

# Nya kriterier för astma/KOL-mottagningar i primärvården

PATIENTUTBILDNING, RÖKSLUTARSTÖD OCH FYSISK AKTIVITET ÄR PRIORITERAT – ÄVEN FYSIOTERAPEUT BÖR INKLUDERAS I TEAMET

Socialstyrelsen gav 2015 ut nationella riktlinjer för astma och KOL [1] med målsättningen att ge hälso- och sjukvården råd och vägledning baserade på vetenskapliga underlag. Sedan 2008 har det funnits av professionen utarbetade kriterier för godkänd astma/KOL-mottagning i primärvården [2].

Kriterierna har fått stor spridning, och antalet astma/KOL-mottagningar har ökat. Detta har lett till förbättrad vårdkvalitet och även visat sig ge hälsoekonomiska vinster [3, 4]. Kriterierna har också legat till grund för den certifiering av astma/KOL-mottagningar som införts i Region Skåne och i Stockholms läns landsting.

De nationella riktlinjerna från 2015 visade dock att det fanns ett stort behov av att uppdatera kriterierna för godkänd astma/KOL-mottagning i primärvård [2].

## Arbetsgrupp bakom nya kriterier

Vi presenterar och kommenterar här sådana uppdaterade kriterier baserade på Socialstyrelsens riktlinjer för astma och KOL.

Kriterierna har tagits fram av en arbetsgrupp med representanter från ASTA



**Inger Kull**, docent, universitetslektor, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet; Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm  
 ● [inger.kull@ki.se](mailto:inger.kull@ki.se)



**Björn Stållberg**, docent, distriktsläkare, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och preventivmedicin, Uppsala universitet; Gagnefs akademiska vårdcentral

(Astma-, allergi- och KOL-sjuksköterskeföreningen) och NAAKA (Nätverket för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare) samt Fysioterapeuterna.

Med utgångspunkt i de högst prioriterade åtgärderna (prioritet 1-4) har tidsåtgång för de arbetsuppgifter som bör utföras på en astma/KOL-mottagning beräknats.

## Interprofessionell samverkan

Vård av personer med astma och KOL bör baseras på interprofessionell samverkan [1, 5-7]. Den organisatoriska grunden i en astma/KOL-mottagning har tidigare utgjorts av astma/KOL-sjuksköterska och astma/KOL-ansvarig läkare. I de nya riktlinjerna betonas att också fysioterapeut inkluderas i verksamheten.

Teamet kring varje enskild patient består således av astma/KOL-sjuksköterska och patientansvarig läkare samt för många patienter också fysioterapeut. Personcentrerad vård bör tillämpas, eftersom den understryker personens eget behov och delaktighet i teamet [8, 9].

Andra kompetenser som kan behövas är arbetsterapeut, dietist och psykolog/kurator. Vilka yrkeskategorier som ska ingå avgörs av patientens behov och sjukdomens svårighetsgrad.

## Möjlighet till tidig och korrekt diagnostik

En väl fungerande astma/KOL-mottagning ökar möjligheten till tidig och korrekt diagnos.

Spirometriundersökning är en självklar del av utredningen hos patienter med misstänkt astma eller KOL. Dessutom prioriteras riktad allergiutredning hos patienter med misstänkt astma för att bekräfta eller avfärda eventuell bakomliggande allergi och därmed öka möjligheten till korrekt handläggning.

På en astma/KOL-mottagning bör också

barn som sökt för upprepade obstruktiva andningsbesvär eller sjukhusvårdats på grund av andningsbesvär följas upp.

## Patientutbildning och behandlingsplan

Att ge patienter med astma och KOL stöd till egenvård är en viktig del av vården [10, 11]. De reviderade kriterierna lyfter fram vikten av att verksamheterna har rutiner för att erbjuda patientutbildning utifrån ett personcentrerat förhållningssätt till patienter med astma och KOL och till föräldrar till barn med astma.

