luftvägsregistret

Årsrapport 2024

Innehåll

Inledning av registerhållare 3

Luftvägsregistret visar vägen till bättre astma- och KOL-vård 5

Sammanfattning 6

Publikationer från Luftvägsregistret 2024 8

Anslutningsgrad och täckningsgrad 10

Astma, öppenvård 13

KOL, öppenvård 23

Fakta om Luftvägsregistret 32

Referenser 33

Riksförbundet HjärtLung 34

Hjärt-Lungfonden 35

Astma- och Allergiförbundet 36

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. Konradsen
Lowie Vanfleteren

Processledare
Yvonne Sjöö

Statistiker
Alexander Thorén,
Registercentrum Västra Götaland

Grafisk produktion
VGR Inhouse

Foto
Camilla Lindberg
Maria Holmkvist
Jacob Lund
PeopleImages
Petr Bonek/Shutterstock.com
Yvonne Sjöö

ISSN 2004–7703 (Online)

Inledning av registerhållare

Som läsare kommer ni uppmärksamma att Luftvägsregistrets årsrapport 2024 är kortare än föregående år. Det beror på att det har varit turbulent i svenska nationella kvalitetsregistervärlden under 2025. Strukturen av medelstilldelning har förändrats, vilket också har berört oss registermedarbetare negativt. Det finns mindre tid att arbeta med kvalitetsregister och många register, inklusive Luftvägsregistret, riskerar att förlora medarbetare med diagnos- och registerspecifik kompetens. Ledare från Astma- och Allergiförbundet och Riksförbundet HjärtLung lyfte i början av året problematiken genom en debattartikel i Dagens Medicin "Tillåt extern finansiering av Luftvägsregistret" – Dagens Medicin. En viktig debattartikel som utmynnade i att registret till viss del fick behålla vår nationella koordinator även under 2025.

Luftvägsregistret är unikt då det inkluderar hela livsspannet vid astma och alla 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). Data från Luftvägsregistret är 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. I skrivande stund arbetar Socialstyrelsen med en ny rapport där de utvärderar riktlinjerna om vård vid astma och KOL och inom kunskapsstyrningsorganisationen pågår ett vårdförloppsarbete om astma. I deras arbete är Luftvägsregistret en av de viktigaste datakällorna och medarbetare från registret deltar också som experter. Båda dokumenten beräknas publiceras 2026 och vi ser med spänning fram emot att läsa det slutgiltiga resultatet.

I dag inkluderar registret över 500 000 unika patienter och alla regioner är anslutna till registret, men fortfarande finns en variation över hur många enheter per region som registrerar. Direktöverföring av data från patientens journal till registret är en förutsättning för att alla enheter ska delta – sjukvårdspersonal ska inte ska behöva utföra ett tidskrävande dubbelarbete med manuell registrering. Direktöverföring är idag möjligt, då de flesta regionerna i Sverige har eller är på väg att ansluta till vårdinformationsstödet/systemet Cambio Cosmic. Systemet är mappat för att data ska kunna föras över till registret. Redan idag överförs 95 % av all data via direktöverföring – så med andra ord fungerar direktöverföring. Ledare inom regionerna behöver prioritera den unika möjligheten att utvärdera given vård och behandling genom våra register. Utvärderingar ger möjlighet till lokala-, regionala, och nationella

jämförelser och till förbättringsarbeten. Om ni vill veta vilka möjligheter till direktöverföring som finns i er region, kontakta oss så berättar vi mer.

Under 2024 presenterades forskningsresultat med data baserat på Luftvägsregistret både vid nationella och internationella konferenser och publikationstakten ökar årligen. Publikationerna styrker datakvalitén 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.

Slutligen vill jag rikta ett stort tack till alla medarbetare i styrgruppen för allt arbete under det gångna året. Jag vill också rikta ett tack till Hjärt-Lungfonden som har möjliggjort extern finansiering av vår nationella koordinator med diagnos- och registerspecifik kunskap. Registrets koordinator, gör ett fantastiskt arbete med validering av data, utbildningar, representerar registret på professionsföreningarnas årliga konferenser och ett krävande IT-arbete med att få till direktöverföring av data. Tack Yvonne!
Sist men inte minst, tack till alla enheter som registrerar i Luftvägsregistret – tillsammans skapar vi förutsättningar för en nationell jämlik och evidensbaserad astma- och KOL-vård.

Caroline Stridsman
Registerhållare och ordförande för styrgruppen

> Luftvägsregistret inkluderar idag över 500 000 unika patienter med astma och KOL

Luftvägsregistret visar vägen till bättre astma- och KOL-vård

För oss som patientföreträdare är målet tydligt: vi måste stärka vården för personer som lever med astma och KOL. Antalet människor som ännu inte fått en diagnos är för högt och det bekymrar oss. Men lika oroande är att alltför många patienter har en diagnos, men inte rätt behandling. Utan tillgång till rätt behandling sjunker livskvaliteten. Vardagen blir tyngre, återinsjuknande vanligare och sjukhusbesöken fler.

Därför är Luftvägsregistret så viktigt för oss. I takt med att registret växer framträder bilden allt tydligare. På så sätt fungerar registret både som karta och kompass i en snårig skog, vi ser var vi är men också vart vi behöver gå.

Årets rapport visar hur vissa patienter får strukturerad uppföljning, patientutbildning och stöd för att sluta röka. Andra står utan. Tillgången till rökavvänjning lyfts av Socialstyrelsen som en av de viktigaste åtgärderna vid astma och den viktigaste vid KOL. Socialstyrelsens målnivå är att 95 procent av rökare ska erbjudas rök-avvänjning. Samtidigt ser vi år efter år att för få patienter får den rekommenderade åtgärden. I primärvården har trenden av erbjuden rökavvänjning legat på en jämn nivå under de senaste åren, men enbart 35 till 40 procent av rökare med KOL erbjuds rökavvänjning.

Vi ser att skillnaderna i tillgången till vård är för stora. Bor du i Blekinge, Kronoberg eller Skåne är sannolikheten mycket större att du som astmapatient får genomgå en patientutbildning än om du bor i Sörmland, Västra Götaland eller Gävleborg. Fyra av tio vuxna med astma har genomgått en patientutbildning – en grundpelare för att patienter ska veta hur man bäst tar hand om sin diagnos. Det är en ökning, men samtidigt bara halvvägs till Socialstyrelsens målnivå på 80 procent.

För att vården ska bli mer rättvis och jämlik krävs att den bästa kunskapen sprids. Som patientorganisationer gör vi det vi kan för att den ska nå både patienter och vårdgivare. I vårt arbete informerar vi medlemmar och använder registerdata i vårt påverkansarbete.

Ständigt påminns vi om varför det är viktigt att vi deltar i registerarbetet: det är mer än bara statistik i en databas, det är nyckeln till att varje astma- och KOL-patient ska få chansen att leva sitt bästa liv. Med kunskap som karta och kompass tar vi sikte mot en vård där ingen patient lämnas efter.

Anders Åkesson
Förbundsordförande Riksförbundet HjärtLung

Mikaela Odemyr
Förbundsordförande Astma- och Allergiförbundet

Sammanfattning

Anslutningsgrad och täckningsgrad

Luftvägsregistret inkluderar 385 516 patienter med astma och 129 691 med KOL. Alla regioner är anslutna till registret men det finns fortfarande en variation över hur många enheter som aktivt registrerar. Variationen beror till stor del på vilka regioner som har möjlighet till direktöverföring av data från vårdinformationsstöd till registret. Många regioner byter system till CambioCosmic, där möjlighet till direktöverföring finns. Detta gör att täckningsgraden förväntas bli mer jämlikt i Sverige under de närmaste åren. Högst täckningsgrad har de regioner med högre befolkningstäthet, och lägst har framförallt den norra sjukvårdsregionen. Idag direktöverförs över 90 % av alla registreringar.

Underlag för årsrapporten 2024

Årets rapport baseras på 111 495 patienter med astma och 40 739 patienter med KOL som under året haft minst ett vårdbesök. Bland de med astma var 20 % barn under 12 år, 9 % ungdomar och 71 % vuxna. Bland patienterna med KOL har cirka 15 % en samtidig astma-diagnos. Både vid astma och KOL var andelen kvinnor högre än män.

DAGLIG TOBAKSRÖKNING OCH ERBJUDEN RÖKAVVÄNJNING

År 2024 uppgav Folkhälsomyndigheten att 5,4 % av befolkningen i Sverige röker dagligen. I årsrapporten framkom att prevalensen av daglig rökning bland patienter med astma är något lägre men som förväntat högre bland de med KOL. Socialstyrelsen lyfter vikten av att ge stöd i att sluta röka till patienter med astma och KOL och åtgärden har en målnivå på 95 %. Årets rapport visar att det är en låg andel av patienter med astma och KOL som röker och som blir erbjudna rökavvänjning, endast 35–55 % vid KOL beroende på vårdnivå, och vid astma är det än färre som erbjuds åtgärden.

SPIROMETRI

Utredning med spirometri är viktig vid diagnostiken av astma och KOL och Socialstyrelsen målnivå är 95 %. För patienter som registrerades med ett vårdbesök under 2024 hade 63 % av barnen med astma någonsin utfört en spriometri, 69 % av de vuxna med astma och 79 % av patienterna med KOL. Resultatet visar att vi än i dag inte når upp till Socialstyrelsens målnivå. Ett positivt resultat är att spirometrier utförs i hög utsträckning på patienter med okontrollerad astma. Oavsett kön, ålder och vårdnivå får över 80 % av patienterna utföra en spirometri när okontrollerad astma har identifierats med stöd av Astma Control Test (ACT).

ASTMAKONTROLL OCH SYMTOMBÖRDA VID KOL

Trots att trenden är uppåtgående för användningen av ACT och COPD Assessment Test (CAT) uppnås inte Socialstyrelsens målnivå på 95 %. Det finns också regionala skillnader för hur mycket formulären används. Oavsett vårdnivå och ålder får ungefär hälften av patienter med astma bevara ACT vid ett vårdbesök. Vid KOL uppmäts samma nivå i primärvården gällande CAT, men där får en betydligt högre andel besvara CAT i den specialiserade öppenvården (90 %). Av de som besvarat ACT hade 35 % av patienter i primärvården en okontrollerad astma, och 29 % i den specialiserade öppenvården. Okontrollerad astma förekommer oftare hos kvinnor och mera frekvent med ökad ålder. Vid KOL uppmäts en högre symtombörda med stöd av CAT poäng ≥18 eller ≥20. Av de som besvarat CAT hade 14 % av patienterna i primärvården och 52 % vid den specialiserade öppenvården CAT ≥18. Ingen skillnad mellan könen kunde uppvisas.

PATIENTUTBILDNING

Patientutbildning är en viktigt icke-farmakologisk intervention där Socialstyrelsen målnivå är 80 % både vid astma och KOL. Årets rapport visar att målnivån ej nås. Vid astma ges patientutbildning oftast till vuxna i den specialiserade vården och minst till barn i primärvården. Regionala skillnader finns och endast 37 % av barnen och 40 % bland vuxna har rapporterats fått utbildning. Vid KOL har en något högre andel fått utbildningsinsatsen; 54 % av patienterna i primärvården och 77 % vid den specialiserade vården.

SKRIFTLIG BEHANDLINGSPLAN

Enligt Socialstyrelsen bör skriftlig behandlingsplan erbjudas till patienter med astma och KOL, dock finns ej någon målnivå redovisad. Oavsett diagnos är det fortfarande en låg andel av patienterna som får en skriftlig behandlingsplan, endast 10–25 % beroende på vårdnivå. Vid KOL ses en högre andel vid den specialiserade öppenvården (51 %). Varför implementeringstakten är långsam är något som bör utredas vidare, men det kan bero på att få regioner har en behandlingsplan integrerad i journalsystemen.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer från 2023 rekommenderas inte längre enbart luftrörsvidgande behandling till skolbarn och vuxna med astma. Årets rapport visar att utskrivningen av enbart luftrörsvidgande behandling minskar vid astma såväl som vid KOL, vilket tyder på att den nya behandlingsrekommendationen följs. En majoritet av patienterna med astma har utskrivet fast kombination (ICS+LABA) i samma inhalator, i stället för i två olika, vilket är

positivt då det kan minska risken för användarfel. Vid KOL finns det fortfarande en frikostig förskrivning av trippelbehandling även till patienter med lindrigare sjukdom. Som tidigare år är det en låg andel registreringar av patienter med biologiska läkemedel vid svår astma. 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.

Jon Konradsen
Överläkare och docent, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset

Publikationer från Luftvägsregistret 2024

Forskning

Förfrågningar om datauttag från Luftvägsregistret ökar i snabb takt liksom den vetenskapliga produktionen. Information om registrets variabler finns presenterade på registrets egen hemsida och Metadata finns publicerat i Vetenskapsrådets metadatakatalog.

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

Forskningsresultat som baseras helt eller delvis på data från registret har under de senaste åren presenteras återkommande på nationella och internationella konferenser. Seniora forskare, post-dok och doktorander använder sig av data från registret. På hemsidan kan vetenskapliga publikationer och kongressbidrag sökbara i PubMed återfinnas: Forskning – Luftvägsregistret. Populärvetenskapliga texter finns publicerade i Lung & Allergiforum: Artiklar i Lung & Allergiforum – Luftvägsregistret.

