutfattare har möjlighet att tydliggöra för sjukvårdsorganisationerna att deltagande i Luftvägsregistret är viktigt. Deltagandet i Luftvägsregistret kan på olika sätt uppmuntras och belönas!

På detta sätt kan vi tillsammans förbättra omhändertagandet av patienter med astma och KOL och bidra till en likvärdig vård över hela landet!

Luftvägsregistret och förbättringsarbete

Registret har även under 2015 deltagit i och initierat flera förbättringsprojekt.

Inmatning av data

Ett uttalat önskemål från primärvården har varit att möjliggöra direktöverföring av data från journal för att minska dubbeldokumentation. Denna möjlighet har funnits en tid men vid validering av direktöverförda data i mitten av 2015 fann vi att data ej höll tillräckligt hög kvalitet. En orsak bedöms vara att man inte strukturerat journaluppgifter på ett sådant sätt att variabler har kunnat identifieras, vilket medfört att vissa data ej förs över, eller läses fel. En annan orsak är att data helt enkelt inte finns registrerat i journalen och därför av förståeliga skäl inte heller återfinns i kvalitetsregistret. Dessa omständigheter har gjort att vi inte heller i år fullt ut inkluderar direktöverförda data i årsrapporten. Manuella och direktöverförda data redovisas därför separat. Vi ser direktöverföring av data som ett utvecklingsprojekt där vi arbetar med olika aktörer och våra vårdenheter, med bland annat förslag på mallar för strukturerade av journaluppgifter. Registret kommer också att söka utveckla läkemedelsdelen, med en koppling till det svenska läkemedelsregistret, för att förbättra evalueringen av läkemedelsanvändningen

Uppföljning av data

Under året har modulen KOL öppenvård fått en mer omfattande utdatamodul som i stor omfattning bygger på Socialstyrelsens indikatorer. Förbättringsarbete pågår med målsättning att erhålla motsvarande utdata för astma, öppenvård och KOL inneliggande vård.

Använda resultat i kvalitetsregister för att bedriva förbättringsarbete i verksamheten/vården

Tillsammans med Registercentrum Västra Götalandsregionen startades vid årsskiftet (2014/15) ett regionalt förbättringsprojekt på ovanstående tema. Platserna fylldes snabbt av tvärprofessionella team och deltagande team kommer från såväl Universitetssjukhus, specialistmottagningar som primärvård. Arbetet som knyter nära an till Socialstyrelsens nya riktlinjer för astma och KOL vård och det nybildade Nationella programrådets inriktning för astma och KOL vård på SKL, kommer att fortgå under innevarande år. Teamen har arbetat vidare med lokala förbättringsarbeten som kommer att presenteras i början av 2016.



Deltagande och rapportering

Astmaprevalensen i Sverige beräknas till cirka 10 %, där 50 % av dessa utgörs av patienter med lindrig sjukdom. Incidensen är högst i småbarnsåldern och sjunker med stigande ålder. År 2014 hade 100 patienter astma som underliggande dödsorsak i Sverige, jämfört med 255 individer 1997.

15 643 manuellt registrerade patienter, varav 10 199 med astma och 6 495 med KOL. Av dessa har 1 051 samtidigt astma och KOL (ACOS). Därtill registrerades genom direktöverföring 9 869 med astma och 4 396 med KOL. Av dessa har 428 ACOS (totalt 13 837).

Prevalensen av KOL anges till 4–10 % i olika sammanhang, variationen beror framförallt på ålder och rökvanor. Man beräknar det finns närmare en halv miljon personer med KOL i Sverige. Underdiagnostiken är betydande, epidemiologiska (befolknings-) studier talar för att sjukvården har identifierat endast cirka 30 % av dessa, dvs en av tre individer (Danielsson et al, Clin Respir J 2012), vilket motsvarar ungefär 100 000 personer i Sverige. Tidigare studier har talat för att även vid svårare sjukdom kan underdiagnostiken vara så hög som 50 %, det vill säga varannan individ är identifierad. Sålunda finns stora mörkertal där många ännu inte fått diagnos alternativt erhållit fel diagnos.

Majoriteten av alla KOL-patienter har dock en lindrig sjukdom, baserat på spirometrisk klassifikation (FEV1); endast cirka 6 % har svår och mycket svår KOL, stadium 3 och 4 (Lindberg et al, Respir Med 2006).

I en ny publikation från det epidemiologiska forskningsprogrammet OLIN-studierna (Obstruktiv Lungsjukdom i Norrbotten) var KOL-prevalensen 8,5 % och prevalensen svår och mycket svår KOL hade minskat till 0,2 % (Backman et al, Respir Med, in press). Om dessa prevalensdata för KOL stadium 3 och 4 appliceras i relevanta åldersgrupper och vi antar att underdiagnostiken vid denna svårighetsgrad av KOL är lägre idag, endast 40 % (tre av fem identifierade) skulle Luftvägsregistret ha en täckningsgrad på 75 % för svår och mycket svår KOL. I denna beräkning har vi också gjort antagandet att samtliga individer med KOL i Luftvägsregistret har motsvarande andel stadium 3 och 4 som de med kända spirometridata. Underdiagnostiken medför att det är svårt att med säkerhet ange Luftvägsregistrets täckningsgrad, och täckningsgraden kan endast beräknas i förhållande till de individer med KOL som är identifierade. Utan tvekan har dock registret nu nått en så god täckningsgrad för svår och medelsvår KOL att det bör kunna ge en rättvisande bild av vården för denna patientgrupp.

Läkemedelsverkets uppdaterade behandlingsrekommendationer har anammat en flerdimensionell värdering av sjukdomens svårighetsgrad utgående från det internationella GOLD-dokumentet (Global Initiative for Obstructive Lung Disease). Utöver spirometrisk stadiindelning baserad på FEV₁ % av förväntat värde skall också förekomst av exacerbationer (0–1/år alternativt ≥ 2 /år) och luftvägssymtom värderas.

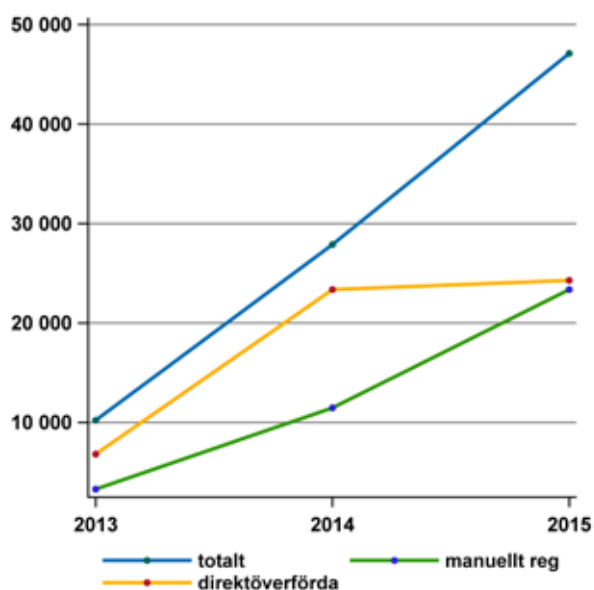
För symtom-värdering rekommenderas validerade frågeformulär, i första hand CAT, och som alternativ kan mMRC-dyspneskala användas.

KOL är vanligare hos kvinnor. Uppskattningsvis 2 800 människor beräknas dö av sjukdomen årligen (Socialstyrelsen dödsorsaksregister), men underdiagnostiken medför att det finns stora mörkertal. KOL är den enda dödliga folksjukdomen i Sverige som ökar och 2020 uppskattas KOL vara den tredje vanligaste dödsorsaken i världen.

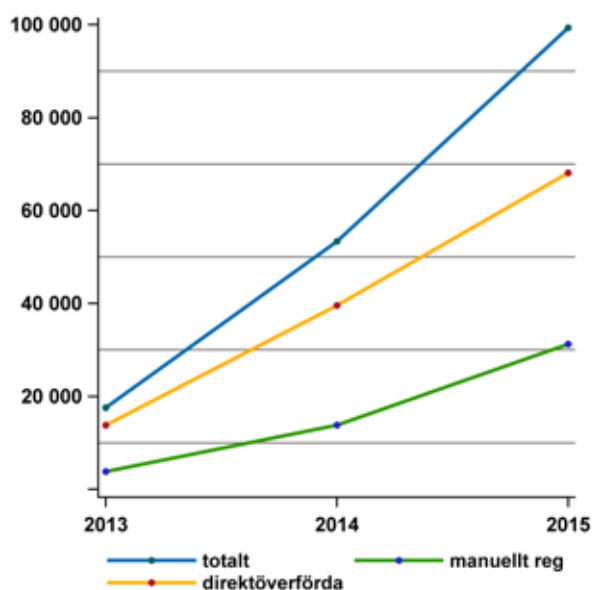
Samtidig astma och KOL kan förekomma hos vissa individer (ACOS, asthma and COPD overlap syndrom) men det saknas populationsbaserade studier om hur vanligt det är. Årsrapporten innehåller ett särskilt avsnitt om samtidigt registrerad astma och KOL.

I Luftvägsregistret finns för närvarande totalt drygt 50 000 unika patienter; cirka 33 000 astma-patienter och drygt 17 000 KOL-patienter, kumulativa data för åren 2013–2015 avseende unika individer i Luftvägsregistret illustreras i figur 1 (nedan). Detaljerade data för unika astma- respektive KOL-patienter för åren 2013–2015 återfinns i tabell 1 respektive 2 (sidan 11). Totalt har drygt 100 000 registreringar gjorts under dessa år, figur 2 (nedan) visar kumulativt antal registreringar för tidsperioden.

Figur 1. Kumulativt antal unika patienter med astma och/eller KOL som har registrerats i Luftvägsregistret under åren 2013, 2014 och 2015; manuellt registrerade, registrerade med direktöverförda data samt totalt.



Figur 2. Kumulativt antal registreringar av patienter med astma och/eller KOL i Luftvägsregistret under åren 2013, 2014 och 2015; manuellt registrerade, registrerade med direktöverförda data samt totalt.



Tabell 1. Astma öppenvård (primärvård + specialistvård) antal unika patienter i Luftvägsregistret för åren 2013, 2014 och 2015 uppdelat i manuellt registrerade och registrerade med direktöverföring samt kumulativa data

	2013	2014	2015
Nyreg unik patient (manuellt reg)	1 214	4 661	8 487
Kumulativt (manuellt reg)	1 423	6 084	14 571
Nyreg unik patient (direktöverförd reg)	3 855	7 664	6 014
Kumulativt (direktöverförd reg)	4 999	12 663	18 677
Kumulativt antal unika patienter*	6 399	18 633	32 928
Avlidna	10	63	178

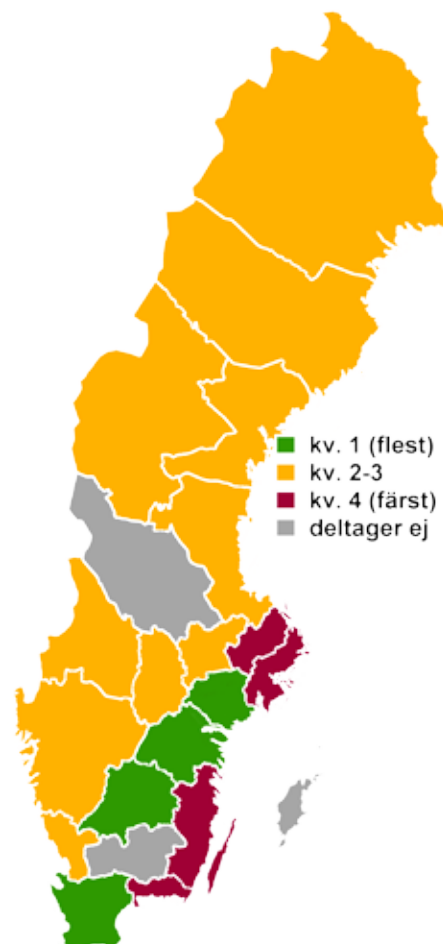
*Kumulativt antal unika patienter som registrerats, manuellt och direktöverförda via MedRave