En viktig del i patientutbildningen är att ge patienten redskap att hantera sin sjukdom genom att förskriva och följa upp en individuell skriftlig behandlingsplan.

## Rökslutarstöd bör erbjudas

Tobaksrök orsakar stor sjuklighet med hög sjukvårdskonsumtion och risk för förtida död. Alla som röker bör därför erbjudas rökslutarstöd av utbildad personal [12, 13].

I PRAXIS-studien, med patienter från 56 vårdcentraler i Uppsala-Örebroregionen, rökte 30 procent av patienterna med KOL år 2014, samma andel som 2005, och endast

»Personcentrerad vård bör tillämpas, eftersom den understryker personens eget behov och delaktighet i teamet ...«

hälften uppgav att de hade erbjudits rökslutarstöd [14]. Detta tyder på att det fortfarande finns ett stort behov av förbättrade rutiner i primärvård för rökavvänjning.

## Symtomskattning betonas av Socialstyrelsen

I Socialstyrelsens riktlinjer betonas vikten av att återkommande låta patienten, med ett validerat formulär, skatta sina besvär och symtom. I riktlinjerna rekom-

## HUVUDBUDSKAP

- Korrekt diagnos och behandling av patienter med astma eller KOL ger ökad livskvalitet.
- Patientutbildning och träning är en viktig del av vården.
- Socialstyrelsens riktlinjer bedöms kräva 4,8 timmar för astma/KOL-sjuksköterska och 1,3 timmar för fysioterapeut per 1 000 listade patienter och vecka, och dessutom 1-2 timmar per vecka för astma/KOL-ansvarig läkare.



Foto: Shutterstock/IBL

Prognosen är dålig vid KOL för personer som är fysiskt inaktiva eller har låg fysisk kapacitet. Därför är det viktigt att erbjuda dessa patienter fysisk aktivitet och träning. Den fysiska kapaciteten bör utvärderas med 6-minuters gångtest för att identifiera riskpatienter.

menderas att symtom vid astma skattas med »asthma control test« (ACT) för både barn och vuxna och att KOL skattas med »COPD assessment test« (CAT) [15-17].

Bägge formulären kan på ett bra sätt fånga patienternas egen uppfattning och bedömning, vilket gör att vården blir mer personcentrerad.

### Fysisk aktivitet och träning högt prioriterat

Personer med KOL som är fysiskt inaktiva, eller har låg fysisk kapacitet, har dålig prognos [18, 19]. Fysisk aktivitet och träning, både i stabilt sjukdomsskede och i samband med en försämringsperiod, är högt prioriterat och bör erbjudas alla patienter med KOL [20].

Dessutom prioriteras mätning av fysisk kapacitet med 6-minuters gångtest hos personer med KOL med misstänkt eller verifierad nedsatt fysisk kapacitet för att identifiera patienter med risk för försämring och ge stöd för fortsatt fysisk aktivitet/träning [21].

### Uppföljning för god sjukdomskontroll

Personer med astma och KOL behöver regelbunden och strukturerad uppföljning med målsättning att uppnå så god sjukdomskontroll som möjligt. Ett uppföljnings-

besök är särskilt angeläget efter en försämringsperiod eller vid bristande sjukdomskontroll [22].

Hur ofta och till vilken personalkategori som patienten behöver återbesök varierar med patientens behov, sjukdomens svårighetsgrad och andra samtidiga sjukdomar. Förutom utvärdering av farmakologisk och icke-farmakologisk behandling ingår spirometriundersökning vid många återbesök.

### Rutiner för utvärdering och uppföljning

Socialstyrelsen har tagit fram kvalitetsindikatorer för astma och KOL för kvalitetsutveckling och uppföljning av vården. Ett stöd för kvalitetsutveckling är det nationella Luftvägsregistret. I primärvård pågår via Sveriges Kommuner och landsting (SKL) införande av kvalitetssystemet »Primärvårdskvalitet«, som också innehåller kvalitetsindikatorer för astma och KOL.

