

Årsrapport 2023



Innehåll

Inledning av registerhållare	3
Luftvägsregistrets betydelse för kunskapsstyrd och jämlik vård vid astma och KOL	5
Patientperspektivet	6
Sammanfattning	7
Publikationer från Luftvägsregistret 2023	9
Anslutningsgrad och täckningsgrad	12
Astma, öppenvård	15
KOL, öppenvård	25
KOL, ineliggande vård	35
Fakta om Luftvägsregistret	39
Referenser	40
Riksförbundet HjärtLung	41
Hjärt-Lungfonden	42
Astma- och Allergiförbundet	43

Luftvägsregistret är ett nationellt kvalitetsregister som hjälper verksamheter på alla vårdnivåer inom hälso- och sjukvården att följa sina insatser för astma- och KOL-patienter. Registret kan användas i det verksamhetsnära förbättringsarbetet, i mötet med patienten och för forskning.

Rapportens syfte är att beskriva för allmänhet, vårdpersonal, chefer och andra intresserade hur astma- och KOL-vården bedrivs i Sverige.

Författare

Caroline Stridsman
Jon R. Konradson
Lowie Vanfleteren

Processledare

Yvonne Sjöo

Statistiker

Alexander Thorén,
Registercentrum Västra Götaland

Grafisk produktion

VGR Inhouse

Foto

Anders Nordeman,
Caia Image/Johnér Bildbyrå,
Camilla Lindberg, Ingrid Horner,
Knape/Istock, Maria Holmkvist,
Martina Koch

ISSN 2004–7703 (Online)



Inledning av registerhållare

Luftvägsregistret initierades 2013 och i november 2023 bjöd styrgruppen in till 10 årsjubileum. Det blev en uppskattad dag där vi fick lyssna till föreläsningar om registrets historik, dagsläget, enskilda klinker och regioners förbättringsarbeten samt aktuell forskning från registret. Idag är data från Luftvägsregistret en viktig kunskapskälla för många aktörer. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, det nationella programområdet (NPO) lung- och allergisjukdomar, regioner, enskilda enheter, forskare och patientföreningar använder registret för att utvärdera vård och behandling vid astma och KOL. Registret är unikt då det inkluderar hela livsspannet vid astma och olika vårdnivåer både vid astma och KOL. Idag har registret certifieringsnivå 1, vilket betyder att registret har den högsta certifieringsnivån enligt klassificering av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

I skrivande stund inkluderar registret över 470 000 unika patienter och alla regioner är anslutna till registret. Det finns dock skillnader mellan antalet enheter som registrerar per region, vilket oftast beror på tillgången till direktöverföring av data från journalsystemet till registret. För att hälso- och sjukvårdspersonal inte ska behöva utföra ett tidskrävande dubbelarbete med manuell registrering har styrgruppens målsättning alltid varit att kliniker ska ha tillgång till direktöverföring. Idag överförs 95 % av all data via direktöverföring. De regioner som fortfarande registrerar manuellt är också de som har lägst antal inrapporteringar. Positivt är att under 2024–2025 kommer 9 regioner att byta vårdinformationsstöd till leverantören/systemet Cosmic vilket kommer möjliggöra direktöverföring av data både från primär- och

sekundärvården (öppen- och slutenvård). Registrets nationella koordinator har gjort ett fantastiskt arbete med att stödja den nationella projektgruppen (inom ramen för Sussa-samverkan) som arbetar med att möjliggöra direktöverföring av kvalitetsregisterdata i det nya journalsystemet. Sussa står för strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer, där 9 regioner samverkar i frågor som berör utveckling och digitaliseringsstrategier. För astma och KOL kan täckningsgraden inte beräknas utifrån epidemiologiska prevalensdata utan måste utgå från faktiska vårdbesök. Detta på grund av underdiagnostik och att rekommendationer om uppföljningsbesök inte följs. Vår målsättning är att presentera täckningsgraden per region så snart det nya vårdinformationssystemet är implementerat och alla regioner har tillgång till direktöverföring av data. Om ni vill veta vilka möjligheter till direktöverföring som finns i er region, kontakta oss så berättar vi mer.

Förfrågningar om datauttag från Luftvägsregistret ökar i snabb takt och en nyhet är att Metadata finns publicerat i [Vetenskapsrådets metadatakatalog](#) och på den digitala plattformen [Breathe Sweden](#). Information om registrets variabler finns också presenterat på [registrets egen hemsida](#). Vill ni ansöka om datauttag, hör av er till mig eller någon annan i styrgruppen så stödjer vi er i metodfrågor.

Under 2023 presenterades forskningsresultat med data baserat på Luftvägsregistret både vid nationella och internationella konferenser. Vi är också otroligt stolta över att en artikel, med docent och överläkare Lowie Vanfleteren som första namn, publicerades i en högt rankad lungmedicinsk tidskrift under 2023.

Publikationen styrker datakvaliteten i Luftvägsregistret och visar att registerdata står sig högt internationellt. Med det vill jag säga att Luftvägsregistret idag är ett välkänt och uppskattat kvalitetsregister som tillsammans med annan nationell hälsodata kan svara på forskningsfrågor med hög generaliserbarhet. Jag vill rikta ett stort tack till Hjärt-Lungfonden som är en viktig bidragsgivare till enskilda lungmedicinska forskare såväl som till denna årsrapport.

Tack till alla medarbetare. Registrets styrgrupp har en gedigen kunskap om astma och KOL och är navet till att registerarbetet drivs framåt. Under de senaste åren har vi haft ett generationsskifte i styrgruppen och jag hoppas och tror att ni som initierade till registrets uppbyggnad upplever att arbetet fortlöper i en positiv riktning. Registrets koordinatörer gör ett fantastiskt arbete med validering av data, utbildningar, att representera registret på professionsföreningarnas årliga konferenser och det gigantiska IT arbetet med att få till direktöverföring av data. **Som avslutningsord**, det viktigaste, tack till alla enheter som registrerar i Luftvägsregistret och jag vill samtidigt välkomna nya enheter. Påminner också om vikten av att använda data som ni rapporterar in – att stödja till lokal kvalitetsutveckling är ett av registrets viktigaste syften. Tillsammans skapar vi förutsättningar för en nationell jämlik och evidensbaserad astma- och KOL-vård.



2023 firade Luftvägsregistret 10 år. Trots att registret är ungt, kommer det under 2025 finnas förutsättningar för direktöverföring av data i alla regioner och målsättningen är att mäta vårdkvaliteten hos större delen av patienter med astma och KOL som vårdas i svensk sjukvård. Registret innehåller numera så pass mycket data att registerforskning av hög kvalitet kan bedrivas.



Caroline Stridsman
Registerhållare och ordförande för styrgruppen



Luftvägsregistrets betydelse för kunskapsstyrd och jämlik vård vid astma och KOL

Inom kunskapsstyrningen så är de olika nationella kvalitetsregistren knutna till olika nationella programområden (NPO). NPO lung- och allergisjukdomar har därför möjligheten att även ur denna synvinkel samverka med Luftvägsregistret. Föregående år så skrev jag att avsikten med de vårdförlopp som tagits fram är att se om och vad för skillnad i vården av patienterna dessa kan bidra till. Inom kunskapsstyrningen så lägger man nu mer fokus på uppföljning av vårdförlopp. Man önskar gärna data från nationella register när detta finns. De fokusområden som NPO lung- och allergisjukdomar i nuläget valt inom sitt område är KOL, lungfibros och matallergi. Då är de data som finns i registren viktiga att ta del av. En hög täckningsgrad behövs och är viktig för att dra rätt typ av slutsatser. Kunna peka på viktiga skillnader och sträva mot att göra vården mer jämlik där man ser de största skillnaderna.

Organisationen av vården står ju respektive region för men man har ju också uttalat sig om att arbeta efter de mål som kunskapsstyrningen identifierar. Arbetet görs ju inte på egen hand, vi bidrar vi ju alla till det. Det åligger även oss som medarbetare i vården att ta del av ny kunskap och implementera denna i våra verksamheter. Det är ju också de som styr vårdens uppdrag att skapa förutsättningar för ny kunskap med resursättning och att bidra till en jämlik vård med rätt förutsättningar.

Önskar Luftvägsregistret fortsatt framgång i ett viktigt arbete!

Helena Engström

Ordf NPO lung- och allergisjukdomar



Patientperspektivet

Luftvägsregistret är en ovärderlig informationsskatt, vars värde ökar i takt med att antalet registreringar ökar. Att vi nu har drygt 470 000 unika patienter i registret och att alla regioner numera är anslutna är glädjande.

Samtidigt är det frustrerande att vi inte ser en bättre utveckling över tiden. Fortfarande är det alldeles för få patienter som har en skriftlig behandlingsplan och tillgång till patientutbildning. Att en så stor andel av astma- och KOL-patienterna fortfarande röker och att andelen som erbjuds rökavvänjning är så liten är orimligt. Och det är fortfarande alldeles för många KOL-patienter som behöver tillgång till CAT på samma sätt som det fortfarande är alldeles för många patienter med astma som inte får tillgång till spirometrimätning. Luftvägsregistret visar med all önskvärd tydlighet hur ojämlig vården är.

Luftvägsregistret är viktigt för alla parter. För den enskilde patienten finns det ett stort värde i att se vilka parametrar som är viktiga och jämföra med den egna vården och de egna målsättningarna med behandlingen. Vårdgivare kan jämföra sina resultat med andra vårdgivare, men också få en bild av vilken vård patienterna får. Med en pressad budgetsituation på många håll i regionerna har Luftvägsregistret också en viktig roll för kunskap om vilken vård som ger bäst effekt.

Om det nyttjas fullt ut av hälso- och sjukvården, är det möjligt att strukturera vården utifrån vem som har det största behovet och kvalitetssäkra behandlingen. Om patienterna får tillgång till strukturerad uppföljning via astma- KOL-mottagningar och interprofessionella team, minskar lidandet och vården sparar resurser.

För oss som patientorganisationer är Luftvägsregistret en möjlighet att följa upp hur den faktiska situationen för de drabbade under behandling ser ut. Och då är det bara att konstatera att Luftvägsregistret tydligt visar att astma- och KOL-vården fortfarande inte prioriteras tillräckligt inom hälso- och sjukvården.

Vi kommer att fortsätta vår opinionsbildning för att tydliggöra bristerna i astma- och KOL-vården för våra beslutsfattare. Vår förhoppning är att regionerna ska bli ännu bättre på att registrera statistik.

Anders Åkesson

Ordförande Riksförbundet HjärtLung

Mikaela Odemyr

Ordförande Astma- och allergiförbundet

Sammanfattning

Anslutningsgrad och täckningsgrad

Årets rapport visar att antalet unika patienter och antal registreringar, det vill säga både nybesök och uppföljningsbesök, fortsätter att öka efter pandemiåren. Alla regioner är idag anslutna till registret men det finns fortfarande en variation över hur många enheter som aktivt registrerar. Deltagande enheter ökar ständigt, vilket är mycket tack vare tillgång till direktöverföring av data från vårdinformationsstöd till registret. Idag direktöverförs över 90 % av alla registreringar. Ett flertal regioner kommer under de närmsta åren att byta vårdinformationsstöd till Cosmic och tack vare samverkansprojektet Sussa, där Luftvägsregistret har involverats, kommer direktöverföring av data kunna implementeras i regioner som idag har lägst anslutningsgrad till registret. Detta gör att antal registreringar förväntas bli mer jämnt i Sverige under de närmaste åren. Idag innehåller registret över 450 000 patienter och täckningsgraden beräknas till uppemot 90 % med högst täckningsgrad i regioner med högre befolkningstäthet och lägre grad i framför allt den norra sjukvårdsregionen.

Underlag för årsrapporten

Årets rapport baseras på nära 95 000 patienter med astma och 39 000 patienter med KOL som under året haft minst ett vårdbesök. Bland de med astma är 21 % barn upp till 12 år, 9 % ungdomar och resterande vuxna individer. Bland patienterna med KOL har cirka 15 % en samtidig astma-diagnos. Därtill kommer 436 patienter med KOL som under året slutenvårdats.

Astma, barn och vuxna öppenvård

Antalet registreringar fortsätter öka och det samlade antalet astmapatienter i registret är nu över 340 000. Under de senaste två åren har en ökande andel barn och vuxna fått besvara Astma Kontroll Test. Okontrollerad astma är fortfarande vanligt förekommande, framför allt hos kvinnor, men årets rapport visar att förekomsten av okontrollerad sjukdom nu minskar både i primär och specialistvården. I specialistvården ökar andelen patienter som genomfört spirometri hos både barn (cirka 70 %) och vuxna (cirka 90 %). Oavsett vårdnivå och ålder utförs spirometer på över 80 % av alla med okontrollerad astma, i linje med Socialstyrelsens riktlinjer.

Andelen barn och vuxna som någonsin fått patientutbildning ökar också både i primär- och specialistvården. Patientutbildning ges oftast till vuxna i specialistvården (ca 60 %) medan bara 20 % av barnen i primärvården får åtgärden. Oförändrat från föregående år är att det bara är 25 % av patienterna i specialistvården som har fått en skriftlig behandlingsplan, och andelen i primärvården är än lägre, 9 %. Anmärkningsvärt är att

registreringar av erbjuden rökavvänjning senaste åren sjunkit drastiskt vid specialistmottagningar, och under 2023 erbjöds bara 11 % av vuxna vid specialistmottagningar rökavvänjning. I primärvården är åtgärden stabilt låg på cirka 30 %. Således finns det fortfarande kvarstående brister i omhändertagandet och även om årets rapport visar på viss utveckling, finns det utrymme för ytterligare förbättringar i den icke-farmakologiska vården av patienter med astma.

Lite över hälften av barnen förskrivs astmabehandling motsvarande steg 1–2 enligt Läkemedelsverkets behandlingstrappa och lite under hälften får behandling motsvarande steg 3–4. Hos vuxna är det 31,7 % som får steg 1–2 behandling och 67,9 % som får steg 3–4 behandling. Det kvarstår stora regionala skillnader i förskrivning av astmaläkemedel både till barn och vuxna, och fortfarande förskrivs en betydande andel patienter enbart SABA i samtliga regioner, framför allt hos barn. Läkemedelsverket har publicerat nya behandlingsriktlinjer för astma i mars 2023, och behandling med enbart SABA rekommenderas inte längre till skolbarn och vuxna med astma. Således kommer det bli intressant att kommande år använda data från registret för att utvärdera vårdens följsamhet till den nya behandlingsrekommendationen.

Årets rapport visar att det fortfarande är en låg andel registreringar av patienter med svår astma som får behandling med biologiska läkemedel. Eftersom nya biologiska läkemedel introduceras fortlöpande och behandlingen är kostsam, är det av stort värde att påminna vårdgivarna vid specialistmottagningar vikten av att registrera alla patienter med biologisk behandling för att möjliggöra framtida utvärderingar.

KOL, öppenvård

Det totala antalet patienter med KOL är idag nära 120 000 i registret. Diagnostik av KOL baseras på spirometri och årets rapport visar att av de patienter som varit på ett vårdbesök under 2023 har nära 80 % någonsin utfört en spirometri. Efter pandemin ses en uppgång av årliga spirometri i primärvården, medan färre spirometri utförs vid specialistvården. Av patienter som fått skatta sin symtombörda med COPD Assessment Test (CAT), återfinns fler patienter med hög symtombörda vid specialistmottagningar vilket tyder på att patienter remitteras och vårdas på rätt vårdnivå. Prevalensen av daglig rökning är högre bland patienter som uppsökt primärvården jämfört mot de som har blivit remitterade till specialistmottagning. Rökstopp är den mest prioriterade åtgärden vid KOL, ändå erbjudas knappt 50 % av rökarna rökavvänjningsinsatser. Det finns fler icke-farmakologiska

behandlingsåtgärder som bör förbättras oavsett vårdnivå. Användning av symtomformuläret CAT, patientutbildning, sex minuters gångtest och skriftlig behandlingsplan är konkreta exempel. Årets rapport visar att den farmakologiska behandlingen relativt väl följer behandlingsrekommendationerna vid KOL. Dock tyder resultatet på att det finns en frikostig förskrivning av trippelbehandling även till patienter med lindrigare sjukdom och att det fortfarande finns patienter som endast har kortverkande luftrörsvidgande behandling.

KOL, slutenvård

Från att registret startade år 2013 till idag har medelvårdtiden vid KOL sänkts med cirka 4 dygn. Trots sänkningen är medelvårdtiden fortfarande hög, cirka 7 dygn. Genom åren har det varit fler kvinnor än män som vårdas inlagda på sjukhus och återinläggningar är vanligt förekommande. Trots att det är enheter med speciellt intresse för evidensbaserad KOL-vård som registrerar i Luftvägsregistret så finns förbättringspotential. Icke-farmakologiska åtgärder som rekommenderas av Socialstyrelsen bör initieras oftare, såsom åtgärder av fysioterapeut och dietist samt användning av skriftlig behandlingsplan. Dock ses en tydlig trend att behandling med enbart ICS/LABA minskar och andelen med trippelbehandling ICS/LABA/LAMA ökar vid utskrivning, behandling som rekommenderas efter en svår exacerbation. Genom åren har många enheter haft en intention att följa upp patienter som vårdats inlagda, men om uppföljning har skett är ovisst.



Jon Konradson

Överläkare och docent, Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Karolinska Universitetssjukhuset

Publikationer från Luftvägsregistret 2023

Forskning

Ett nationellt kvalitetsregister behöver implementeras under ett flertal år i hälso- och sjukvården för att forskningsstudier av hög kvalitet ska kunna produceras. Under 2023, efter att registret initierades för 10 år sedan, har ansökningar om datauttag till Registercentrum Västra Götaland ökat markant, liksom den vetenskapliga produktionen. Forskningsresultat som baseras på data från registret har under de senaste åren presenteras återkommande på nationella och internationella konferenser och data från registret ingår i många doktoranders avhandlingsarbeten. Under 2023 publicerades en viktig artikel i en högt rankad lungmedicinsk tidskrift, vilket visar att svenska registerstudier är i framkant internationellt sett. I slutet av detta avsnitt kan ni läsa en sammanfattning av artikeln.

I skrivande stund finns ytterligare publikationer både från astma- och KOL-kohorten, och registrets första barnstudie har publicerats. Dessa artiklar presenteras i nästa årsrapport (2024), men finns redan idag presenterade på registrets hemsida. Styrgruppen är positiv till datauttag och finns som metodstöd till forskargrupper för att svara på frågor om datakvaliten, hantering av enskilda variabler och samarbetar gärna kring olika forskningsfrågor om så önskas. Även andra aktörer som vill använda registrets för utvärdering av vård och behandling är välkomna att vända sig till oss. Samarbeten pågår med Socialstyrelsen, Folkhälsomyndighet och många andra aktörer.

Ansök om data från Luftvägsregistret

Ansökan om datauttag inlämnas till Registercentrum Västra Götaland (registercentrum.se). Vänd dig till oss i styrgruppen innan du gör din ansökan för att resonera om syfte, forskningsfrågor, metod och relevanta variabler. Publikationer som baseras på data från Luftvägsregistret redovisas fortlöpande på hemsidan. Styrgruppen önskar att ni som publicerar artiklar som helt eller delvis baseras på data från Luftvägsregistret meddelar registret – för synliggörande på hemsidan.

Vetenskapliga publikationer och kongressbidrag 2023

Till höger presenteras vetenskapliga publikationer och kongressbidrag. Fler kongressbidrag finns, både vid nationella och internationella kongresser, men i listan ingår endast de som finns sökbara på PubMed. Populärvetenskapliga texter finns publicerade i [Lung & Allergiforum](#) och [Andas Sverige](#).

- Vanfleteren LEGW, Lindberg A, Zhou C, Nyberg F, Stridsman C. Exacerbation Risk and Mortality in COPD GOLD Group A and B Patients with and without Exacerbation History. *Am J Respir Crit Care Med*, 2023;208:163-175.
- Mannino D. Is one exacerbation enough to modify therapy in chronic obstructive pulmonary disease? *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;208:124-125.
- Kirui B K, Santosa A, Vanfleteren L.E.G.W, Li H, Franzén S, Stridsman C, Nyberg F. Pre- and post-vaccination characteristics and risk factors for COVID-19 outcomes in a Swedish population-based cohort of COPD patients. *ERJ Open Res* 2023;9(3)00711-2022.
- Selberg S, Karlsson Sundbaum J, Konradsen JR, Backman H, Hedman L, Lindberg A, Stridsman C. Multiple manifestations of uncontrolled asthma increase the risk of severe COVID-19. *Respir Med*. 2023;216:107308.
- Labor M, Kirui BK, Nyberg F, Vanfleteren LEGW. Regular Inhaled Corticosteroids Use May Protect Against Severe COVID-19 Outcome in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:1701–1712.
- Andersson A, Bergqvist J, Lindberg A, Zhou C, Nyberg F, Hellgren J, Stridsman C, Vanfleteren L.E.G.W. Chronic rhinosinusitis in COPD is associated with increased exacerbation risk. *ERJ*. 2023;62. DOI: 10.1183/13993003.congress-2023.PA3624.
- Wallström O, Nyberg F, Stridsman C, Lindberg A, Vanfleteren L. Exacerbation history and myocardial infarction in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Sweden. *ERJ*. 2023;62. DOI: 10.1183/13993003.congress-2023.PA1340.
- Konradsen JR, Selberg S, Ödling M, Bossios A, Stridsman C. Under-treated asthma in adults – a common problem. *ERJ*. 2023;62. DOI: 10.1183/13993003.congress-2023.PA5283.
- Stridsman C, Martinsen Ø, Selberg S, Ödling M, Konradsen JR. Under-treated asthma in children – a nationwide secondary care study. *ERJ*. 2023;62. DOI: 10.1183/13993003.congress-2023.PA2754.
- Packham S, Stridsman C. Adherence to inhaled corticosteroid therapy and treatment escalation of the Swedish asthma population. *ERJ*. 2023;62. DOI: 10.1183/13993003.congress-2023.PA4118.

