

Nationella riktlinjer – Målnivåer

Vård vid astma och KOL

Målnivåer för indikatorer

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-11-2

Publicerad www.socialstyrelsen.se, November 2015

Förord

Socialstyrelsen fastställer målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för att få en viss behandling eller undersökning. I dagsläget finns målnivåer inom sex riktlinjeområden, och arbete pågår inom ytterligare tre områden.

Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot. En del av målnivåerna kan användas för politiska eller hälso- och sjukvårdsövergripande omprioriteringar medan andra främst är avsedda för lokalt eller regionalt förbättringsarbete.

Grunden för arbetet är den modell för fastställande av målnivåer som togs fram och testades inom de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.

Denna rapport presenterar målnivåerna för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

Projektledare för arbetet har varit Christina Broman. Externa experter har varit Birgitta Jagorstrand, Ann Ekberg-Jansson, Luisa Escuder Miquel och Björn Stridh. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare för det nationella programrådet för astma och KOL och huvudmannaföreträdare arbetat med att ta fram de målnivåförslag som Socialstyrelsen sedan fastställt. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	9
Om indikatorerna	14
Socialstyrelsens nationella målnivåer	16
Astma hos vuxna	17
Spirometri vid astma (2.1)	17
Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (2.2)	18
Rökavvänjning vid astma (2.3)	20
Patientutbildning vid astma (2.7)	21
Astma hos barn och ungdomar	23
Spirometri vid astma (3.1)	23
Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (3.3)	24
Ungdomar med astma som fått frågan om rökning (3.4)	26
Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider (3.5)	27
Patientutbildning vid astma (3.8)	28
KOL	30
Mätning av FEV ₁ /FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL (4.1)	30
Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL (4.2)	31
Rökavvänjning vid KOL (4.4)	33
Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL (4.6)	34
Patientutbildning vid KOL (4.10)	35
Referenser	37
Bilaga 1. Konsensusgruppens deltagare.....	38

Sammanfattning

En viktig del av de nationella riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård och omsorg. De målnivåer som tas fram utgår från dessa indikatorer och syftar till att vara ett stöd för uppföljning av resultat på lokal, regional och nationell nivå. Resultaten kan bland annat användas för prioriteringar i vården och som underlag för förbättringsarbete på lokal och regional nivå.

Utgångspunkten för målnivåer inom vård vid astma och KOL är de indikatorer som tagits fram till remissversionen av de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL 2014 [1]. Indikatorlistan omfattar indikatorer för vård vid astma hos vuxna, vård vid astma hos barn och ungdomar samt vård vid KOL. Socialstyrelsens expertgrupp har utifrån dessa gjort ett urval av indikatorer som är lämpliga för målsättning. Därefter har en konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare från nationella programrådet för astma och KOL och huvudmannaföreträdare diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag.

Efter genomförd remissrunda till landstingen och regionerna, och till berörda intresseföreningar, har Socialstyrelsen fastställt följande målnivåer:

Astma hos vuxna

- Spirometri vid astma (≥ 95 procent)
- Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (≥ 95 procent)
- Rökavvänjning vid astma (≥ 95 procent)
- Patientutbildning vid astma (≥ 80 procent).

Astma hos barn och ungdomar

- Spirometri vid astma (≥ 95 procent)
- Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (≥ 95 procent)
- Ungdomar med astma som fått frågan om rökning (≥ 97 procent)
- Längdmätning vid astma med inhalationssteroider (≥ 95 procent)
- Patientutbildning vid astma (≥ 80 procent).

KOL

- Mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL (≥ 95 procent)
- Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL (≥ 95 procent)
- Rökavvänjning vid KOL (≥ 95 procent)

- Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL (≥ 80 procent)
- Patientutbildning vid KOL (≥ 80 procent).

Målnivåerna som fastställts i denna rapport har i många fall hamnat på en hög nivå och det kan ta tid för hälso- och sjukvården att nå upp till dem. Av den anledningen bör landstingen och regionerna sätta upp egna delmål för att så småningom nå det eftersträvarsvärda målet.

Uppdragets förutsättningar

Om uppdraget

Socialstyrelsen har publicerat målnivåer inom ett flertal riktlinjeområden. Flera av uppdragen var en del av regeringens satsning på vården av kroniskt och långvarigt sjuka. Bland annat togs målnivåer fram för vården av personer med stroke och hjärtsjukdom [2] samt diabetes [3]. Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska eller långvariga ohälsotillstånd.