Tabell 2. KOL öppenvård (primärvård + specialistvård) antal unika patienter i Luftvägsregistret för åren 2013, 2014 och 2015 uppdelat i manuellt registrerade och registrerade med direktöverföring samt kumulativa data

	2013	2014	2015
Nyreg unik patient (manuellt reg)	2 234	3 936	4 423
Kumulativt (manuellt reg)	2 387	6 323	10 746
Nyreg unik patient (direktöverförd reg)	1 702	2 820	1 976
Kumulativt (direktöverförd reg)	2 092	4 912	6 888
Kumulativt antal unika patienter*	4 419	11 009	17 177
Avlidna	40	293	370

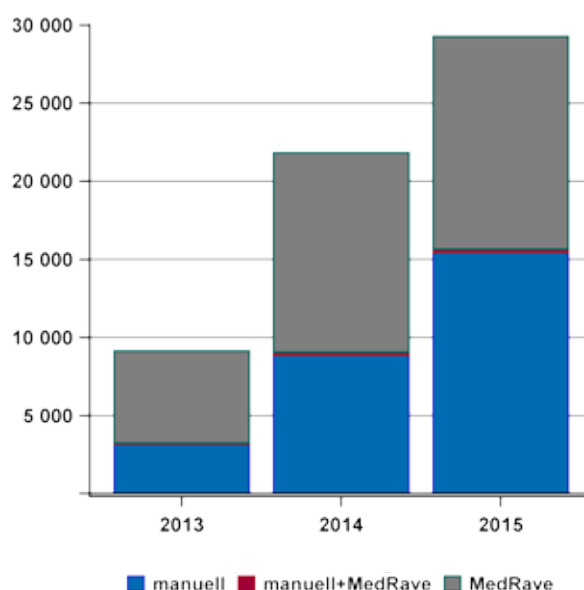
*Kumulativt antal unika patienter som registrerats, manuellt och direktöverförda via MedRave

Inom samtliga landsting finns nu enheter som har anslutit sig till Luftvägsregistret. Totalt var 590 enheter anslutna till registret sista december 2015, varav flera ligger i startfas för att påbörja registreringar. De landsting med såväl flest anslutna som registrerande enheter är, i fallande ordning, Skåne, Västra Götaland, Stockholm, Uppsala, Jönköping, Östergötland och Halland.



Uppskattad täckningsgrad för registret på regionnivå för KOL spirometriska stadier 3 och 4 registrerade under 2015 (kv = kvartil).

Figur 3. Antal patienter med registrerat besök



Resultat Luftvägsregistret 2015

Inledning

Det går inte att dra några långtgående slutsatser om astma- och KOL vårdens i Sverige på grund av att Luftvägsregistrets täckningsgrad fortfarande är för låg.

Tolkning av data måste sålunda göras med stor försiktighet, fränsett för KOL stadium 3 och 4 där täckningsgraden är tillfredsställande (se tabell 3 nedan).

Tabell 3. Manuellt överförda patientkaraktistiska för individer med astma, KOL och ACOS i öppenvård

Variables	Öppenvård totalt			Specialistvård			Primärvård		
	Astma	KOL	ACOS	Astma	KOL	ACOS	Astma	KOL	ACOS
Patient	10 199	6 495	1 051	3 325	1 134	127	6 874	5 361	924
Kön									
Man	4 735 (46,4 %)	2 902 (44,7 %)	392 (37,3 %)	1 956 (58,8 %)	504 (44,4 %)	51 (40,2 %)	2 779 (40,4 %)	2 398 (44,7 %)	341 (36,9 %)
Kvinna	5 464 (53,6 %)	3 593 (55,3 %)	659 (62,7 %)	1 369 (41,2 %)	630 (55,6 %)	76 (59,8 %)	4 095 (59,6 %)	2 963 (55,3 %)	583 (63,1 %)
Ålder (år)	38,6 (25,5) 37,7 (0,6; 93,4) n=10 199	70,4 (9,2) 70,9 (25,6; 93,9) n=6 495	68,2 (10,0) 69,0 (33,9; 92,6) n=1 051	16,7 (17,4) 11,6 (0,6; 93,3) n=3 325	71,8 (8,9) 72,2 (26,1; 93,9) n=1 134	67,9 (9,1) 68,3 (38,1; 91,6) n=127	49,2 (21,8) 51,4 (1,6; 93,4) n=6 874	70,1 (9,2) 70,6 (25,6; 93,9) n=5 361	68,3 (10,2) 69,1 (33,9; 92,6) n=924
Åldersgrupp									
Barn upp till 11 år	2 028 (19,9 %)	0	0	1 745 (52,5 %)	0	0	283 (4,1 %)	0	0
Ungdomar 12-17 år	1 609 (15,8 %)	0	0	1 113 (33,5 %)	0	0	496 (7,2 %)	0	0
Vuxna	6 562 (64,3 %)	6 495	1 051	467 (14,0 %)	1 134	127	6 095 (88,7 %)	5 361	924
Rökare	1 016 (10,7 %)	2 476 (38,7 %)	346 (33,6 %)	70 (2,5 %)	266 (23,9 %)	31 (25,0 %)	946 (14,2 %)	2 210 (41,8 %)	315 (34,8 %)
Spirometriska stadier (KOL)									
1	5 313 (60,3 %)	588 (9,6 %)	101 (10,0 %)	1 823 (76,0 %)	26 (2,4 %)	5 (4,2 %)	3 490 (54,4 %)	562 (11,1 %)	96 (10,8 %)
2	3 009 (34,2 %)	3 202 (52,0 %)	586 (58,2 %)	473 (19,7 %)	281 (26,1 %)	47 (39,2 %)	2 536 (39,6 %)	2 921 (57,5 %)	539 (60,8 %)
3	429 (4,9 %)	1 871 (30,4 %)	275 (27,3 %)	79 (3,3 %)	461 (42,8 %)	45 (37,5 %)	350 (5,5 %)	1 410 (27,8 %)	230 (25,9 %)
4	60 (0,7 %)	494 (8,0 %)	45 (4,5 %)	25 (1,0 %)	308 (28,6 %)	23 (19,2 %)	35 (0,5 %)	186 (3,7 %)	22 (2,5 %)
Uppgift saknas	1 388	340	44	925	58	7	463	282	37
Kontroll									
KOLdiagnos	1 051 (10,3 %)	6 495	1 051	127 (3,8 %)	1 134	127	924 (13,4 %)	5 361	924
Astmediagnos	10 199	1 051 (16,2 %)	1 051	3 325	127 (11,2 %)	127	6 874	924 (17,2 %)	924
Båda diagnoser	1 051 (10,3 %)	1 051 (16,2 %)	1 051	127 (3,8 %)	127 (11,2 %)	127	924 (13,4 %)	924 (17,2 %)	924

För kategoriska variabler presenteras n (%), för kontinuerliga variabler visas Medel (SD) / Median (Min; Max) / n=.

Resultat ett urval av variabler presenteras nedan enligt samma struktur för astma- och KOL. Först redovisas en övergripande total sammanställning av data med tillhörande kommentarer. Sedan följer resultat fördelat på stadium, kön samt vårdnivå (primärvård respektive specialistmottagning). I de fall där delmängderna utgörs av mycket små tal redovisas endast diagram för att läsaren ska få en översiktlig uppfattning om underlaget.

De variabler som redovisas nedan motsvarar dem som finns i registrets miniformulär.

Astma, öppenvård

Spirometri

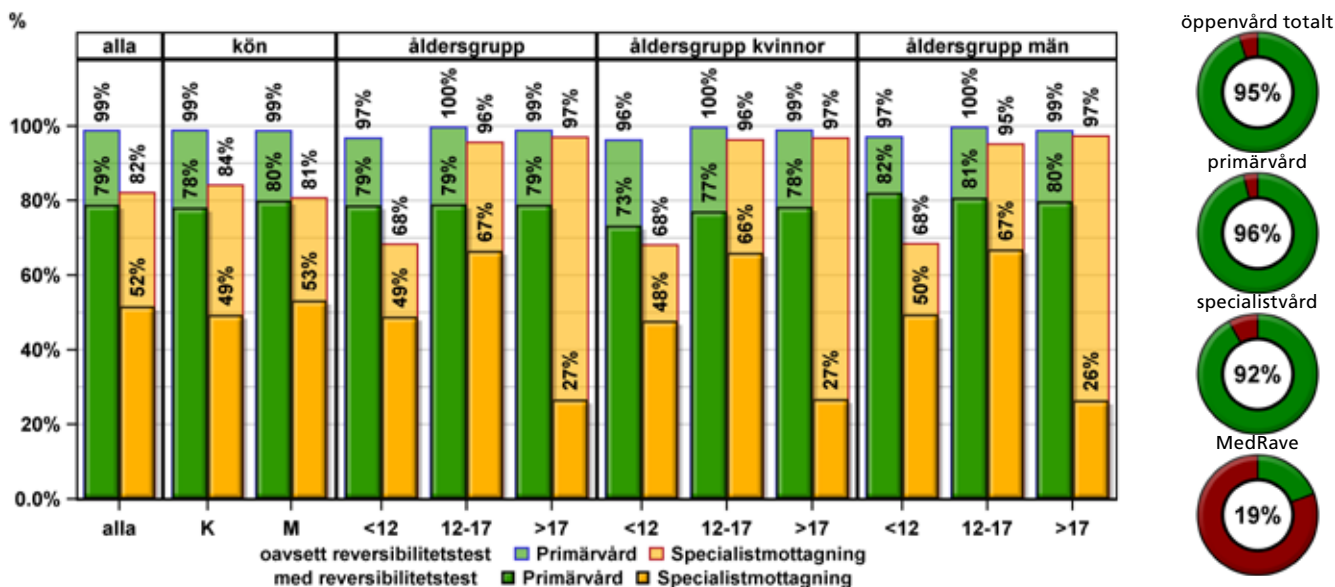
Totalt har 95 % besvarat frågan om spirometri bland de manuellt inmatade registreringarna; 96 % inom primärvården och 92 % inom specialistvården. Inom primärvården har spirometri genomgående genomförts hos en hög andel av patienterna, medan specialistvården har en lägre andel som har genomfört spirometri, särskilt i åldersgruppen <12 år. Andelen som har genomfört reversibilitetstest förefaller genomgående vara högre hos barn och ungdomar än bland vuxna.

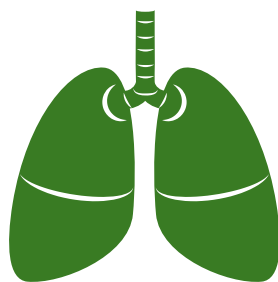
Såväl svarsfrekvens som andel som genomfört spirometri har ökat starkt sedan 2014. Svarsfrekvensen har ökat med 7 respektive 16 procentenheter i primärvården respektive specialistvården.

Direktöverförda uppgifter via MedRave har endast uppgift om spirometri hos 19 % av patienterna.

Astmadiagnosen grundas främst på anamnes, och spirometri med reversibilitetstest kan påvisa variabel luftvägsobstruktion. Enligt läkemedelsverkets behandlingsriktlinjer är normal spirometri ett av kriterierna som ingår i bedömning av god astmakontroll. Det är dock inte motiverat att utföra spirometri vid varje läkarbesök om patientens astma bedöms som välkontrollerad. På barn under 6 år utförs sällan spirometri då det är svårt att få kvalitet på mätningen. Socialstyrelsens rekommendationer från 2015 anser att man bör utföra spirometri minst vart 3:e år vid stabil astma hos vuxna.

Figur 4. Andel patienter som har genomfört spirometri, totalt samt per åldersgrupp och kön inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna. Den lägre markeringen i varje stapel indikerar andelen som har genomfört reversibilitetstest.