The Swedish National Airway Register (SNAR) – Research

Styrgruppen har initierat till ett projekt där det övergripande syftet är att studera behandlingsregimer, morbiditet, komorbiditet och mortalitet i relation till astma och KOL. I projektet finns forskare, doktorander och postdok. Vill ni veta mer om forskningsprojektet finns kontaktpersoner till respektive kohort:

The SNAR asthma children cohort

Docent Jon R Konradsen
jon.konradsen@regionstockholm.se

The SNAR asthma adult cohort

Docent Caroline Stridsman
caroline.stridsman@norrbotten.se

The SNAR COPD cohort

Docent Lowie Vanfleteren
lowie.vanfleteren@vgregion.se



Exacerbation Risk and Mortality in COPD GOLD Group A and B Patients with and without Exacerbation History – av Lowie E.G.W Vanfleteren

Under 2023 publicerade American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, en högt rankad tidskrift inom det lungmedicinska området, en artikel baserad på data från Luftvägsregistret. Här presenteras en sammanfattning av studien.

Riskstratifiering av patienter efter svårighetsgrad av KOL är kliniskt viktig och ligger till grund för terapeutiska rekommendationer. Sedan 2017 är GOLD-klassificeringen baserad på en sammansättning av spirometri, symtom och exacerbationer, som skiljer den spirometriska 1–4-stadieindelningen från ABCD-klassificeringen och kombinerar svårighetsgraden av luftvägssymtom och risken för framtida exacerbationer. Nyligen uppdaterade GOLD klassificeringen och kombinerade GOLD C och D i en GOLD E-grupp, där E står för exacerbationer. En tröskel på två exacerbationer som krävt behandling eller en sjukhusvistelse för en exacerbation under det föregående året används för att identifiera patienter med hög risk för framtida

exacerbationer. ABCD-klassificeringen har visat sig ha ett högt diskrimineringsvärde för dödlighet och risk för framtida KOL-relaterade händelser. Medan spirometrisk gradering är viktig för diagnosen KOL, baseras rekommendationerna för farmakologisk behandling nu på ABE klassificering. De huvudsakliga behandlingsmålen vid KOL är att minska symtom och framtida exacerbationsrisk.

GOLD A- och B-grupperna är vanligtvis de största grupperna av diagnostiserade KOL-patienter. De består av patienter som har låg respektive hög symtombörda och har haft mindre än två exacerbationer föregående år och ingen som krävde sjukhusvård. Därför är riskklassificering och behandlingsrekommendationer för GOLD A- och B-patienter oberoende av närvaron eller frånvaron av en måttlig exacerbation under det senaste året. Icke desto mindre har förekomsten av en måttlig exacerbation under det senaste året associerats med ökad risk för nya exacerbationer jämfört med KOL-patienter utan exacerbationer. En dansk registerbaserad studie från sekundärvården, som endast inkluderade GOLD B-patienter, visade att GOLD B-patienter som hänvisats till sekundärvård med en historia av en måttlig exacerbation under föregående år hade ökad risk för efterföljande måttliga och svåra exacerbationer och ökad risk för död jämfört med patienter utan exacerbationer under föregående år.

Ingen tidigare registerbaserad rikstäckande kohortstudie av patienter inkluderade både från primär- och sekundärvården har undersökt skillnader i prediktiv förmåga hos GOLD A- och B-patienter med (A1, B1) och utan (A0, B0) en exacerbation under det senaste året i perspektiv till GOLD E-patienter. Vårt syfte var därför att undersöka sambandet mellan GOLD A0-, A1-, B0-, B1- och E-patienter och risken för framtida exacerbationer, respiratoriska och kardiovaskulära sjukhusinläggningar samt dödlighet.

Resultatet från studien visade att GOLD A- och B-patienter med en exacerbation det senaste året, dvs. grupp A1- och B1-patienter, hade en signifikant och väsentligt högre risk för framtida exacerbationer och respiratoriska sjukhusvister men inte dödlighet jämfört med GOLD A- och B-patienter utan exacerbationer det senaste året, dvs. grupp A0 respektive B0-patienter. Totalt sett ökade risken för GOLD-grupp A0-A1-B0-B1-E, men risken för måttlig exacerbation av grupp A1 översteg grupp B0.

Enligt nuvarande GOLD-klassificering anses GOLD A- och B-patienter ha låg risk för framtida exacerbationer. Dessa grupper av patienter är de största inom GOLD ABE-klassificeringen. Som framgår av den aktuella kohorten som speglar den kliniska praxis som är relaterad till KOL-vård i både primär- och sekundärvården i Sverige, kan mer än hälften av KOL-patienterna klassas som

grupp B och nästan en tredjedel som grupp A. Inom dessa grupper drabbade en minoritet av patienterna av en exacerbation som behandlades med orala kortikosteroider under det senaste året. Ändå, även enligt den nyligen uppdaterade GOLD 2023-strategin, har dessa patienter en liknande riskprofil och bör behandlas på samma sätt som GOLD A- och B-patienterna fria från exacerbationer. Resultatet från studien visar tydligt den höga risken för A1- och B1-patienter har för framtida exacerbationer och sjukhusvistelser, det vill säga risken att utvecklas till GOLD E, medan GOLD B0-patienter verkar ha en mycket lägre risk för exacerbationer mer i linje med GOLD A0.

Dessa fynd talar emot de nuvarande rekommendationerna att patienten skulle ha drabbats av två eller flera exacerbationer eller en sjukhusvistelse under det föregående året (trots lämplig bronkdilaterande behandling) för att eskalera behandlingen för att förhindra framtida exacerbationer. Faktum är att KOL-exacerbationer förvärrar hälsotillståndet, påskyndar lungfunktionsnedgången, ökar dödligheten och genererar kostnader för samhället. Att förebygga exacerbationer är därför ett av de viktigaste målen vid behandling och vård av patienter med KOL. Det väcker frågan varför vi enligt gällande behandlingsrekommendation måste vänta tills patienten drabbats av två eller flera exacerbationer med att påbörja en effektiv förebyggande behandling.



Lowie E.G.W Vanfleteren
Överläkare och docent, KOL-centrum,
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Anslutningsgrad och täckningsgrad

Astma och KOL – två folksjukdomar

Astma och KOL är två av våra största folksjukdomar. Astma drabbar både barn och vuxna och prevalensen är 7–10 % beroende på ålder [1–3]. Prevalensen av KOL är fortfarande hög, men i takt med att färre personer i Sverige röker, har prevalensen sjunkit och är numera cirka 7 % [4]. Luftvägsregistrets variabler är anpassade för att kunna mäta hur vården ges i förhållande till nationella vård- och behandlingsrekommendationer [5–7].

Anslutningsgrad

Samtliga regioner har enheter som har anslutit sig till Luftvägsregistret. Totalt var 1 142 enheter anslutna till registret sista december 2023. Av dessa var 958 primärvård, 157 specialiserad öppenvård (varav 97 barnmottagningar) och 27 slutenvårdsenheter. I samma snabba takt som registret har vuxit har även andelen direktöverförd data ökat och är numera 93 %. Direktöverföring av data från journalsystemen till registret har framförallt implementeras i primärvården, men breddinförande av automatisk dataöverföring vid den specialiserade öppenvården kommer initieras av ett flertal regioner under 2024–2025 – parallellt med byte av journalsystem.

Registreringar per region

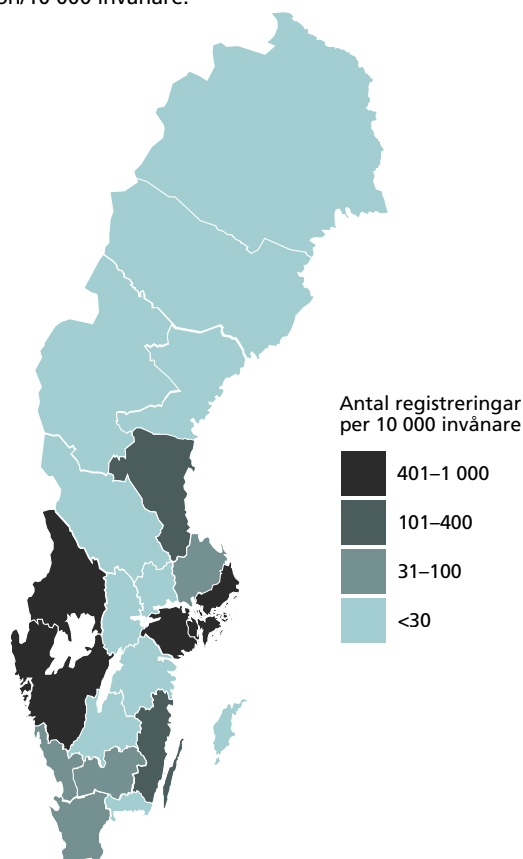
De regionerna med flest anslutna och registrerande enheter är i fallande ordning; Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Värmland, Sörmland, Gävleborg och Kalmar. Anslutningsgraden överensstämmer med befolkningsunderlaget samt att dessa regioner arbetar aktivt med tekniska lösningar för direktöverföring av data. Figur 1 visar en karta över regioner med högst till lägst andel registreringar per 10 000 invånare. Regioner med lägst antal registreringar är också regioner som inte har implementerat direktöverföring av data. Norra sjukvårdsregionen har bland de lägsta antal registreringar, men dessa regioner är också på väg att byta journalsystem till Camibo COSMIC. I detta system finns journalmallar utarbetade för att förenkla direktöverföring till Luftvägsregistret.

Täckningsgrad

Täckningsgraden anges gemensamt för astma och KOL. Ett problem när täckningsgraden ska beräknas är att nämnaren är svårdefinierad. Epidemiologiska data brottas med olika definitioner av diagnoserna astma

och KOL och den typen av undersökningar riskerar att också inkludera personer med ospecifika, övergående eller mycket lindriga symtom, det vill säga personer som troligen inte skulle få någon astma- eller KOL-diagnos vid läkarundersökning. Ett liknande problem uppkommer ifall man baserar nämnaren på läkemedel mot obstruktiva lungsjukdomar, eftersom dessa inte sällan används vid en rad andra tillstånd. För att få en mer relevant nämnare har registret valt att definiera förekomsten av kliniskt signifikant sjukdom utifrån behov av underhållsbehandling, det vill säga att personen vid minst två tillfällen senaste året hämtat ut recept på inhalationssteroider (ICS) med eller utan kombination med LABA och/eller LAMA (R03BA, R03AK eller R03AL11). Luftvägsregistret innefattar 365 056 personer år 2022 (avlidna exkluderade). Enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister hade 406 986 personer hämtat ut minst två recept på underhållsbehandling enligt ovan, vilket betyder att antalet patienter i registret motsvarar 90 % av gruppen med astma/KOL som är i behov av underhållsbehandling. Täckningsgradsanalysen har enbart utförts på gruppnivå eftersom astma- och KOL-behandling för enskilda individer kan variera över tid. När alla regioner har tillgång till direktöverföring av data kommer en täckningsgradsberäkning utföras på detaljnivå samt visas per region.

FIGUR 1. Högst till lägst andel registreringar/region/10 000 invånare.



Kumulativt antal patienter

Från starten 2013 har registret utvecklats i snabb takt till att i december 2023 inkludera över 450 000 patienter, där cirka två tredjedelar utgörs av personer med astma och en tredjedel av personer med KOL (Figur 2). Det höga antalet patienter i registret, tillsammans med att många gör mer än ett besök till sjukvården per år, resulterar i stora mängder data. Sedan registret startade rör det sig om mer än 1,8 miljoner registreringar. Figur 3 visar att antalet registrerade besök har ökat i samma snabba takt från cirka 30 000 unika patienter under år 2014 till drygt 134 000 år 2023. Under pandemiåren var antalet registrerade besök lägre [8], men idag visar data från registret att astma- och KOL-vården har återhämtat sig.

Patientregistreringar 2023

I årets rapport har diagnoserna astma och KOL reodlats så att inga patienter ska finnas i mer än en grupp. De som någonsin har haft både en astma och KOL-diagnos ingår i sammanställningarna i KOL-gruppen. Tabell 1 visar antal registreringar och unika patienter med besök under året. Registreringar/patient/år är i genomsnitt för barn med astma 1,6 och för vuxna med astma 1,8. För patienter med KOL är siffran något högre, 2,3 registreringar/patient/år. Täckningsgraden för patienter med KOL som vårdats på vårdavdelning är mycket låg varför några generella slutsatser inte kan dras, men de 436 patienterna som registrerats har i genomsnitt haft 1,3 vårdtillfällen under 2023.

Tabell 2 visar patientkaraktäristika för patienter med astma (n=94 888) och KOL (n=38 520) registrerade

under 2023. Bland de med astma var andelen barn under 12 år 21 %, ungdomar 9 % och vuxna 70 %. Andelen kvinnor är något högre bland både patienter med astma och bland de med KOL, vilket stämmer väl med epidemiologiska data. Som förväntat skiljer sig genomsnittsåldern betydligt mellan astma (40 år) och KOL (73 år). I årets rapport är det ca 15 % som kategoriserats till KOL-gruppen, som både har en astma och KOL-diagnos. Enbart distansbesök utfördes hos 8 % av de med astma och hos 4 % av de med KOL under 2023.

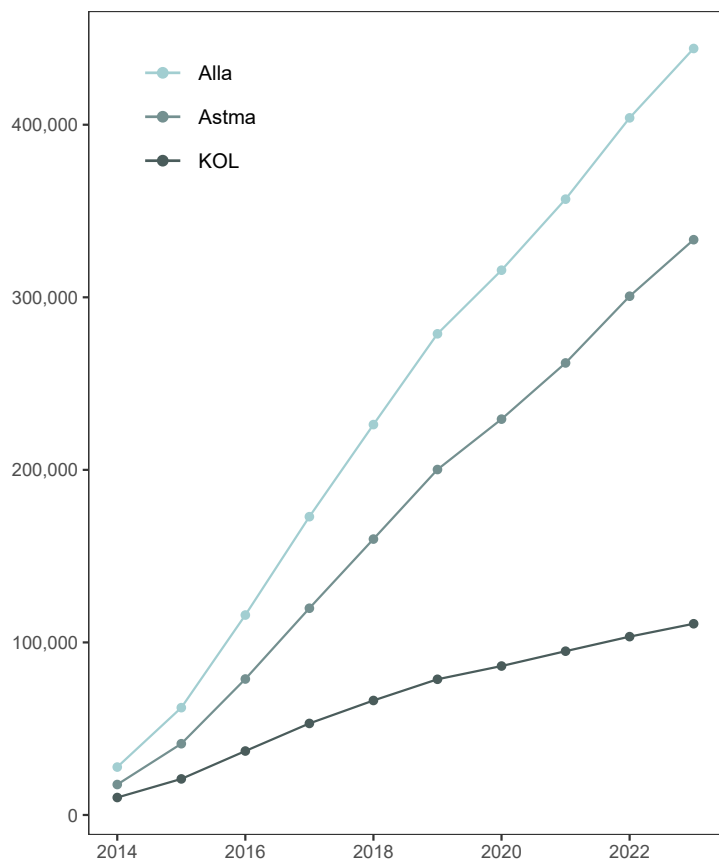
Tolkning av data i årsrapporten

Registercentrum Västra Götaland har nya föreskrifter för att minska risken för röjande av känsliga patientuppgifter. Antalsuppgifter är avrundade till närmsta tiotal och andelar som baseras på för litet underlag visas ej.

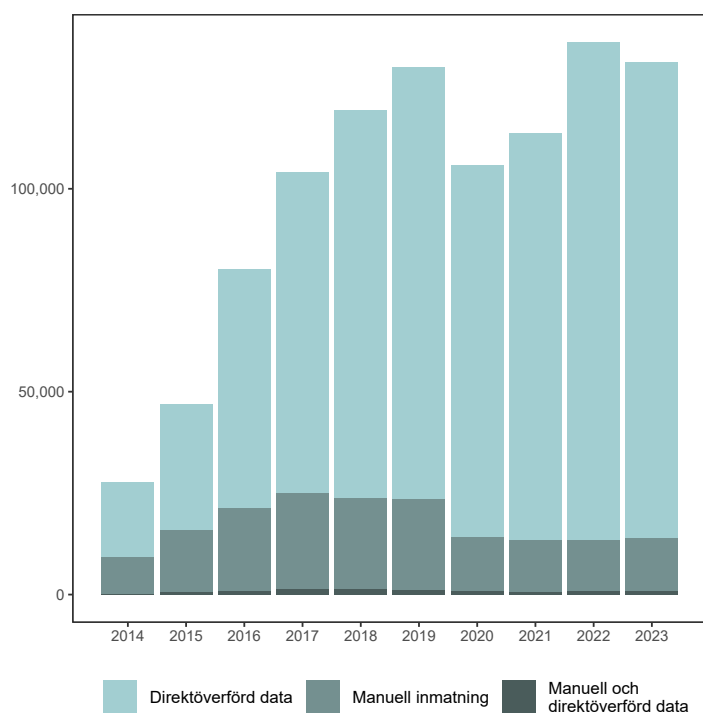
Högst andel data inkommer till registret via direktöverföring. Vid tolkning av figurer som beskriver skillnader mellan regioner bör detta beaktas, då regioner med låg andel registreringar framförallt använder manuell inmatning av data. I figurer som visar trender över åren, presenteras data som är registrerad under vardera år. När data för utförda åtgärder redovisas har data importerats 18 månader tillbaka i tiden för att fånga årskontroller och besök utförda av olika professioner, då dessa annars kan hamna på var sin sida om 12-månaderslinjen. I några figurer presenteras all data som någonsin är inrapporterad. Ytterligare ett observandum är att registrerad data kan överföras med latens från enheterna. Därför förväntas siffrorna för 2023 års data stiga, vilket redovisas i nästa årsrapport.



FIGUR 2. Kumulativt antal patienter i Luftvägsregistret, från år 2014–2023, fördelade på totala antalet samt på diagnoserna astma och KOL. Patienter med både astma- och KOL-diagnos är kategoriserad i KOL-gruppen.



FIGUR 3. Antal patienter med registrerat besök under åren 2014 till 2023 uppdelat på patienter med manuell och/eller direktöverförd registrering.



TABELL 1. Antal registreringar och unika patienter med besök under 2023.

	Antal registreringar under året	Antal unika patienter med besök under året	Antal registreringar per patient under året
Astma, öppenvård – barn	46 104	28 821	1,6
Astma, öppenvård – vuxna	117 257	66 067	1,8
KOL, öppenvård	86 718	38 520	2,3
KOL, slutenvård	564	436	1,3

Öppenvård: primärvård och sekundärvård.

TABELL 2. Patientkaraktäristika för patienter med astma och KOL registrerade under 2023.

	Astma (n=94 888)	KOL (n=38 520)
Män, n (%)	41 670 (43,9)	16 435 (42,7)
Kvinnor, n (%)	53 218 (56,1)	22 085 (57,3)
Ålder, m (sd)	40.1 (26,1)	73.2 (9,5)
Barn upp till 11 år, n (%)	19 905 (21,0)	8*
Barn 12–17 år, n (%)	8 916 (9,4)	10*
Vuxna, n (%)	66 067 (69,6)	38 502
Rökare, n (%)	3 254 (3,4)	7 560 (19,6)
Endast distansbesök, n (%)	7 969 (8,4)	1699 (4,4)

Patienter med samtidig diagnos av astma och KOL registrerad under året, presenteras i KOL-gruppen. Barn med KOL-diagnos är troligtvis barn med diagnosen Bronkopulmonell dysplasi.

Astma, öppenvård

Under år 2023 registrerades 94 888 patienter med astma och av dessa registrerades 33 464 för första gången. Det samlade antalet astmapatienter i registret är nu över 340 000 (Tabell 3).