Vetenskapliga publikationer 2024

- Wallström O, Stridsman C, Lindberg A, Nyberg F, Vanfleteren L.E.G.W. Exacerbation History and Risk of Myocardial Infarction and Pulmonary Embolism in COPD. CHEST. 2024;166:1347-59.
- Aaron SD. COPD Exacerbations and Future Risk of Serious Cardiovascular Events. CHEST. 2024;166(6):1262-3.
- Kirui BK, Santosa A, Li H, Vanfleteren L.E.G.W, Stridsman C, Nyberg F. Key Characteristics of Asthma Patients with COVID-19 Vary Substantially by Age. J Asthma Allergy. 2024;17:589-600.
- Packham S, Odling M, Bossios A, Konradsen JR, Stridsman C. Adherence to inhaled corticosteroid therapy and treatment escalation in the Swedish adult asthma population. Respir Med. 2024;231:107714.
- Konradsen JR, Selberg S, Ödling M, Sundbaum JK, Bossios A, Stridsman C. Treatable traits and exacerbation risk in patients with uncontrolled asthma prescribed GINA step 1–3 treatment: A nationwide asthma cohort study. Respir. 2024;29:942-50.
- Melhorn J, Lavoie G. Uncontrolled mild-to-moderate asthma may not be mild or moderate, or even asthma: The benefits of early phenotyping. Respirology. 2024;29(11):929-31.
- Lindh A, Giezeman M, Theander K, Zakrisson AB, Westerdahl E, Stridsman C. Factors Associated with Patient Education in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – A Primary Health Care Register-Based Study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2024;19:1069-77.
- Stridsman C, Martinsen O, Selberg S, Odling M, Konradsen JR. Uncontrolled asthma in school-aged children-a nationwide specialist care study. J Allergy Clin Immunol Glob. 2024;3:100227.

Kongressbidrag 2024

- Wallstrom O, Stridsman C, Lindberg A, Backman H, Vikjord S, Nyberg F, Vanfleteren L.E.G.W. Pre-COPD and Prism Patients in a Real-life COPD Cohort From the Swedish National Airway Register. Am J Respir Crit Care Med. 2024;209:A6766.
- Wallstrom O, Stridsman C, Lindberg A, Backman H, Vikjord S, Nyberg F, Vanfleteren L.E.G.W. Does PRISm or Pre-COPD affect cardiovascular outcomes among COPD-patients in the Swedish National Airway Register? ERJ. 2024 64(suppl 68):PA3017
- Kirui B, Vanfleteren L.E.G.W, Santosa A, Li H, Stridsman C, Nyberg F. COVID-19 risk and effect modification by vaccination in asthma. ERJ. 2024;64(suppl 68):OA5574.
- Stridsman C, Vanfleteren L, Asarnoj A, Bossios A, Konradsen JR. The bronchodilator response in childhood asthma, a comparison of ATS/ERS and GINA criteria in a register-based cohort. ERJ. 2024;64(suppl 68):OA3659.
- Stridsman C, Backman H, Vanfleteren L.E.G.W, Asarnoj A, Bossios A, Konradsen JR. Abnormal spirometry in pediatric asthma – real-life application of the updated ATS/ERS guidelines. ERJ. 2024;64(suppl 68):PA4045.

- Konradsen JR, Syk J, Stenberg H, Vanfleteren L.E.G.W, Bossios A, Stridsman C. Use of oral corticosteroids in adults with asthma in Swedish primary care. ERJ. 2024;64(suppl 68):PA3984.

- Selberg S, Karlsson Sundbaum J, Lindberg A, Konradsen JR, Stridsman C. Uncontrolled asthma associates with hospitalization and death due to COVID-19: a nationwide longitudinal study. ERJ. 2024;64(suppl 68):OA5448.

- Ödling M, Strömberg Celind F, Alving K, Konradsen JR, Stridsman C. Older age, allergy and uncontrolled disease associate with elevated FeNO in childhood asthma. ERJ. 2024;64(suppl 68):PA1325.

- Konradsen JR, Packham S, Syk J, Bossios A, Stridsman C. Characteristics and treatment escalation of severe uncontrolled asthma patients in primary care in Sweden. ERJ. 2024;64(suppl 68):PA743.

- Sulku J, Wallström O, Lindberg A, Vanfleteren L.E.G.W, Stridsman C. Young COPD in the Swedish National Airway Register. ERJ. 2024;64(suppl 68):PA1241.

- Axelsson M, Ödling M, Selberg S, Sterner T, Stridsman C. Which adult asthmatics receive patient education in Sweden? ERJ. 2024;64(suppl 68):OA5452.

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 8 % [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 1 143 enheter anslutna till registret sista december 2024. Av dessa var 951 primärvård, 164 specialiserad öppenvård (varav 104 barnmottagningar) och 28 slutenvårdsenheter. Andelen direktöverförd data är numera 95 %.

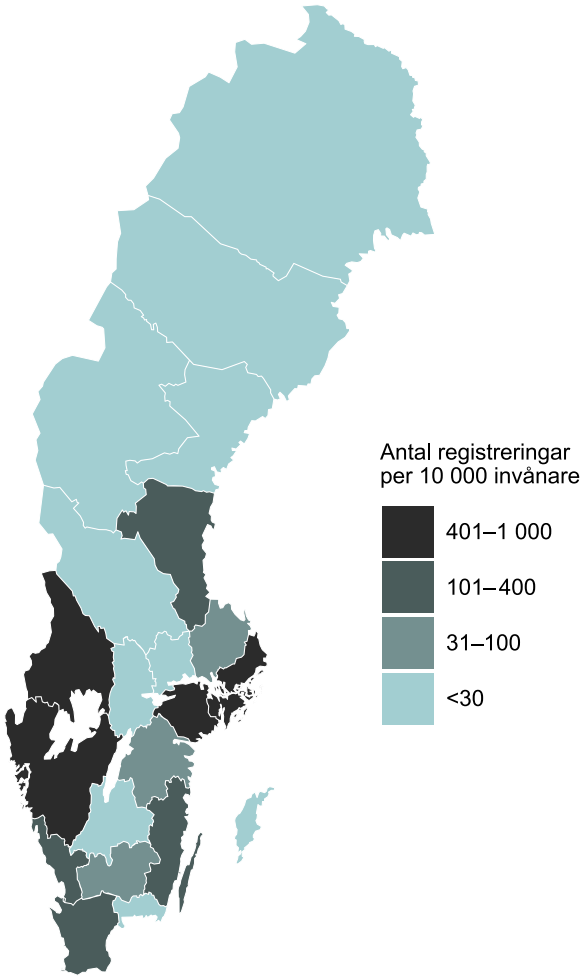
Registreringar per region

De regionerna med flest anslutna och registrerande enheter är i fallande ordning; Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Värmland, Sörmland, Gävleborg och Kalmar. Detta kan till viss del överensstämma 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 framförallt regioner som har initierat byte av journalsystem och där det nu finns en förväntan att direktöverföring av data ska implementeras. Luftvägsregistret ingår i projekt med regionerna där bland annat journalmallar finns utarbetade för att förenkla direktöverföring till registret.

Täckningsgrad

Täckningsgraden anges gemensamt för astma och KOL. Ett problem när täckningsgraden ska beräknas är att nämnaren är svårdefinierad. Epidemiologiska studier som visar på prevalensdata riskerar att 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. Få personer med astma och KOL får också uppföljningsbesök i vården, vilket gör att de inte är registrerade i Luftvägsregistret. I årsrapporten 2022 utfördes en täckningsgradsberäkning på gruppnivå som visade att antalet patienter i registret motsvarar 90 % av gruppen med astma/KOL som är i behov av underhållsbehandling. 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.

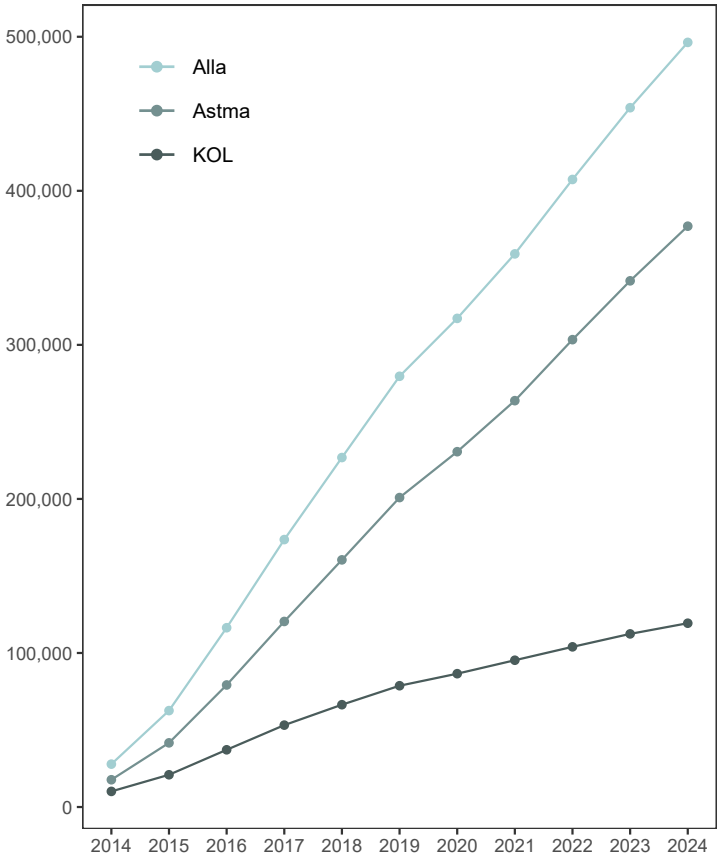


Kumulativt antal patienter

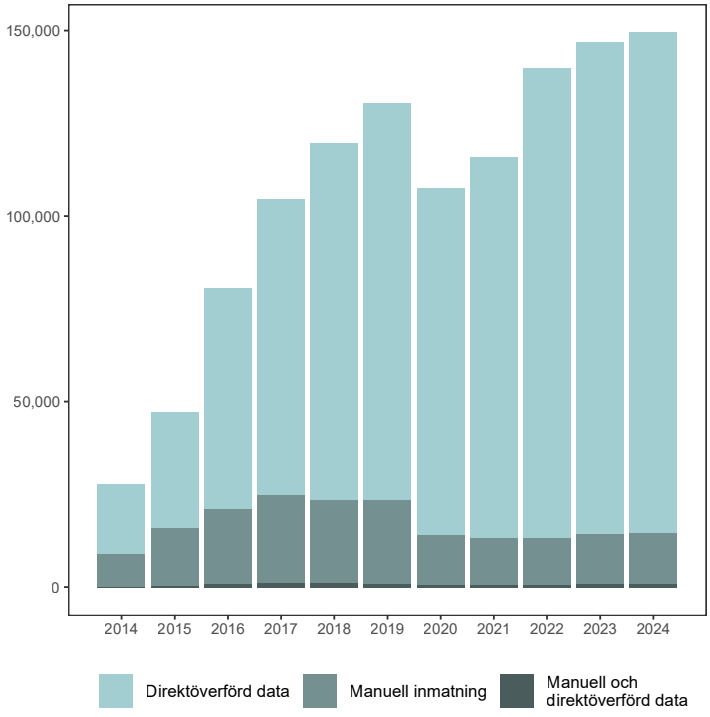
Från starten 2013 har registret utvecklats i snabb takt till att i december 2024 inkludera 500 000 patienter, där cirka två tredjedelar utgörs av personer med astma och en tredjedel av personer med KOL (Figur 2).

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 nära 2 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 150 000 år 2024.

FIGUR 2. Kumulativt antal patienter i Luftvägsregistret, från år 2014–2024, fördelade på totala antalet samt på diagnoserna astma och KOL. Patienter med både astma- och KOL-diagnos är kategoriserade i KOL-gruppen.



FIGUR 3. Antal patienter med registrerat besök under åren 2014 till 2024 uppdelat på patienter med manuell och/eller direktöverförd registrering.



Patientregistreringar 2024

I årets rapport har diagnoserna astma och KOL renodlats 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 av de 390 patienterna som registrerats har i genomsnitt haft 1,2 vårdtillfällen under 2024.

TABELL 1. Antal registreringar och unika patienter med besök under 2024.

Astma, öppenvård – barn	51 877	32 714	1,6
Astma, öppenvård – vuxna	141 674	78 745	1,8
KOL, öppenvård	93 422	40 739	2,3
KOL, slutenvård	481	390	1,2

Öppenvård: primärvård och sekundärvård.

Tabell 2 visar patientkaraktäristika för patienter med astma (n = 111 459) och KOL (n = 40 739) registrerade under 2024. Bland de med astma var andelen barn under 12 år 20 %, ungdomar 9 % och vuxna 71 %. Andelen kvinnor är högre i båda diagnosgrupperna och som förväntat skiljer sig genomsnittsåldern betydligt mellan astma och KOL. I årets rapport är det ca 15 % som kategoriserats till KOL-gruppen, som både har en astma och KOL-diagnos. Enbart distansbesök utfördes hos 10 % av de med astma och hos 5 % av de med KOL.

TABELL 2. Patienter med astma och KOL registrerade under 2024 i öppenvården.

Män, n (%)	48 460 (43,5)	17 325 (42,5)
Kvinnor, n (%)	62 999 (56,5)	23 414 (57,5)
Ålder, m (sd)	40,5	73,6
Barn upp till 11 år, n (%)	22 291 (20,0)	9*
Barn 12–17 år, n (%)	10 423 (9,4)	6*
Vuxna, n (%)	78 745 (70,6)	40 724
Rökare, n (%)	3 710 (3,3)	7 694 (18,9)
Endast distansbesök, n (%)	11 037 (9,9)	1 943 (4,8)

**Barn med KOL-diagnos är troligen felregistrering eller barn med bronkopulmonell dysplasi.*

Tolkning av data i årsrapporten

Registercentrum Västra Götaland har föreskrifter för att minska risken för röjande av känsliga patientuppgifter. I vissa analyser är därför andelsuppgifter 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. Ytterligare ett observandum är att registrerad data kan överföras med latens från enheterna. Därför förväntas siffrorna för 2024 års data stiga, vilket redovisas i nästa årsrapport.