Rökning

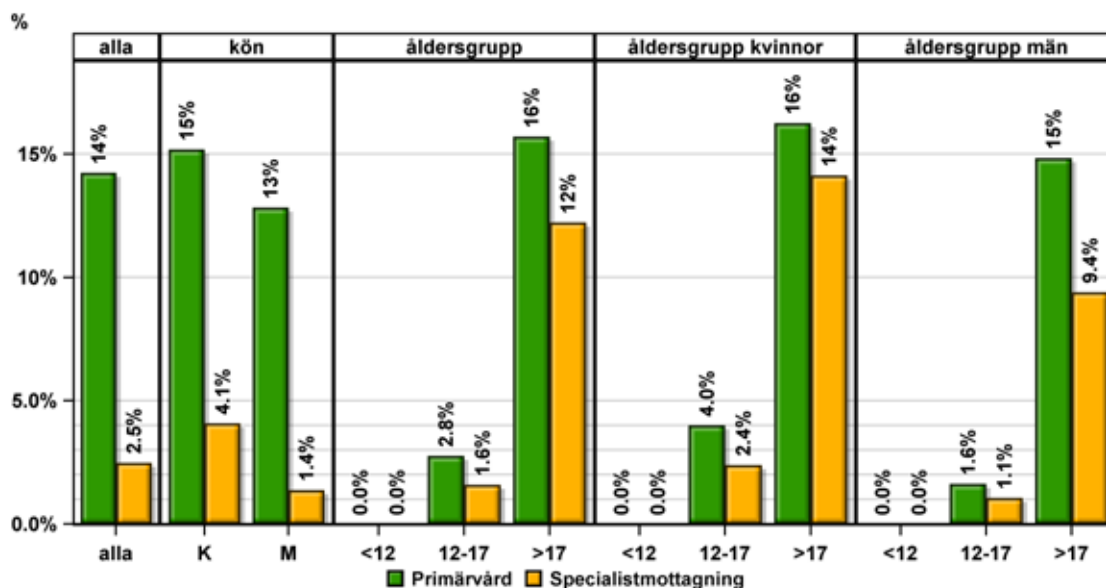
Totalt har 93 % av samtliga manuellt rapporterade astmatiker en uppgift om rökvanor, 97 % inom primärvården och 85 % inom specialistmottagningarna. Uppgift om rökvanor finns i något högre utsträckning jämfört med föregående år. Bland vuxna astmatiker (>17 år) har 97 % uppgift om rökvanor, likvärdigt inom primär och specialistvård (se tabell i appendix för detaljer).

Bland vuxna, >17 år, var andelen rökare 16 % i primärvården om 12 % inom specialistvården. Inom primärvården var 16 % av vuxna kvinnor och 15 % vuxna män rökare, som jämförelse var 19 % av både män och kvinnor rökare år 2014, således förefaller andelen rökare ha minskat. I specialistvården rökte 14 % av kvinnorna och 9 % av männen, jämfört med 2014 är det väsentligen oförändrat.

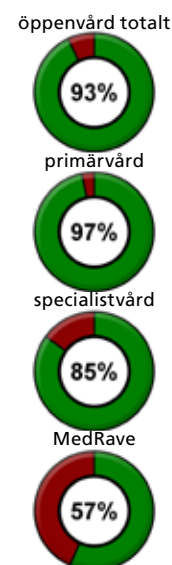
Vid direktöverföring via MedRave hade 57 % uppgift om rökvanor, vilket är en avsevärd förbättring jämfört med föregående år. Av dem som har uppgift om rökvanor var 10 % var rökare vilket något lägre andel jämfört med bland dem som har manuellt registrerade uppgifter.

Tobaksrökning har en negativ effekt på astmasjukdomen genom att den ger en ökad neutrofil inflammation vilket i sin tur leder till att kortikosteroider får sämre eller ingen effekt. Till följd av detta får astmatikern mer symtom och sämre astmakontroll men även en ökad risk för akutbesök och sjukhusvisitationer på grund av astma. Genom att rökningen ger en accelererande minskning av lungfunktionen ökar också risken för utveckling av KOL. Rökslutarstöd är mycket viktigt för denna patientgrupp men likaså preventiva insatser för att förhindra att barn och ungdomar börjar röka.

Figur 5. Andel rökare (inkluderande dem som har slutat röka för mindre än ett halvår sedan) totalt samt per åldersgrupp och kön inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna.



Svarsfrekvens





AKT, Astma Kontroll Test

AKT, Astma Kontroll Test, är ett validerat frågeformulär för värdering av symtomkontroll hos astmatiker. Instrumentet innehåller fem frågor med fem svarsalternativ. Den maximala summan är 25 och betyder fullständig astmakontroll, 19 poäng eller lägre betyder att astmasjukdomen inte är välkontrollerad.

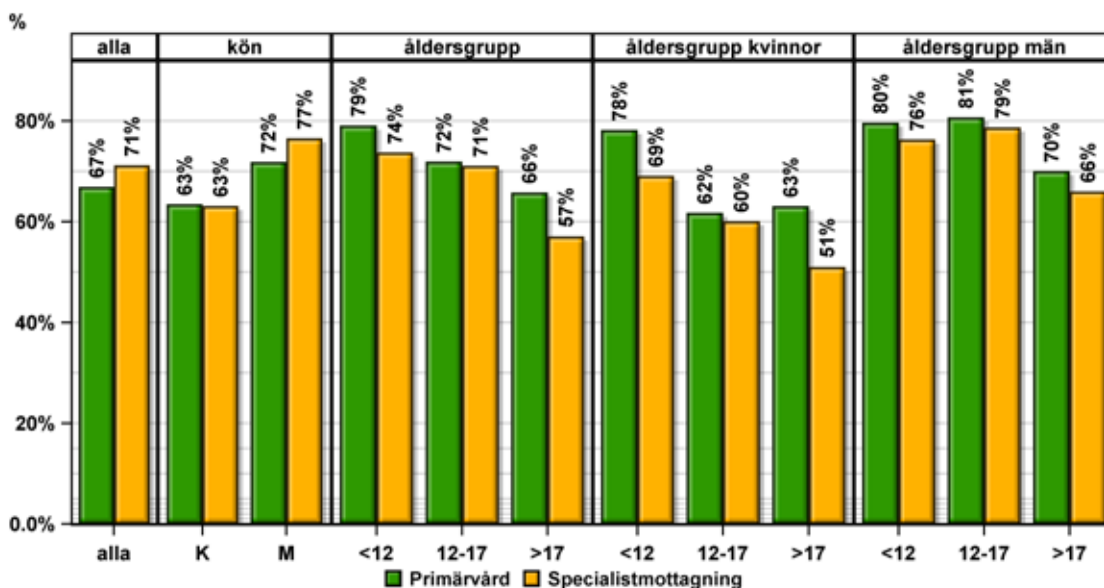
Totalt har 69 % av samtliga manuella registreringar uppgift om AKT; 63 % i primärvården och 81 % i specialistvården. Detta är en förbättring jämfört med 2014 då motsvarande siffror var 54 % för primärvård och 63 % för specialistvården.

Av dem i primärvården som har uppgift om att AKT hade 67 % god astmakontroll, motsvarande för specialistvården var 71 %. Genomgående förefaller astmakontrollen vara sämre hos kvinnor och försämras med ökad ålder.

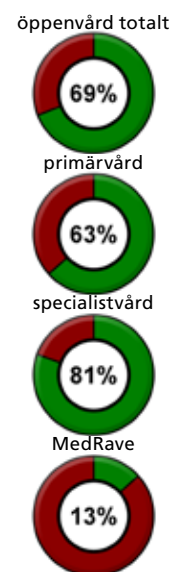
Direktöverföring via MedRave har fortfarande stort bortfall i denna variabel, uppgift om AKT fanns endast hos 13 % av alla registreringar.

Socialstyrelsens riktlinjer prioriterar högt att ett validerat instrument för symtomskattning används vid astma. Även om uppgifter om AKT har ökat jämfört med föregående år finns fortfarande en betydande förbättringspotential, särskilt inom primärvården.

Figur 6. Andel patienter med god astmakontroll (AKT >19) totalt samt per åldersgrupp och kön inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna.



Svarsfrekvens



FENO-mätning

Svarsfrekvensen var 54 % i primärvården och 60 % i specialistvården har svar på frågan om FENO-mätning är utförd eller ej, vilket är en kraftig minskning jämfört med 2014 då 77 % i primärvården och 91 % i specialistvården har svarat på frågan. Av de som svarat på frågan har 11 % i primärvården och 51 % i specialistvården mätt FENO. Bortfallet är sålunda mycket stort och några slutsatser låter sig ej göras.

Trots bortfallsproblematiken förefaller det som om det är vanligare att göra FENO-mätningar i den specialiserade öppenvården, oberoende av kön och ålder.

FENO-mätning innebär att man mäter mängden kväveoxid i utandningsluft. Måttet anger graden av eosinofil inflammation, något som är typiskt vid dåligt kontrollerad astma. Ett högt värde indikerar således inflammation som tecken på sjukdomsaktivitet (astma).

Socialstyrelsens riktlinjer graderar FENO-mätning lågt vilket kan ha bidragit till den låga svarsfrekvensen som dessutom sjunkit sedan föregående år.



Luftvägsallergi

Totalt hade endast 7 % av primärvårdens och 16 % av specialistvårdens samtliga manuellt registrerade patienter uppgift om luftvägsallergi. Detta är en drastisk minskning jämfört med 2014 då 38–39 % hade en uppgift på denna fråga. Av dem med registrerad uppgift om allergiutredning har 61 % i primärvården och 71 % inom specialistvården genomgått en allergiutredning. Svarsfrekvensen är dock mycket stort varför man inte kan dra några slutsatser på basen av inkomna svar. Möjliga orsaker till den låga svarsfrekvensen kommer att analyseras med målsättning att öka svarsfrekvensen vilket kan komma att innebära omformulering av frågan.

Utredning av luftvägsallergi ingår alltid i en astma-utredning.

Patientutbildning

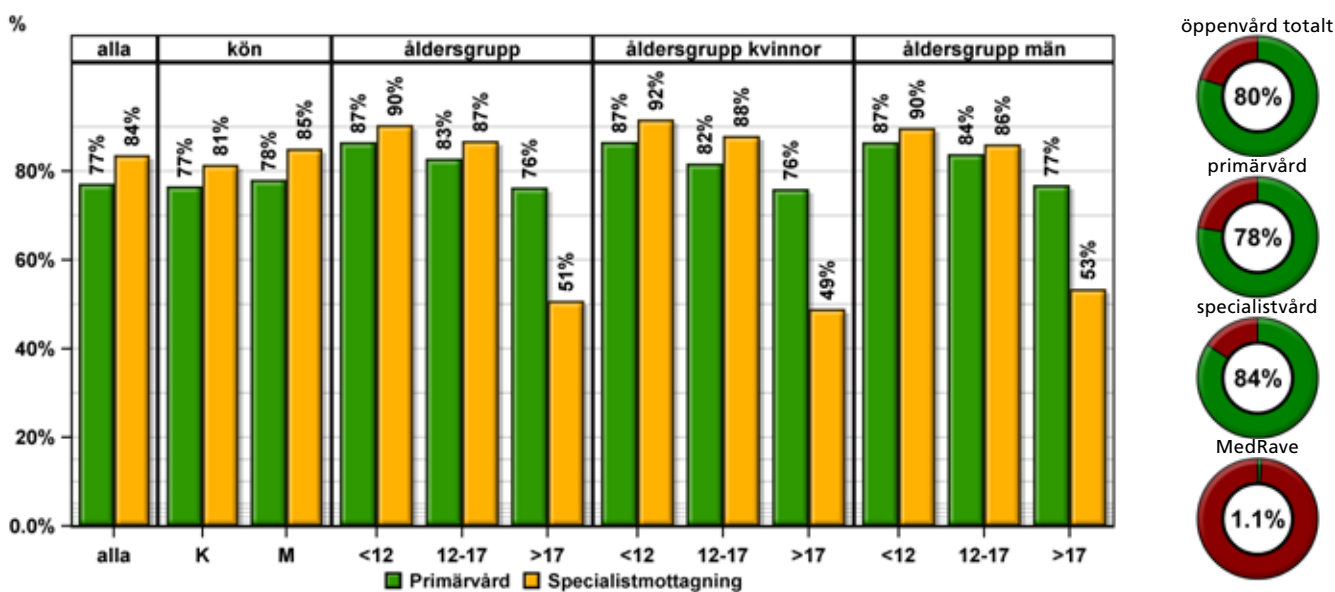
Totalt har 80 % av alla manuella registreringar uppgift om patientutbildning; 78 % i primärvården och 84 % på specialistmottagningarna. Detta innebär en ökning

från 2014 med 19 procentenheter i primärvården och 9 procentenheter i specialistvården. Av dem som registrerat uppgift om patientutbildning i primärvården har 77 % någon gång genomgått strukturerad patientutbildning. Motsvarande siffra för specialistvården är 84 %. Andelen som genomgått patientutbildning inom primärvården var på samma nivå föregående år, medan specialistvården har ökat sin andel med 22 procentenheter.