TABELL 3. Antal unika patienter med astma som har registrerats i Luftvägsregistret 2018 till 2023

Astma	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Patienter med besök under året	80 563	88 525	72 890	79 373	98 061	94 888
Nyregistrerade patienter	41 234	41 364	29 843	33 259	39 439	33 463
Kumulativt antal patienter	163 514	204 878	234 721	267 980	307 419	340 882
Avlidna under året	896	1 159	1 645	1 816	2 124	2 292
Avlidna kumulativt	1 856	3 015	4 660	6 476	8 600	10 892

Astmakontroll

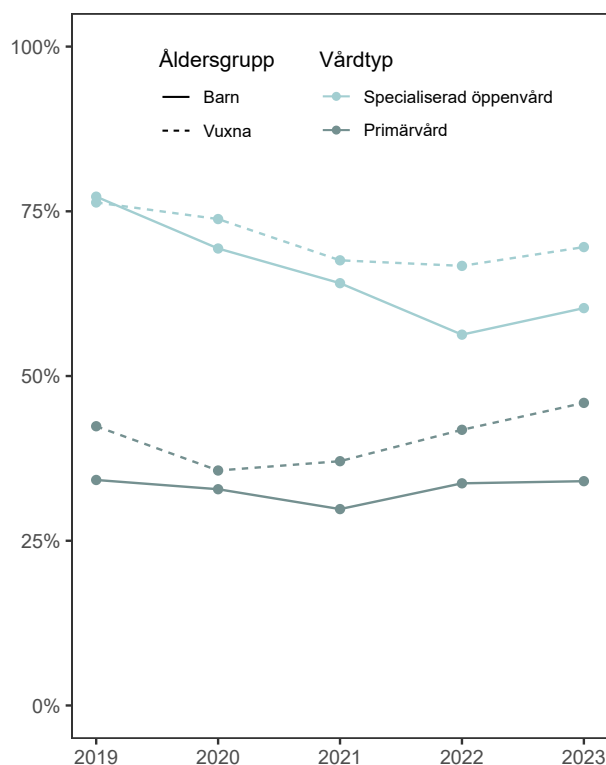
Under de senaste två åren har en ökande andel barn och vuxna fått besvara ACT både i primärvården och vid specialistmottagningar. Testet används oftast vid specialistmottagningar vid vård av vuxna (70 %) och barn (60 %), medan användningen är något lägre i primärvården (barn 34 %, vuxna 46 %) (Figur 4). Det är stor spridning i användandet av ACT mellan sjukvårdsregionerna och det nationella medelvärdet är 49 % (Figur 5).

Astma kontroll test (ACT)

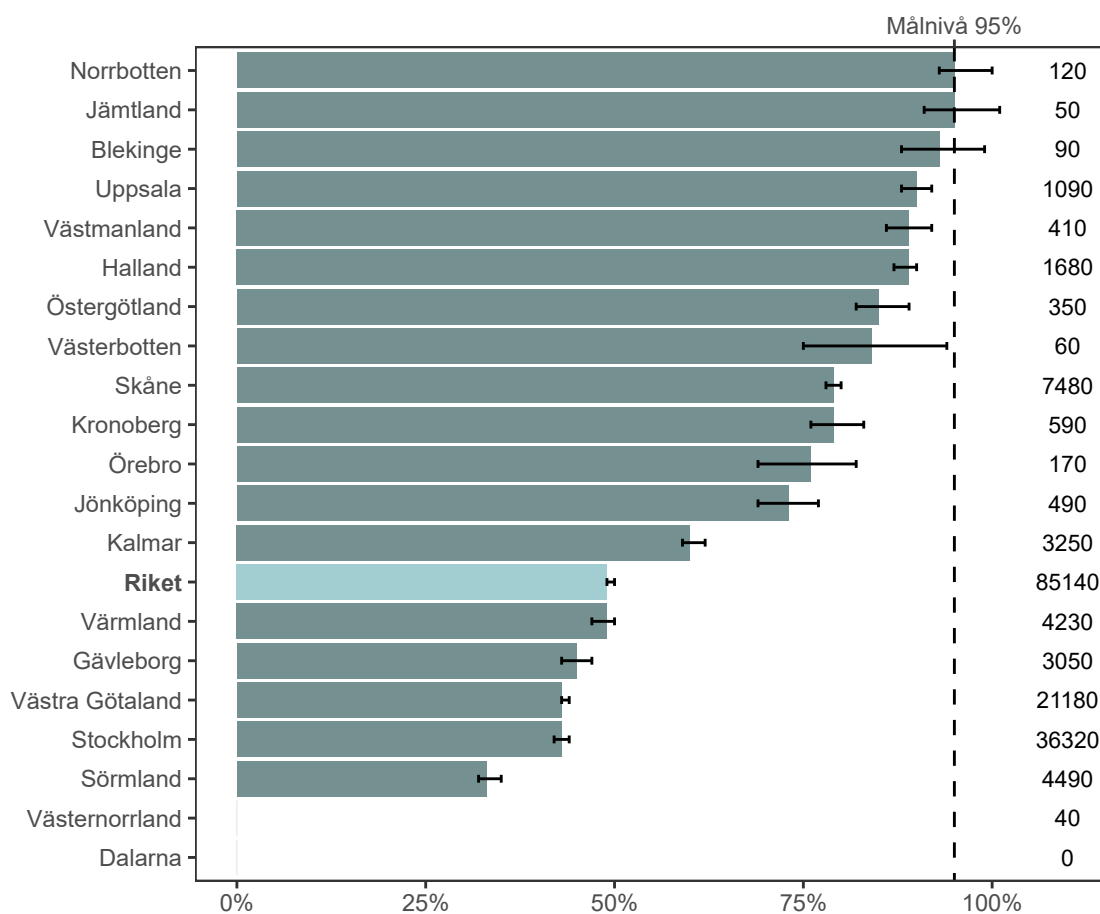
i

ACT är ett validerat frågeformulär för värdering av symtomkontroll hos personer med astma. Socialstyrelsen rekommenderar att ACT bör användas inom vården (prioritet 2, målnivå >95 %) [5, 9]. Instrumentet innehåller fem frågor med fem svarsalternativ. Den maximala summan är 25 (max 27 hos barn 4–11 år) och betyder fullständig astmakontroll, 19 poäng eller lägre betyder att sjukdomen är okontrollerad.

FIGUR 4. Trend för hur många barn och vuxna som varit på vårdbesök för astma och besvarat Astma Kontroll Test (ACT) respektive år.



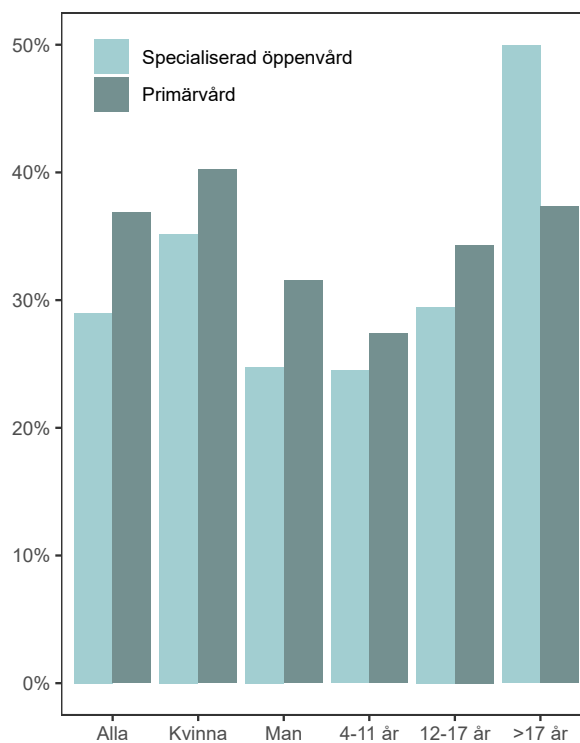
FIGUR 5. Andel patienter som besvarat Astma Kontroll Test (ACT) senaste 18 månaderna, fördelat på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



Okontrollerad astma

Bland patienter i primärvården som besvarat ACT hade 37 % en okontrollerad astma, motsvarande siffra för specialistmottagningar var 29 %. Detta är en glädjande minskning jämfört med föregående år, då 43 % i primärvården och 36 % i specialistvården hade okontrollerad astma. Genomgående förekommer okontrollerad astma oftare hos kvinnor och mera frekvent med ökad ålder. Högst förekomst av okontrollerad astma ses hos vuxna vid specialistmottagningar, 50 % (Figur 6).

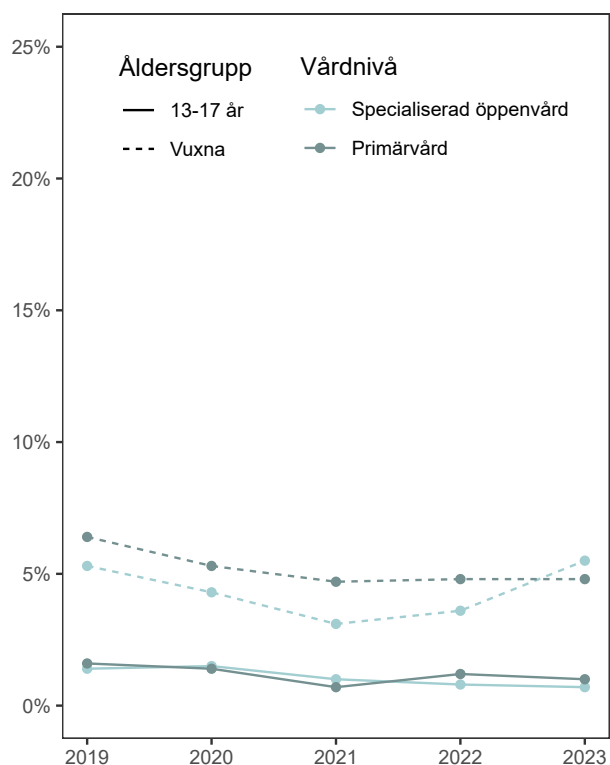
FIGUR 6. Andel patienter med okontrollerad astma (ACT≤19) senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön, ålder och vårdnivå.



Daglig tobaksrökning

Enligt Folkhälsomyndigheten 2022 beräknas 6–7 % av befolkningen röka dagligen. I primärvården är prevalensen av rökning bland vuxna patienter med astma 5 %, vilket är på samma nivå som tidigare. Bland vuxna patienter som uppsökt en specialistmottagning ses en ökande prevalens, cirka 6 %. Bland ungdomar är prevalensen av rökning cirka 1 % både i primärvården och vid specialistmottagningar (Figur 7).

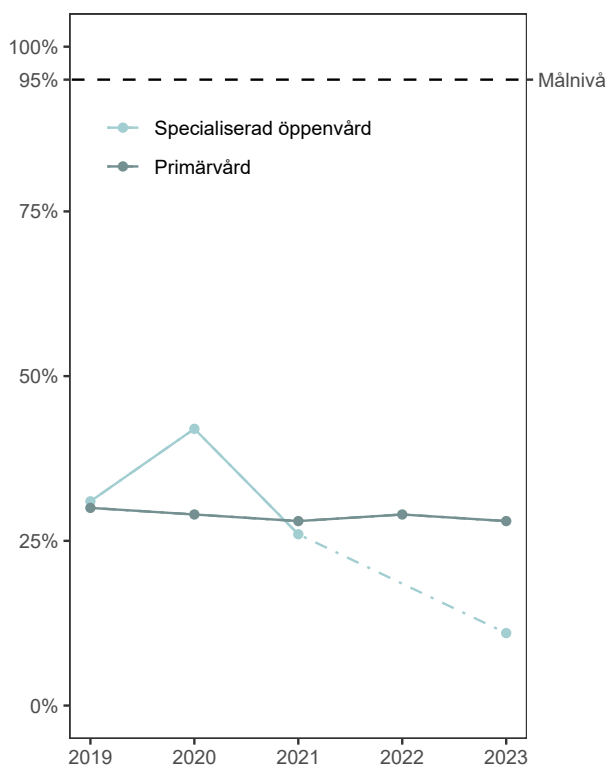
FIGUR 7. Prevalens av daglig rökning hos ungdomar och vuxna som får vård för astma i primärvård och vid specialiserad öppenvård.



Erbjuden rökavvänjning

Figur 8 visar andel patienter med astma som röker och som erbjudits rökavvänjning. Det är anmärkningsvärt att registreringar av erbjuden rökavvänjning senaste åren sjunkit drastiskt vid specialistmottagningar, och under 2023 erbjöds bara 11 % av vuxna vid specialistmottagningar rökavvänjning. I primärvården är åtgärden stabilt låg på cirka 30 %. Socialstyrelsen lyfter vikten av att ge stöd i att sluta röka till patienter med astma och åtgärden har en målnivå på 95 %. Årets rapport visar att svensk hälso- och sjukvård behöver förbättra icke-farmakologiska insatser som stöd i tobaksavvänjning.

FIGUR 8. Trend för erbjuden rökavvänjning till vuxna patienter med astma som röker.



Daglig tobaksrökning och rökavvänjning



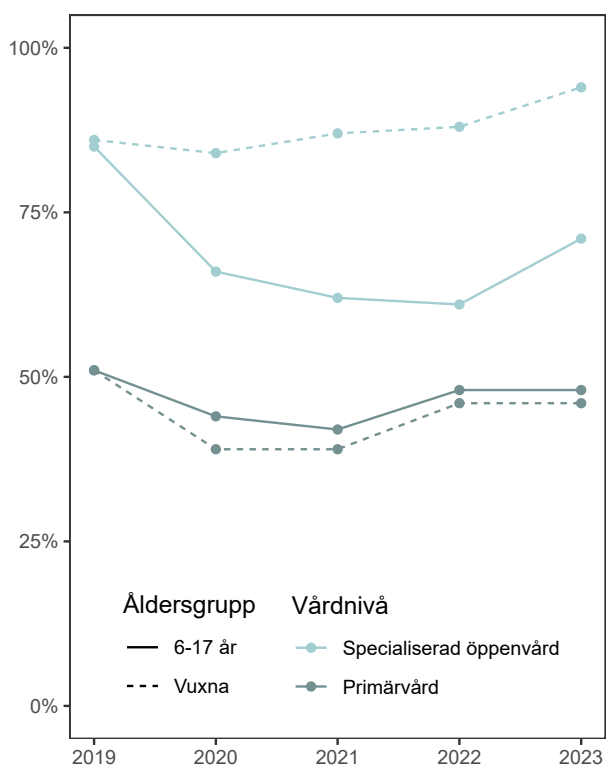
Tobaksrökning har en negativ effekt på sjukdomen astma genom att den ger en ökad neutrofil inflammation, vilket i sin tur leder till att kortikosteroider får sämre eller ingen effekt. Till följd av detta får patienter med astma mer symtom och sämre astmakontroll men även en ökad risk för akutbesök och sjukhusvistelser. Genom att rökningen ger en accelererande minskning av lungfunktionen ökar också risken för utveckling av KOL.

Stöd i att sluta röka är viktigt, likaså preventiva insatser för att förhindra att barn och ungdomar börjar röka och att skydda dem från passiv rökning. Socialstyrelsen riktlinjer för vård vid astma och KOL prioriterar stöd i att sluta röka högt (prioritet 1, målnivå >95 %) [5, 9] och Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller rekommendation om vilka typer av åtgärder som bör erbjudas. Enligt dessa riktlinjer bör personer med astma eller KOL som röker erbjudas tobaksavvänjning i form av kvalificerade rådgivande samtal som vid behov kan kompletteras med nikotinersättning eller läkemedel.

Spirometri

I primärvården har andelen genomförda spirometrier nu stabiliserats på samma nivå som innan pandemin, cirka 50 % hos både barn och vuxna (Figur 9). Vid specialistmottagningar ökar andelen patienter som genomförd spirometrier hos både barn (71 %) och vuxna (94 %). Hos vuxna genomförs spirometri nu oftare än innan pandemin, men hos barn genomförs undersökningen fortfarande inte lika frekvent som före pandemin.

FIGUR 9. Trend för utförda spirometriundersökningar vid astma (6 år och äldre).



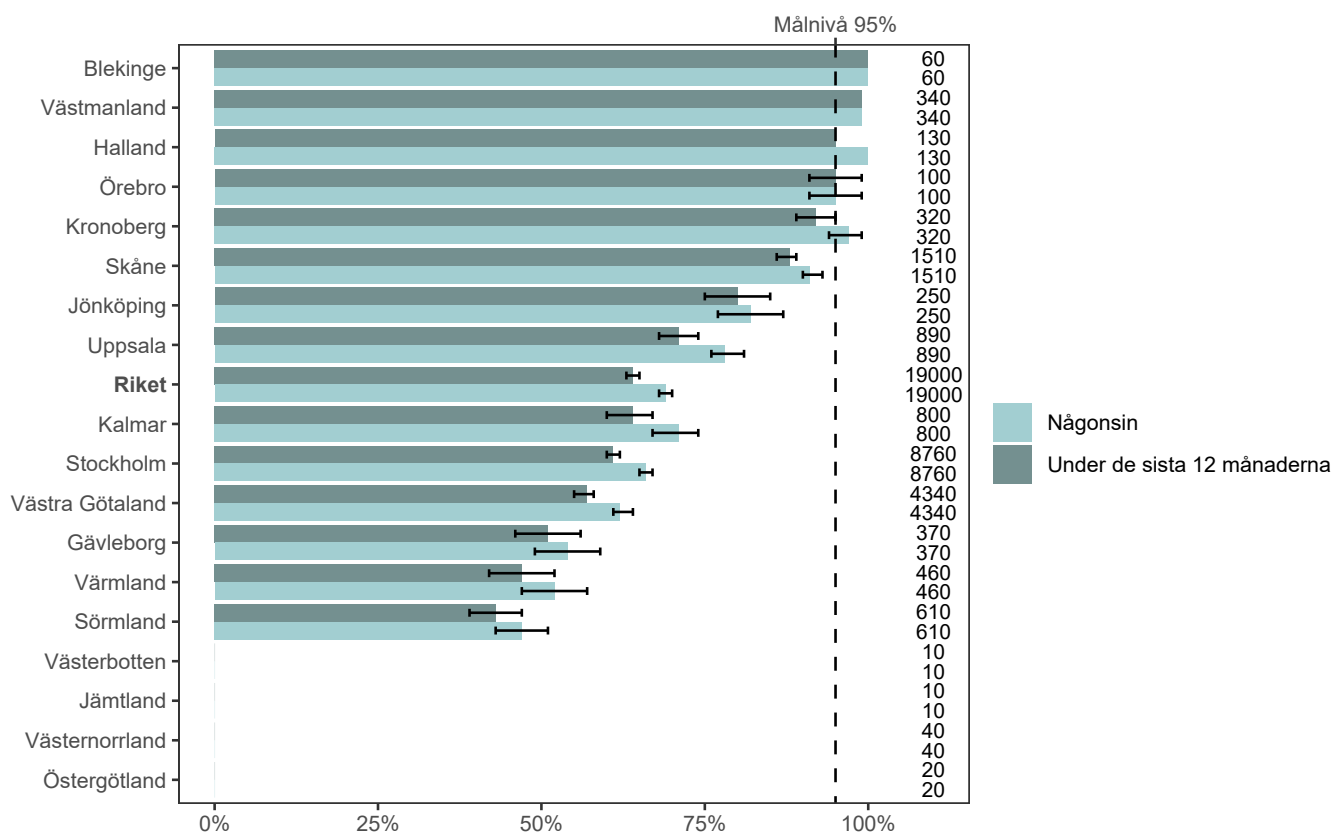
Spirometri

i

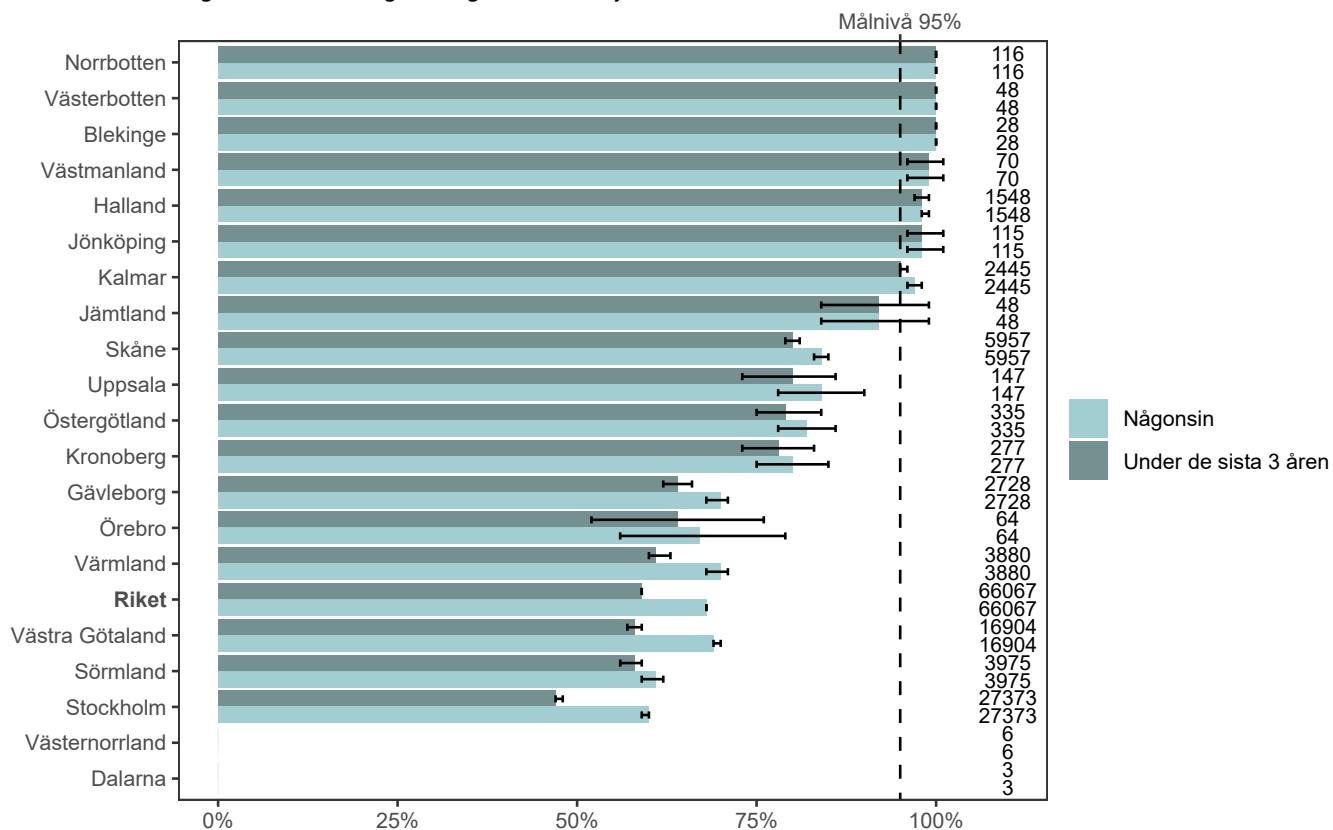
Astmadiagnosen grundas främst på anamnes och spirometri med bronkdilatationstest. Spirometri vid diagnostik prioriteras högt av Socialstyrelsen (prioritet 1, målnivå >95 %) [5, 9]. Normal spirometri är ett av kriterierna som ingår i bedömning av god astmakontroll. Socialstyrelsen rekommenderar återbesök 1–2 gånger/år med bedömning av symtom och fysisk aktivitet samt spirometri hos barn >6 år. Hos vuxna rekommenderas spirometri 1 gång/år hos patienter med okontrollerad astma och minst var 3:e år hos patienter med kontrollerad astma med underhållsbehandling.