### Hög kompetens kräver fortbildning

I de tidigare kriterierna för astma/KOL-mottagning fastslogs att för astma/KOL-sjuksköterska krävs kompletterande utbildning på 15 högskolepoäng på avancerad nivå och totalt 30 poäng för att ytterligare kunna utveckla vården. Dessa nivåer kvarstår oförändrade, eftersom utbildning av denna omfattning anses krävas för att ge astma/KOL-sjuksköterskan adekvata kunskaper. En hög kompetens utvecklar det självständiga arbetet som astma/KOL-sjuksköterska och ger möjlighet till utveckling av omvårdnad [23, 24].

Eftersom fysisk aktivitet, fysisk träning och mätning av fysisk kapacitet prioriteras högt i Socialstyrelsens riktlinjer är god kompetens om astma/KOL hos fysioterapeuter av vikt. Primärvården behöver därför tillgång till fysioterapeuter med utbildning om astma/KOL motsvarande 7,5 högskolepoäng på avancerad nivå.

Eftersom astma och KOL är vanliga sjukdomar behöver också läkare i primärvården goda kunskaper om diagnostiken och behandlingen. Den astma/KOL-ansvarige läkaren har ett särskilt ansvar och behöver därför fördjupade kunskaper. Vi föreslår att minst två dagar per år avsätts för fortbildning för astma/KOL-ansvariga.

### Tid måste avsättas på mottagningen

För att kunna uppnå vård och omvårdnad i enlighet med Socialstyrelsens högst prioriterade åtgärder (prioritet 1-4) och uppnå målnivåerna för de kvalitetsindikatorer som fastställts krävs enligt beräkningar sjukskötersketid motsvarande 4,8 timmar/vecka/1000 listade patienter. Detta motsvarar den sjukskötersketid som på många vårdcentraler är avsatt för diabetesmottagning.

För astma/KOL-ansvarig fysioterapeut motsvarar det 1,3 timmar/vecka/1000 listade patienter.

Det är dessutom av vikt att även astma/KOL-ansvarig läkare har tid avsatt. Tiden är beroende på mottagningens storlek, dock minst 1-2 timmar/vecka.

### Sjukdomens konsekvenser kan minskas

Kunskapsunderlagen från Socialstyrelsens riktlinjer visar att mycket kan göras för att förbättra vård av personer med astma och KOL. För att uppnå detta är det angeläget att kriterierna för astma/KOL-mottagningar i primärvården anpassas till dessa riktlinjer.

Vår övertygelse är att vårdenheter som arbetar enligt de reviderade kriterierna har goda möjligheter att ge förbättrad och likvärdig vård till personer med astma och KOL. Därmed minskas sjukdomens konsekvenser, främst för individen men också för samhället. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inger Kull har erhållit arvoden för föreläsningar och utbildningsaktiviteter arrangerade av Novartis och AstraZeneca. Björn Stållberg har erhållit arvoden för föreläsningar och utbildningsaktiviteter arrangerade av AstraZeneca, Novartis, Meda och Teva. Björn Stållberg har även deltagit i referensgrupper arrangerade av AstraZeneca, Novartis, Meda, Fresenius Kabi, Boehringer Ingelheim och GlaxoSmithKline.

● Artikeln har skrivits på uppdrag av representanter från NAAKA, ASTA och Fysioterapeuterna. Samtliga har medverkat i framtagandet av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för astma och KOL.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:EWLT