Direktöverföring via MedRave gav ett i det närmaste totalt bortfall; endast 1 % av alla registreringar hade uppgift om denna variabel.

Socialstyrelsens nya riktlinjer rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med astma patientutbildning och stöd till egenvård såväl individuellt som i grupp. Detta får en hög prioritet. Åtgärden anses öka kunskapen om astma, förbättra livskvaliteten samt minska antalet exacerbationer, akutbesök och sjukhusvistelse

Figur 7. Andel patienter som har genomgått patientutbildning, totalt samt per åldersgrupp och kön inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna.



Läkemedelsbehandling

På grund av en omläggning av frågestrukturen under 2015, då den tidigare strukturen visade sig inte göra det optimalt att rapportera läkemedel, kan inte någon validerad redovisning av läkemedelsanvändningen ske. Tillgängliga data finns i appendix, men dessa måste tolkas med största försiktighet. Den under sista halvan av 2015 införda strukturen kommer att ge bättre möjligheter för framtiden att registrera läkemedelsanvändning. Registret kommer också att söka utveckla läkemedelsdelen, med en koppling till det svenska läkemedelsregistret, för att förbättra evalueringen av läkemedelsanvändningen

En positiv notering är att andelen läkemedelsrapporter från Rave är klart bättre än för en del av de tidigare variablerna. Detta visar att Rave-registrering fungerar bra så snart man standardiserat journalsystemet för automatisk överföring av data.

KOL, öppenvård

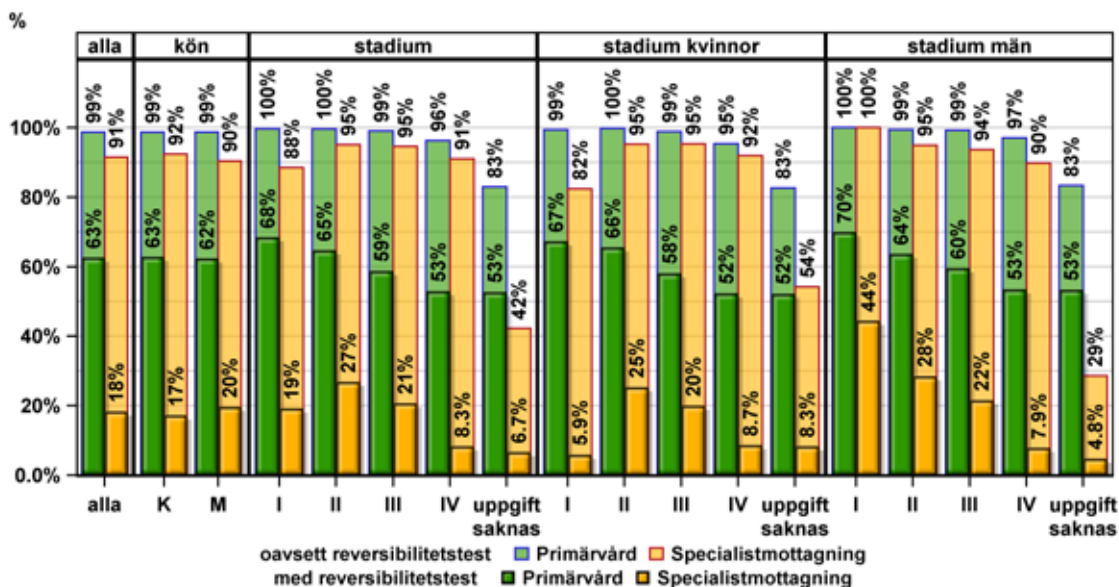
Spirometri

Totalt har frågan angående spirometri besvarats av mer än 97 % av de manuellt inmatade registreringarna, ungefär lika i primärvård och specialistvård. Av dessa hade 97 % aktuell registrering, större andel i primärvården än i specialistvården. Dessa värden innebär en ökning från 2014 med 3,4 procentenheter. 55 % rapporterades ha genomfört reversibilitetstest, väsentligt högre andel i primärvården (63 %) än i specialistvården (18 %). Registret har ej registrerat hur många av resterande spirometri som har utförts efter bronkdilatation.

Värdena visar ungefär samma andel oberoende av stadium och kön. Hos dem som ej har angivit spirometriskt stadium är fr.a. i specialistvården andelen patienter med aktuell registrering av spirometri lägre.

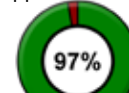
Den spirometriska värderingen är avgörande för diagnostiken, och bidrar till bedömningen av långtidsutvecklingen vid KOL. Mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation skall enligt gällande riktlinjer göras för diagnostik, och Socialstyrelsens riktlinjer anger att man bör göra årliga postbronkodilatoriska spirometriska mätningar på KOL-patienter, åtminstone under fem år, för att klarlägga takten i lungfunktionsbortfallet. Värden efter bronkdilatation skall alltså enligt riktlinjer göras, och i framtiden skall registret kunna klargöra att man registrerar värden efter bronkdilatation. Rapporterade värden vid Rave-överföring är endast 25 %, sannolikt beroende på avsaknad av standardiserad journalföring av dessa värden.

Figur 8. Andel patienter i olika kategorier av patienter rapporterade 2015 som har gjort spirometri. Den lägre markeringen i varje stapel indikerar andelen som har genomfört reversibilitetstest.

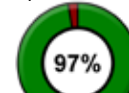


Svarsfrekvens

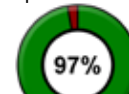
öppenvård totalt



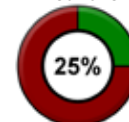
primärvård



specialistvård



MedRave





Rökning

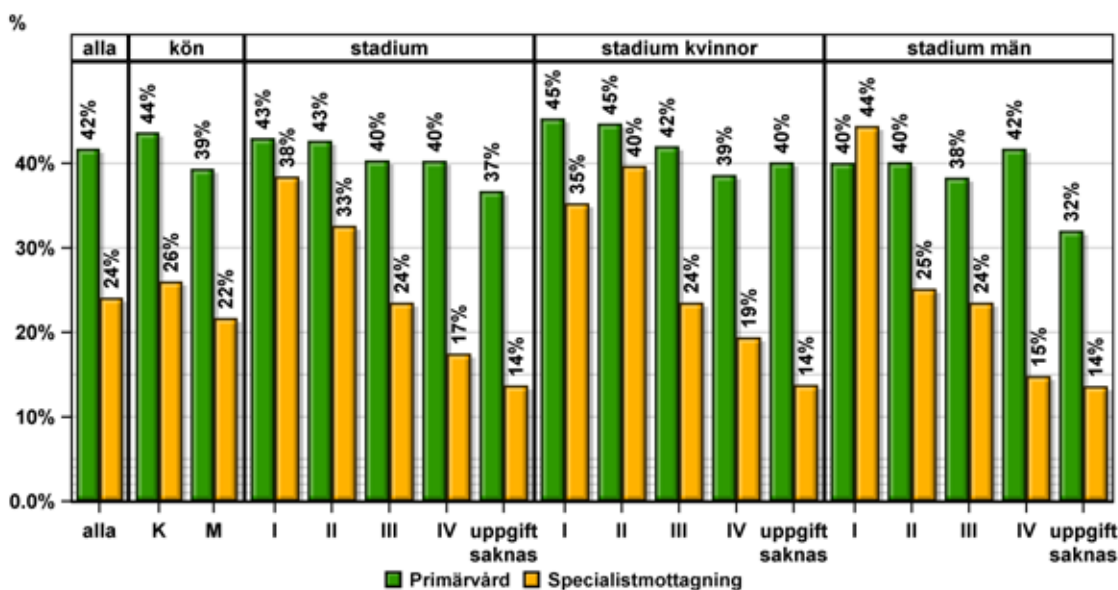
Totalt har 99 % rapporterat rökvanor (manuell inmatning), ungefär samma andel i primärvården som i specialistvården. Detta innebär en klar förbättring inom primärvården på cirka 4 procentenheter jämfört med data från 2014. Andelen rökare är nu 39 % totalt, 42 % i primärvården och 24 % i specialistvården. Raverapporterna anges i 68 % ha rapporterat rökning, med 34% rökare. Detta innebär en stor förbättring av rapporteringsandelen med Rave från föregående år.

Andelen rökare i den rapporterade KOL-populationen visar en liten tendens till minskning. I de nationella riktlinjerna prioriteras rökslutarstöd högt. Det mest alarmerande är att man i primärvården inte kan skönja någon nedgång.

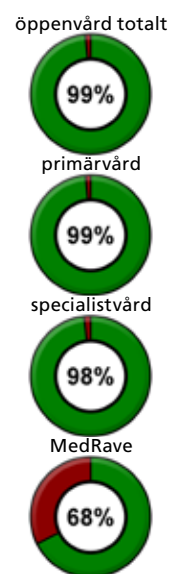
Andelen rökare relaterat till stadium av KOL minskar med ökande svårighetsgrad, men i förvånande liten grad i primärvården jämfört med specialistvården. Från stadium ett till fyra halveras andelen rökare i specialistvården, medan den i primärvården är väsentligen oförändrad. Denna skillnad mellan vårdnivåerna är likformad för kvinnor och män.

Förutom en generell satsning på att öka andelen som får rökslutarstöd tycks det således som om man i primärvården också ytterligare bör intensifiera rökslutarstödet hos dem som har något svårare KOL.

Figur 9. Andelen rökare relaterat till stadium och kön.



Svarsfrekvens



Exacerbationer (akuta försämringstillfällena)

89 % av manuellt rapporterade patienter har angivelse av exacerbationer, i primärvården 88 % och i specialistvården 92 %. Primärvårdens rapporteringsfrekvens har stigit med glädjande cirka 8 procentenheter, medan specialistvården är väsentligen oförändrad.

Totalt har 33 % rapporterat att de haft exacerbationer, 30 % i primärvården, och 52 % i specialistvården. I primärvården rapporterar 4 % två eller fler exacerbationer under ett år, medan motsvarande siffra i specialistvården är 19 %. Jämfört med 2014 har andelen exacerbationsfria ökat från 62 % till 66 % och andelen med två eller fler exacerbationer minskat från 17 % till 15 %.

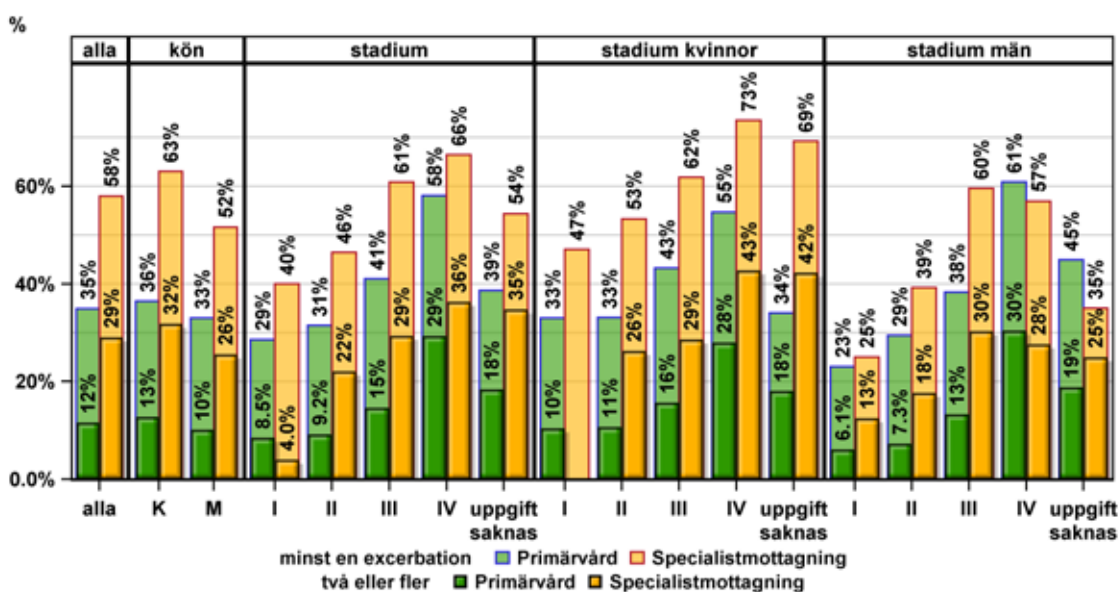
De trender som registreras vad gäller exacerbationsfrekvens kan tolkas som en totalt minskad svårighetsgrad i enlighet med i GOLD-klassifikationen som är underlag för de senaste svenska rekommendationerna från läkemedelsverket.