Det är stora regionala skillnader i hur många barn som någonsin genomfört spirometri (nationellt medelvärde 69 %) och som genomfört spirometri senaste året (nationellt medelvärde 64 %) (Figur 10a). Samma skillnader ses hos vuxna som någonsin genomfört spirometri (nationellt medelvärde 68 %) och som genomfört undersökningen de senaste 3 åren (nationellt medelvärde 59 %) (Figur 10b).

FIGUR 10A. Andel barn med astma (6–17 år) med vårdbesök under 2023 som under de senaste 12 månaderna och som någonsin genomfört spirometri, fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



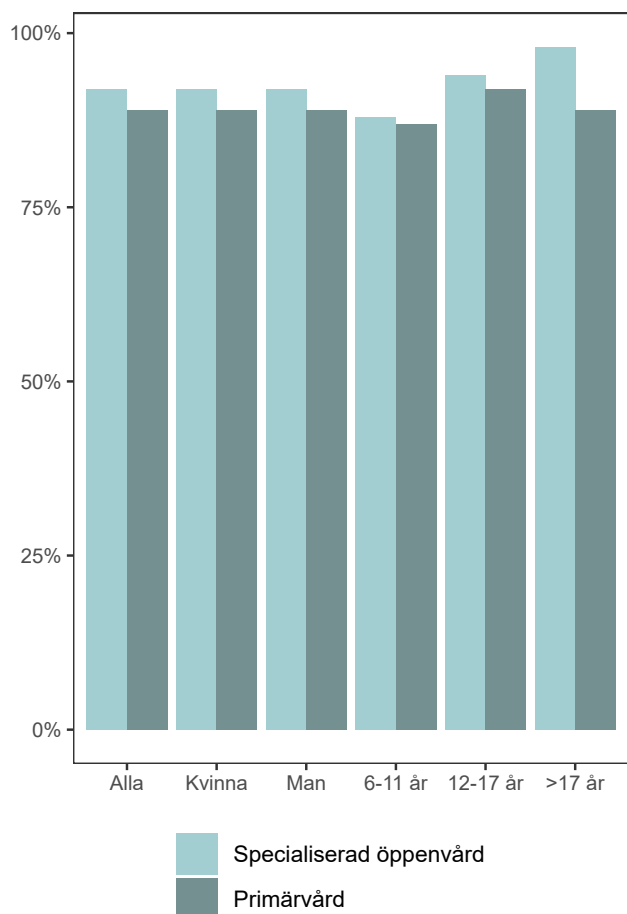
FIGUR 10B. Andel vuxna med astma med vårdbesök 2023 som under de senaste 3 åren och som någonsin genomfört spirometri, fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



Spirometri och okontrollerad astma

Enligt Socialstyrelsen bör spirometrier utföras årligen på patienter med okontrollerad astma. Året rapport visar att oavsett vårdnivå och ålder utförs spirometer på över 80 % av alla med okontrollerad astma. Högst andel utförda undersökningar återfinns bland ungdomar vid specialistmottagningar (94 %) och lägst andel bland barn 6–11 år (87 %) i primärvården (Figur 11).

FIGUR 11. Andel patienter med okontrollerad astma (ACT \leq 19) som har genomfört spirometri senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön, ålder och vårdnivå.

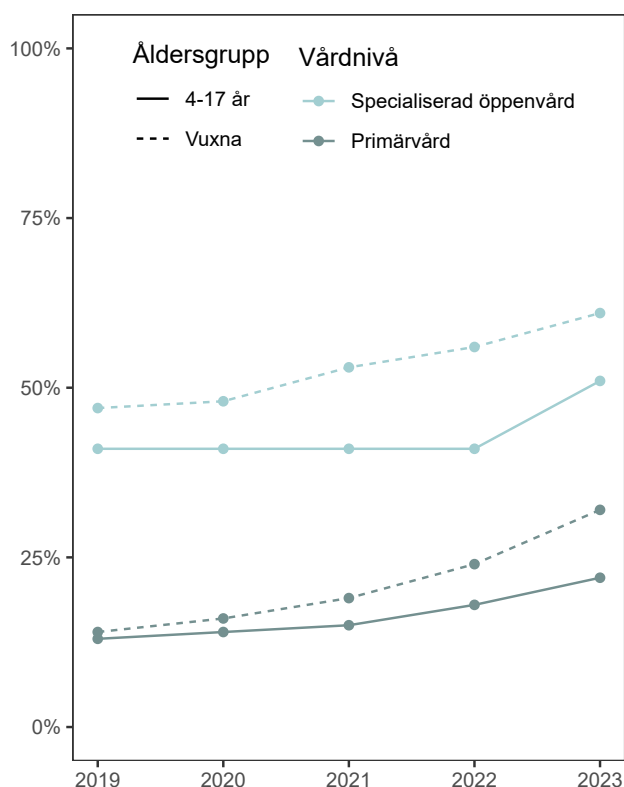


Patientutbildning

Andelen barn och vuxna som någonsin fått patientutbildning ökar både i primärvård och specialistvård. Patientutbildning ges oftast till vuxna i specialistvården (61 %) medan bara 22 % av barnen i primärvården får utbildning om astma (Figur 12).

Av patienter som uppsökt vården under 2023 är det stora regionala skillnader i hur många barn och vuxna patienter som vid något tillfälle har genomgått patientutbildning, med nationellt medelvärde på 37 % bland barnen och 39 % bland vuxna (Figur 13a och 13b).

FIGUR 12. Trend för hur många patienter med astma (4 år och äldre) som någonsin genomgått patientutbildning.

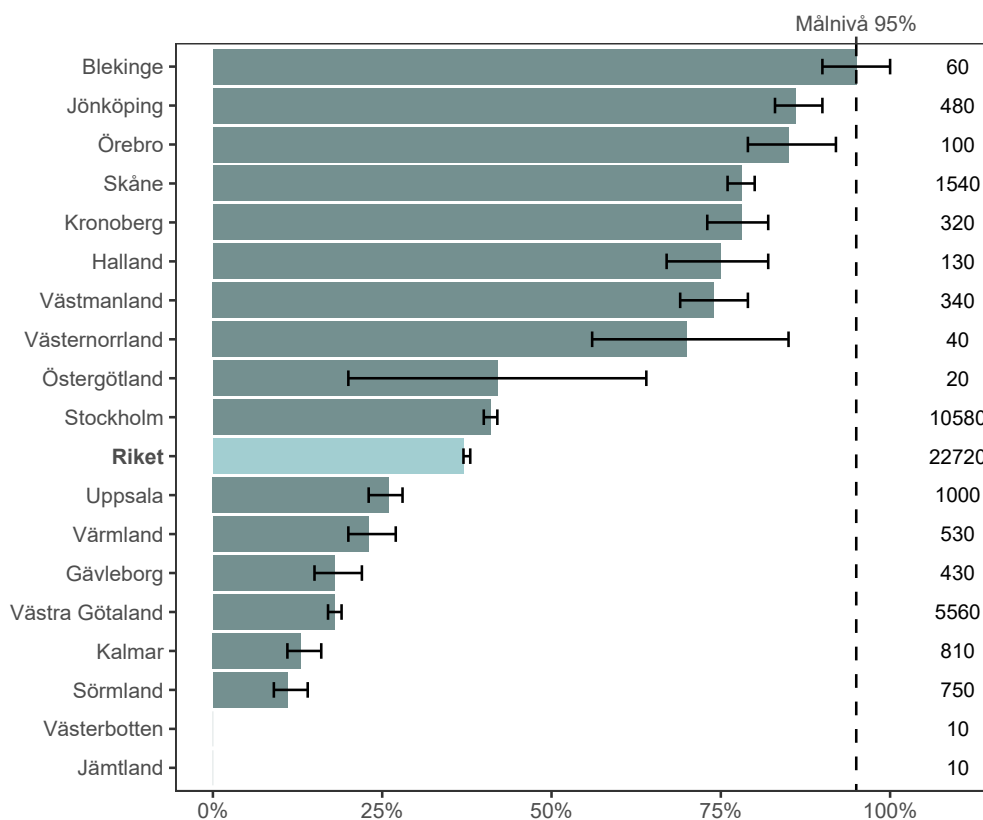


Patientutbildning

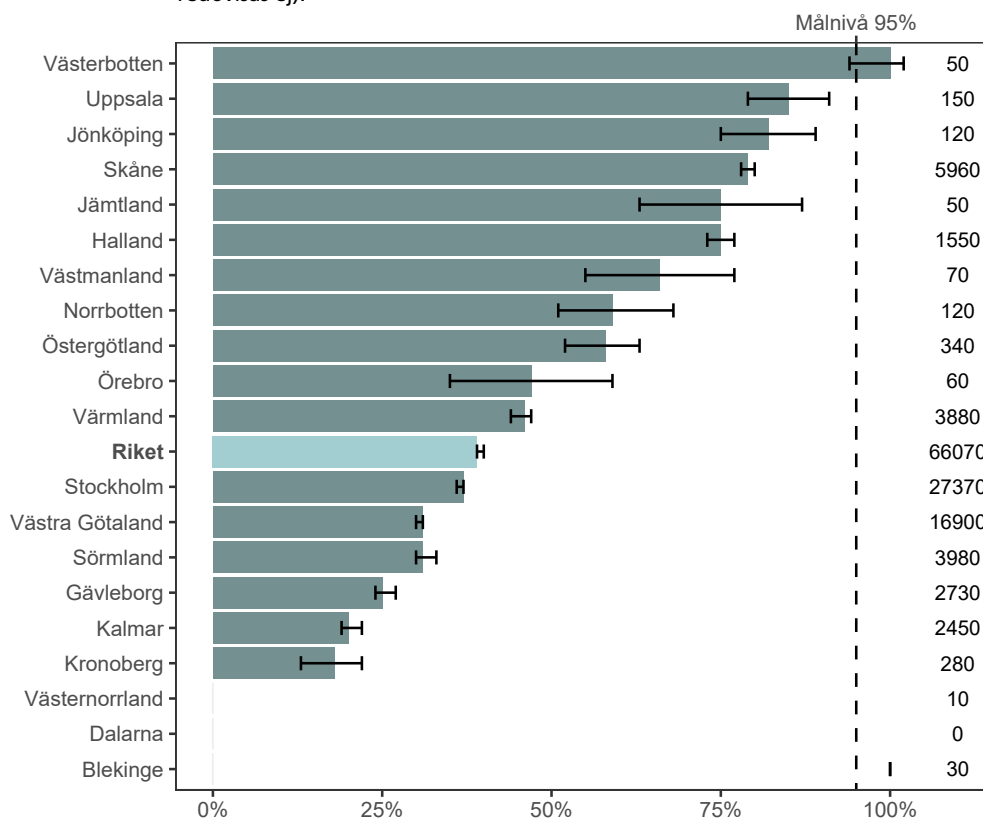
i

Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar att personer med astma bör erbjudas patientutbildning och stöd till egenvård såväl individuellt som i grupp (prioritet 3, målnivå >80 %) [5, 9]. Med strukturerad patientutbildning menas bland annat att patienten har fått utbildning om sin sjukdom, läkemedelsbehandling, egenvård och/eller riskfaktorer. Åtgärden anses öka kunskapen om astma, förbättra livskvaliteten samt minska antalet exacerbationer, akutbesök och sjukhusvistelse.

FIGUR 13A. Andel barn med astma som någonsin genomgått patientutbildning, fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



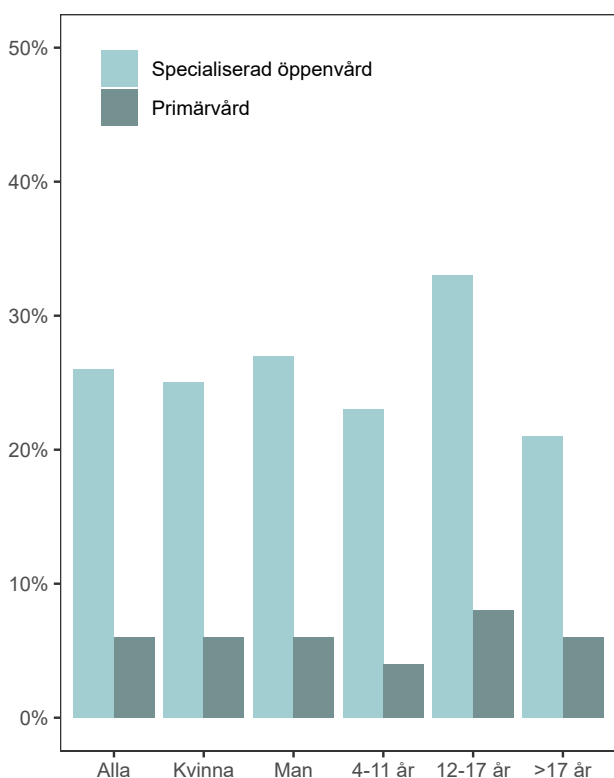
FIGUR 13B. Andel vuxna patienter med astma som någonsin genomgått patientutbildning, fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



Skriftlig behandlingsplan

Oförändrat från föregående år är det bara 26 % av patienterna i specialistvården som har fått en skriftlig behandlingsplan, och andelen i primärvården är än lägre, 6 % (Figur 14). Stora regionala skillnader finns, och enligt det nationella medelvärdet har endast 13 % erhållit skriftlig behandlingsplan (data visas ej).

FIGUR 14. Andel patienter med astma som någonsin erhållit skriftlig behandlingsplan.



Skriftlig behandlingsplan

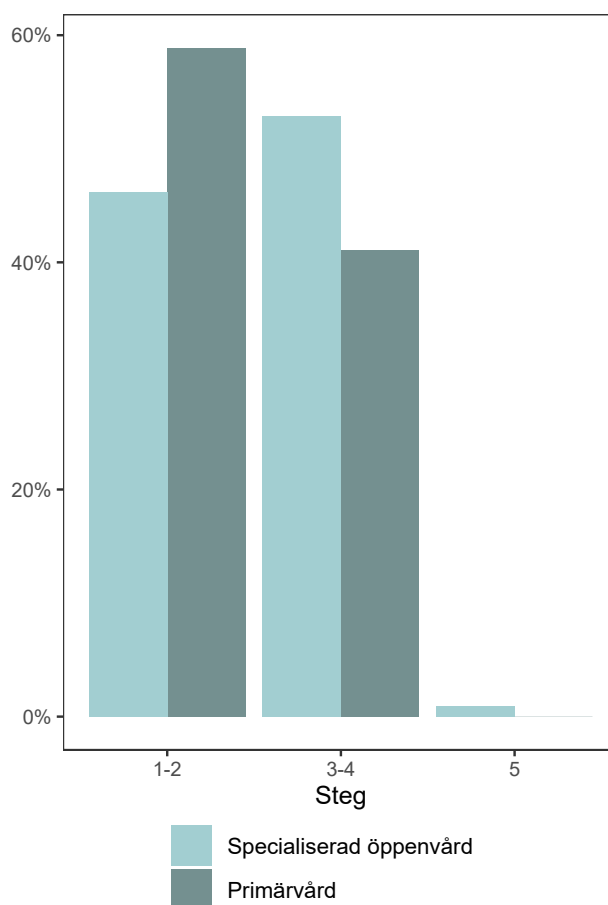
i

Den skriftliga behandlingsplanen innehåller information som ger patienten möjlighet att själv justera läkemedelsdosen utifrån symtomvariation och eventuella infektioner. Behandlingsplanen bör också innehålla icke-farmakologiska behandlingsåtgärder. Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter med astma en skriftlig behandlingsplan (prioritet 3, ingen målnivå finns redovisad) [5, 9].

Läkemedelsbehandling vid astma

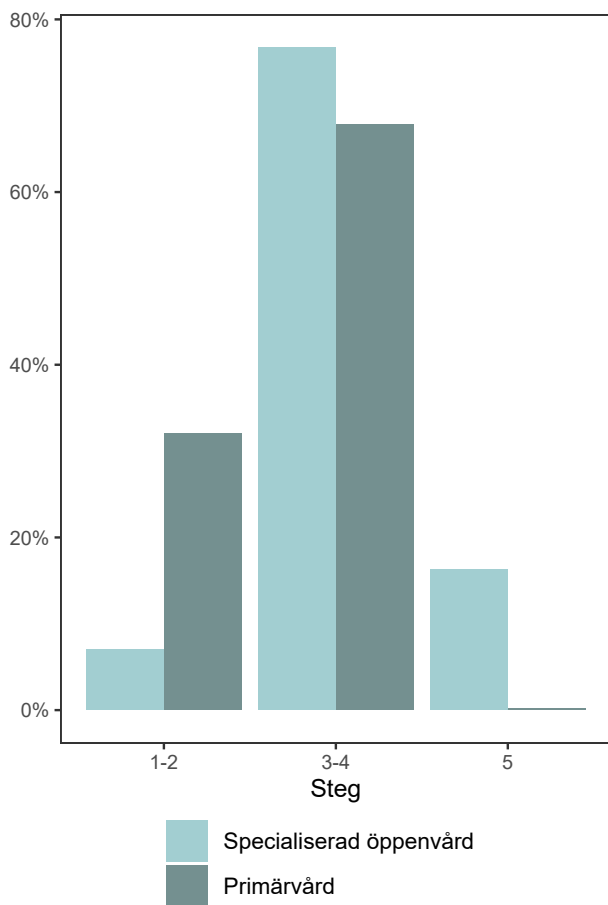
I specialistvården får ca 45 % av barnen astmabehandling motsvarande steg 1–2 och lite över 50 % får steg 3–4 behandling enligt Läkemedelsverkets behandlingstrappa. Motsvarande siffror i primärvården är cirka 60 % (steg 1–2) och 40 % (steg 3–4). I specialistvården finns 50 barn registrerade med biologiska läkemedel (Omalizumab n=30 och Dupilumab n=20) motsvarande steg 5 behandling (Figur 15a).

FIGUR 15A. Förskrivning av astmaläkemedel till barn enligt behandlingstrappan steg 1–2, 3–4 och steg 5.