Målnivåerna kan bland annat användas för uppföljning och utvärdering på nationell nivå samt även på regional och lokal nivå för att möjliggöra förbättringsarbete där det ger störst effekt. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Vad är en målnivå?

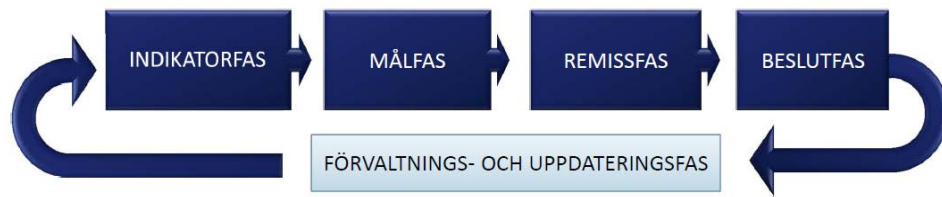
En målnivå kan i det här sammanhanget enklast beskrivas som en angivelse av hur stor andel av en viss patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller åtgärd. En målnivå kan exempelvis ange att 70 procent av patienterna med ett visst sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna i sig har tagits fram genom konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om exempelvis biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontra-indikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer som beskrivs längre fram i kapitlet.

Målnivåer gäller alltså övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Behandlingsmålen syftar ofta till att förebygga eller undvika följsjukdomar och komplikationer hos den enskilda patienten.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfasen

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av- och formulera indikatorerna på ett sådant vis att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms lämpliga att målsätta. Ansvariga för detta arbete är en mindre grupp sakkunniga som tidigare deltagit i riktlinje-processen eller i utvärderingen, alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som bidrar med uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för området
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning, högt eller lågt resultat är att föredra
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor.

När urvalet av indikatorer genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register och därefter omsätts dessa uppgifter till diagram och tabeller som utgör en del av underlaget till konsensusprocessen. Beställningen av uppgifter är endast aktuell om nationella data finns tillgängliga.

Målfasen

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag.

Konsensusgruppen för detta uppdrag bestod av en huvudmannarepresentant per hälso- och sjukvårdsregion, sakkunniga inom medicin och omvårdnad, samt en representant från Riksförbundet HjärtLung. Även företrädare för Astma- och allergiförbundet samt Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor har deltagit i arbetet men hade inte möjlighet att delta i konsensusmötet. Många av deltagarna ingår också i det nationella programrådet för astma och KOL på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delphi-process i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delphi-processen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) och expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare i två omgångar. I första omgången röstar deltagarna på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller att ange ett eget förslag. Därefter sammanställs resultaten och kommentarerna från första omgången, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen

skickas ut till gruppen igen. Var och en har då möjlighet att utifrån sammanställningen ompröva sitt ursprungliga ställningstagande och lämna ett nytt svar. Resultatet från den andra omgången ingår, tillsammans med indikatorbeskrivningar och expertgruppens förslag, som underlag till det avslutande konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer inom vård vid astma och KOL genomfördes den 7 maj 2015. Underlaget för diskussionen utgjordes av resultatet från Delphiprocessen via webbenkät. Konsensusgruppen lyckades i hög grad enas om de förslag som presenterades i remissrapporten.

Remissfasen

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar eller strykningar inför beslutfasen.