Astma, öppenvård

Under 2024 registrerades 111 495 patienter med astma och av dessa registrerades 36 225 för första gången. Det samlade antalet astmapatienter i registret är 385 516. Av registrerade patienter är 13 291 (3,8 %) avlidna, varav 2 397 under året (Tabell 3).

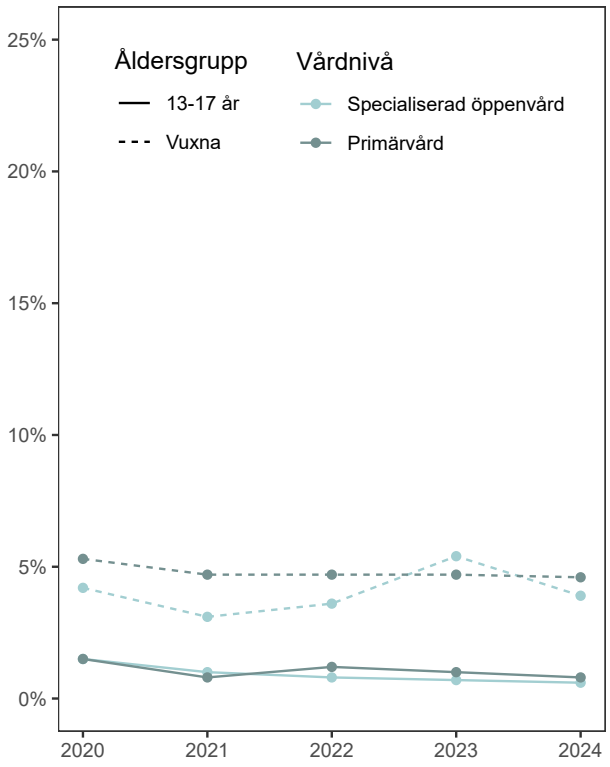
TABELL 3. Antal unika patienter med astma som har registrerats i Luftvägsregistret 2020 till 2024.

Patienter med besök under året	74 311	81 178	100 984	107 351	111 459
Nyregistrerade patienter	30 433	33 854	40 403	39 017	36 225
Kumulativt antal patienter	236 017	269 871	310 274	349 291	385 516
Avlidna under året	1 645	1 817	2 124	2 293	2 397
Avlidna kumulativt	4 660	6 477	8 601	10 894	13 291

Daglig tobaksrökning och erbjuden rökavvänjning

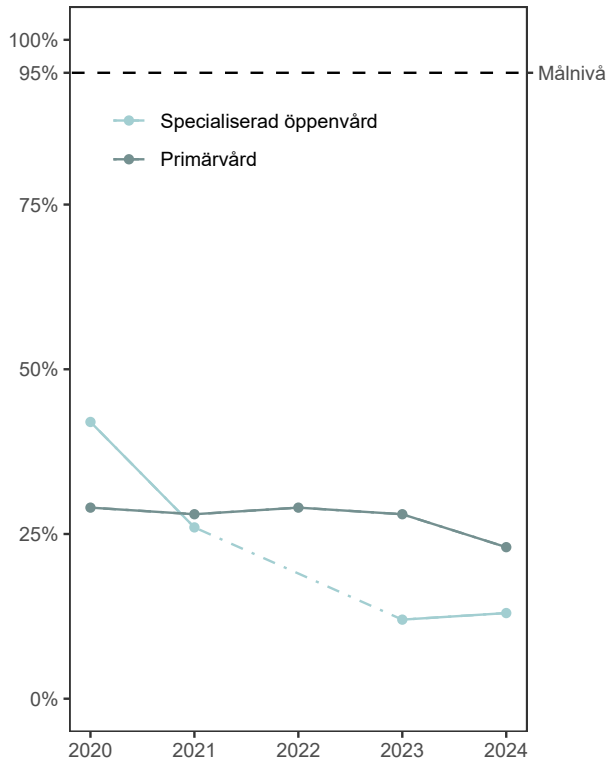
År 2024 uppgav Folkhälsomyndigheten att 5,4 % av befolkningen i Sverige röker dagligen. Samma år visar resultat från registret att prevalensen av daglig rökning bland patienter med astma är något lägre. I primärvården rapporterades 0,8 % av ungdomarna vara daglig rökare och 4,6 % av de vuxna. I den specialiserade öppenvården var prevalensen 0,6 % för ungdomar och 3,9 % för vuxna (Figur 4).

FIGUR 4. Prevalens av daglig rökning hos ungdomar och vuxna med astma.



Socialstyrelsen lyfter vikten av att ge stöd i att sluta röka till patienter med astma och åtgärden har en målnivå på 95 %. Figur 5 visar andel patienter med astma som röker och som erbjudits rökavvänjning och det är anmärkningsvärt att registreringar av erbjuden rökavvänjning senaste åren sjunkit. Både vid primärvården och den specialiserade öppenvården är åtgärden stabilt låg. Årets rapport visar att hälso- och sjukvård behöver ge stöd i att sluta röka till fler rökare med astma.

FIGUR 5. Trend för erbjuden rökavvänjning till vuxna patienter med astma som röker.



Daglig tobaksrökning och rökavvänjning

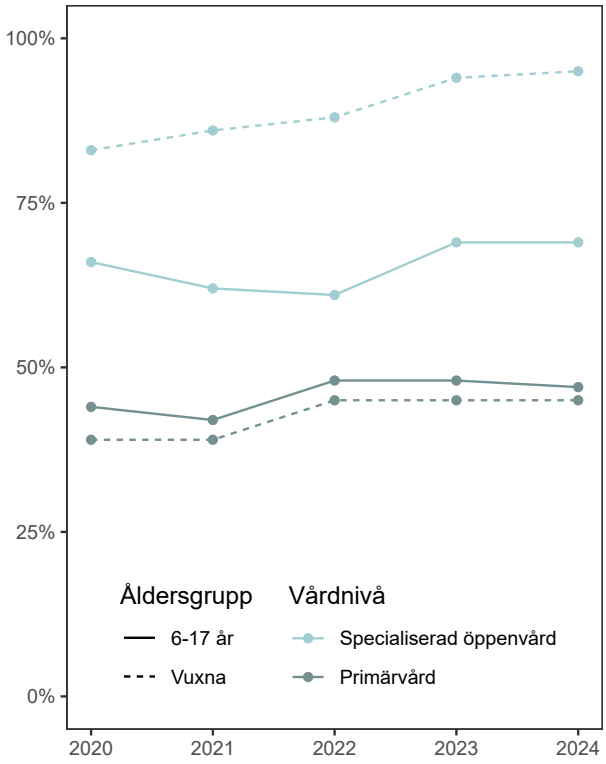
Tobaksrökning har en negativ effekt på sjukdomen astma genom att den ger en ökad neutrofil inflammation, vilket i sin tur leder till att kortikosteroider får sämre eller ingen effekt. Till följd av detta får patienter med astma mer symtom och sämre astmakontroll men även en ökad risk för akutbesök och 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, 8] 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 före pandemin, strax under 50 % hos både barn och vuxna i primärvården, medan andelen som får utföra spirometri vid den specialiserade öppenvården är högre (Figur 6).

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

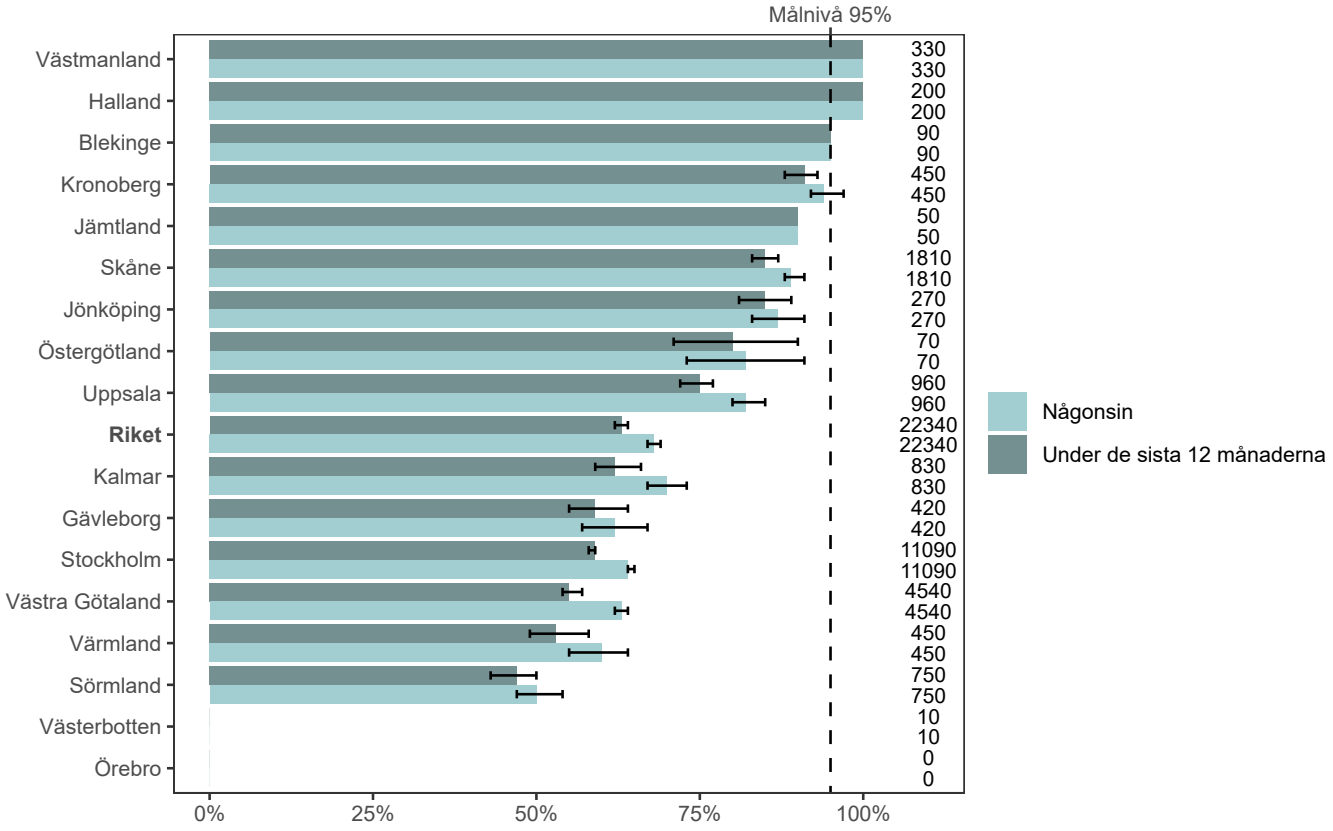


Spirometri

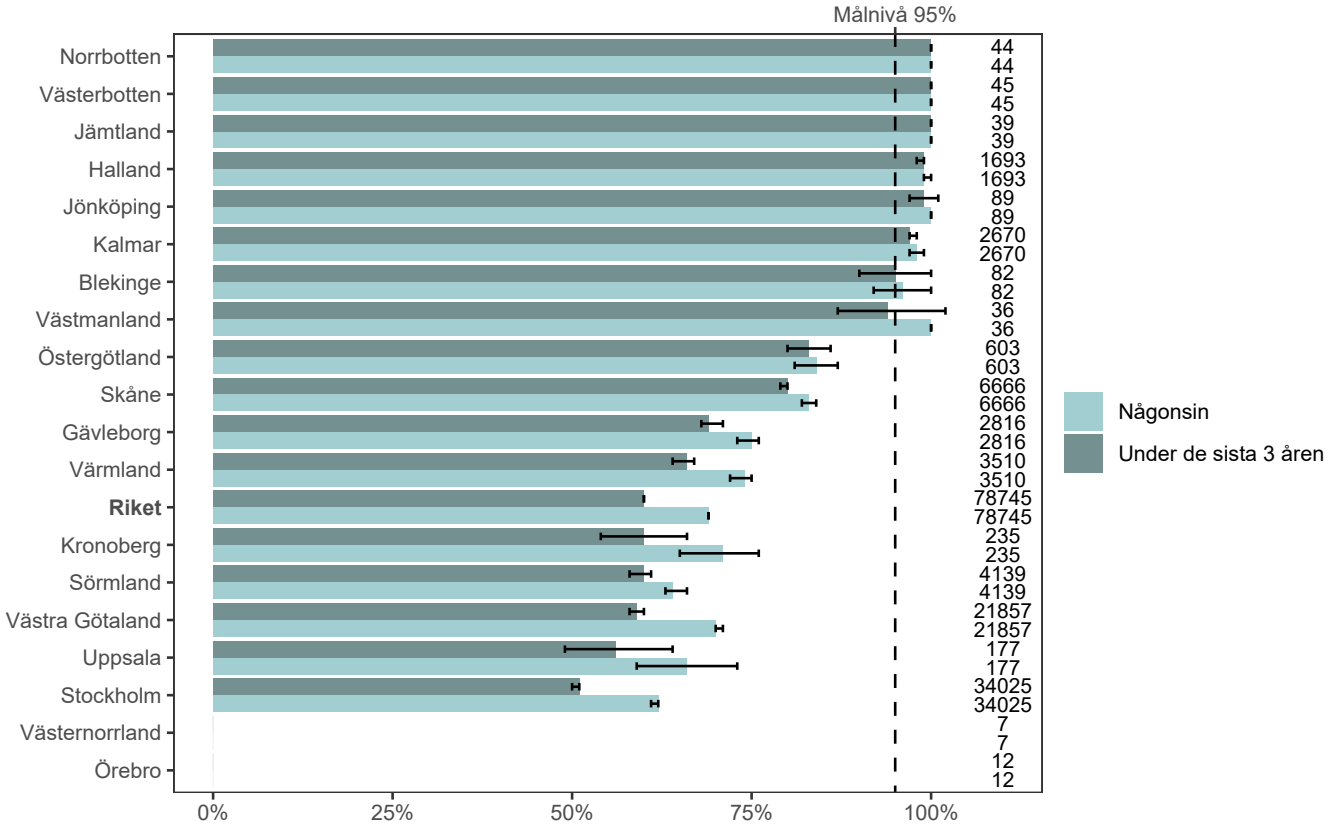
Astmadiagnosen grundas främst på anamnes och spirometri med bronkdilatationstest. Spirometri vid diagnostik prioriteras högt av Socialstyrelsen (prioritet 1, målnivå >95 %) [5, 8]. Normal spirometri är ett av kriterierna som ingår i bedömning av god astmakontroll. Socialstyrelsen rekommenderar återbesök 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 63 %) och som genomfört spirometri senaste året (nationellt medelvärde 64 %) (Figur 7A). Samma skillnader ses hos vuxna som någonsin genomfört spirometri (nationellt medelvärde 69 %) och som genomfört undersökningen de senaste 3 åren (nationellt medelvärde 60 %) (Figur 7B).