Generellt ser man vid en könsjämförelse att exacerbationer vid KOL är något vanligare hos kvinnor (35 %) än hos män (31 %). Detta gäller för alla patienter med exacerbationer liksom den andel som har >2 exacerbationer/år och relationerna är likartade i primärvården och i specialistvården.

Frekvensen exacerbationer relaterat till spirometriskt stadium är som förväntat stigande med ökad svårighetsgrad, vilket är klarast markerat i primärvården.

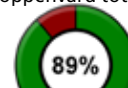
Dessa data ger en möjlighet att kvantifiera patientdistributionen i registret med avseende på stadielinindelning i GOLD A-D i jämförelse med spirometriskt stadium. Man finner då att 38 % av KOL-patienterna hamnar i GOLD C och D, och att endast 1,6 % av KOL-patienterna kvalificerar sig för C och D utan att uppfylla spirometriskt stadium II eller IV.

Figur 10. Andelen patienter med exacerbationer, relaterat till stadium och kön. Den lägre nivån i varje stapeln indikerar andelen med 2 eller flera exacerbationer/år.

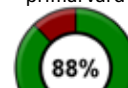


Svarsfrekvens

öppenvård totalt



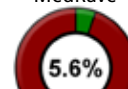
primärvård



specialistvård



MedRave



CAT, COPD Assessment Test

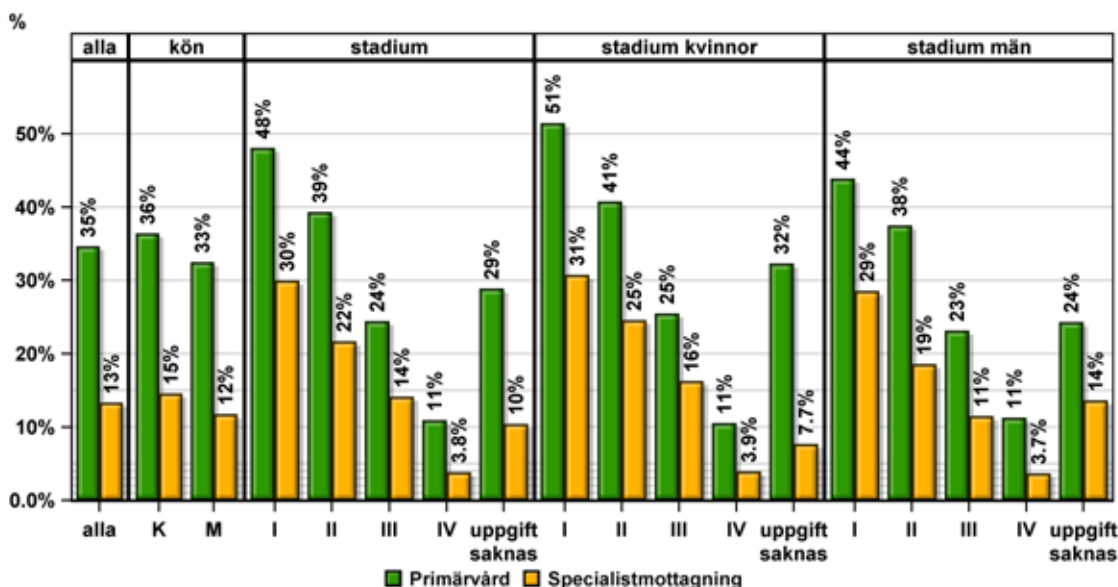
CAT, COPD Assessment Test, är ett validerat frågeformulär för symtomskattning hos individer med KOL. Symtomskattning indelas i "lite symtom", CAT < 10 och "mycket symtom", CAT ≥ 10.

CAT-poäng har rapporterats i 71 % hos de manuellt inmatade KOL-patienterna. Detta innebär visserligen en ökning från föregående år, men det finns fortfarande en viss förbättringspotential. Rapporteringen via Rave är mycket dålig.

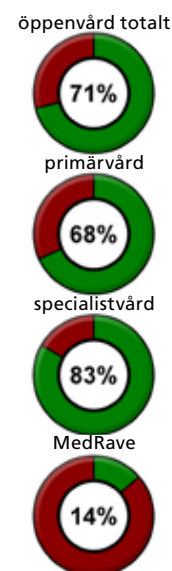
Andelen med höga CAT-poäng i primärvården är 65 % och i specialistvården 87 %. Andelen patienter med höga CAT-poäng (>10) är 68 % bland kvinnor och 72 % bland män. Som förväntat ökar andelen med höga poäng med ökande spirometriskt stadium, vilket gäller såväl kvinnor som män.

Bedömning av symtomnivån med ett standardiserat frågeformulär ingår i de nationella riktlinjerna, och det kan inte anses tillfredställande med så låg rapporteringsfrekvens av CAT-poängen. Målvärdet för mätning är att ≥95 % skall värderas med CAT-formuläret. Ett viktigt argument för användningen av ett standardiserat frågeformulär är att anamnestagandet kommer att innehålla de mest väsentliga komponenterna för uppföljning av patienten.

Figur 11. Andelen patienter med rapporterad CAT <10, relaterat till spirometriskt stadium och kön.



Svarsfrekvens



Fysisk aktivitet

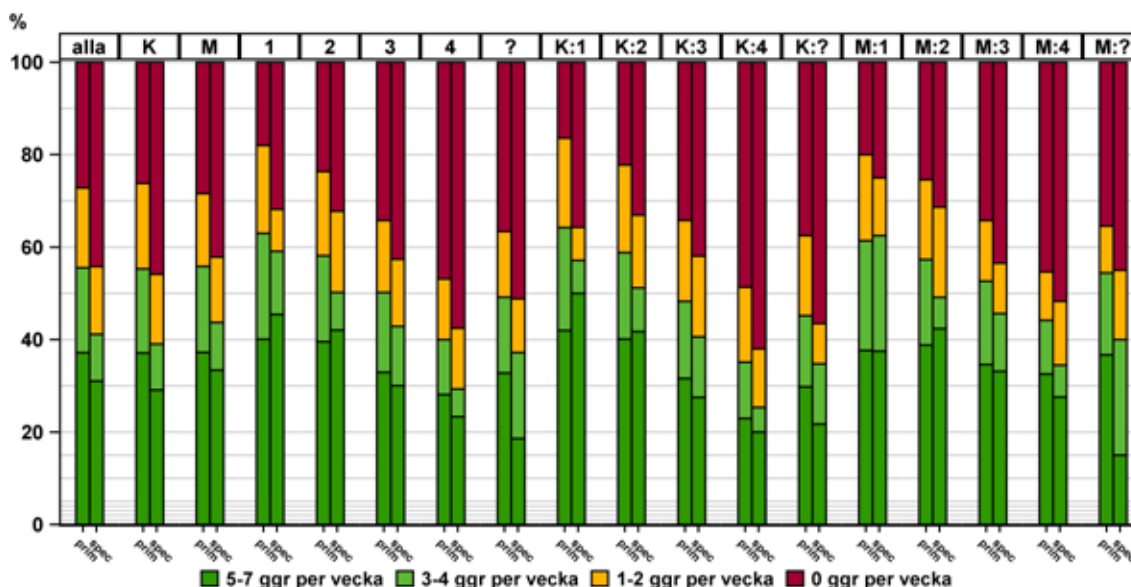
Enligt Socialstyrelsens riktlinjer definieras fysisk aktivitet här som aktivitet omfattande 30 minuter/dag och anges sedan som skattat antal dagar per vecka.

Svarsfrekvensen för manuellt rapporterade patienter är nu 86 % för såväl primärvård som öppenvård. Detta är en förbättring från 2015, då den var 80 % för primärvården och 83 % för specialistvården. Överföring med Rave ger mycket dålig svarsfrekvens.

Bland patienter med rapporterad nivå av fysisk aktivitet har 36 % rapporterat aktivitet 5–7 gånger per vecka, och 30 % ingen fysisk aktivitet. Dessa siffror för primärvården är 37 % respektive 27 %, och för specialistvården 30 % respektive 44 %. Jämfört med 2014 innebär dessa siffror snarast en försämring.

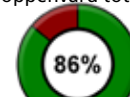
Fysisk aktivitet är en av grundpelarna i de nationella riktlinjerna för behandling av KOL, och det är därför av yttersta vikt att man eftersträvar en god rapportering av detta, för att kunna kvalitetssäkra vården. Dessa frågor behöver aktualiseras under den närmsta framtiden, och det är också viktigt att möjligheterna att automatiskt överföra dessa data förbättras genom en mera standardiserad journalföring.

Figur 12. Andelen patienter med olika grader av fysisk aktivitet relaterat till spirometriskt stadium och kön.

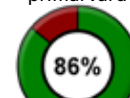


Svarsfrekvens

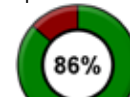
öppenvård totalt



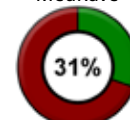
primärvård



specialistvård



MedRave



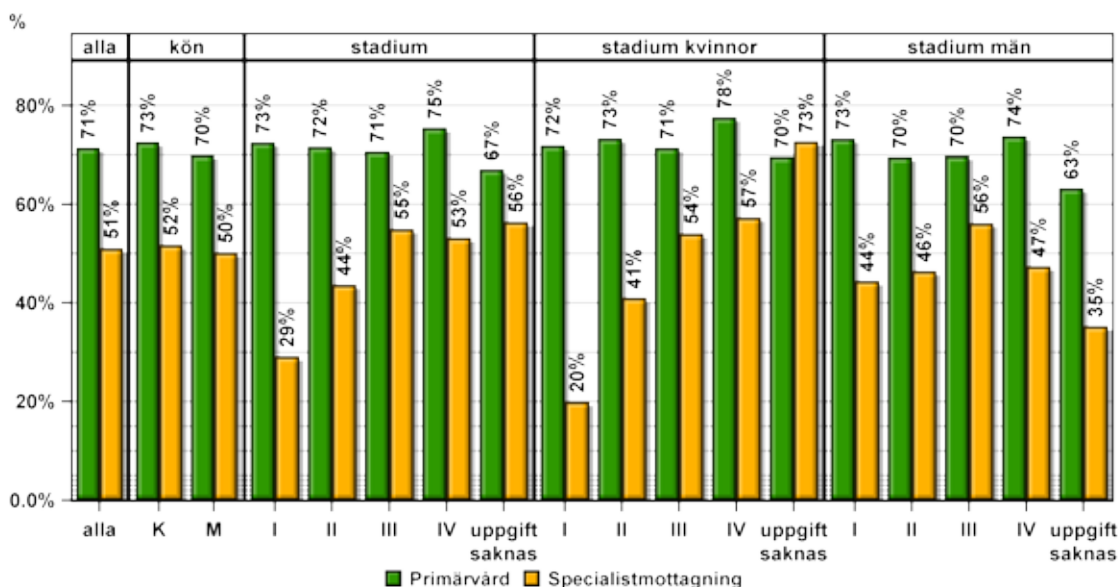
Patientutbildning

Den totala svarsfrekvensen för denna variabel har sedan 2014 stigit till 83 %, vilket beror på en glädjande förbättring inom primärvården från 66 % 2014 till 81 % 2015. Raveregistrering har inte alls fungerat för denna variabel.