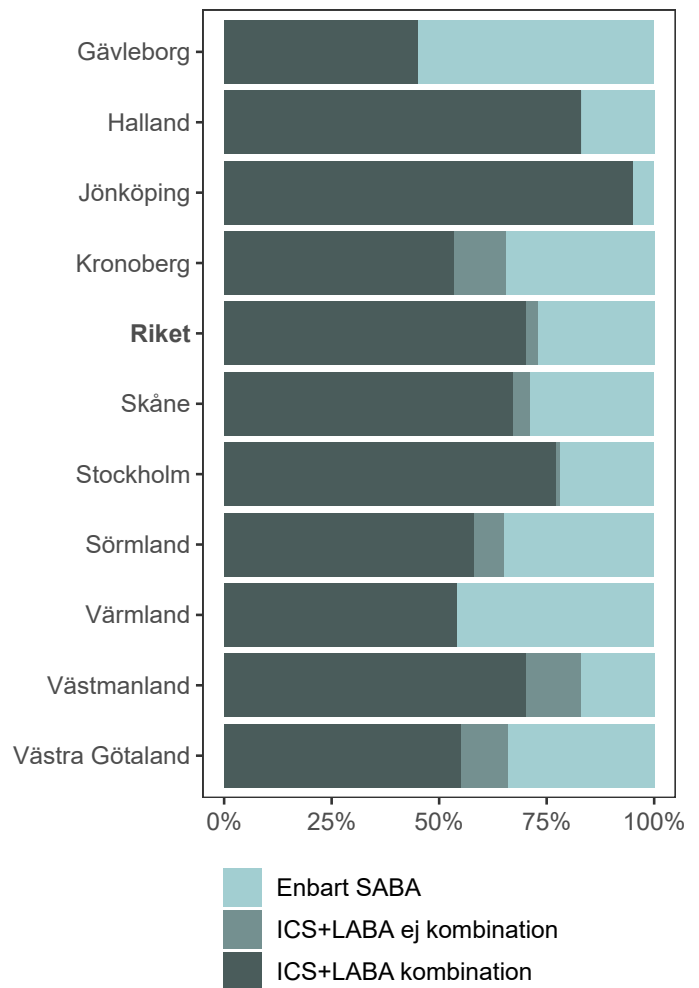
I specialistvården får ca 7 % av vuxna astmabehandling motsvarande steg 1–2 och nästan 80 % får steg 3–4 behandling enligt Läkemedelsverkets behandlingstrappa. Motsvarande siffror i primärvården är lite över 30 % (steg 1–2) och cirka 65 % (steg 3–4). I specialistvården finns 140 vuxna registrerade med biologiska läkemedel (Omalizumab 60, Dupilumab 40, Benralizumab 10, Mepolizumab 30), motsvarande steg 5 behandling (Figur 15b).

FIGUR 15B. Förskrivning av astmaläkemedel till vuxna enligt behandlingstrappan steg 1-2, 3-4 och steg 5.

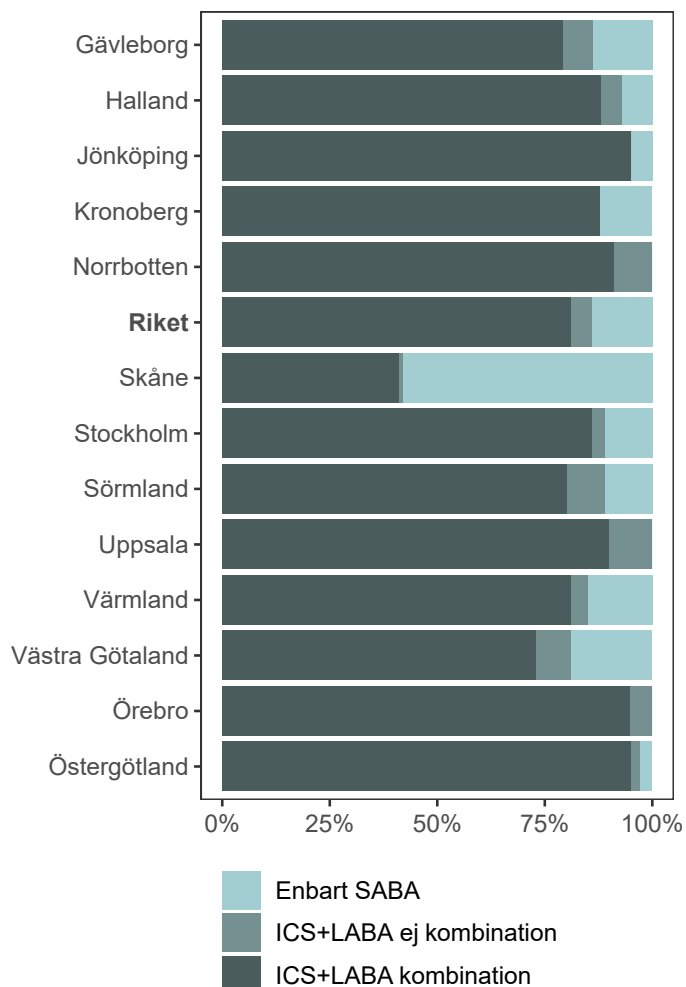


Det finns stora regionala skillnader i förskrivning av astmaläkemedel både till barn och vuxna och fortfarande förskrivs en betydande andel enbart SABA i samtliga regioner, framför allt hos barn (nationellt medelvärde 27 %) (Figur 16a och 16b).

FIGUR 16A. Regionala skillnader på förskrivning av astmaläkemedel till barn uppdelat på enbart SABA, ICS+LABA i två olika inhalatorer och ICS+LABA i en inhalator.



FIGUR 16B. Regionala skillnader på förskrivning av astmaläkemedel till vuxna uppdelat på enbart SABA, ICS+LABA i två olika inhalatorer och ICS+LABA i en inhalator.



Läkemedelsbehandling vid astma

i

En viktig nyhet i Läkemedelsverkets reviderade behandlingsriktlinjer [6] är att behandling med enbart luftrörsvidgande inte längre rekommenderas till skolbarn och vuxna på Steg 1 i behandlingstrappan. I stället rekommenderas vid behovsbehandling med ICS+beta-2-receptoragonister på steg 1. För att förtydliga att flera olika typer av beta-2-receptoragonister kan användas vid behov, inkluderad salbutamol, terbutalin och formoterol, introduceras nu i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation begreppet FABAs (Fast acting beta-2-receptoragonists), beta-2-receptoragonister med snabbt insättande effekt, med kort eller lång verkningsstid.

ICS = inhalationskortikosteroider, SABA snabbverkande β 2-agonist

LABA = långverkande β 2-agonist

LAMA = långverkande antikolinergika

LTRA = leukotrienreceptorantagonist

OCS = orala kortikosteroider

KOL, öppenvård

Årets redovisning av KOL öppenvård grundar sig på 38 520 unika patienter med vårdbesök under året och av dessa är 8 587 (22 %) registrerade för första gången. Det samlade antalet patienter med KOL i Luftvägsregistret är nu nära 120 000. Av registrerade patienter är 31 427 (26 %) avlidna, varav 5 652 under året (Tabell 4).

Daglig tobaksrökning och rökavvänjning

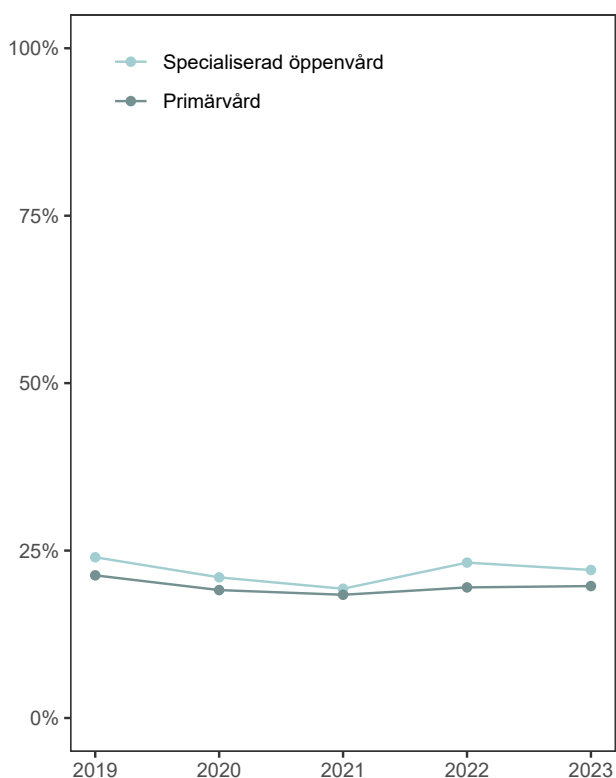
i

Rökning är fortfarande den största riskfaktorn för att drabbas av KOL och enligt Socialstyrelsen bör rökavvänjning alltid erbjudas till personer med KOL som röker (prioritet 1, målnivå $\geq 95\%$) [5, 9]. Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter med KOL-diagnos som röker och som har fått erbjudande om rökavvänjning [10].

TABELL 4. Antal patienter med KOL som har registrerats i Luftvägsregistret mellan åren 2018–2023.

KOL	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Patienter med besök under året	41 100	43 961	34 551	36 216	40 183	38 520
Nyregistrerade patienter	14 525	13 534	8 624	9 538	9 601	8 587
Kumulativt antal patienter	69 828	83 362	91 986	101 524	111 125	119 712
Avlidna under året	3 066	3 802	4 656	4 810	5 355	5 652
Avlidna kumulativt	7 152	10 954	15 610	20 420	25 755	31 427

FIGUR 17. Trend för inrapportering av daglig tobaksrökning vid KOL.

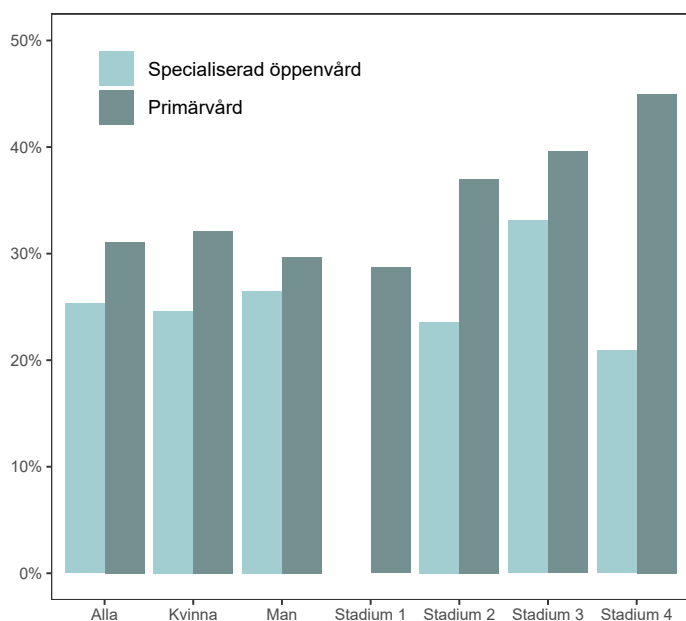


Daglig tobaksrökning

Sedan 2019 har trenden för årlig inrapportering av patienter med KOL som är tobaksrökare legat på en stabil nivå. 2023 rapporterades 19 % av patienterna inom primärvården och 22 % vid specialistmottagningar vara dagliga rökare (Figur 17).

Inrapportering av daglig tobaksrökning 18 månader från vårdbesöket under 2023 visar på högre prevalenssiffror än den årliga inrapporteringen. Genom att se tillbaka 18 månader i tiden från vårdbesöket ges möjlighet att inkludera fler journaluppgifter om rökvanor. I primärvården rapporteras prevalensen av daglig rökning till 31 % och 25 % vid specialistmottagningar. I primärvården är det en högre andel kvinnor än män som röker, medan det är omvänt vid specialistmottagningar med en högre andel rökande män. I primärvården ökar andelen rökare med svårighetsgrad av KOL, medan vid specialistmottagningar är det en lägre andel med mycket svår KOL som fortfarande röker (Figur 18).

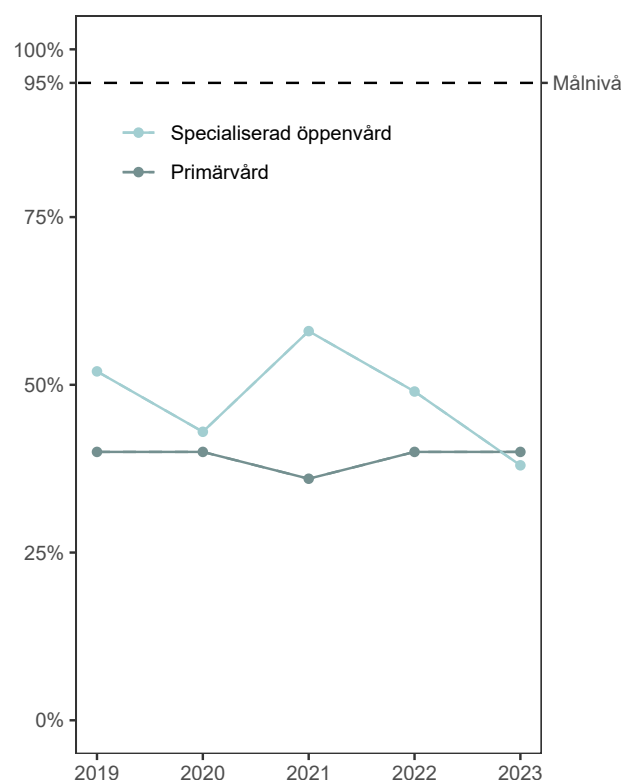
FIGUR 18. Andel patienter med KOL som röker, senaste 18 månaderna, totalt samt per kön, KOL-stadium och vårdnivå.



Rökavvänjning

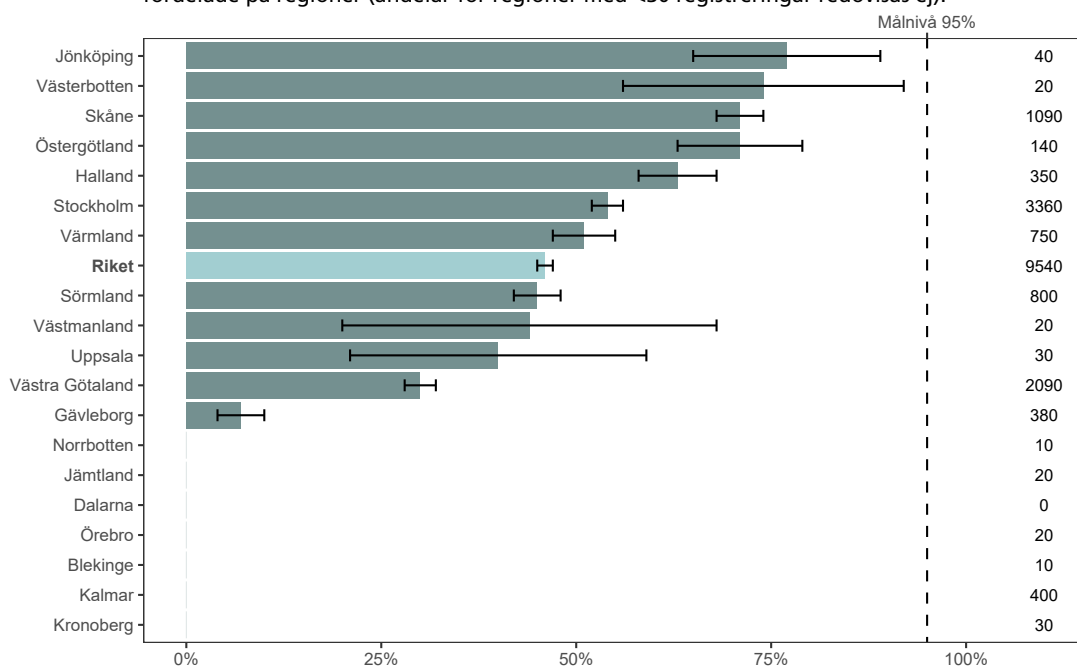
I primärvården har trenden av erbjuden rökavvänjning legat på en jämn nivå under de senaste åren, där cirka 40 % av rökarna erbjuds rökavvänjning. Vid specialistmottagningar varierar åtgärden årligen mellan 38 % till 58 % (Figur 19). Socialstyrelsens målnivå är 95 % och årets rapport visar att fler patienter med KOL bör erbjudas rökavvänjning oavsett vårdnivå samt att åtgärden bör dokumenteras i journalsystemet för att möjliggöra korrekt överföring av data till registret.

FIGUR 19. Trend för erbjuden rökavvänjning till patienter med KOL som röker.



Det finns en markant skillnad mellan regionerna när det gäller registrering av erbjuden rökavvänjning under de senaste 18 månaderna. Det nationella medelvärdet är 47 % vilket även det är långt under Socialstyrelsens målnivå (Figur 20).

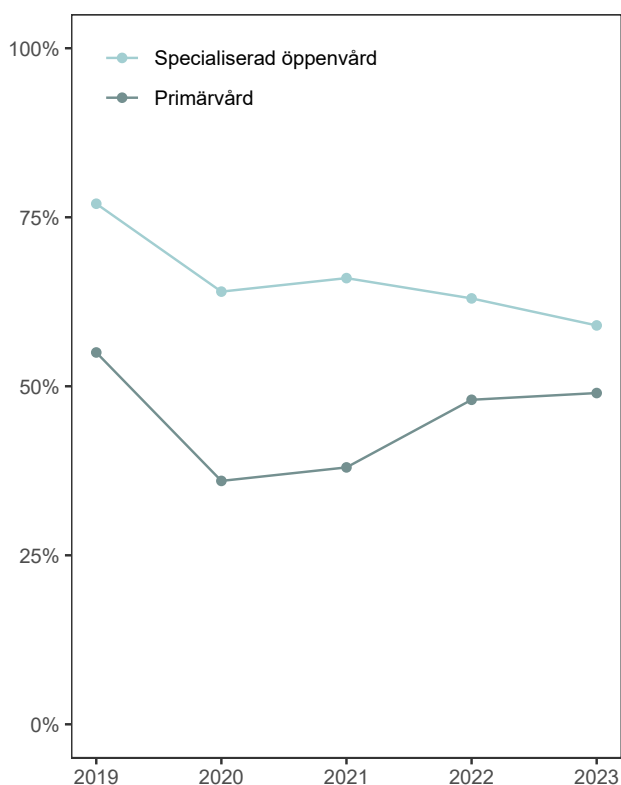
FIGUR 20. Erbjuden rökavvänjning, senaste 18 månaderna, till patienter med KOL som röker, fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



Spirometri

Det finns en tydlig pandemieffekt gällande utförda spirometriundersökningar vid KOL. I primärvården har antal spirometrier ökat igen till ungefär samma nivå som före pandemin, men inte i specialivården. Vid jämförelser av åren 2019 och 2023 är det färre patienter både i primärvården och vid specialistmottagningar som får utföra en årlig spirometri: primärvården 55 % vs. 49 % och specialistmottagningar 77 % vs. 59 % (Figur 21).

FIGUR 21. Trend för utförda spirometriundersökningar vid KOL.



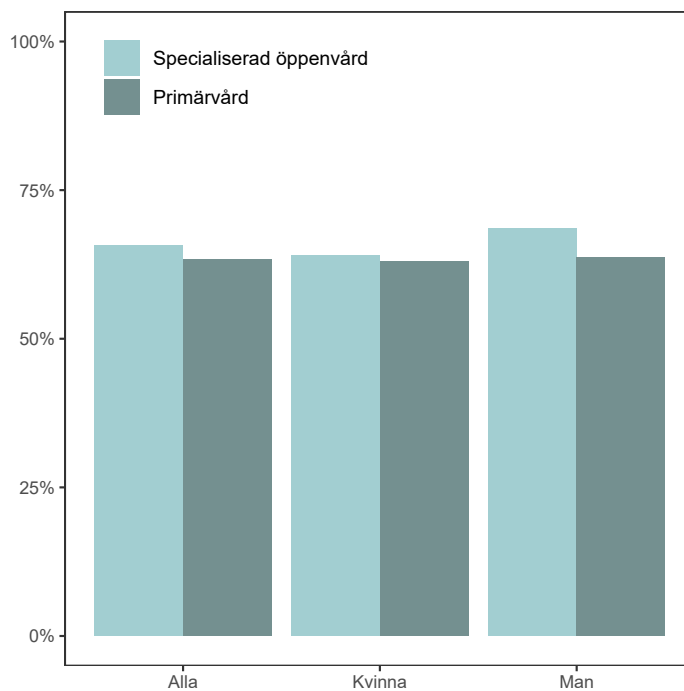
Spirometri



Den spirometriska värderingen är avgörande för diagnostiken och bidrar till bedömningen av långtidsutvecklingen vid KOL. Enligt Socialstyrelsen bör mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation utföras för diagnostik (prioritet 1, målnivå >95 %), och årliga post-bronkodilatatoriska spirometriska mätningar på KOL-patienter, åtminstone under fem år, för att finna patienter med snabb lungfunktionsförlust [5, 9]. Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter som vid diagnostisering av KOL har genomgått mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation [10].