FIGUR 7A. Andel barn med astma (6–17 år) med vårdbesök under 2024 som under de senaste 12 månaderna och som någonsin genomfört spirometri, fördelat på regioner.



FIGUR 7B. Andel vuxna med astma med vårdbesök under 2024 som under de senaste 3 åren och som någonsin genomfört spirometri, fördelat på regioner.



Astmakontroll

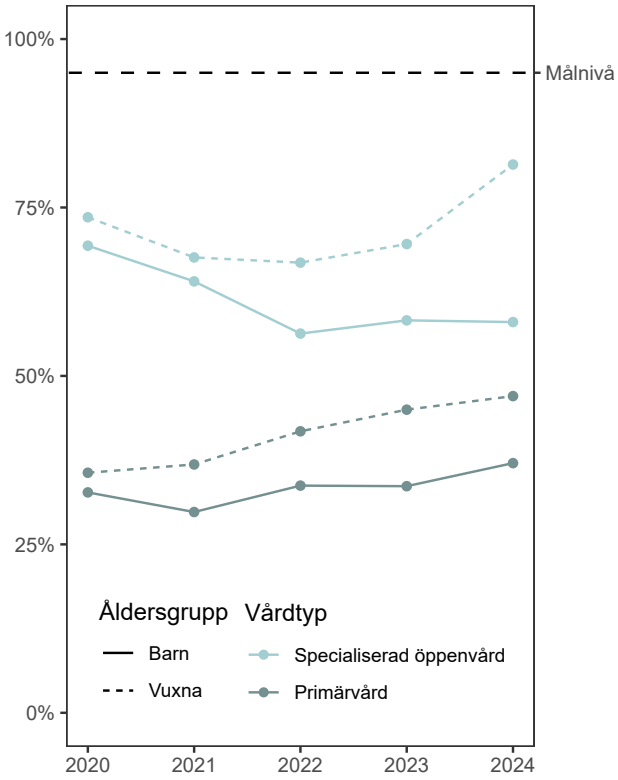
Under de senaste åren har en ökande andel barn och vuxna fått besvara Astma Kontroll Test (ACT) i primärvården. Vid den specialiserade öppenvården har den uppåtgående trenden dock sjunkit något för barn (Figur 8). Socialstyrelsens målnivå på 95 % uppnås ej.

Det är stor spridning i användningen av ACT mellan sjukvårdsregionerna och det nationella medelvärdet oavsett vårdnivå är 50 % (Figur 9).

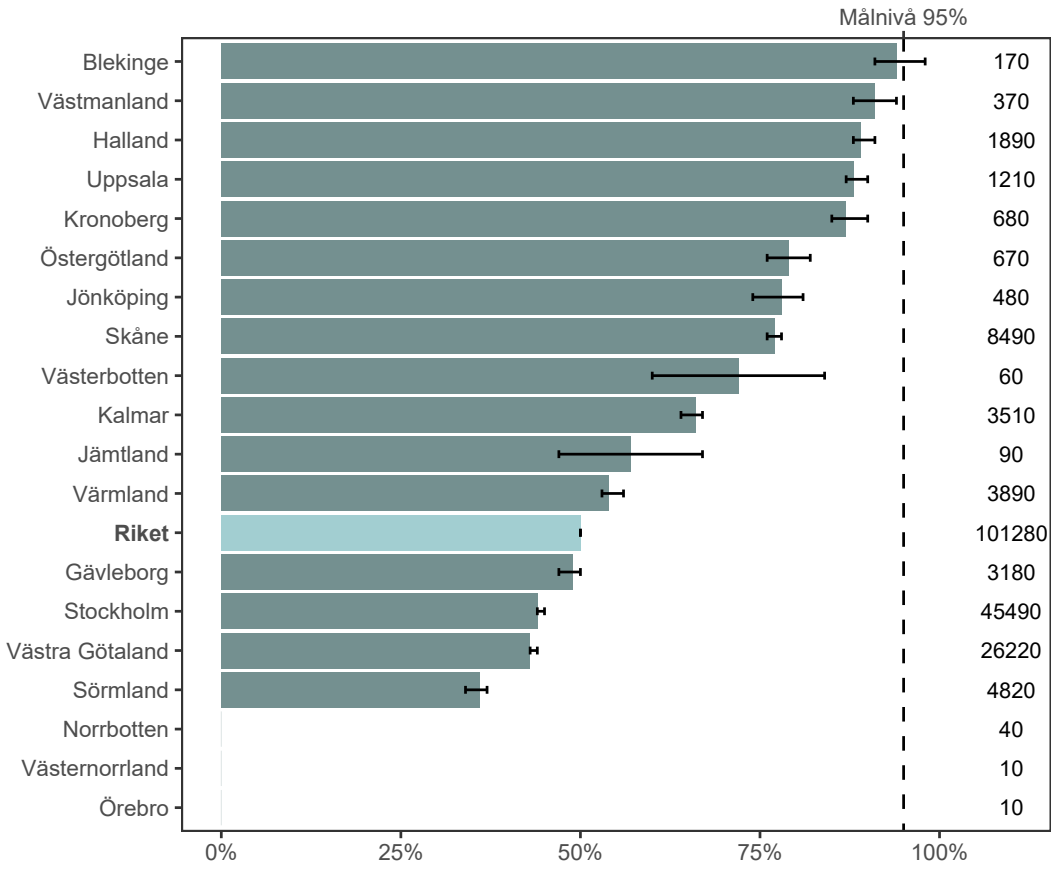
Astma kontroll test (ACT)

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, 8]. 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 8. Trend för hur många barn och vuxna med astma som besvarat Astma Kontroll Test (ACT).

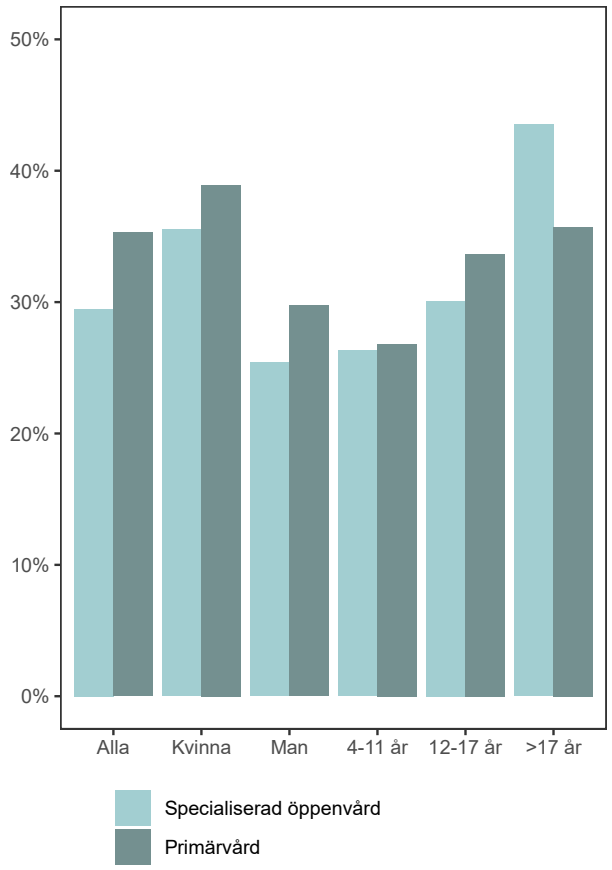


FIGUR 9. Andel patienter som besvarat Astma Kontroll Test (ACT) senaste 18 månaderna, fördelat på regioner.



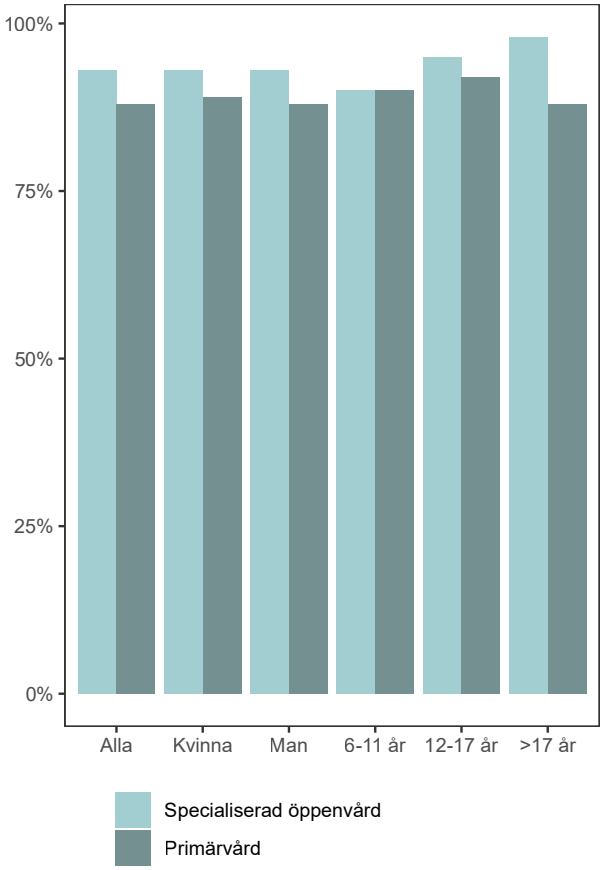
Av de som besvarat ACT hade 35 % av patienter i primärvården en okontrollerad astma, och 29 % i den specialiserade öppenvården. Okontrollerad astma förekommer oftare hos kvinnor och mera frekvent med ökad ålder. Högst förekomst av okontrollerad astma ses hos vuxna vid den specialiserade öppenvården. Figur 10 visar andelen med okontrollerad astma per ålder, kön och vårdnivå.

FIGUR 10. Andel patienter med okontrollerad astma (ACT≤19) senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön, ålder och vårdnivå.



Enligt Socialstyrelsen bör spirometrier utföras årligen på patienter med okontrollerad astma. Året rapport visar det positiva resultatet att oavsett vårdnivå och ålder utförs spirometer på över 80 % av alla med okontrollerad astma (Figur 11).

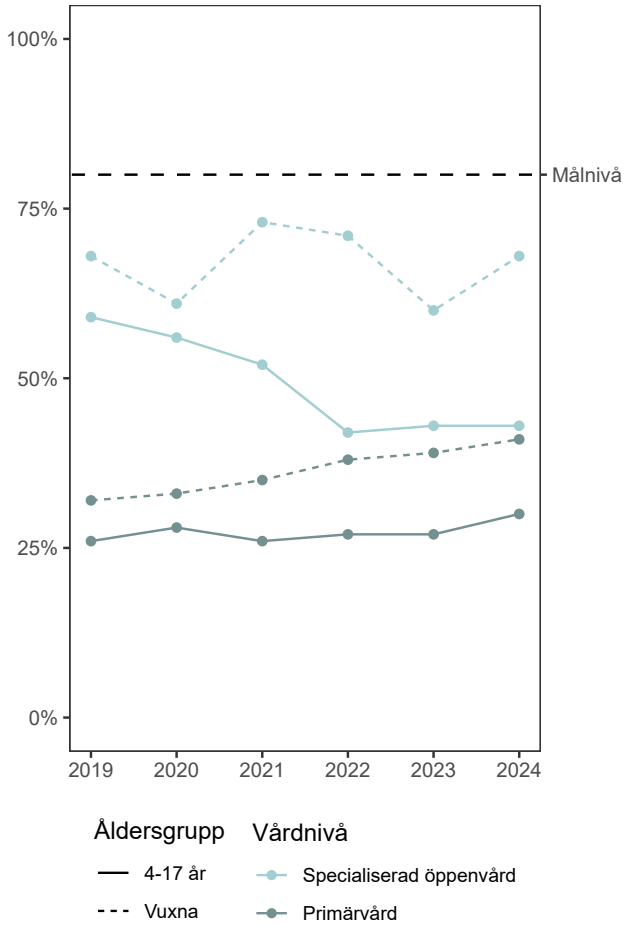
FIGUR 11. Andel patienter med okontrollerad astma (ACT ≤19) som har genomfört spirometri senaste 18 månaderna, total samt fördelat på kön, ålder och vårdnivå.



Patientutbildning

Andelen barn och vuxna som fått patientutbildning ökar i primärvård och i den specialiserade vården bland vuxna. Trots ökningen nås ej Socialstyrelsens målnivå på 80 %. Patientutbildning ges oftast till vuxna i den specialiserade öppenvården och minst till barn i primärvården (Figur 12).