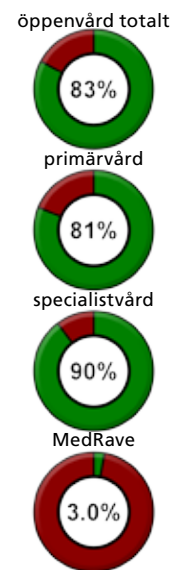
Totalt har bland rapporterade patienter 68 % av patienterna genomgått någon form av patientutbildning. Andelen patienter är klart högre i primärvården än i specialistvården. Man noterar också att inom primärvården är andelen som genomgått utbildning inte i någon väsentlig grad relaterad till svårighetsgrad, medan den på specialistmottagningar är högre vid svårare stadier.

De nya riktlinjerna för KOL ger patientutbildning en hög prioritering, och detta bör vara ett incitament att öka patientutbildningen. Målvärdet för detta är i riktlinjerna $\geq 80\%$, vilket således inte ännu nåtts. I detta sammanhang finns den största förbättringspotentialen på specialistmottagningar. Det är också anmärkningsvärt att man på specialistmottagningarna inte i samma utsträckning inkluderat även tidiga stadier i utbildningen.

Figur 13. Andel manuellt rapporterade patienter som genomgått patientutbildning relaterad till kön och stadium.



Svarsfrekvens

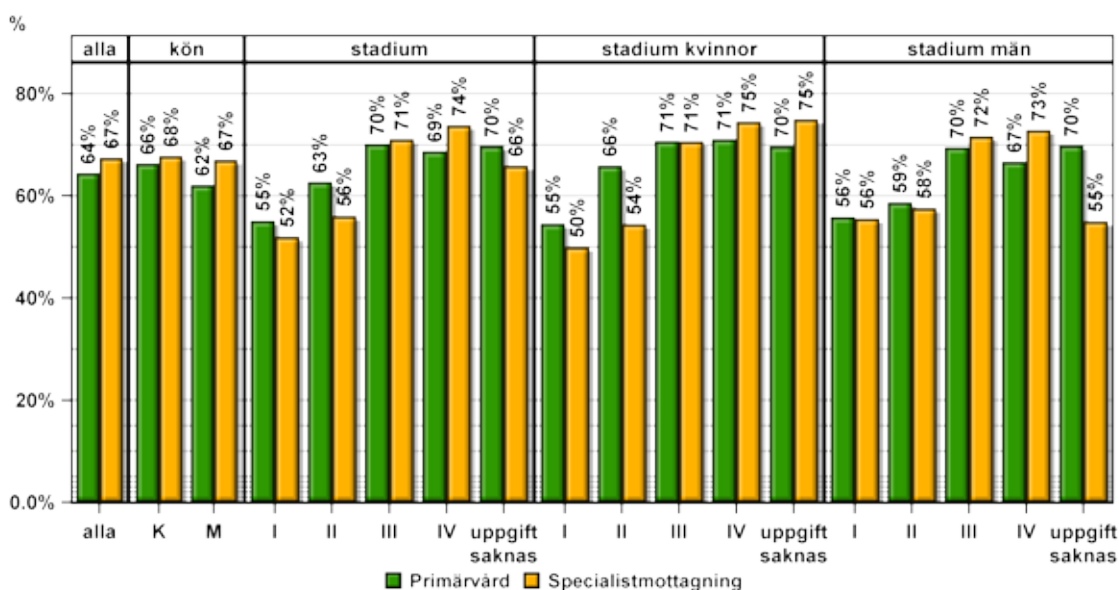


Influensavaccination

Svarsfrekvensen angående influensavaccination har stigit sedan föregående år. Nu är den totala svarsfrekvensen vid manuell rapportering 87 %, med liten

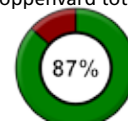
variation mellan primärvård (80 % år 2015) och slutenvård (83 %). Inte heller för denna variabel har Rave-systemet fungerat.

Figur 14. Andelen Influensavaccinerade i den manuellt rapporterade kohorten relaterat till stadium och kön. Som tidigare föreligger inte någon stor skillnad relaterad till kön, ökande svårighetsgrad medför en något ökad vaccinationsfrekvens.

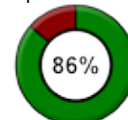


Svarsfrekvens

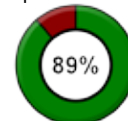
öppenvård totalt



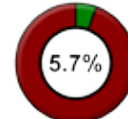
primärvård



specialistvård



MedRave



Läkemedelsbehandling

På grund av en omläggning av frågestrukturen under 2015, då den tidigare strukturen visade sig inte göra det optimalt att rapportera läkemedel, kan inte någon validerad redovisning av läkemedelsanvändningen ske. Tillgängliga data finns i appendix, men dessa måste tolkas med största försiktighet. Den under sista halvan av 2015 införda strukturen kommer att ge bättre möjligheter för framtiden att registrera läkemedelsanvändning. Registret kommer också att söka utveckla läkemedelsdelen, med en koppling till det svenska läkemedelsregistret, för att förbättra evalueringen av läkemedelsanvändningen

En positiv notering är att andelen läkemedelsrapporter från Rave är klart bättre än för en del av de tidigare variablerna. Detta visar att Rave-registrering fungerar bra så snart man standardiserat journalsystemet för automatisk överföring av data.



Astma och KOL (ACOS), öppenvård

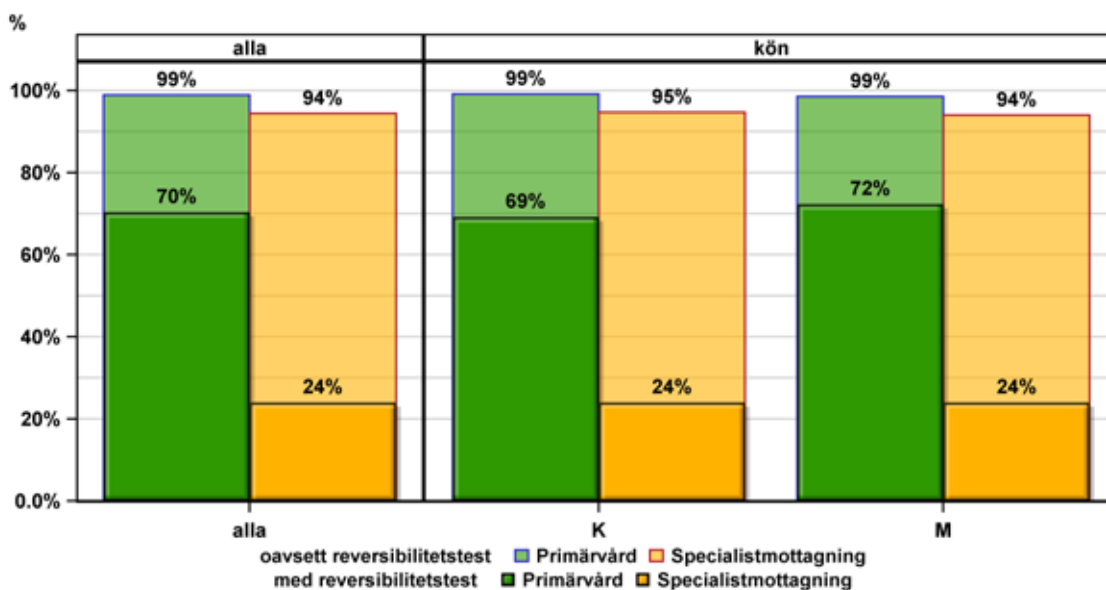
Spirometri

Totalt har 98 % av de manuellt inmatade registreringarna, likvärdigt inom primärvård och specialistvård. Andelen som gjort reversibilitetstest är genomgående högre inom primärvården.

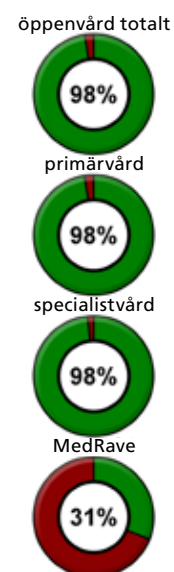
Direktöverföring via MedRave har uppgift om spirometri i endast 31 % av alla registreringar.

Spirometri är nödvändigt vid diagnostik av såväl astma som KOL och reversibilitetstest är viktigt i differentialdiagnostiskt syfte. Andelen som har gjort spirometri är tillfredsställande medan man bör eftersträva att högre andel gör reversibilitetstest.

Figur 15. Andel patienter som har gjort spirometri totalt samt könsuppdelat inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna. Den lägre markeringen i varje stapel visar andelen som har genomfört reversibilitetstest.



Svarsfrekvens



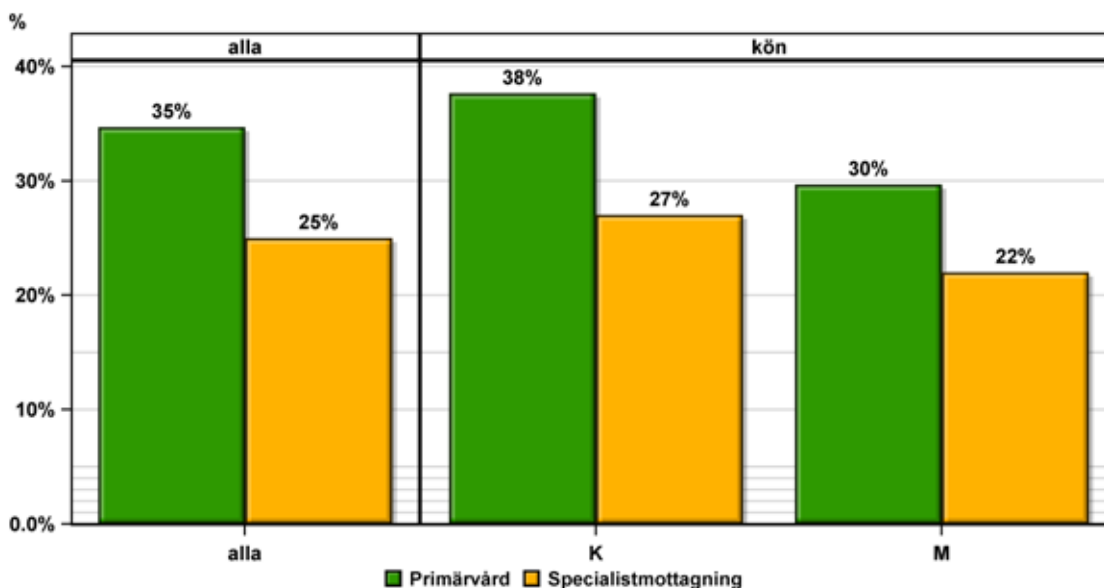
Rökning

Totalt har 98 % av samtliga manuellt rapporterade uppgift om rökvanor, likvärdigt i primärvården och specialistvården. Andelen rökare är 34 % totalt, 35 % i primärvården och 25 % i specialistvården. Andelen rökare är genomgående högre bland kvinnor än bland män.

Direktöverföring via MedRave har uppgift om rökning i 75 % av alla registreringarna vilket är en avsevärd förbättring jämfört med föregående år. Av dem som har registrerade rökvanor är 22 % rökare.

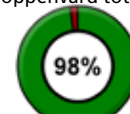
Andelen rökare är hög bland dem som är registrerade med samtidig astma och KOL. Rökslutarstöd är mycket viktigt för denna grupp, likväl som för dem med astma respektive KOL. Förutom en generell satsning på att öka andelen som slutar röka tycks det således som om man i primärvården ytterligare bör intensifiera rökslutarstöd då andelen rökare är högre inom primärvården.

Figur 16. Andel rökare (inkluderande dem som har slutat röka för mindre än ett halvår sedan) totalt samt könsuppdelat inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna.