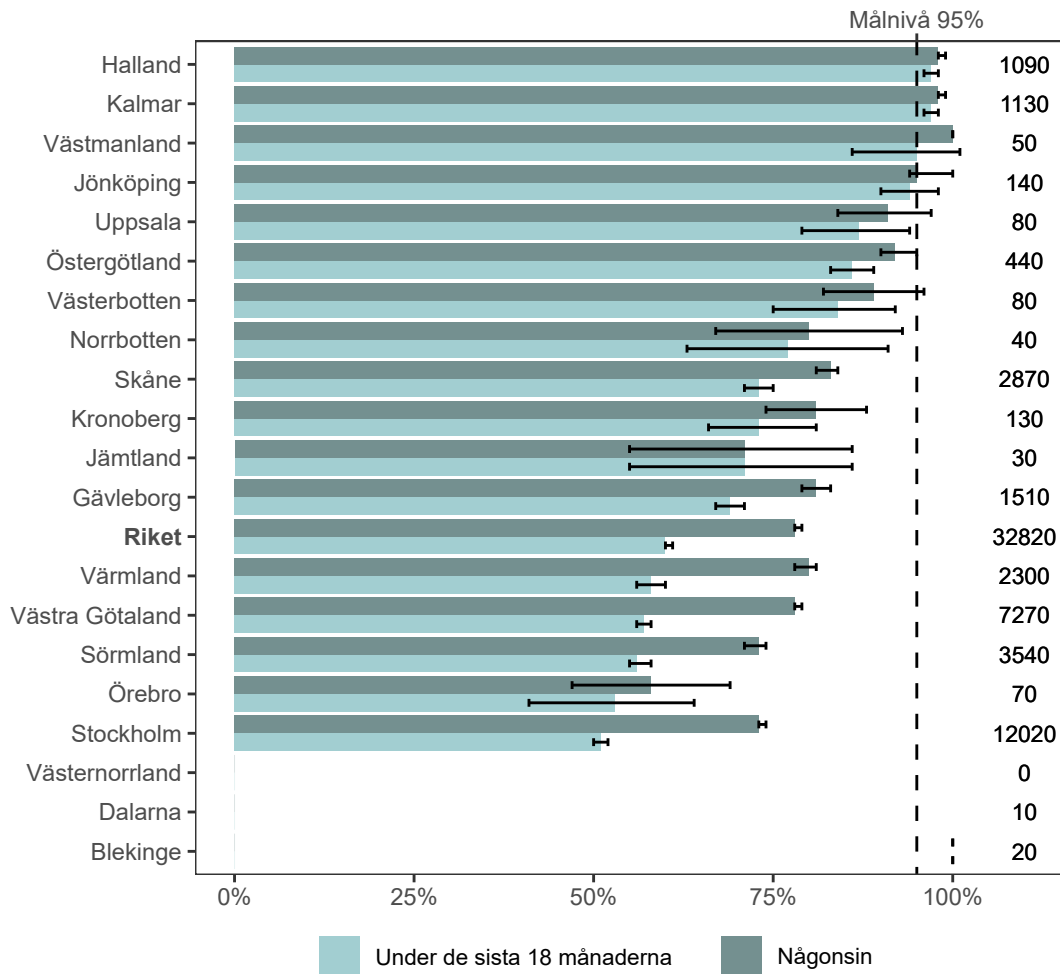
Vid analyser 18 månader tillbaka i tiden från det senaste vårdbesöket under 2023 har 63 % av patienterna i primärvården och 65 % av de vid specialistmottagningar utfört en spirometriundersökning. I primärvården ses inga könsskillnader (båda könen 63 %) medan vid specialistmottagningar är det en högre andel män än kvinnor som har utfört undersökningen (68 % vs. 64 %) (Figur 22).

FIGUR 22. Andel patienter med KOL som har genomfört spirometriundersökning senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön och vårdnivå.



Figur 23 visar regionala skillnader av spirometriundersökningar utförda senaste 18 månaderna och någonsin. Det nationella medelvärdet för spirometri under de senaste 18 månaderna är 60 % och någonsin utförd 78 %. Socialstyrelsens målnivå för spirometri vid diagnostik av KOL är 95 % och årets rapport visar att svensk hälso- och sjukvård har blivit bättre på att använda sig av spirometriverktyget vid diagnostik, men att målnivån fortfarande inte nås.

FIGUR 23. Andel patienter med KOL som senaste 18 månaderna samt någonsin genomfört en spirometriundersökning, fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



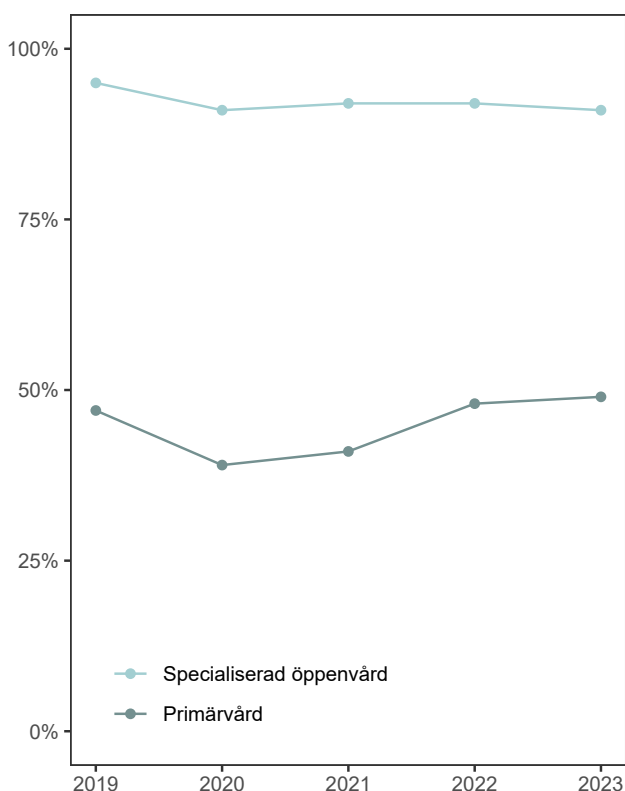
Symtombörda uppmätt med CAT

Den årliga användningen av COPD Assessment Test (CAT) är numera cirka 50 % i primärvården och 90 % vid specialistmottagningar. Vid specialistmottagningar är trenden av CAT-användning stabil, medan vi ser en uppåtgående trend i primärvården (Figur 24).

COPD Assessment Test (CAT) i

CAT är ett validerat frågeformulär för symtomskattning som enligt Socialstyrelsens bör användas i vård av patienter med KOL (prioritet 2, målnivå $\geq 95\%$) [5,9]. Symtomskattning indelas traditionellt i "liten symtombörda", $CAT < 10$ och "hög symtombörda", $CAT \geq 10$. Forskning har visat att gränsen 10 är låg, och vad gäller långtidsprognos vid KOL är en gräns $CAT \geq 18$ eller $CAT \geq 20$ mer utslagsgivande och antyder en högre symtombörda. $CAT \geq 18$ motsvarar också väl den prognostiska innebörden av Modified Medical Research Council, mMRC ≥ 2 . Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter med KOL-diagnos som har fått bedömning av hälsostatus med COPD Assessment Test (CAT) [10].

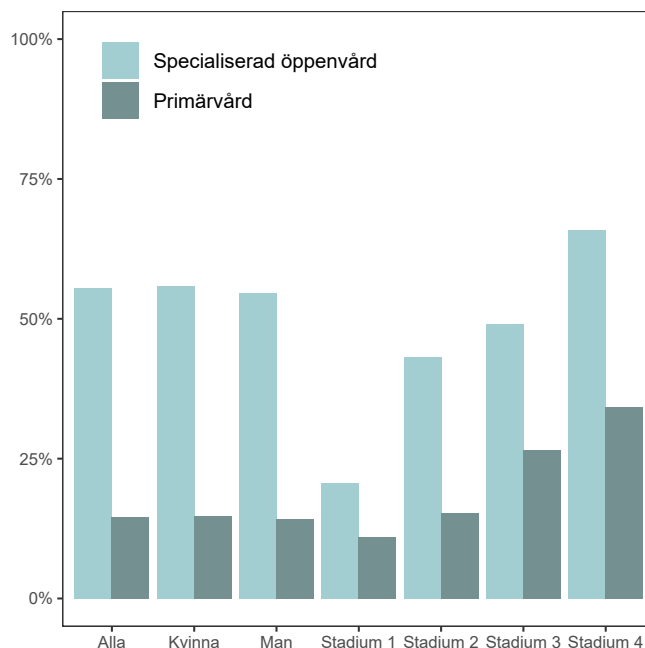
FIGUR 24. Trend för hur många patienter med KOL som har besvarat COPD Assessment Test (CAT).



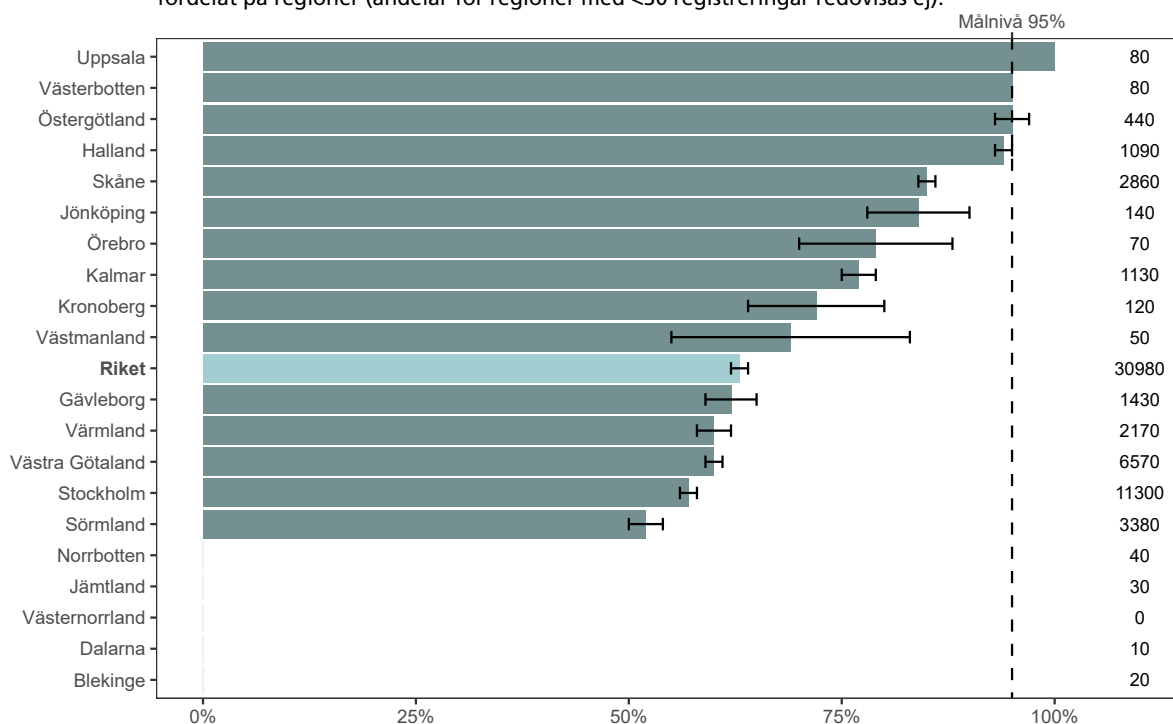
Regionala skillnader för registrering av CAT-värden senaste 18 månaderna visas i Figur 25 med ett nationellt medelvärde på 64 %, vilket är lägre än Socialstyrelsens målnivå på 95 %.

Andelen av patienter med en högre symtombörda vid KOL (CAT-poäng ≥ 18) är i primärvården 17 % och vid specialistmottagningar 55 %, med relativt jämn könsfördelning. Som förväntat ökar andelen med hög symtombörda med ökad lungfunktionsnedsättning vid båda vårdnivåerna (Figur 26). Resultatet tyder på att patienter med högre symtombörda remitteras till specialistmottagningar, vilket betyder att patienter vårdas på rätt vårdnivå.

FIGUR 26. Andel patienter med KOL med CAT ≥ 18 , senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön, KOL-stadium och vårdnivå.



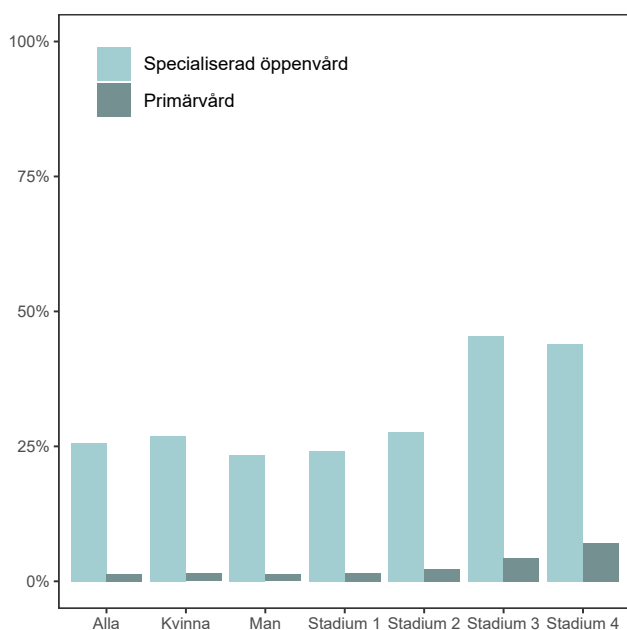
FIGUR 25. Andel patienter som besvarat COPD Assessment Test (CAT) senaste 18 månaderna, fördelat på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



Exacerbationer vid KOL

Under det senaste året från vårdbesöket 2023 har 1 % av patienterna i primärvården och 26 % av patienterna vid en specialistmottagning rapporterats ha två eller fler exacerbationer, alternativt ett ineliggande vårdtillfälle. Vid jämförelser mellan könen finns ingen skillnad i primärvården medan vid specialistmottagningar blir det tydligt att svåra exacerbationer är vanligare hos kvinnor än hos män (27 % vs. 23 %). Andelen patienter med exacerbationer stiger som förväntat med ökad spirometrisk svårighetsgrad av sjukdom oavsett vårdnivå (Figur 27). Endast en exacerbation föregående år är desto vanligare. I primärvården rapporterades att 5 % haft en exacerbation och vid specialistmottagningar 54 %, inga könsskillnader ses varken i primärvården eller vid specialistmottagningar (data visas ej). Den låga andelen inrapportering av exacerbationer i primärvården beror mest sannolikt på att uppgiften om förekomsten av exacerbationer 12 månader tillbaka i tiden inte journalförs vid vårdbesöken.

FIGUR 27. Andel patienter med KOL med ≥ 2 exacerbationer/år alternativt 1 ineliggande vårdtillfälle, under senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön, KOL-stadium och vårdnivå.



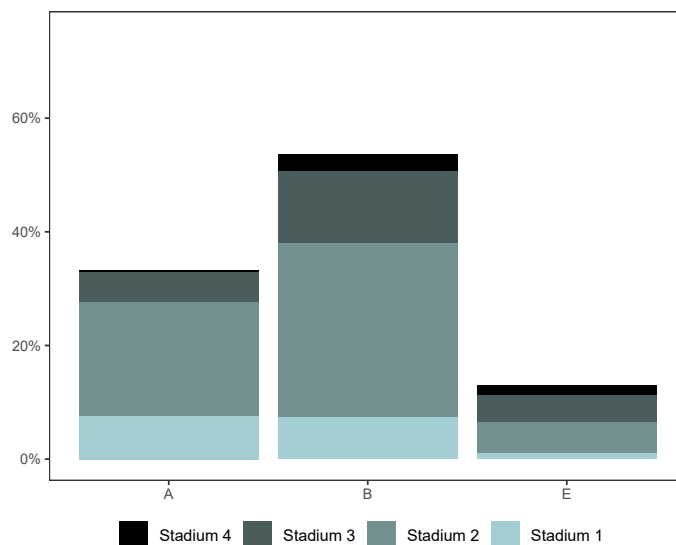
Exacerbationer

Patienter med benägenhet att utveckla exacerbationer har en sämre prognos och snabbare försämring av lungfunktionen. Exacerbationer påverkar även behandlingen. Vidare kräver svårighetsgradering ABE ställningstagande till exacerbationer [10, 11].

Gradering av KOL – A, B och E

Hos de patienter där man kunnat sammanställa variablerna för att klassificera i GOLD A, B och E utgör GOLD A – 33 %, GOLD B – 54 % och GOLD E – 13 %. Huvuddelen av patienterna i registret har svårighet A och B, men det finns en andel patienter med svårighetsgrad E. Figur 28a visar fördelningen av spirometriska stadier i GOLD A, B och E. Även i GOLD A och B återfinns patienter med svår till mycket svår KOL klassificerad med lungfunktionsvärden.

FIGUR 28A. Fördelning av GOLD 1–4 i GOLD A, B och E.



Gradering av KOL

Enligt Läkemedelsverket och Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) bör svårighetsklassifikationen av KOL baseras på en spirometrisk klassifikation (GOLD 1–4, lindrig till mycket svår KOL) för att sedan skapa en gradering baserad enbart på symtom och frekvens av exacerbationer (GOLD A, B, E) [7, 11]. Registret ger en god möjlighet att värdera KOL enligt ABE grupperingen, vilket är vägledande för vilka insatser patienterna är i behov av.

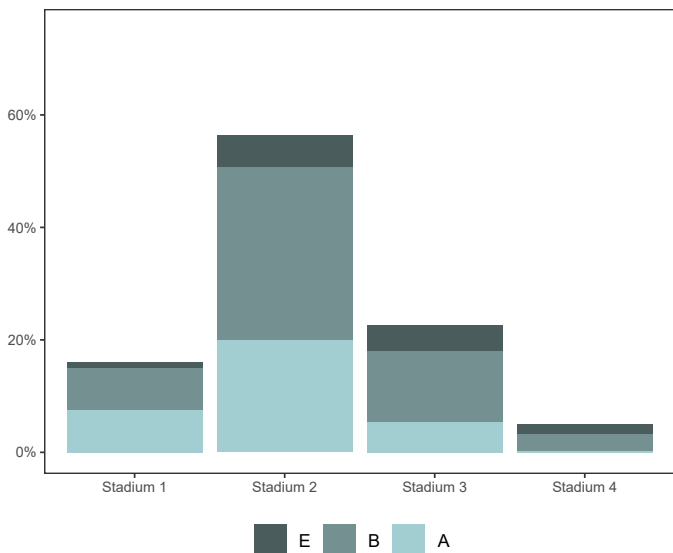
GOLD A: CAT <10 (mMRC <2) och <2 exacerbationer (varav ingen sjukhusvårdad).

GOLD B: CAT ≥ 10 (mMRC ≥ 2) och <2 exacerbationer (varav ingen sjukhusvårdad).

GOLD E: ≥ 2 exacerbationer (alt. ≥ 1 sjukhusvårdad) oavsett symtom.

Den spirometriska fördelningen av patienter med KOL i registret följer också fördelningen som beskrivs i epidemiologiska studier, där huvuddelen av patienterna har medelsvår KOL det vill säga stadium 2: GOLD 1 – 16 %, GOLD 2 – 56 %, GOLD 3 – 23 % och GOLD 4 – 5 %. Figur 28b visar de olika GOLD stadierna av KOL från lindrig (stadium 1) till mycket svår KOL (stadium 4) samt fördelningen av GOLD A, B, E i respektive grupp. Patienter med GOLD E (exacerbationer), återfinns i alla spirometriska stadier av KOL.

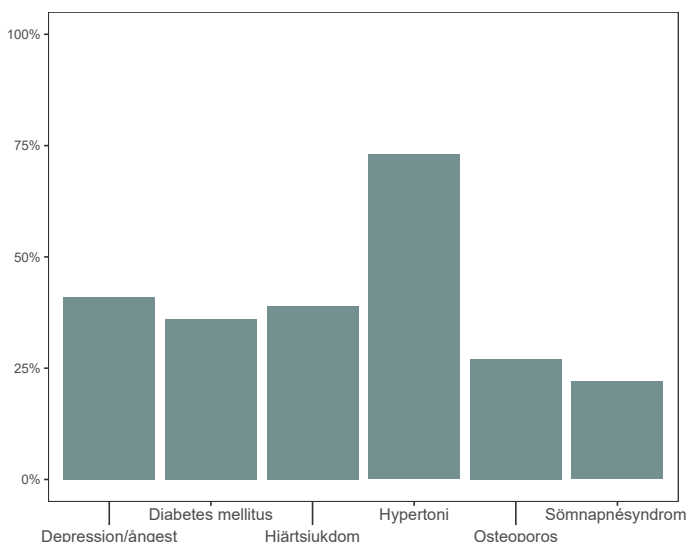
FIGUR 28B. Fördelning av GOLD A, B och E i GOLD 1–4.



Samsjuklighet

Under senare år har samsjuklighetens betydelse vid KOL betonats. Figur 29 visar fördelningen av samsjuklighet hos patienter med vårdbesök under 2023. Den vanligaste samsjukligheten är hypertoni (73 %), följd av depression/ångest (41 %), hjärtsjukdom (39 %), diabetes (36 %), osteoporos (27 %) och sömnapné (22 %).

FIGUR 29. Samsjuklighet vid KOL, senaste 18 månaderna.



Samsjuklighet

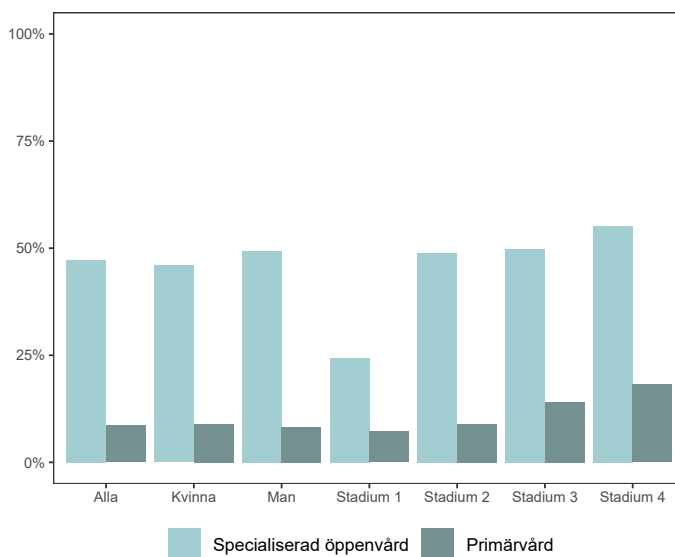
i

KOL är en sjukdom som har en hög grad av samsjuklighet. Det är av stor vikt att man inom sjukvården är medveten om andra sjukdomar som patienten kan vara drabbad av. I vårdförloppet för KOL rekommenderas att bedömning av samsjuklighet bör utföras regelbundet [10].