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

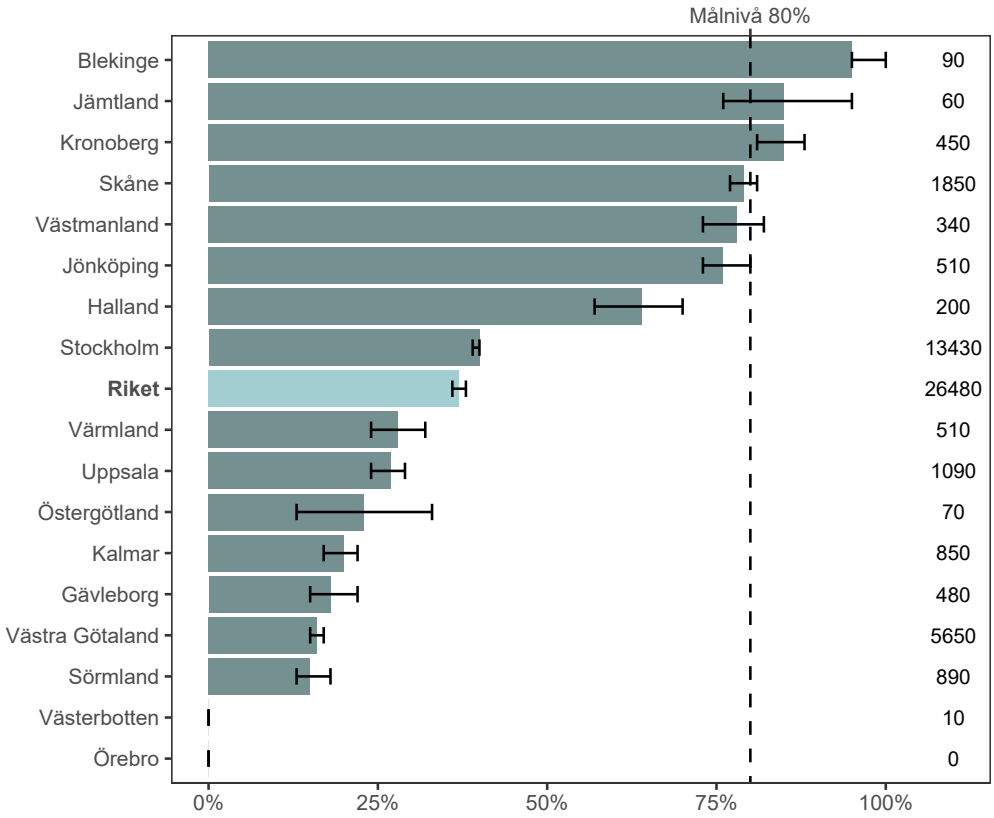


Patientutbildning

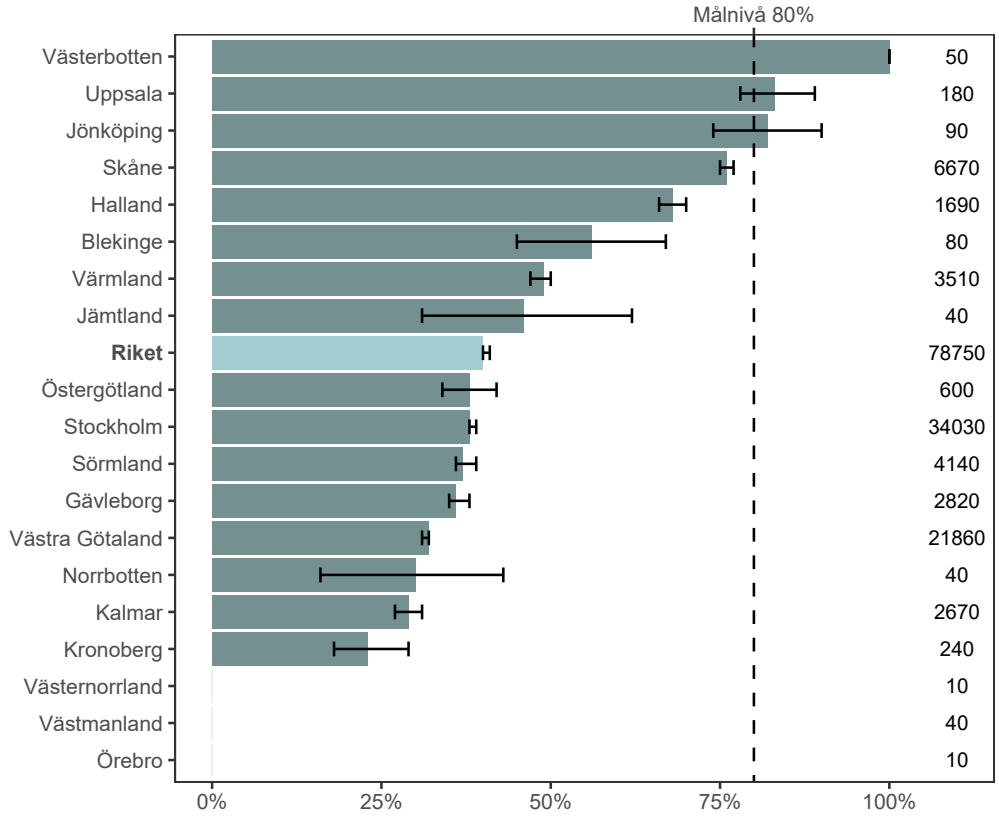
Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar att personer med astma bör erbjudas patientutbildning och stöd till egenvård såväl individuellt som i grupp (prioritet 3, målnivå >80 %) [5, 8]. Med strukturerad patientutbildning menas bland annat att patienten har fått utbildning om sin sjukdom, läkemedelsbehandling, egenvård och/eller riskfaktorer. Åtgärden anses öka kunskapen om astma, förbättra livskvaliteten samt minska antalet exacerbationer, akutbesök och sjukhusvistelse.

Bland patienter som uppsökt vården under 2024 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 40 % bland vuxna (Figur 13A och B).

FIGUR 13A. Andel barn med astma som någonsin genomgått patientutbildning fördelade på regioner, vårdbesök under 2024.



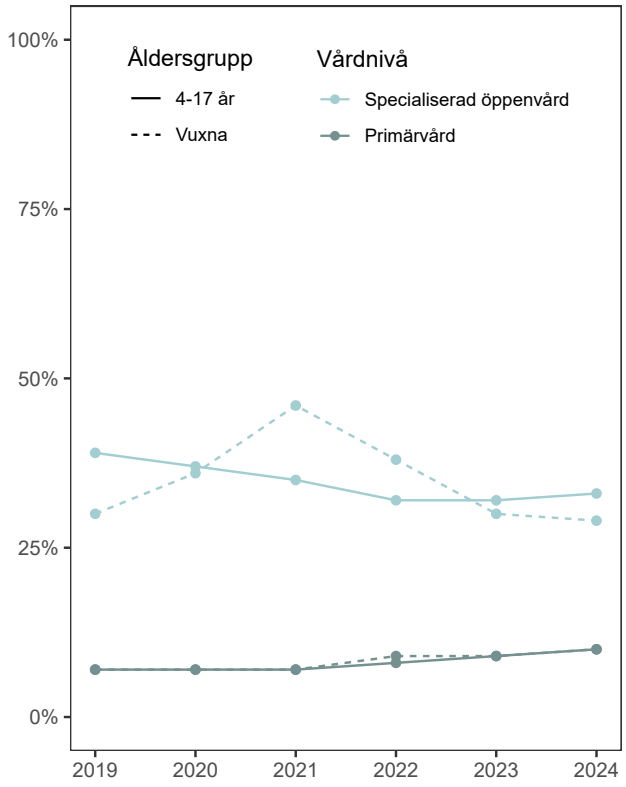
FIGUR 13B. Andel vuxna med astma som någonsin genomgått patientutbildning fördelade på regioner, vårdbesök under 2024.



Skriftlig behandlingsplan

Fortfarande är det en låg andel av patienter med astma som får en skriftlig behandlingsplan. Under åren har endast cirka 10 % av patienterna i primärvården och 25 % i den specialiserade öppenvården erhållit en skriftlig behandlingsplan (Figur 14). Varför implementeringstakten är långsam är något som bör utredas vidare, men kan bero på att få regioner har en skriftlig behandlingsplan integrerad i journalsystemen.

FIGUR 14. Trend för hur många patienter med astma som erhållit skriftlig behandlingsplan.



Skriftlig behandlingsplan

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, 8].

Läkemedelsbehandling vid astma

Under 2024 i primärvården fick 54 % av barnen astmabehandling motsvarande steg 1–2 och 46 % steg 3–4 behandling. Motsvarande siffror i den specialiserade öppenvården var 40 % steg 1–2, 59 % steg 3–4 och 1 % steg 5 behandling. För vuxna i primärvården var fördelningen enligt följande; 30 % steg 1–2, 70 % steg 3–4, och vid den specialiserade öppenvården; 6 % steg 1–2, 79 % steg 3–4 och 15 % steg 5. Under 2024 registrerades 30 barn med biologisk behandling (Omalizumab n = 20 och Dupilumab n = 10) och 70 vuxna (Omalizumab n = 20, Dupilumab n = 20, Benralizumab n = 10, Mepolizumab n = 30, Tezepelumab n = 10).

Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer rekommenderas ej längre enbart luftrörsvidgande behandling till skolbarn och vuxna med astma. Årets rapport visar att utskrivningen av enbart luftrörsvidgande behandling (SABA) minskar både bland barn (medelvärde riket 19 %) och vuxna (medelvärde riket 13 %) jämfört med 2023 då medelvärdet var 27 % för barn och vuxna (Figur 15A och 15B).

Läkemedelsbehandling vid astma

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 FABA (Fast acting beta-2-receptoragonists), beta-2-receptoragonister med snabbt insättande effekt, med kort eller lång verkningstid.

ICS = inhalationskortikosteroider, SABA snabbverkande β2-agonist

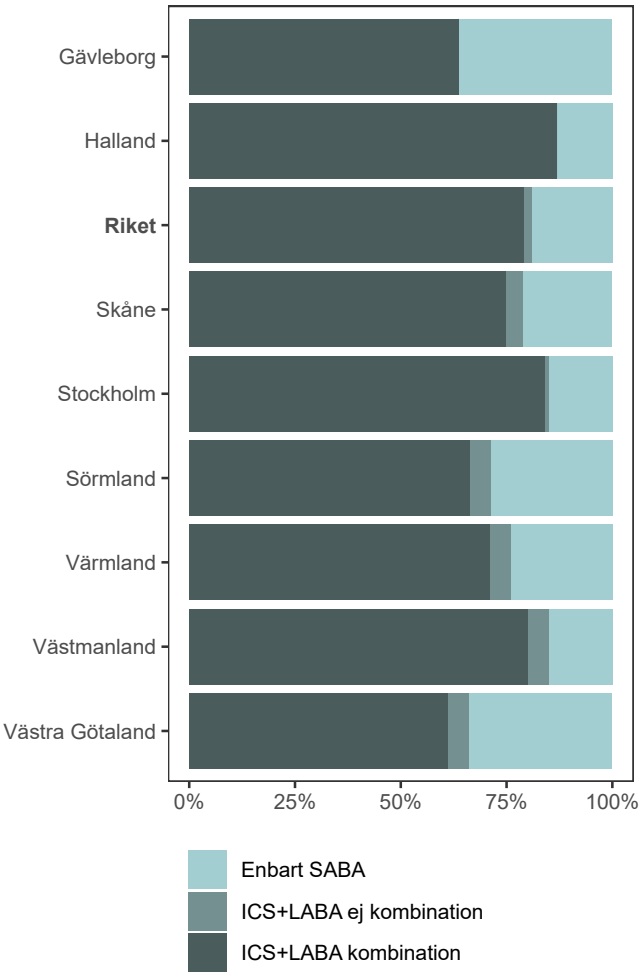
LABA = långverkande β2-agonist

LAMA = långverkande antikolinergika

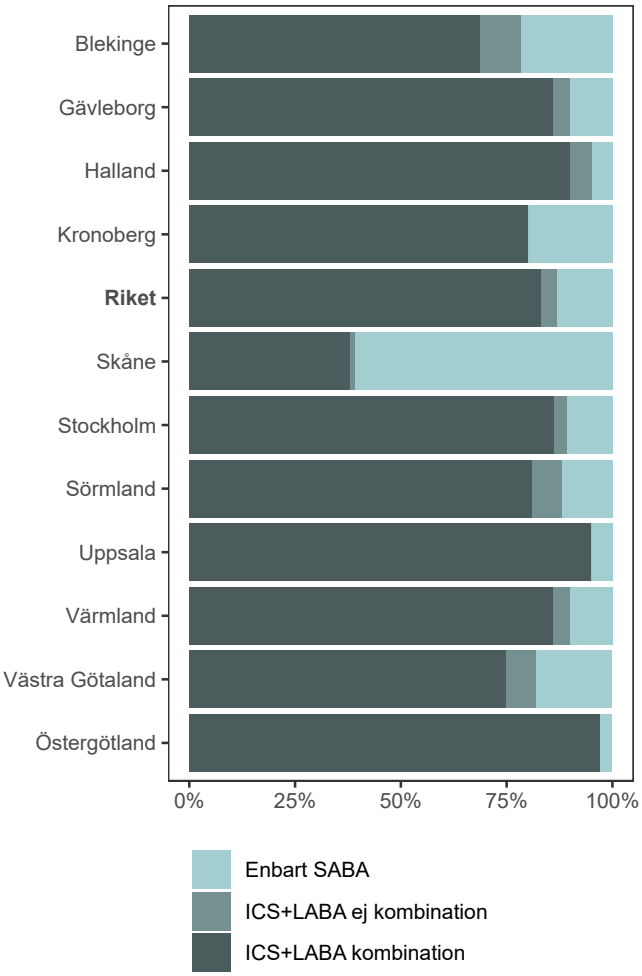
LTRA = leukotrienreceptorantagonist

OCS = orala kortikosteorider

FIGUR 15A. 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 15B. Regionala skillnader på förskrivning av astmaläkemedel till vuxna uppdelat på enbart SABA, ICS+LABA i två olika inhalatorer och ICS+LABA i en inhalator.