## REFERENSER

- Nationella riktlinjer. Vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-11-3.
- Kull I, Johansson GS, Lisspers K, et al. Astma/KOL-mottagningar i primärvård ger effektivt omhändertagande. Läkartidningen. 2008;105(42):2937-40.
- Lisspers K, Johansson G, Jansson C, et al. Improvement in COPD management by access to asthma/COPD clinics in primary care: data from the observational PATHOS study. *Respir Med*. 2014;108(9):1345-54.
- Lisspers K, Ställberg B, Hasselgren M, et al. Primary health care centres with asthma clinics: effects on patients' knowledge and asthma control. *Prim Care Respir J*. 2010;19(1):37-44.
- Läkemedelsbehandling vid KOL - behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket. 2015;(6):26-43.
- Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD009437.
- Clark NM, Griffiths C, Keteyian SR, et al. Educational and behavioral interventions for asthma: who achieves which outcomes? A systematic review. *J Asthma Allergy*. 2010; 3:187-97.
- McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):472-9.
- Leksell J, Lepp M, redaktörer. Sjuksköterskans kärnkompetenser. Stockholm: Liber; 2013.
- Pinnock H, Thomas M, Tsiligianni I, et al. The Care Respiratory Group (ICPRG) Research Needs Statement 2010. *Prim Care Respir J*. 2010;19(Suppl 1):S1-20.
- Ådahl K. On decision support in participatory medicine supporting health care empowerment [avhandling]. Karlskrona: Blekinge tekniska högskola, sektionen för datavetenskap och kommunikation; 2012.
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-11-11.
- Hedman L, Bjerg A, Sundberg S, et al. Both environmental tobacco smoke and personal smoking is related to asthma and wheeze in teenagers. *Thorax* 2011;66(1):20-5.
- Lisspers K, Ställberg B, Sundh J, et al. Omhändertagande av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Uppsala-Örebroregionen. En rapport från PRAXIS-studien astma/KOL. Arvika: Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion; 2015. <http://praxisstudien.se/texter/KOL-rapport%20mars%202015.pdf>
- Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113(1):59-65.
- Dodd JW, Hogg L, Nolan J, et al. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study. *Thorax*. 2011;66(5):425-9.
- Román-Rodríguez M, Pardo MG, López LG, et al. Enhancing the use of asthma and COPD assessment tools in Balearic primary care (ACATIB): a region-wide cluster-controlled implementation trial. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016;26:16003.
- Spruit MA, Polkey MI, Celli B, et al; Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) study investigators. Predicting outcomes from 6-minute walk distance in chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(3):291-7.
- Waschki B, Kirsten A, Holz O, et al. Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. *Chest*. 2011;140(2):331-42.
- Emtner M, Wadell K. Personer med KOL behöver träna. Ökad fysisk aktivitet kan förbättra livskvalitet, dyspné, kondition och styrka och minska risken för förtida död. Läkartidningen. 2017;114:D6PC.
- Singh SJ, Puhon MA, Andrianopoulos V, et al. An official systematic review of the European Respiratory Society/American Thoracic Society: measurement properties of field walking tests in chronic respiratory disease. *Eur Respir J*. 2014;44(6):1447-8.
- Sundh J, Österlund Efraimsson E, Jansson C, et al. Management of COPD exacerbations in primary care: a clinical cohort study. *Prim Care Respir J*. 2013;22(4):393-9.
- Lundh L, Rosenhall L, Törnkvist L. Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *J Adv Nurs*. 2006;56(3):237-46.
- Zakrisson AB, Hägglund D. The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(1):147-55.

## SUMMARY

### Updated criterias for an asthma/COPD clinic in primary care based on Swedish guidelines

We here present updated criterias for an asthma/COPD clinic in primary care based on Swedish guidelines and an estimate of the time required for its tasks. Certified staff should assist in diagnosis and follow-up of asthma/COPD patients, provide patient education, provide and follow up written management plans, facilitate smoking cessation in patients and parents of children with asthma, evaluate symptoms with validated tools (ACT, CAT), and assess and support physical activity. To provide such care, 4.8 hours are required for asthma/COPD nurses and 1.3 hours for physiotherapists per 1,000 listed patients and week. At least 1-2 hours/week are needed for the responsible physician. To ensure high competence, asthma/COPD nurses should have ≥15 credits, advanced level, and physiotherapists ≥7.5 credits in asthma/COPD, advanced level. The responsible physician should have advanced knowledge in the field.