Sex minuters gångtest

Endast 8 % av KOL-patienterna i primärvården och 47 % vid specialistmottagningar har vid något tillfälle utfört sex minuters gångtest. Inga könsskillnader ses och testet utförs mer frekvent desto svårare KOL patienten har (Figur 30). Sex minuters gångtest rekommenderas högt av Socialstyrelsen och finns även med som en indikator i det nationella vårdförloppet för KOL. Trots att det fanns en förhoppning om att testet skulle ha utförts i högre utsträckning 2023, jämfört mot föregående år, har siffrorna endast stigit marginellt.

FIGUR 30. Andel patienter som någonsin utfört sex minuters gångtest, totalt samt fördelat på kön och vårdnivå.



Sex minuters gångtest

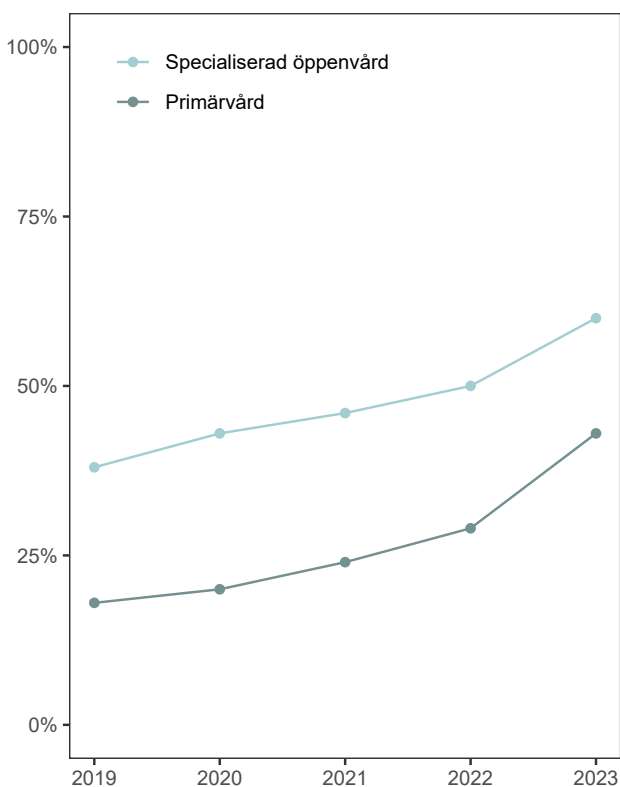
i

Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården erbjuda mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest till personer med stabil KOL (prioritet 2). Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter med KOL-diagnos som har fått mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest [10].

Patientutbildning

Trenden för given patientutbildning vid KOL har årligen ökat både i primärvården och vid specialistmottagningar. 2023 hade 43 % av patienterna i primärvården och 60 % vid en specialistmottagning fått utbildningsinsatser (Figur 31).

FIGUR 31. Trend för given patientutbildning vid KOL.



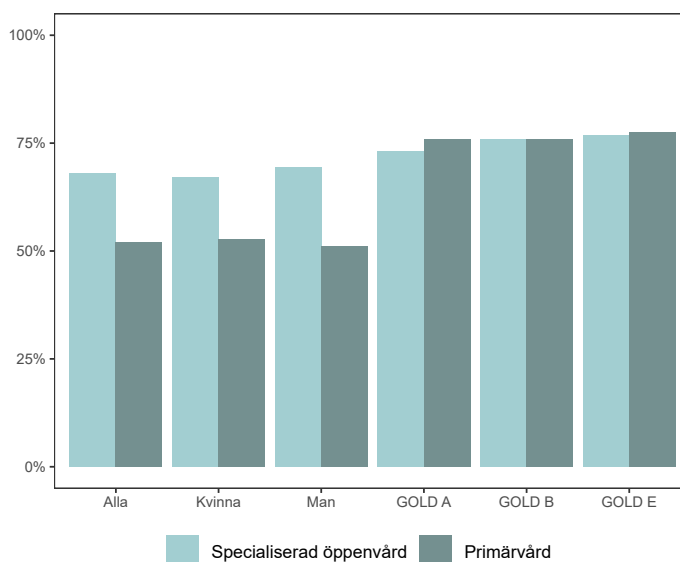
Av de patienter som varit på ett vårdbesök under 2023 har 52 % någonsin erhållit patientutbildning och vid en specialistmottagning 68 %. I primärvården har en marginellt högre andel kvinnor jämfört med män erhållit utbildning (53 % vs. 51 %) och vid specialistmottagningar ses omvända siffror (67 % vs. 69 %) (Figur 32).

Patientutbildning

i

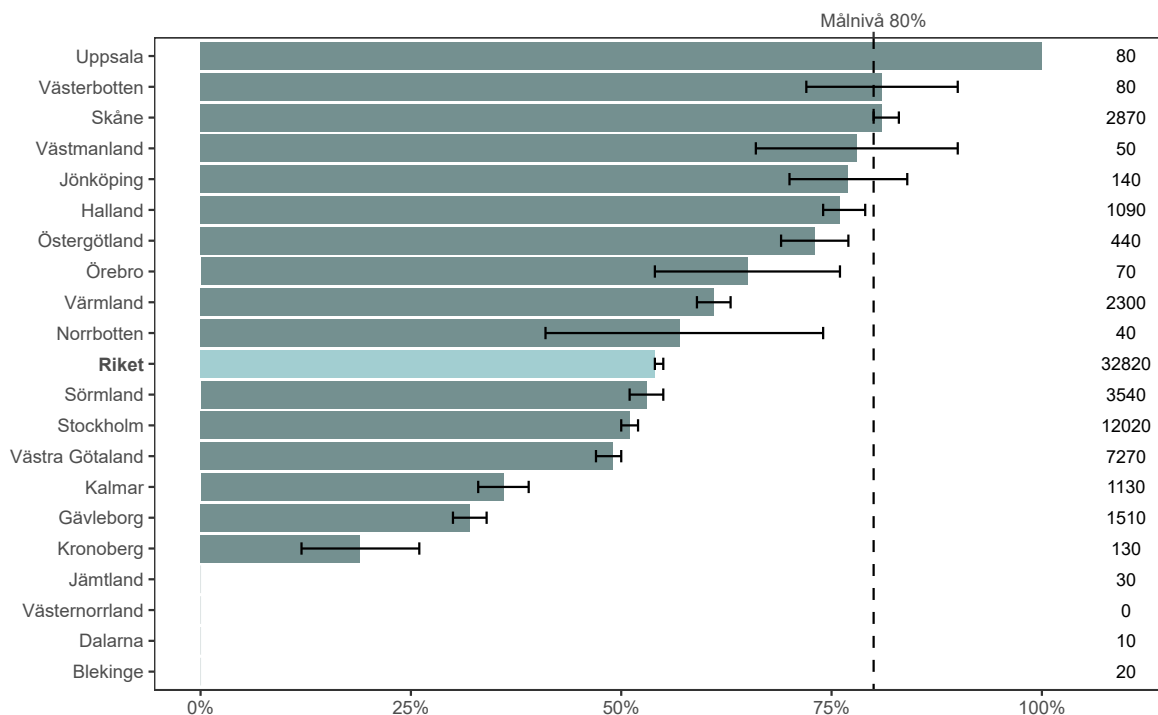
Enligt Socialstyrelsens bör patientutbildning, i grupp eller individuellt, erbjudas till patienter med KOL (prioritet 3, målnivå ≥ 80 %) [5, 9]. Utbildningen bör bland annat innehålla information om sjukdomen, riskfaktorer, läkemedel, inhalationsteknik, fysisk aktivitet, exacerbationer, andningsteknik och sekretmobilisering. Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter med KOL-diagnos som har genomgått strukturerad patientutbildning [10].

FIGUR 32. Andel patienter som någonsin har genomgått patientutbildning, totalt samt per kön och KOL-stadium och vårdnivå.



Mellan regionerna varierar andelen patienter som vid något tillfälle har fått patientutbildning. Det nationella genomsnittet är 54 % (Figur 33).

FIGUR 33. Andel patienter med KOL som någonsin genomgått patientutbildning fördelade på regioner (andelar för regioner med <30 registreringar redovisas ej).



Läkemedelsbehandling vid KOL

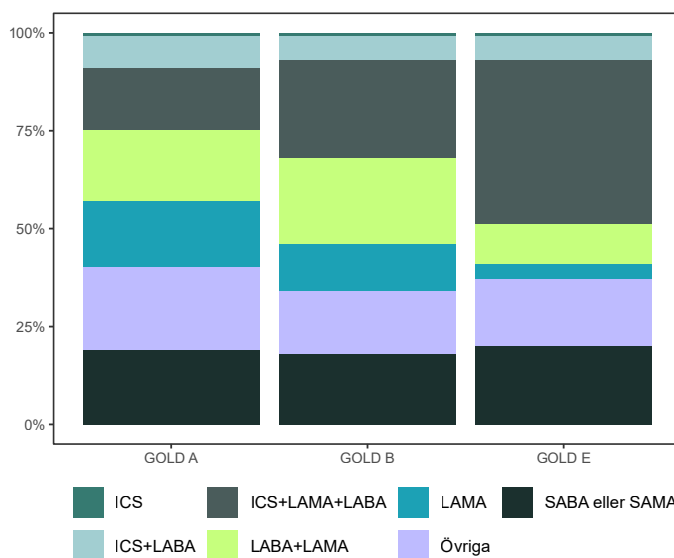
Figur 34 visar förskrivning av inhalationsläkemedel i respektive grupp, GOLD A, B och E. Det blir tydligt att högst andel av patienter med enbart LAMA finns i GOLD A, medan högst andel med trippelbehandling ICS+LABA+LAMA finns i GOLD E, i enlighet läkemedelsverkets rekommendationer. Patienter med trippelbehandling återfinns även i GOLD A och B. En negativ trend är att i alla GOLD grupper återfinns nära 20 % med enbart snabbverkande luftrörsvidgande.

Läkemedelsbehandling vid KOL



Läkemedelsverket har publicerat nya behandlingsrekommendationer för KOL [7]. Där finns en behandlingstrappa som kan användas vid insättning av läkemedel men också vid uppföljning av KOL; för att antingen öka behandlingen vid otillfredsställande sjukdomskontroll eller ändra behandlingen vid exempelvis biverkningar. I de nya rekommendationerna beskrivs GOLD A patienter tillhöra steg 1 och 2 i behandlingstrappan vilket består av behandling med LAMA eller LABA. GOLD B beskrivs tillhöra steg 3 vilket består av behandling med LAMA+LABA. GOLD E beskrivs tillhöra steg 4 i trappan där tillägg av ICS tillkommer.

FIGUR 34. Läkemedelsbehandling vid KOL, senaste 18 månaderna, relaterat till GOLD ABE.

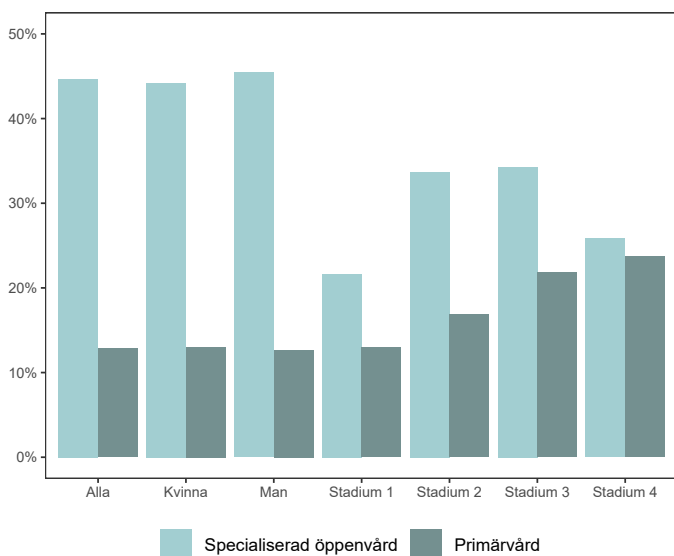


ICS = inhalationssteroid, LABA = Långverkande beta-2-stimulerare, LAMA = Långverkande antikolinergikum, SABA = kortverkande beta-2 stimulerare, SAMA = kortverkande antikolinergikum, LABA+LAMA = inkluderar alla patienter som har två aktiva komponenter, ICS+LABA+LAMA = Trippelterapi: inkluderar alla patienter som har tre aktiva komponenter.

Skriftlig behandlingsplan

Som föregående år är det endast 13 % av patienterna med KOL i primärvården som någonsin erhållit en skriftlig behandlingsplan och vid specialistmottagningar 45 %. Ingen skillnad mellan könen ses och som förväntat får fler patienter en skriftlig behandlingsplan med ökad svårighetsgrad av sjukdomen (Figur 35). Det finns stora regionala skillnader gällande användningen av skriftlig behandlingsplan, och det nationella medelvärdet är 14 % (data visas ej).

FIGUR 35. Andel patienter med KOL som någonsin erhållit skriftlig behandlingsplan, totalt samt per kön och KOL-stadium och vårdnivå.



Skriftlig behandlingsplan



Skriftlig behandlingsplan är en åtgärd som Socialstyrelsen prioriterar högt (prioritet 3) [5]. En skriftlig behandlingsplan stödjer egenvården och hjälper patienten att tidigt upptäcka en exacerbation så att behandling kan insättas. Behandlingsplanen bör innehålla både farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingsåtgärder. Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel av patienter med KOL-diagnos som har skriftlig behandlingsplan [10].

KOL, inneliggande vård

En KOL-exacerbation som leder till inneliggande vård ökar risken markant för att drabbas av ytterligare en exacerbation och ökar även risken för död. Exacerbationer som kräver sjukhusvård leder till stort lidande för individen och är kostsamt för samhället. Därför är det av stor vikt att nationellt följa hur vården ges till patienter med KOL som vårdas på sjukhus på grund av försämringstillstånd.

För att möjliggöra direktöverföring av data pågår en omarbetning av modulen 'KOL – inneliggande vård'. Därför blir årets rapport den sista med de nuvarande variablerna. På grund av lågt antal manuella registreringar bör data tolkas med försiktighet och resultatet kan inte generaliseras för hela Sverige. Viktigt att också beakta är att vårdenheter som registrerar i modulen sannolikt är de som har det största intresset för evidensbaserad vård, vilket kan göra att rapporten kan ge en mer positiv bild av inneliggande vård vid KOL jämfört med vård i övriga Sverige. Trots det ger rapporten en överblick över vårdtider, återinläggningar, patientkaraktäristiska faktorer och vilka förbättringsområden som bör beaktas.

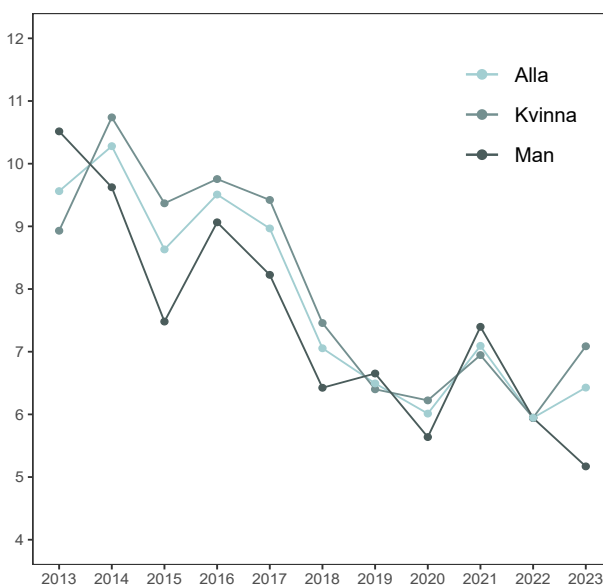
Inneliggande vårdmodulen innehåller idag 6 280 registreringar, för 3 330 unika patienter. Under 2023 registrerades nära 440 patienter. Registreringarna har skett från norr till söder och Umeå universitetssjukhus, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och Motala Lasarett är de enheter med flest registreringar. Under åren har medelvårdtiden sänkts med cirka fyra dygn (Figur 36). Vårdtillfällena domineras av kvinnor (Figur 37) som i genomsnitt är cirka tre år yngre än männen. Det finns också en tydlig trend att medelåldern årligen har ökat, dock med ett marginellt trendbrott under 2023 (Figur 38). Kvinnor rapporteras oftare ha drabbats av en svår till livshotande exacerbation och de patienter som vårdas på sjukhus idag har allvarligare exacerbationer än för fyra år sedan (Figur 39). Data visar också att återinläggningar är vanligt, 60–80 % av de drabbade hade vårdats inneliggande ytterligare en gång eller fler under den senaste 12-månaders perioden (Figur 40). Stabilt över åren är att fler män än kvinnor rapporteras ha samtidig hjärtsjukdom, cirka 50 %. Tjugofem procent av patienterna har rapporterats in som daglig rökare, med en högre andel kvinnor än män. Årets siffror visar dock ingen skillnad mellan könen när det handlar om daglig rökning.

Icke-farmakologiska behandlingsåtgärder erhållna av fysioterapeuter (fysisk aktivitet och träning) och dietister (nutritionsinsatser vid BMI <22) i samband med exacerbationer bör enligt Socialstyrelsen ges vid vård av patienter med KOL [5]. Vid en exacerbation blir dessa åtgärder än viktigare och bör med fördel initieras redan vid vårdtillfället. Under åren har 55–66 % av patienterna fått åtgärder initierade av en fysioterapeut (Figur 41). Givna åtgärder av fysioterapeut skiljer sig dock mellan könen, då fler kvinnor än män har fått träffa en fysioterapeut. Gällande dietistkontakt ser vi en tydlig nedgång under pandemiåren. Under 2023 fick dock 61 % av patienterna med BMI <22 åtgärder av en dietist (Figur 42). Resultatet tyder på att fler patienter med KOL bör erbjudas icke-farmakologiska åtgärder vid inneliggande vård.

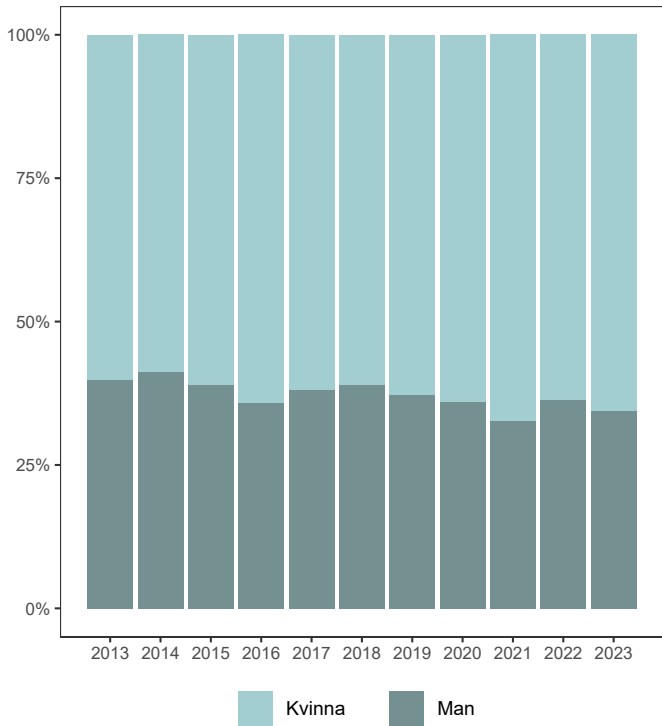
Den farmakologiska behandlingsstrategin vid KOL har under åren förändrats, idag bör patienter som vårdas inneliggande för KOL-exacerbationer förskrivas trippelkombinationen ICS/LABA/LAMA. Resultatet i årets rapport visar tydligt att den nyare rekommendationen har börjat att implementeras, men förbättringspotential ses fortfarande. Fler patienter får trippelkombinationen vid utskrivning och färre får enbart kombinationen ICS/LABA (Figur 43). Det är fortfarande få patienter som får en skriftlig behandlingsplan, 2023 var det endast 17 %. Andel med syrgas vid utskrivning har varit omkring 20 % under alla år, och fler kvinnor än män registreras ha syrgasbehandling i hemmet (Figur 44).

Återbesök inom 6 veckor rekommenderas efter en KOL-exacerbation. I inneliggande vårdmodulen fångas inte om en uppföljning har skett, men data visar att många vårdgivare har en intention att följa upp patienterna då cirka 80 % har en planerad uppföljning vid utskrivning (Figur 45).