KOL, öppenvård

Under 2024 registrerades 40 739 patienter med KOL och av dessa registrerades 8 112 för första gången. Det samlade antalet KOL-patienter i registret är 129 691. Av registrerade patienter är 36 964 (28,5 %) avlidna, varav 5 530 under året (Tabell 4).

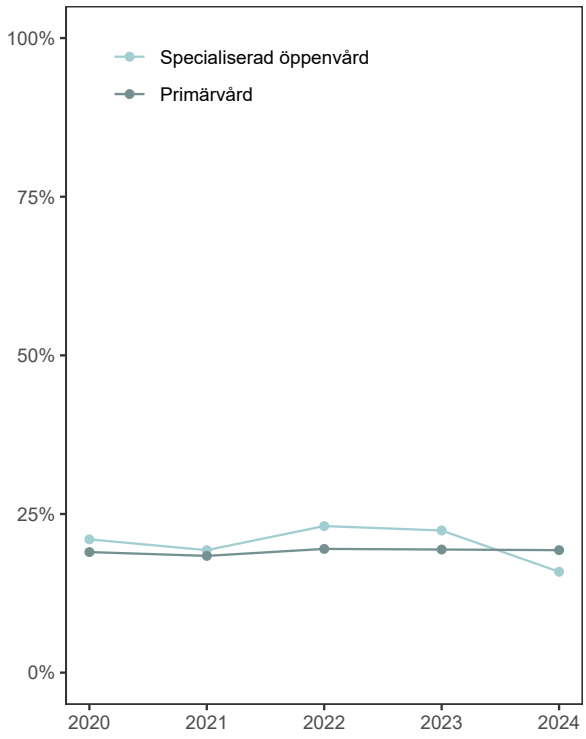
TABELL 4. Antal patienter med KOL som har registrerats i Luftvägsregistret 2020 till 2024.

Patienter med besök under året	35 117	36 825	41 301	42 270	40 739
Nyregistrerade patienter	8 784	9 675	9 925	9 712	8 112
Kumulativt antal patienter	92 267	101 942	111 867	121 579	129 691
Avlidna under året	4 656	4 813	5 357	5 654	5 530
Avlidna kumulativt	15 610	20 423	25 780	31 434	36 964

Daglig tobaksrökning och erbjuden rökavvänjning

Enligt Folkhälsomyndigheten är 5,4 % av Sveriges befolkning daglig rökare och som förväntat är prevalensen högre bland patienter med KOL. Under 2024 i primärvården rapporterades 19 % av patienter med KOL vara daglig rökare och 16 % i den specialiserade öppenvården. Prevalensen har varit stabil under åren, men något längre vid den specialiserade öppenvården under 2024 (Figur 16).

FIGUR 16. Prevalens av daglig rökning bland patienter med KOL.

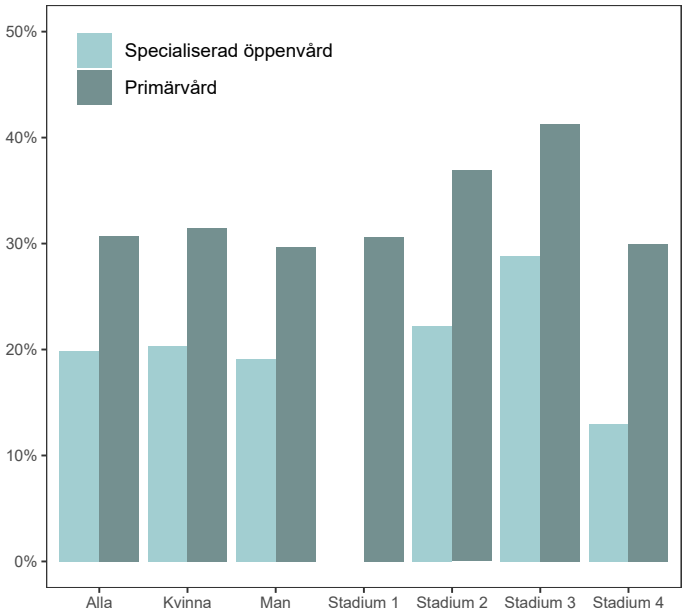


Daglig tobaksrökning och rökavvänjning

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 ≥95 %) [5, 8]. Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter med KOL-diagnos som röker och som har fått erbjudande om rökavvänjning [9].

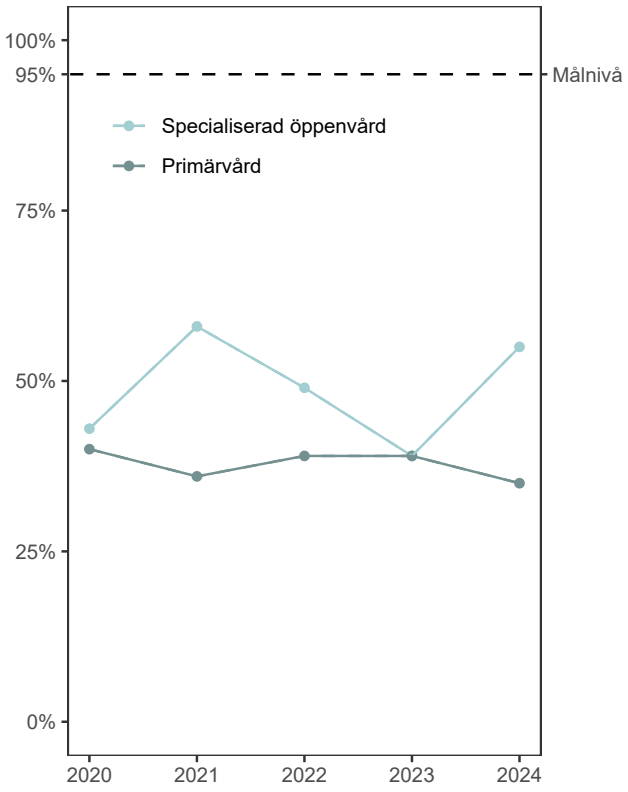
Registrering av daglig tobaksrökning 18 månader från vårdbesöket under 2024 visar på högre prevalenssiffror än den årliga inrapporteringen. Genom att se tillbaka 18 månader i tiden från vårdbesöket ges möjlighet att inkludera fler journaluppgifter om rökvanor. I primärvården rapporteras prevalensen av daglig rökning till 31 % och 20 % vid den specialiserade öppenvården. Det är en marginellt högre andel kvinnor än män som röker (Figur 17).

FIGUR 17. Andel patienter med KOL som röker, senaste 18 månader, totalt samt per kön, KOL-stadium och vårdnivå.



Vikten av att erbjuda rökavväning till patienter med KOL lyfts både av Socialstyrelsen och i vårdförloppet för KOL. Socialstyrelsens målnivå är 95 % och årets rapport visar att få patienter får den rekommenderade åtgärden. I primärvården har trenden av erbjuden rökavvänjning legat på en jämn nivå under de senaste åren, där 35–40 % av rökarna erbjuds rökavvänjning. Vid den specialiserade öppenvården varierar inrapportering av åtgärden årligen, men 2024 ses glädande en uppåtgående trend (Figur 18).

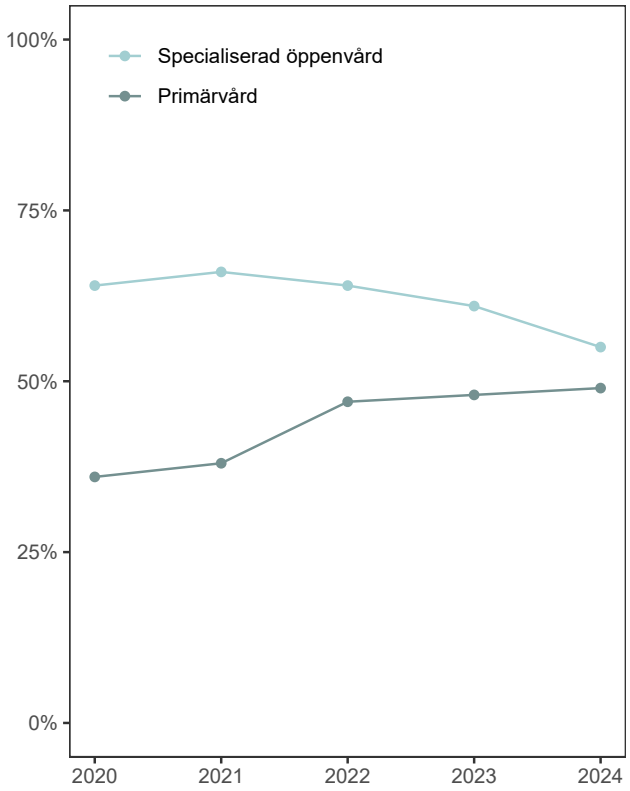
FIGUR 18. Trend för erbjuden rökavvänjning till patienter med KOL som röker.



Spirometri

Efter pandemin utförs fler spirometrier årligen i primärvården, medan motsatt förhållande ses vid den specialiserade öppenvården. Under 2024 fick 49 % av patienterna med ett vårdbesök i primärvården utföra spirometri och 55 % i den specialiserade öppenvården. Att färre spirometrier utförs årligen vid den specialiserade öppenvården kan bero på att fler följer riktlinjen om att spirometrier endast behöver utföras årligen de fem första åren efter diagnostik. I primärvården diagnostiseras fler patienter, därav är den uppåtgående trenden i primärvården positiv (Figur 19).

FIGUR 19. Trend för utförda spirometriundersökningar vid KOL.

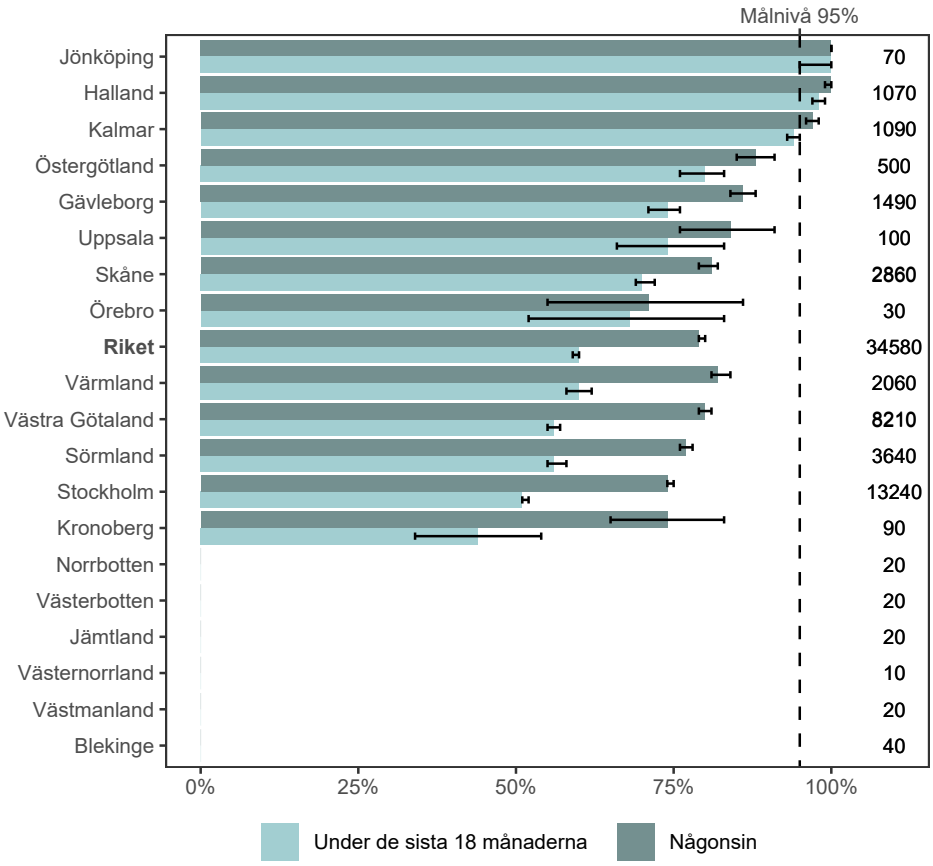


Spirometri

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, 8]. Indikator i vårdförloppet för KOL: Andel patienter som vid diagnostisering av KOL har genomgått mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation [9].

År 2024 hade 60 % av patienterna i Sverige som uppsökt vården fått utföra en spirometri under de senaste 18 månaderna, och 79 % hade någonsin utfört undersökningen. En marginellt högre andel män än kvinnor fick utföra spirometri vid den specialiserade öppenvården medan ingen könsskillnad ses i primärvården. Socialstyrelsens målnivå för spirometri vid diagnostik av KOL är 95 % och årets rapport visar att hälso- och sjukvård har blivit bättre på att använda sig av spirometriverktyget vid diagnostik (analys om någonsin utförd spirometri), men att målnivån fortfarande inte nås av alla regioner (Figur 20).

FIGUR 20. Andel patienter med KOL med vårdbesök under 2024 som under de senaste 18 månaderna och som någonsin genomfört spirometri, fördelat på regioner.