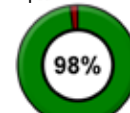


Svarsfrekvens

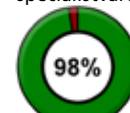
öppenvård totalt



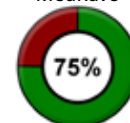
primärvård



specialistvård



MedRave



Exacerbationer (akuta försämringstillfällen)

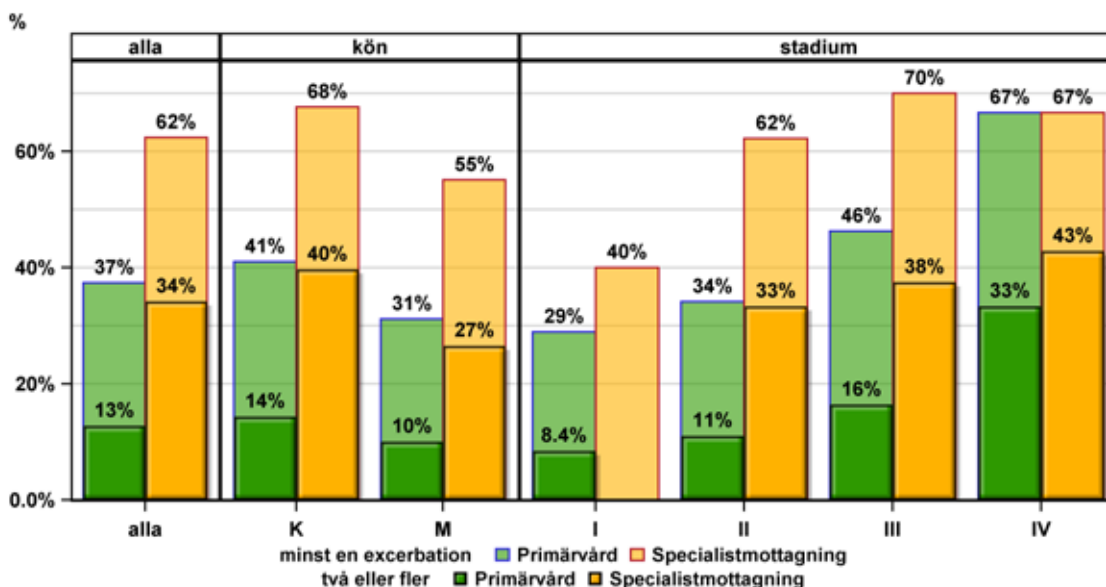
Totalt har 85 % av manuellt rapporterade patienter uppgift om exacerbationer, 85 % inom primärvården och 92 % inom specialistvården. Bland dem med uppgift om exacerbationer har 27 % rapporterat att de haft en exacerbation (8 % har haft två eller fler), 32 % bland dem i primärvården, och 59 % bland dem i specialistvården. När de med samtidig astma och KOL klassificeras i stadier motsvarande spirometrisk klassifikation av KOL ser man att andelen med exacerbationer ökar

med ökad grad av FEV1-sänkning (ökande KOL-stadium), såväl bland dem inom primär- som specialistvård.

Direktöverföring via MedRave har uppgift om exacerbationer i endast 9 % av alla registreringar.

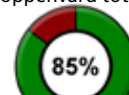
Exacerbationer är tämligen vanliga hos patienter med samtidig astma och KOL och förefaller öka med grad av obstruktiv lungfunktionsnedsättning.

Figur 17. Andel patienter med exacerbationer, totalt samt per stadium (enligt spirometrisk stadiindelning för individer med KOL) och kön inom primärvård respektive specialistvård bland de manuella registreringarna.

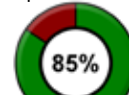


Svarsfrekvens

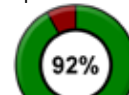
öppenvård totalt



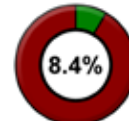
primärvård



specialistvård



MedRave



Symtomskattning med validerade frågeformulär

CAT, COPD Assessment Test, är ett validerat frågeformulär för symtomskattning hos individer med KOL. Symtomskattning indelas i "lite symtom", CAT <10 och "mycket symtom", CAT ≥10.

För patient med samtidig astma och KOL finns uppgift om symtomregistrering med CAT i 65 % av alla manuella registreringar: i primärvård 63 % och i specialistvård 79 %. Inom primärvården har 34 % av alla registrerade CAT <10 medan motsvarande siffra är endast 14 % bland patienterna inom specialistvården.

Direktöverföring via MedRave har uppgift om CAT i endast 16 % av alla registreringar.

AKT, Astma Kontroll Test, är ett validerat frågeformulär för värdering av symtomkontroll hos astmatiker. Instrumentet innehåller fem frågor med fem svarsalternativ. Den maximala summan är 25 och betyder fullständig astmakontroll, 19 poäng eller lägre betyder att astmasjukdomen inte är välkontrollerad.

För patient med samtidig astma och KOL finns uppgift om symtomregistrering med AKT i 27 % av alla manuella registreringar i primärvården och i 11 % av alla registreringar i specialistvården.

Bland dem med registrering inom primärvården hade 59 % god astmakontroll (AKT >19), motsvarande andel inom specialistvården var 43 %.

Direktöverföring via MedRave har uppgift om AKT i endast 15 % av alla registreringar. Av dem med registrerade uppgifter hade 55 % god astmakontroll (AKT >19).

I Socialstyrelsens riktlinjer prioriteras validerade instrument för symtomskattning högt för såväl patienter med astma som med KOL. Formulär för skattning av symtom bör genomgående användas i högre utsträckning. Bland individer med samtidig astma och KOL i Luftvägsregistret har CAT använts i betydligt högre utsträckning än AKT. Symtombördan, mätt med CAT, är hög bland individer med samtidig astma och KOL,

cirka två tredjedelar av primärvårdspatienterna har mycket symtom (CAT ≥10) och hela 86 % av specialistvårdspatienterna. Registrering med AKT har använts i så ringa omfattning att några slutsatser knappast kan dras.

Uppgift om fysisk aktivitet

Hos de manuellt registrerade patienterna finns uppgift om fysisk aktivitet i 84 % av fallen, på likvärdig nivå inom primär- och specialistvården. Cirka en fjärdedel av alla patienter rapporterar ingen fysisk aktivitet, andelen är högre, cirka 40 % hos patienterna i specialistvården. Drygt var tredje patient, såväl inom primärvård som specialistvård, är fysiskt aktiva 5–7 dagar i veckan.

Vid direktöverföring via MedRave finns uppgift om fysisk aktivitet i 36 % av registreringarna.

Enligt de nya riktlinjerna från Socialstyrelsen prioriteras fysisk högt för patienter med astma och patienter med KOL. Det finns betydande förbättringspotential där det är viktigt att identifiera den stora grupp som rapporterar att de inte har någon fysisk aktivitet alls.

Influensavaccination

För patient med samtidig astma och KOL finns uppgift om influensavaccination hos 84 % av de manuellt registrerade; tämligen likvärdigt inom primärvård (84 %) och specialistvård (87 %). Av dem med uppgift om influensavaccinering är andelen som är vaccinerade är 61 %; primärvård 61 %, specialistvård 62 %.

Direktöverföring via MedRave har uppgift om influensavaccination i endast 10 % av registreringarna.

Influensavaccinering rekommenderas till äldre patienter med astma och till KOL-patienter. Det är angeläget att öka andelen som influensavaccineras inom såväl primärvård som specialistvård.

KOL, ineliggande vård

Totalt har sju enheter levererat 708 registreringar fördelat på 473 unika patienter under 2015. Flest registreringar är gjorda på Sahlgrenska (259) tätt följt av NUS (Norrlands Universitetssjukhus, Umeå) (202), Motala lasarett (155). Även Östersund, lungkliniken i Örebro, lungmedicin i Sunderbyn samt medicinkliniken i Simrishamn har registrerat ineliggande patienter.

Då det är ungefär samma enheter som redovisat patienter detta som förra året så har försiktiga slutsatser dragits avseende dessa enheters utveckling, man kan dock inte uttala sig om den ineliggande KOL sjukvården generellt i Sverige, då täckningsgraden är alltför låg för att detta ska kunna göras i nuläget.

Av totala antalet registreringar utgörs drygt 60 % av kvinnor. Medelåldern är 75/76 år (kvinnor/män), och patienter i stadium 3 och 4 dominerar bland de vårdade. Man kan dock notera att en inte ringa del har KOL stadium 2 (16 %). Samtidig hjärtsjukdom är också vanlig bland ineliggande patienter (58 %).

Bland ineliggande patienter är rökprevalensen högre än tidigare (28 %). Glädjande är att andelen som erbjudits rökavvänjning under vårdtiden har ökat sedan förra året, från 55 till 61 %. Andelen patienter med BMI < 22

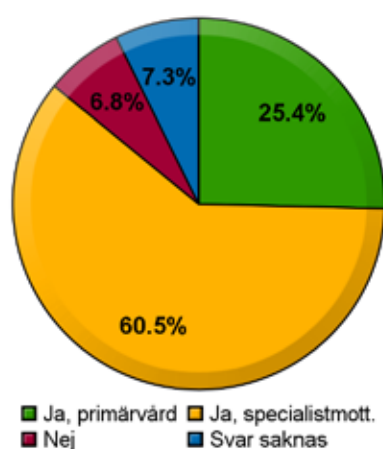
har minskat. Man kan dock notera att vidtagna åtgärder för detta tycks skilja mellan män och kvinnor där män erbjuds detta i en mindre andel av fallen (18 vs 36 %). Andelen patienter som har sjukgymnastkontakt under vårdtillfället har ökat från 56 till 64 %.

Medelvårdtiden för kvinnor är 9,2 dagar medan för män 7,5 och inte förvånande så ser man att ju svårare försämringsskov, desto längre vårdtid. Det är inte heller särskilt förvånande att gruppen med >2 exacerbationer utgör drygt 40 % av alla ineliggande vårdtillfällen som rapporterats och medan 60 % har haft färre än två vårdtillfällen sista året.

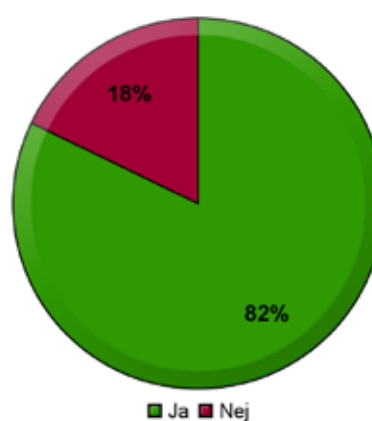
84 % av patienter med uppfylld indikation för non-invasiv ventilations behandling (NIV), har erhållit detta (målvärde >80 %). Betydelsen av att ge NIV-behandling vid uppfylld indikation, lyfts i Socialstyrelsens nya riktlinjer och prioriteras högt. Andelen som avlider i samband med vårdtillfället ligger fortsatt omkring 4 %.

Glädjande nog har andelen där man planerat för uppföljning via primärvård eller specialistmottagning ökat ytterligare, till 85 %, vilket har hög prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer för KOL och astma.

Figur 18. Uppföljning efter urskrivning för patienter som vårdats ineliggande för KOL



Figur 19. Andel som erhållit NIV-behandling vid uppfylld indikation (målvärde >80%)



Resurser på enhetsnivå

Läkartidningen presenterade 2008 ett förslag från SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin) gällande kriterier för godkänd respektive optimal astma-KOL-mottagning, se tabell nedan. Detta förslag gäller fortfarande som riktmärke.

I Luftvägsregistret finns en strukturdelen där varje enhet har möjlighet att beskriva sin verksamhet och på så sätt se i vilken utsträckning man uppfyller ovan nämnda kriterier. Resultatet av detta redovisas i Tabell 5 på sidan 32.