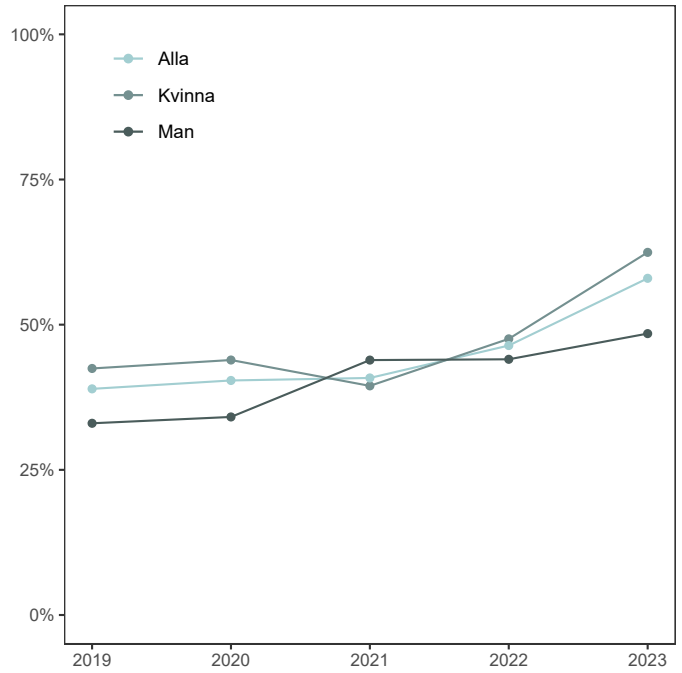
FIGUR 36. Medelvårddygn, slutenvård KOL.



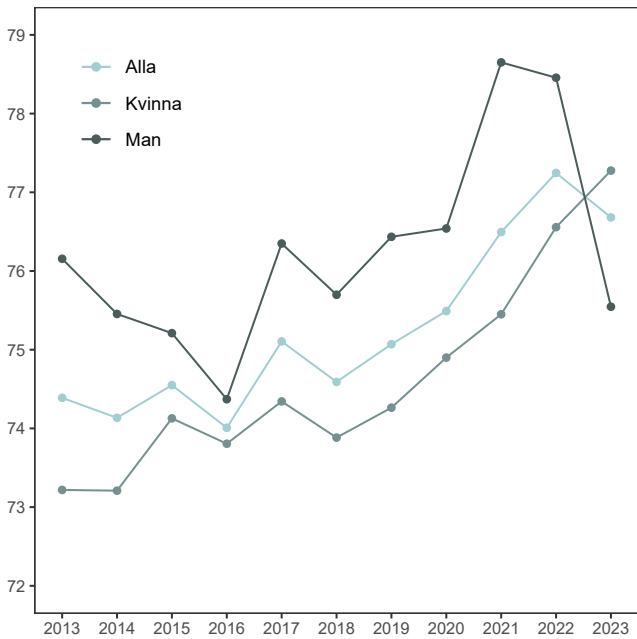
FIGUR 37. Könsfördelning, slutenvård KOL.



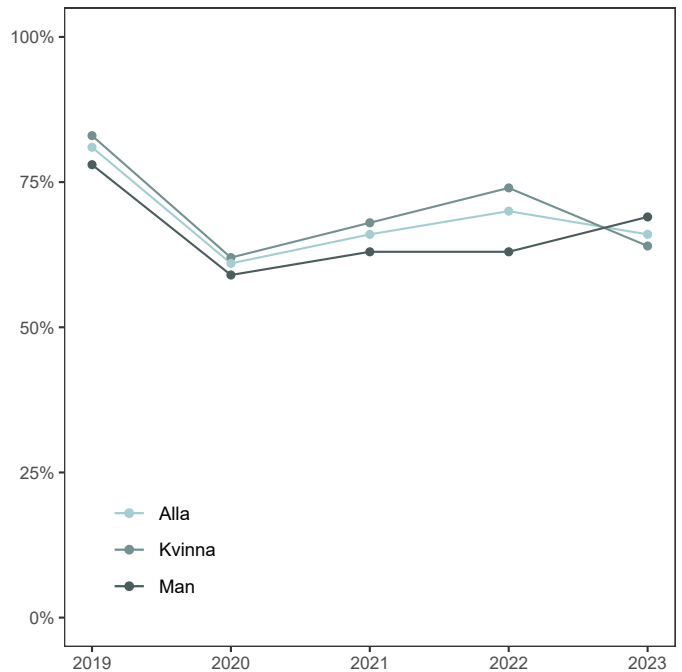
FIGUR 39. Andel med svår eller livshotande exacerbation.



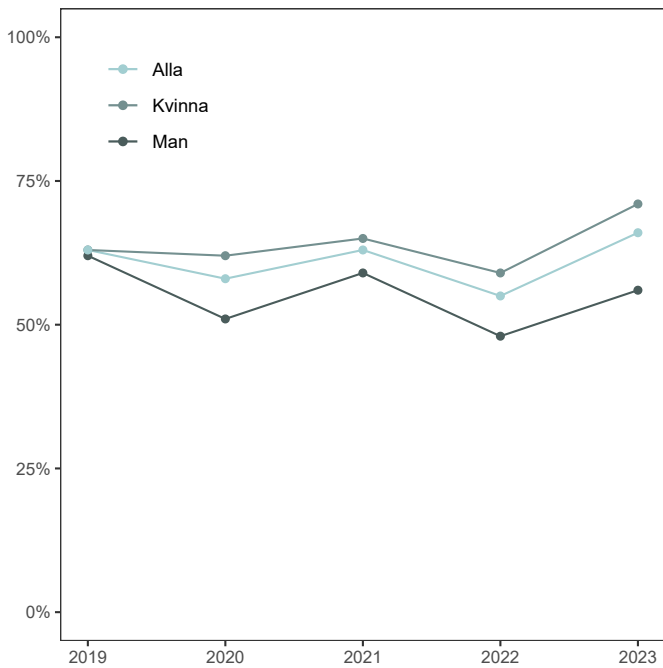
FIGUR 38. Medelålder, slutenvård KOL.



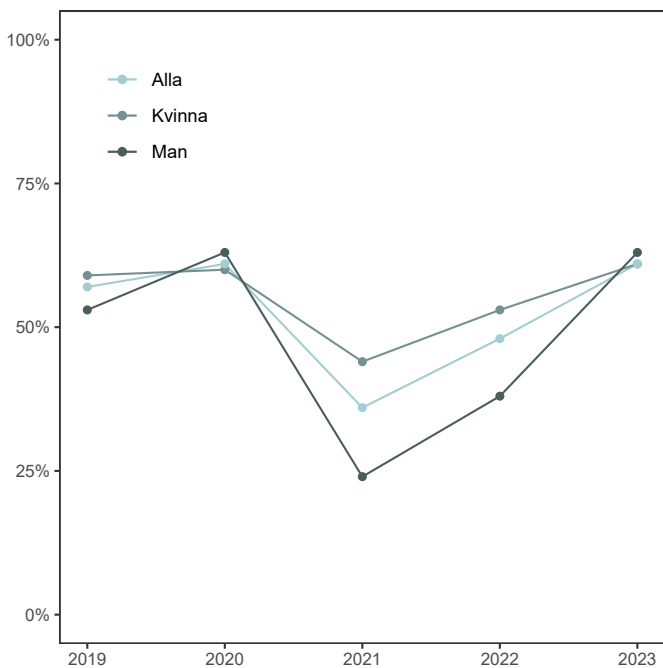
FIGUR 40. Andel med två eller fler vårdtillfällen senaste 12 månaderna.



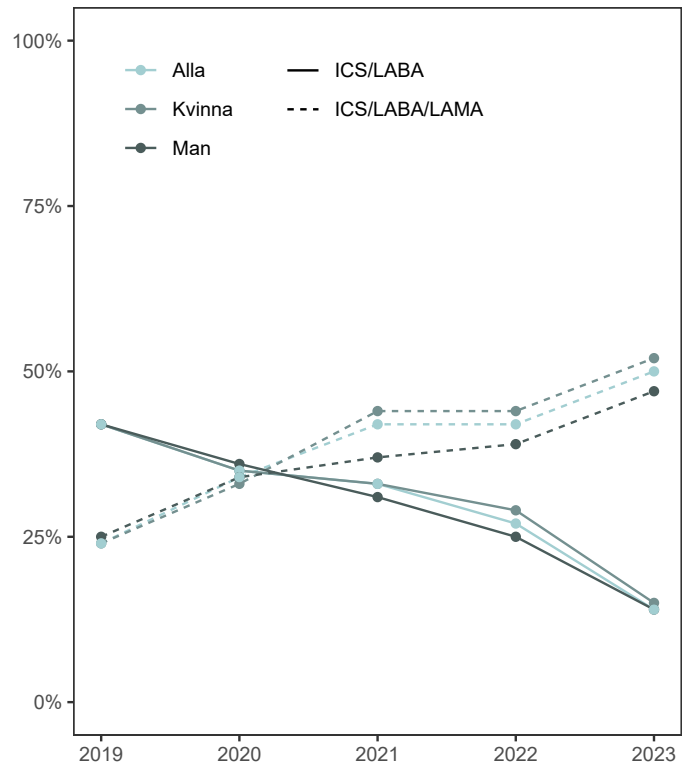
FIGUR 41. Andel som erhållit kontakt med fysioterapeut under vårdtillfället.



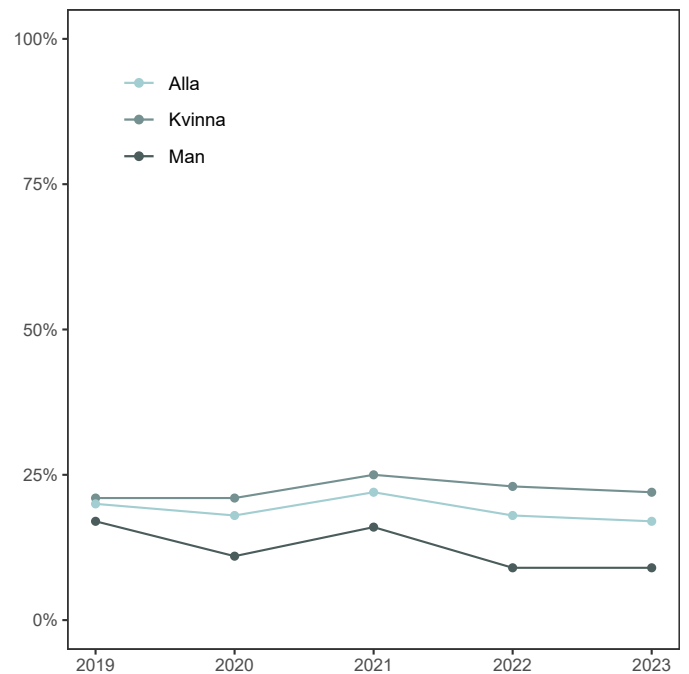
FIGUR 42. Andel som erhållit kontakt med dietist under vårdtillfället.



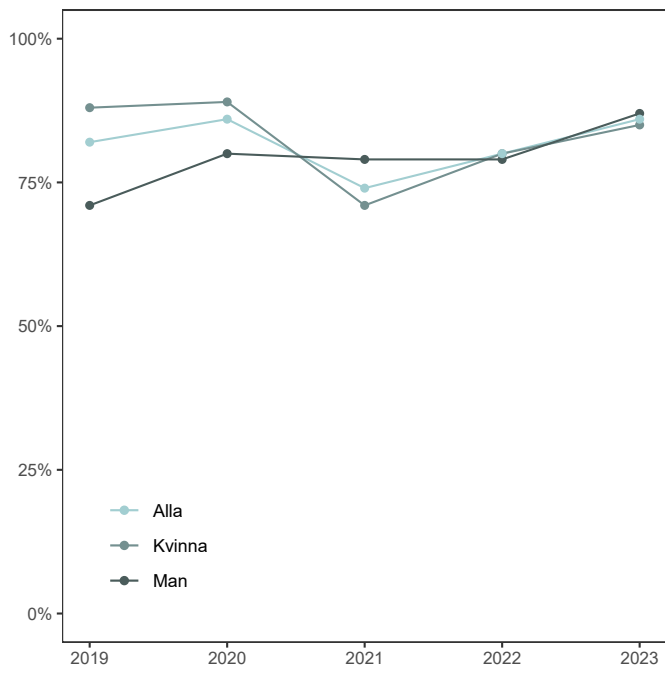
FIGUR 43. Andel med kombinationen ICS/LABA och ICS/LABA/LAMA vid utskrivning från sjukhuset.



FIGUR 44. Andel med syrgasbehandling vid utskrivning.



FIGUR 45. Andel med planerad uppföljning efter utskrivning från vårdavdelning.



Fakta om Luftvägsregistret



Nationella kvalitetsregistret för KOL (RiksKOL) startade 2009 men gick 2013 samman med det Nationella Astmaregistret (NAR) och fick namnet Luftvägsregistret. Sveriges kommuner och regioner är den finansiella källan för utveckling och drift av Luftvägsregistret. Sedan 2013 har Registercentrum Västra Götalandsregionen ansvar för den totala driften av registret och är även centralt personuppgiftsansvarig. I en publikation från 2020 beskrivs Luftvägsregistrets uppkomst, design och variabler [12].

Styrgrupp 2023

Alf Tunsäter

Docent, Överläkare, Lung- och allergikliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Anna-Karin Klomp

Samordnare vård och forskning, Sekreterare i forskningsfonden, representant för Astma- och Allergiförbundet

Anne Lindberg

Professor, Överläkare, Institutionen för Folkhälsa/ Klinisk medicin, Umeå Universitet/Lung- och allergisektionen, Sunderby Sjukhus, Luleå

Apostolos Bossios

Docent, biträdande överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm

Caroline Stridsman

Docent, sjuksköterska, Lung- och allergisektionen, Sunderby sjukhus, Luleå, Region Norrbotten

Fredrik Nyberg

Professor i registerepidemiologi, Avd för Samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Frida Strömberg Céлинд

Med dr, barnläkare, Barn- och Ungdomsmedicinska mottagningen i Mölndal Västra Götalandsregionen

Henning Stenberg

Med dr Lunds Universitet, specialist i allmänmedicin, Näsets läkargrupp, Region Skåne

Jon R. Konradson

Docent, Överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Solna

Jörgen Syk

Med dr, specialist i allmänmedicin, studierektor Akademiskt primärvårdscentrum, AT/ST-enheten, Region Stockholm

Lowie Vanfleteren

Docent, Överläkare, KOL-centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Peter Edfelt

Representant för Riksförbundet HjärtLung

Peter Odebäck

Specialist allmänmedicin, Tidigare Medicinsk rådgivare/ kvalitetsutveckling Capio Närsjukvård

Therese Sterner

med dr, leg sjuksköterska, Lektor och forskare Malmö Universitet. Ordförande ASTA

Ann Ekberg-Jansson, adjungerad

Docent, Överläkare, Medicinsk Strateg, Närhälsan Förvaltningsstab, Regionens hus, Göteborg

Koordinatorer 2023

Yvonne Sjö

Nationell koordinator Distriktssköterska, Astma-, allergi- och KOL-sjuksköterska, Region Värmland

Kerstin Sundell Bergström

Med Lic. Astma-, allergi- och KOL-sjuksköterska

Referenser

1. Backman H, Räisänen P, Hedman L, Stridsman C, Andersson M, Lindberg A, et al. Increased prevalence of allergic asthma from 1996 to 2006 and further to 2016 – results from three population surveys. *Clinical & Experimental Allergy*, 2017;47:1426-1435.
2. Lötvall J, Ekerljung L, Rönmark P E, Wennergren G, Lindén A, Rönmark E, et al. West Sweden Asthma Study: Prevalence trends over the last 18 years argues no recent increase in asthma. *Respiratory Research*, 2009;10:94.
3. Hicke-Roberts A, Åberg N, Wennergren G, Hesselmar B. Allergic rhinoconjunctivitis continued to increase in Swedish children up to 2007, but asthma and eczema levelled off from 1991. *Acta Paediatrica*, 2017;106:75-80.
4. Backman H, Vanfleteren L, Lindberg A, Ekerljung L, Stridsman C, Axelsson M. et al. Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. *Respiratory Research*, 2020;21:283.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning, Uppdaterad 2020. www.socialstyrelsen.se
6. Läke medelsverket. Läke medelsbehandling vid astma – behandlingsrekommendation. 2023. Astma hos barn och vuxna, behandlingsrekommendation mars 2023 (lakemedelsverket.se)
7. Läke medelsverket. Läke medelsbehandling vid KOL – behandlingsrekommendation. 2023. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), behandlingsrekommendation, mars 2023 (lakemedelsverket.se)
8. Stridsman C, Konradsen JR, Hesselmar B, Lindberg A, Vanfleteren LEGW. Impact of the COVID-19 pandemic on Swedish asthma and COPD care. *European Respiratory Journal*, 2022;60 (suppl 66) 2461.
9. Socialstyrelsen. Vård vid astma och KOL. Målnivåer för indikatorer. 2015. www.socialstyrelsen.se
10. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), vårdförlopp. 2024. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/lungochaller-gisjukdomar/kronisktobstruktivlung-sjukdomkolvardforlopp.56321.html>
11. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2023 <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
12. Stridsman C, Konradsen JR, Vanfleteren L, Pedroletti C, Binnmyr J, Edfelt P, et al. The Swedish National Airway Register (SNAR): development, design and utility to date. *European Clinical Respiratory Journal*. 2020;7:1833412



Riksförbundet HjärtLung

Riksförbundet HjärtLung är en av Sveriges största patientorganisationer, med närmare 35 000 medlemmar och 170 föreningar över hela landet, och tillsammans har vi kunskap, kraft och engagemang att ge personer som lever med hjärt-, kärl- eller lungsjukdom ett längre och rikare liv.

Vi bildades 1939, är partipolitiskt och religiöst obundna och drivs av ideella krafter i föreningar på riks-, läns- och lokalnivå. Vår värdegrund är allas lika värde och vår vision att personer med hjärt-, kärl- och lungsjukdom ska ha ett bra liv. Med samlad kunskap och gemensamma erfarenheter jobbar vi aktivt för att påverka och förändra till förmån för våra frågor och medlemmar.

- Vi är en viktig röst i samhället för personer med hjärt-, kärl- och lungsjukdom.
- Vi arbetar för bästa möjliga vård.
- Vi stödjer patientvald forskning.

Våra medlemmar får kunskap om sin diagnos och kan ta del av andras erfarenheter, de får inspiration och motivation till en mer hälsosam livsstil, de får råd och stöd i sina kontakter med vården. Dessutom blir de del av en landsomfattande organisation som lyfter deras frågor gentemot vårdens beslutsfattare och bidrar till livsviktig forskning.

Tack vare stöd och gåvor kan vi fortsätta vårt arbete med att göra vardagen lättare efter diagnosen. Välkommen att bli medlem i Riksförbundet HjärtLung eller ge en gåva genom att swisha till 90 101 09 eller via bankgiro 901-0109.





Hjärt-Lungfonden

Hjärt-Lungfonden bildades 1904 i kampen mot tuberkulos och idag är vår vision en värld fri från hjärt- och lungsjukdom.

Hjärt-Lungfonden samlar in pengar till utvald hjärt- och lungforskning och arbetar för att sprida kunskap och driva påverkan baserat på forskningens resultat för att ge fler ett längre och friskare liv. Som största fristående anslagsgivare till hjärt- och lungforskning finansierar Hjärt-Lungfonden löpande flera hundra vetenskapligt utvalda forskningsprojekt vid Sveriges universitet och universitetssjukhus. Hjärt-Lungfonden får varje år ansökningar om forskningsanslag för omkring 2 miljarder kronor och delade år 2023 ut närmare 600 miljoner kronor till forskning om hjärt- och lungsjukdomar. Ett centralt forskningsmål är att kunna förutsäga vem som riskerar att drabbas av hjärt-, kärl- eller lungsjukdom och förhindra sjukdomarna innan de uppstår.

Verksamheten är helt beroende av gåvor från privatpersoner och företag. Stöd forskningen på pg 90 91 92-7 eller swisha valfri gåva till 90 91 927.





Astma- och Allergiförbundet

Astma- och Allergiförbundet företräder de 3 miljoner svenskar som lever med en eller flera allergidiagnoser. Vi samlar drygt 13 000 medlemmar i ett 80-tal lokal-föreningar över hela landet. Vi erbjuder såväl drabbade som anhöriga en trygg gemenskap och möjlighet att ta del av fakta och de senaste forskningsrönen.

Vi är en partipolitiskt och religiöst obunden organisation med ideellt engagerade medlemmar. Tillsammans har vi kunskap och förståelse för hur det är att leva med allergidiagnoser. Vi arbetar för att alla med astma, allergi, eksem och annan överkänslighet ska kunna leva ett friskt liv.

- Vi är en viktig röst i samhället för människor med astma, allergi, eksem och annan överkänslighet.
- Vi arbetar för att alla med allergisjukdom ska ges bästa tänkbara vård.
- Vi påverkar samhället och beslutsfattarna.
- Vi erbjuder kunskapsstöd och inspiration.
- Vi stödjer allergiforskning.

Vi ger röst åt människor som lever ett liv med sjukdomar som ännu inte går att bota. Allergigåtan är ännu inte knäckt, men du kan vara med och bidra till att vi kan utrota de här diagnoserna.

Välkommen som medlem i Astma- och Allergiförbundet eller stötta vår viktiga verksamhet genom att swisha din gåva till 900 81 86 eller ge en gåva via bankgiro:

Astma- och Allergiförbundet: 900-8186

Forskningsfonden: 900-3740

Barnallergifonden: 900-9069





REGISTERCENTRUM
VÄSTRA GÖTALAND

registercentrum.se



Luftvägsregistret