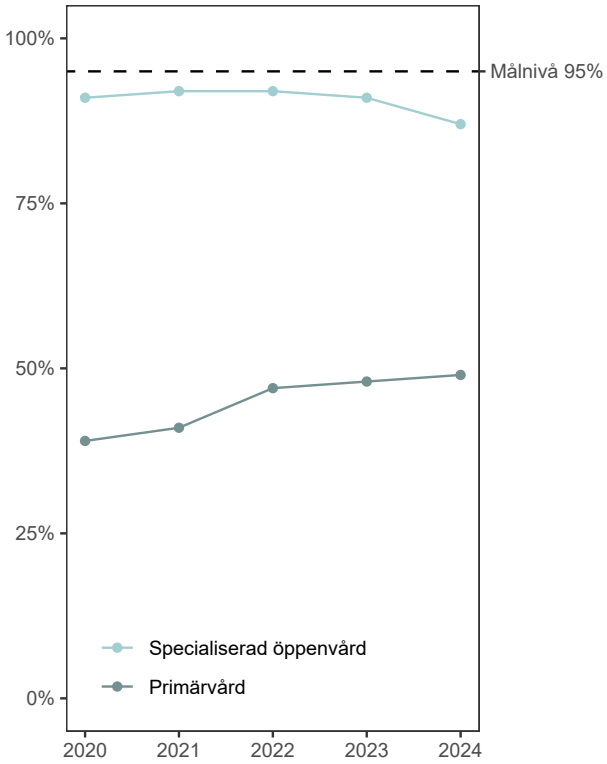


Symtombörda uppmätt med COPD Assessment Test (CAT)

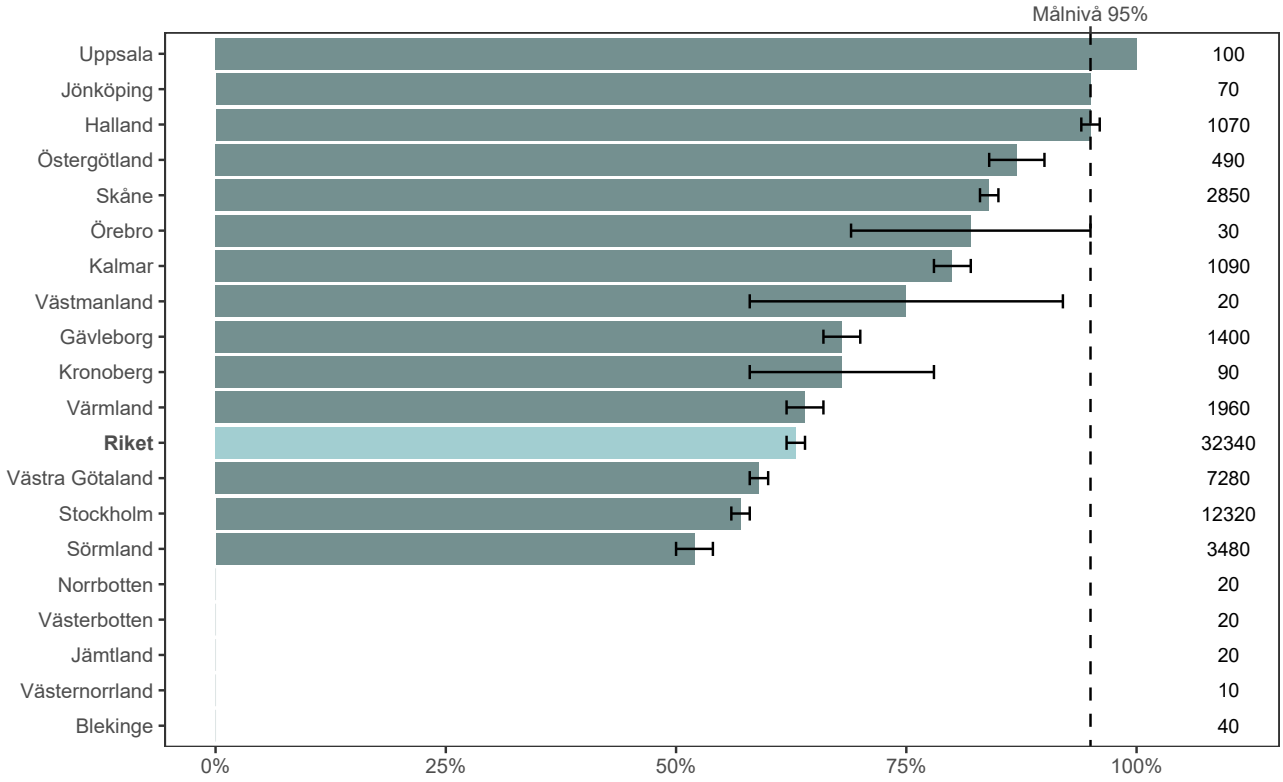
Den årliga användningen av COPD Assessment Test (CAT) är numera cirka 50 % i primärvården och 90 % vid den specialiserade öppenvården. I primärvården är trenden av CAT-användningen stabil, medan en lågt nedåtgående trend ses vid den specialiserade öppenvården (Figur 21).

Det är stor spridning i användningen av CAT mellan regionerna och det nationella medelvärdet oavsett vårdnivå är 63 %, vilket är lägre än Socialstyrelsens målnivå på 95 % (Figur 22).

FIGUR 21. Trend för hur många patienter med KOL som besvarat COPD Assessment Test (CAT).

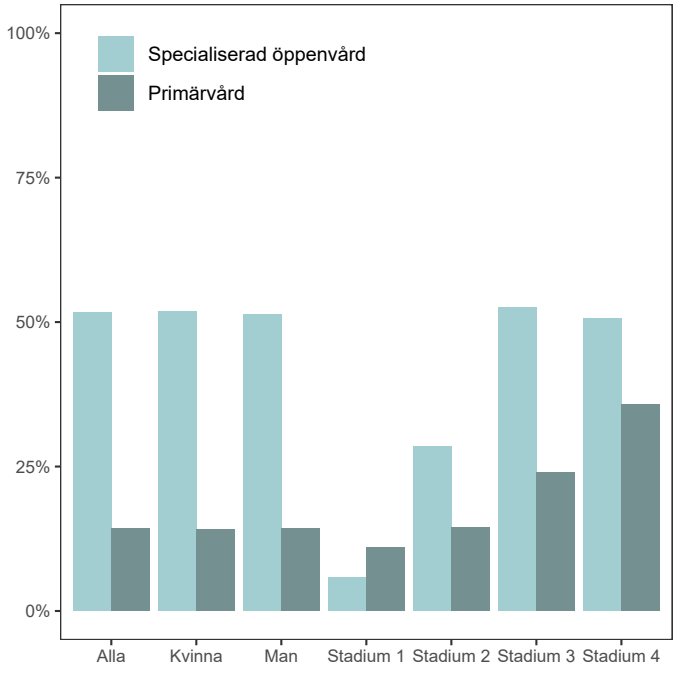


FIGUR 22. Andel patienter som besvarat COPD Assessment Test (CAT) senaste 18 månaderna, fördelat på regioner.



Av de som besvarat CAT hade 14 % av patienterna i primärvården CAT ≥18 och 52 % vid den specialiserade öppenvården, med jämn könsfördelning. Som förväntat ökar andelen med hög symtombörda med ökad lungfunktionsnedsättning (Figur 23). Resultatet antyder att patienter med högre symtombörda remitteras till specialiserad öppenvård, vilket betyder att patienter vårdas på rätt vårdnivå.

FIGUR 23. Andel patienter med KOL och COPD assessment Test (CAT) poäng 18 eller högre, senaste 18 månaderna, totalt samt fördelat på kön, KOL-stadium och vårdnivå.



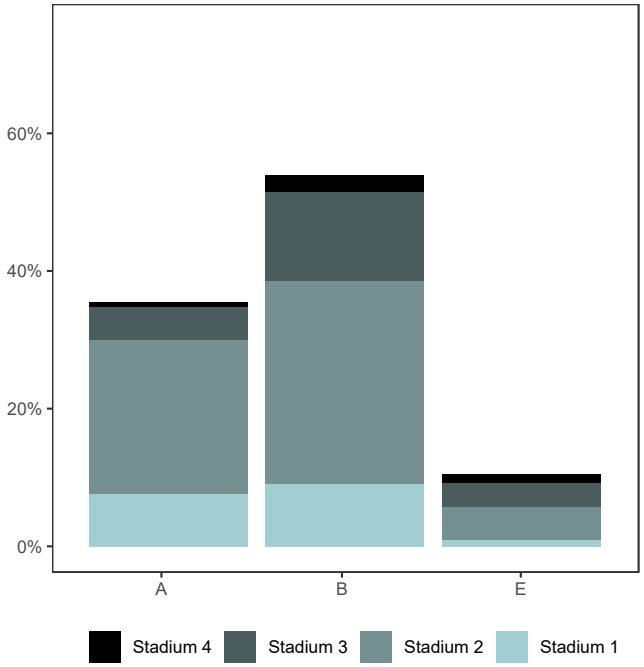
COPD Assessment Test (CAT)

CAT är ett validerat frågeformulär för symtomskattning som enligt Socialstyrelsens bör användas i vård av patienter med KOL (prioritet 2, målnivå ≥95 %) [5, 8]. Symtomskattning indelas traditionellt i ”liten symtombörda”, CAT <10 och ”hög symtombörda”, CAT ≥10. Forskning har visat att gränsen 10 är låg, och vad gäller långtidsprognos vid KOL är en gräns CAT ≥18 eller CAT ≥20 mer utslagsgivande och antyder en högre symtombörda. CAT ≥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) [9].

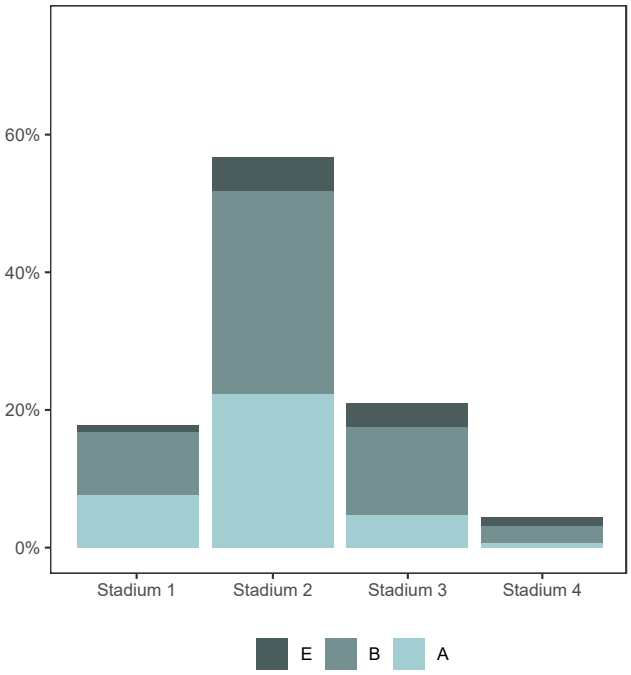
Gradering av KOL – A, B och E

Fördelningen av GOLD A, B och E och den spirometriska klassificeringen GOLD 1–4 följer fördelningen som beskrivs i epidemiologiskas studier. De flesta patienter klassificeras till GOLD A och B, medan den lägsta andelen återfinns i GOLD E. Klassificerat med lungfunktion så återfinns över 50 % av patienterna i GOLD stadium 2 (medelsvår KOL). Figur 24A 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 (stadium 3–4). Figur 24B visar att patienter i GOLD E återfinns i alla spirometriska stadier av KOL.

FIGUR 24A. Fördelning av GOLD 1–4 (klassificerat via lungfunktion) i GOLD grupp A, B och E (klassificerat via symtom och exacerbationer).



FIGUR 24B. För delning av GOLD grupp A, B och E (klassificerat via symtom och exacerbationer) i GOLD 1–4 (klassificerat via lungfunktion).



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, 10]. 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).

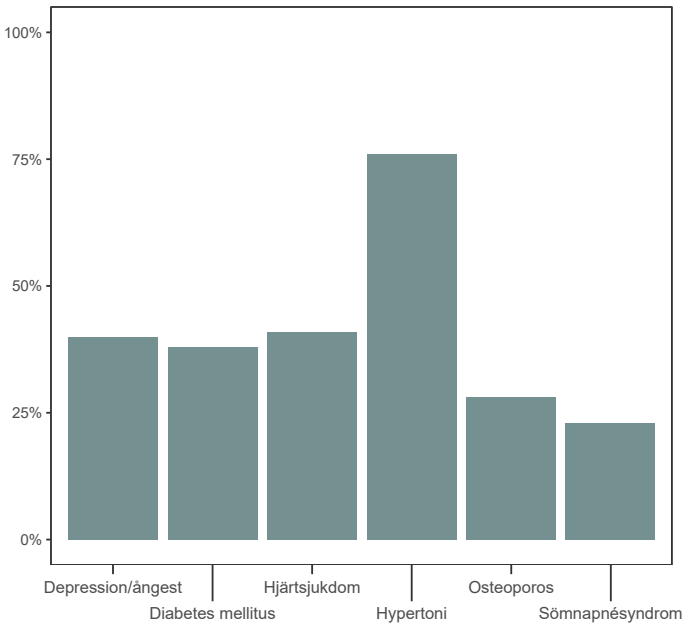
GOLD B: CAT ≥10 (mMRC ≥2) och <2 exacerbationer (varav ingen sjukhusvårdad).

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

Samsjuklighet

Samsjuklighet vid KOL är vanligt förekommande och enligt årets rapport är den vanligaste samsjukligheten hypertoni (76 %), följd av hjärtsjukdom (41 %), depression/ångest (40 %), diabetes (38 %), osteoporos (28 %) och sömnapné (23 %).

FIGUR 25. Fördelning av samsjuklighet hos patienter med KOL registrerade under 2024.