Tabell 4. Kriterier för godkänd respektive kriterier för optimal astma/KOL-mottagning

	Godkända kriterier	Optimala kriterier
Kompetens – astma/KOL-sjuksköterska	Distriktssköterska/sjuksköterska. Minst 15 högskolepoäng inom området astma/allergi/KOL. Regelbunden fortbildning inom området.	Distriktssköterska/sjuksköterska. Minst 30 poäng inom området astma/allergi/KOL och särskild utbildning i rökslutarstöd. Regelbunden fortbildning inom området.
Kompetens – verksamhetsansvarig läkare	Allmänläkare med aktuell kunskap om diagnostik/behandling av astma/allergi/KOL och spirometritolkning. Regelbunden fortbildning inom området.	Allmänläkare med aktuell kunskap om diagnostik/behandling av astma/allergi/KOL och spirometritolkning. Regelbunden fortbildning inom området.
Utrustning	Spirometer och pulsoximeter. Oxygen- och nebuliseringsapparat om enheten behandlar akutfall.	Spirometer och pulsoximeter. Oxygen- och nebuliseringsapparat om enheten behandlar akutfall.
Arbetsorganisation	Tidsbeställd mottagning och telefonrådgivning (astma/KOL-sjuksköterska).	Tidsbeställd mottagning och telefonrådgivning (astma/KOL-sjuksköterska). Spirometri vid behov inom en vecka.
Arbetsinnehåll	Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning. Erbjuda uppföljning till prioriterade patienter enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Allergikutredning. Patientutbildning. Erbjuda rökslutarstöd.	Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning. Erbjuda uppföljning efter behov. Allergikutredning. Patientutbildning. Erbjuda rökslutarstöd.
Kvalitetsuppföljning	Enligt enhetens rutiner.	Enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
Samarbete	Samverkan med sjukgymnast.	Teamsamverkan med sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och eventuell kurator/motsvarande.
Mottagningsresurser per 1 000 listade invånare och vecka	1,5 tim/vecka. (2 tim/vecka om ansvar för barn i skolåldern.)	4 tim/vecka.

Ref. Läkartidningen nr 42, 2008, volym 105, s 2939

Tabell 5 presenterar hur det ser ut i primärvården samt för öppenvårdsmottagningarna på sjukhus gällande förekomst av ett flertal parametrar.

Tabell 5. Enhetsstruktur

	Total (n=271)	Specialiserad öppenvård (n=41)	Primärvård (n=230)
Ansvarig teamläkare för astma-KOL-mott	213 (84,2 %)	36 (97,3 %)	177 (81,9 %)
Astma-KOL-teamsamverkan med arbetsterapeut	117 (48,5 %)	19 (57,6 %)	98 (47,1 %)
Astma-KOL-teamsamverkan med dietist	121 (50,6 %)	30 (83,3 %)	91 (44,8 %)
Astma-KOL-teamsamverkan med kurator/psykolog	131 (54,8 %)	30 (85,7 %)	101 (49,5 %)
Astma-KOL-teamsamverkan med sjukgymnast	160 (65,0 %)	30 (85,7 %)	130 (61,6 %)
Bedriver strukturerad allergiutredning	153 (62,2 %)	26 (76,5 %)	127 (59,9 %)
Högskoleutbildad astma-KOL-ssk	231 (88,5 %)	32 (86,5 %)	199 (88,8 %)
NO-mätare	52 (21,7 %)	27 (73,0 %)	25 (12,3 %)
Nebulisator	249 (96,5 %)	34 (91,9 %)	215 (97,3 %)
Oxygenutrustning	247 (95,4 %)	34 (91,9 %)	213 (95,9 %)
Pulsoximeter	261 (99,2 %)	36 (94,7 %)	225 (100,0 %)
Spirometer	260 (99,2 %)	35 (94,6 %)	225 (100,0 %)
Ssk-ledd astma-KOL-mottagning	253 (96,6 %)	33 (89,2 %)	220 (97,8 %)
Tidsbeställd mottagning för astma-KOL-ssk	253 (96,6 %)	32 (86,5 %)	221 (98,2 %)
Utbildad rökavvänjare	224 (88,9 %)	19 (52,8 %)	205 (89,1 %)

* Antal (andel i % av enheter som registrerat sin enhetsstruktur)

Interprofessionell samverkan lyfts av Socialstyrelsen i de nya nationella riktlinjerna för astma och KOL och denna samverkan synes föreligga i mindre omfattning i primärvården jämfört på specialistmottagningarna.

Å andra sidan har vårdcentralerna en större andel utbildade rökavvänjare samt minst lika bra försett gällande utrustning såsom nebulisator, pulsoximeter och spirometer. NO-mätare förekommer i större utsträckning på specialistmottagningarna.

Diskussion

Bilden av svensk astma- och KOL-vård har i många fall varit positiv när det gäller sjukvårdens strukturer och processer men när det gäller patientutfall och vårdens kvalitet har det tidigare varit svårt att bedöma detta då det saknats dataunderlag. Med tillkomsten av Luftvägsregistret har möjlighet för kvalitetsuppföljning skapats.

I Socialstyrelsens nationella utvärdering av astma och KOL vården som publicerades i början av 2015 fastslog man att:

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.

Med detta som bakgrund är det glädjande att se hur snabbt utvecklingen går med ett ökat deltagande av vårdenheter som vill använda registret för att förbättra vården. Vi kan också konstatera en påtagligt ökad täckningsgrad för patienter med KOL (stadium 3 och 4) samt att svarsfrekvensen för variablerna i registret har ökat. Underlaget vad gäller de manuella registreringarna är nu så bra att man kan göra en god skattning av vården gällande patienter med KOL stadium 3 och 4 i Sverige, där vi bland annat kan konstatera att symtomregistrering med de validerade och rekommenderade instrumenten AKT och CAT har fått ett visst genomslag för såväl astma såväl som KOL.

Direktörföring av data har varit ett starkt önskemål från vården för att minska dubbeldokumentation. Vi har i registret sedan 2014 haft möjlighet att ta emot data från systemet MedRave, med initialt mycket knäpphändigt utbyte och stort bortfall avseende alla variabler. Under 2015 kan vi för första gången se ett

minskat bortfall för vissa variabler såsom exempelvis rökvanor. Det kvarstår dock ett stort arbete inom vården med att genomföra ett strukturerat arbetssätt för journalföring. När detta genomförts har man lagt grunden för en bra och säker journalföring som också medför möjlighet att kunna överföra data till kvalitetsregister och på så sätt fortsatt arbeta med att öka kvaliteten i astma och KOL vården.

Det är mycket glädjande med de olika nationella initiativ som sker där vi vill fram hålla det Nationella systemet för primärvårdskvalitet och även arbetet i Region Örebro/Uppsala, där den regionala kunskapsstyrningsgruppen beslutat att samverka i ett projekt för strukturerad dokumentation och översättning till nationellt fackspråk för att möjliggöra direktörföring. Man har valt Luftvägsregistret som ett första register att arbeta med, då man anser detta register vara av stort värde för sjukvården. Dessa initiativ tillsammans möjliggör för vården att leverera en förbättrad vård till patienter med astma och KOL med Luftvägsregistret som ett verktyg.

Med målsättning om en förbättrad vårdkvalitet för patienter med astma och KOL vill vi i detta sammanhang framföra ett stort tack till alla sjuksköterskor och läkare på anslutna enheter för medverkan under det gångna året. Vi ser fram emot ett fortsatt gott samarbete med redan anslutna enheter och hälsar nya enheter välkomna.

Fakta om Luftvägsregistret

Organisation

Nationella kvalitetsregistret för KOL (RiksKOL) startade 2009 men gick redan 2010 samman med det nationella astmaregistret (NAR) och fick namnet, Luftvägsregistret. En ny uppdaterad version kom i skarp drift 2013. Västra Götaland är Centralt personuppgiftsansvarig. Sveriges Kommuner och Landsting är den enda finansiella källan för utveckling och drift av Luftvägsregistret.

Luftvägsregistrens styrgrupp

Ann Ekberg-Jansson, ordförande och registerhållare, docent, överläkare, forskningschef, Angereds Närsjukhus, Sahlgrenska Akademien, Göteborg

Kerstin Fjällman Schärberg, Rikskoordinator, Astma/KOL-sjuksköterska, Angereds Närsjukhus, Göteborg

Thomas Gars, ledare arbetsgrupp KOL, överläkare, Medicinska specialistkliniken, Motala lasarett, Motala

Alf Tunsäter, ledare arbetsgrupp astma, docent, överläkare, Lung- och allergikliniken, SUS, Lund

Christophe Pedroletti, PhD, överläkare, verksamhetschef, Barnkliniken, Uppsala Akademiska Sjukhus, Uppsala samt Centrum för Allergiforskning, KI

Bill Hesselmar, docent, regionöverläkare Västra Götalandsregionen, Göteborg

Peter Odebäck, specialistläkare allmänmedicin, medicinsk rådgivare Capio vårdcentraler, Skagens vård och hälsoenhet Gullspång

Stephanie Mindus, adjungerad yngre representant, specialistläkare Lung- och Allergisektionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Peter Edfelt, representant för Riksförbundet Hjärt-Lung

Ulf Brandström, representant för Astma-Allergi-förbundet

Referensgrupp

Anders Blomberg, Svensk Lungmedicinsk Förening, Umeå

Ulla Nyström Kronander, Svensk Förening för Allergologi, Linköping

Thomas Gars, Svensk Internmedicinsk Förening, Motala

Anna Svensson, Svenska Lungsjuksköterskors Intresseförening, Östersund

Kersti Theander, Astma, Allergi och KOL sjuksköterskors förening, Karlstad

Kerstin Romberg, NAKA (Nätverk för Svensk Förening för Allmänmedicin, Astma/KOL intresserade distriktsläkare), Lund

Johan Hellgren, expert Öron/Näsa/Hals sjukdomar, Göteborg

Margareta Emtner, expert fysioterapi, Uppsala

Therese Sterner, expert barnastma/allergologi, Lund

Hampus Keotseridis, expert barnallergologi, Lund

Josefin Sundh, yngre representant, Örebro

Vetenskapligt råd

Inger Kull, docent, specialistsjuksköterska barn, Inst klin forsk/utbildn, Södersjukhuset

Ann Lindberg, docent, överläkare, Institutionen för Folkhälsa och Klinisk medicin, Umeå Universitet samt Lung- och allergisektionen, Sunderbyns Sjukhus, Luleå

Claes Göran Löfdahl, professor emeritus, överläkare, Lung- och allergikliniken, SUS, Lund

Johan Hellgren, docent, överläkare, ÖNH-kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Thomas Gars, överläkare, Medicinska specialistkliniken, Motala lasarett, Motala

Alf Tunsäter, docent, överläkare, Lung-och allergikliniken, SUS, Lund

Christophe Pedroletti, PhD, överläkare, verksamhetschef, Barnkliniken, Uppsala Akademiska Sjukhus, Uppsala samt Centrum för Allergiforskning, KI

Kerstin Romberg, PhD, specialist allmänmedicin, Primärvården Region Skåne/ Allergikompetenscentrum syd, Lund

Ann Ekberg-Jansson, registerhållare/ordförande, docent, överläkare, forskningschef, Angereds Närsjukhus, Sahlgrenska Akademin, Göteborg

Drift och verksamhet

Sedan 2013 har Registercentrum Västra Götalandsregionen ansvar för den totala driften av Luftvägsregistret.

Koordinatorer

Kerstin Fjällman Schärberg, rikskoordinator:
Daglig tillgänglighet för användare i hela landet. Koordinerar såväl implementering som användarhjälp.

Regionala koordinator: Verkar inom respektive ansvarsområden men kan också vid behov ta andra uppdrag vad gäller implementering och användarstöd.

Eeva-Maja Dannebrant, Astma/KOL sjuksköterska
Ansvarsområde: Östergötland, Jönköping (barn och vuxna)

Yvonne Sjöo, Distriktssköterska Astma/KOL
Ansvarsområde: Gävleborg, Dalarna, Värmland, Örebro län (barn och vuxna)

Therese Sterner, Leg sjuksköterska. Astma. Allergi
Ansvarsområde: Skåne-regionen (barn och vuxna)

Brita Engvall; Distriktssköterska Astma/KOL
Ansvarsområde: Halland, Västra Götalandsregionen (barn och vuxna)

Kerstin Sundell; Distriktssköterska Astma/KOL
Ansvarsområde: Stockholm (barn och vuxna)

Lotta Ernström; Specialistsjuksköterska Lungmedicin
Ansvarsområde: Sverige Inneliggande KOL

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

www.registercentrum.se
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.
www.registercentrum.se