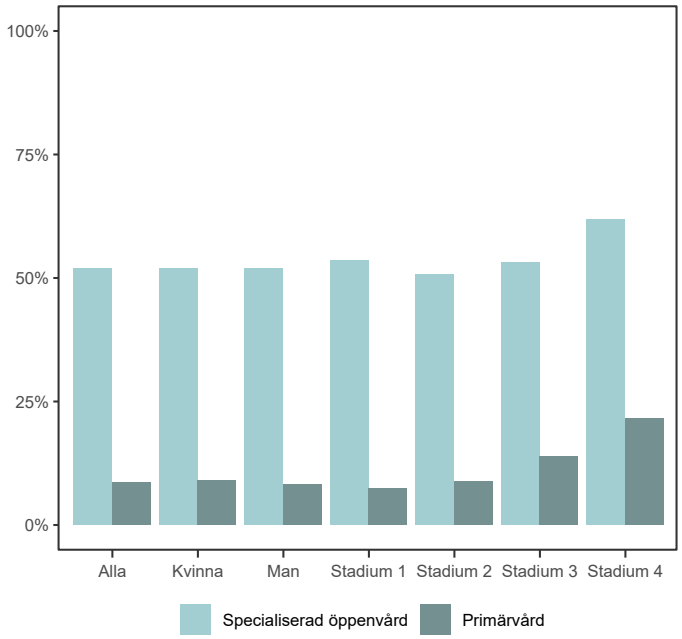
Samsjuklighet

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 [9].

Sex minuters gångtest

Sex minuters gångtest rekommenderas högt av Socialstyrelsen och finns även med som en indikator i det nationella vårdförloppet för KOL. Trots det är det fortfarande en låg andel av patienter med KOL som får utföra testet. Endast 8 % av patienterna i primärvården och 52 % vid den specialiserade öppenvården har vid något tillfälle utfört testet. Inga könsskillnader ses och testet utförs mer frekvent med ökad svårighetsgrad av KOL (Figur 26).

FIGUR 26. Andel patienter som någonsin utfört sex minuters gångtest, totalt samt fördelat på kön och vårdnivå.



Sex minuters gångtest

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 [9].

Patientutbildning

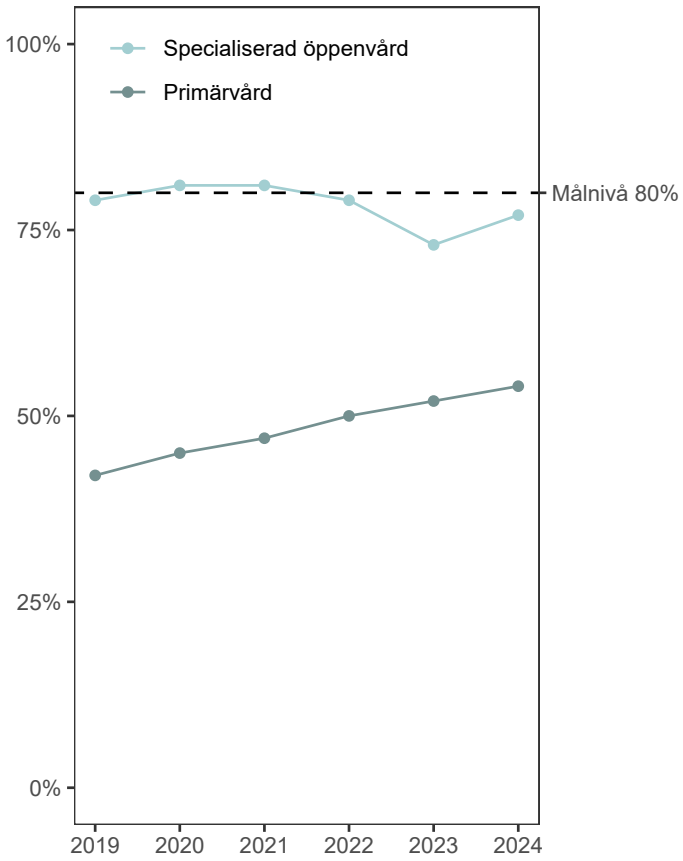
Andelen patienter med KOL som någonsin fått patientutbildning ökar i primärvården men når ej Socialstyrelsens målnivå på 80 %. Efter en nedgång i den specialiserade öppenvården ökar insatsen åter under 2024. Senaste året hade 54 % av patienterna i primärvården och 77 % vid den specialiserade öppenvården fått utbildningsinsatser (Figur 27). Generellt är det en något högre andel kvinnor än män som fått patientutbildning.

Bland patienter som uppsökt vården under 2024 är det stora regionala skillnader i hur många patienter med KOL som vid något tillfälle genomgått patientutbildning, med ett nationellt medelvärde på 55 % (Figur 28).

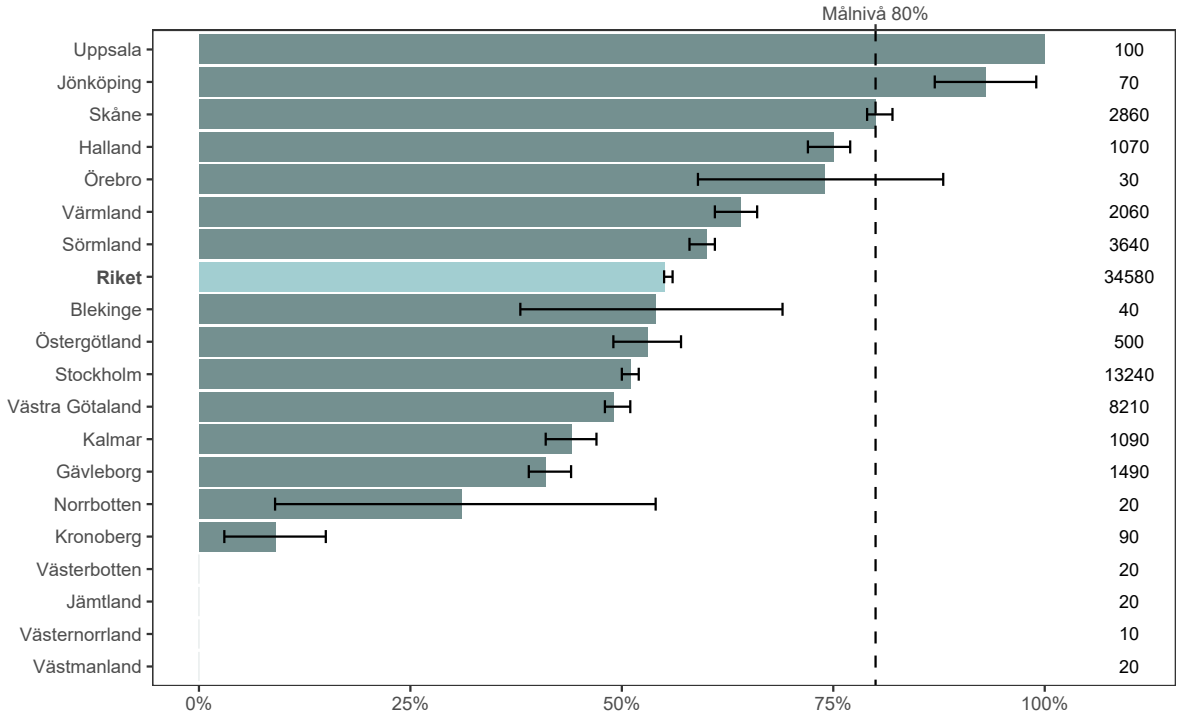
Patientutbildning

Enligt Socialstyrelsens bör patientutbildning, i grupp eller individuellt, erbjudas till patienter med KOL (prioritet 3, målnivå ≥ 80 %) [5, 8]. 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 [9].

FIGUR 27. Trend för hur många patienter med KOL som någonsin genomgått patientutbildning.



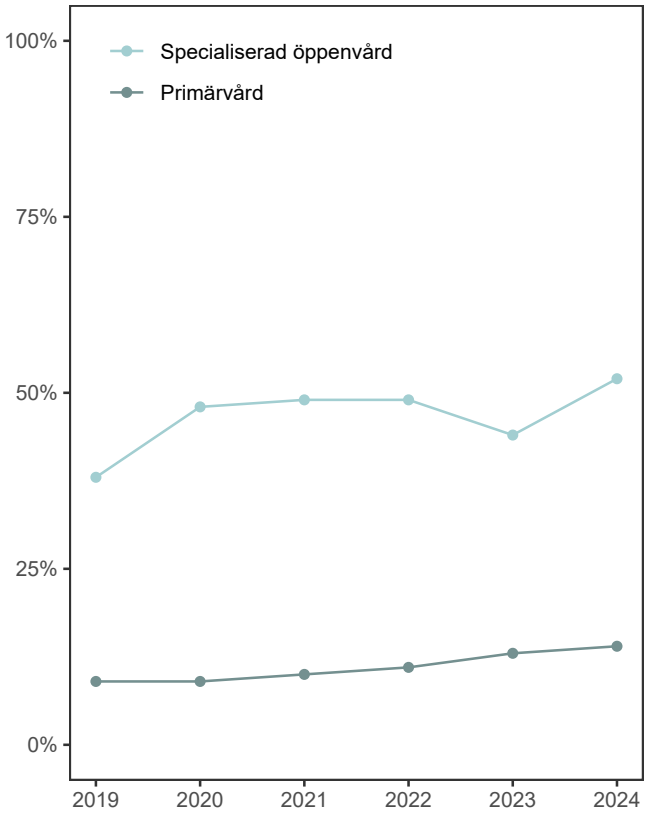
FIGUR 28. Andel patienter med KOL som någonsin genomgått patientutbildning fördelat på regioner, vårdbesök under 2024.



Skriftlig behandlingsplan

Under 2019 fick 9 % av patienterna i primärvården en skriftlig behandlingsplan jämfört med 14 % under 2024. I den specialserade öppenvården fick 38 % av patienterna åtgärden under 2019, och 52 % under 2024. Även om användningen har ökat under åren är det fortfarande en för låg andel patienter med KOL som får en skriftlig behandlingsplan, trots att åtgärden prioriteras högt av Socialstyrelsen.

FIGUR 29. Trend för hur många patienter med KOL som erhållit skriftlig behandlingsplan.



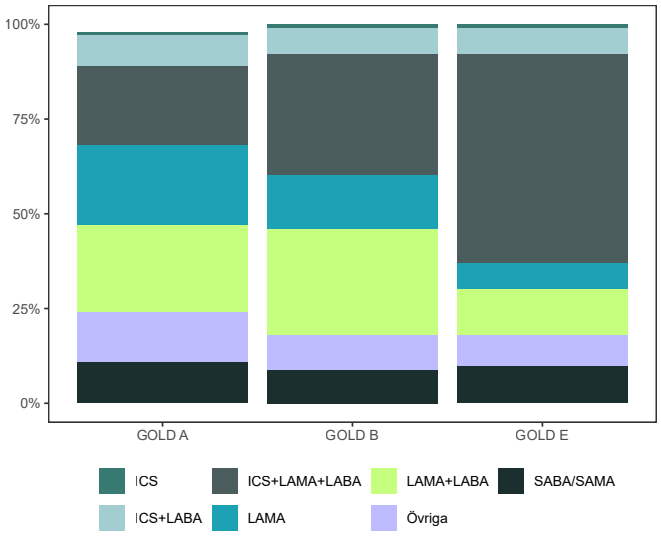
Skriftlig behandlingsplan

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 [9].

Läkemedelsbehandling vid KOL

Figur 30 visar förskrivning av inhalationsläkemedel i GOLD A, B och E. Högst andel av patienter med enbart LAMA finns i GOLD A (21 %), medan högst andel med trippelbehandling ICS+LABA+LAMA finns i GOLD E (55 %), i enlighet läkemedelsverkets rekommendationer. Patienter med trippelbehandling återfinns även i GOLD A (21 %) och B (32 %). En positiv trend är att patienter med enbart snabbverkande luftrörsvidgande (SABA och/eller SAMA) har minskat i alla GOLD grupper och är idag endast 10 % jämfört med 20 % föregående år.

FIGUR 30. Läkemedelsbehandling vid KOL, senaste 18 månaderna, i relation till GOLD A, B och E.



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+LAMA+LABA, inkluderar alla patienter som har tre aktiva komponenter. SABA /SAMA, inkluderar alla patienter som enbart har SABA och/eller SAMA.

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.

Fakta om Luftvägsregistret

Nationella kvalitetsregistret för KOL (RiksKOL) startade 2009 men gick 2013 samman med det Nationella Astmaregistret (NAR) och fick namnet Luftvägsregistret. Staten och regionerna 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 [11].

Styrgrupp 2024

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 Célind
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. Konradsen
Docent, Överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Solna

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

Linda Swirtun
Representant Hjärt-Lungfonden

Liselott Florén
Representant Astma- och Allergiförbundet

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

Peter Edfelt
Representant för Riksförbundet HjärtLung

Therese Sterner
Med dr, leg sjuksköterska, Lektor och forskare Malmö Universitet. Ordförande ASTA

Ann Ekberg-Jansson, adjungerad
Docent, Överläkare, Regional FoU-chef hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionen

Koordinatorer 2024

Yvonne Sjöö
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. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling vid astma – behandlingsrekommendation. 2023. Astma hos barn och vuxna, behandlingsrekommendation mars 2023 (lakemedelsverket.se)

7. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling vid KOL – behandlingsrekommendation. 2023. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), behandlings-rekommendation, mars 2023 (lakemedelsverket.se)

8. Socialstyrelsen. Vård vid astma och KOL. Målnivåer för indikatorer. 2015. www.socialstyrelsen.se

9. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), vårdförlopp. 2024. https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom-kol/

10. 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/

11. 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 160 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.

Riksförbundet HjärtLung

För ett bra liv

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 fick år 2024 ansökningar om forskningsanslag för omkring 2,5 miljarder kronor och delade ut över 500 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 lokalföreningar 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 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

Astma och Allergiförbundet

REGISTERCENTRUM
VÄSTRA GÖTALAND

registercentrum.se

luftvägsregistret