Beslutfasen

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfasen

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, exempelvis när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåer ger landstingen och regionerna tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheterna inom landstingen och regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljningar och utvärderingar kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, samt vilka merkostnader som uppkommer genom val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet samt i utvärderingar av följsamheten till riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting och regioner använder i dag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa landsting och regioner kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På enhetsnivå kan de också användas för att utveckla vårdprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen har fastställt är i flera fall högt satta i förhållande till det aktuella läget för landstingen och regionerna. Det innebär att det kommer att ta tid för flertalet av landstingen och regionerna att närma sig de uppsatta målen. Av den anledningen bör landstingen och regionerna se över de egna resultaten och arbeta för att ta fram en genomförandeplan med realistiska delmål i syfte att sträva i rätt riktning och om möjligt uppnå de nationella målnivåerna inom några år.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Vissa landsting och regioner använder ersättningsmodeller där enheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation. Dessa system kan se olika ut och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningar kopplade till nationella målnivåer för kvalitetsindikatorer kan medföra vissa risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattar Socialstyrelsen tre exempel på risker.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån resultatet riskerar att bli godtyckligt. Trots att indikatorn inte passar i ett ersättningssystem kan den fortfarande vara ett värdefullt verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När landstinget och regionen kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns det en risk att verksamheterna inte bara arbetar för att öka kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av en eller annan orsak inte har fått den rekommenderade behandlingen kanske registreras i lägre grad än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i såväl kvalitetsregister som hälsodataregister blir mindre tillförlitliga, vilket i sin tur kan få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk; genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss behandling blir den skarpare, och målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella behandlingen. Även personer i andra grupper kan dra nytta av den. Vid redovisningar av öppna jämförelser och nationella utvärderingar av landstingens och regionernas följsamhet till riktlinjerna betraktas detta ofta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade behandlingen. Det gäller i synnerhet om behandlingen är resurskrävande.

Om indikatorerna

Indikatorerna som ingår i uppdraget har hämtats från den indikatorlista som tillhör de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL från 2015 [4]. Indikatorerna har tagits fram i en strukturerad process under riktlinjearbetet och ska spegla hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna. Genom att indikatorerna har en vetenskaplig förankring lämpas de väl för användning i en kunskapsstyrd verksamhet.

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har också genomgått en remissrunda i samband med att remissversionen av riktlinjen publicerades. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär dock inte automatiskt att samtliga är lämpliga som målnivåindikatorer.

Indikatorerna som ingår i de nationella riktlinjerna kan rikta sig till olika intressenter. Vissa indikatorer är lämpade för övergripande ledning och styrning av hälso- och sjukvården medan andra är mer intressanta ur ett professionsperspektiv. I samband med att Socialstyrelsen fastställer målnivåer blir det mer aktuellt att tydliggöra vilka indikatorer som bör bli föremål för politiska eller hälso- och sjukvårdsövergripande omprioriteringar, och vilka som speglar processer som de berörda professionerna kan påverka direkt i det dagliga arbetet. Socialstyrelsen har försökt förtydliga detta ytterligare genom att för varje målsatt indikator ange om den lämpar sig bäst som stöd till styrning och ledning eller som förbättringsarbete, det vill säga främst riktad mot professionen. I vissa fall är indikatorn lika viktig ur båda aspekterna.

Om målnivåerna

Socialstyrelsens målnivåer är ofta högt satta men realistiska och möjliga att uppnå. Syftet med det är att uppnå en vård av god kvalitet. Målnivåerna är satta med hänsyn till att inte alla patienter kan erhålla eller tillgodogöra sig vården. För många landsting och regioner kan det vara en utmaning att nå målen, men det är dock viktigt att komma ihåg att de är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan landstingen och regionerna själva ta fram delmål för att så småningom nå det eftersträvarvärda målet. Målnivåerna måste också ses över regelbundet och justeras om kunskapsläget förändras. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsen bedömning att en översyn bör ske inom fyra år efter införandet.

Datakällor

Målnivåerna för vården vid astma och KOL har tagits fram utan statistiska underlag. Data från Luftvägsregistret finns, men bedöms i dagsläget inte kunna gälla som statistiskt underlag för målnivåprocessen, då täckningsgraden för flera av landstingen och regionerna är för låg. Det är av största vikt att hälso- och sjukvården rapporterar uppgifter om vården vid astma och KOL till det berörda kvalitetsregistret, en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling. Trots att täckningsgraden i kvalitetsregistret i dagsläget inte möjliggör uppföljning på nationell nivå finns goda möjligheter att använda indikatorerna och målnivåerna på regional och lokal nivå då informationen ofta finns tillgänglig i de administrativa systemen.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I följande kapitel presenteras Socialstyrelsens målnivåer för de indikatorer som i nuläget bedömts vara aktuella som målnivåindikatorer samt motivering till målnivån. Redovisningen följer samma mönster för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta.
- Socialstyrelsens nationella målnivå, inklusive en motivering.

Astma hos vuxna

Spirometri vid astma (2.1)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år eller äldre med astma som vid diagnostisering har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid misstänkt astma är spirometri en viktig åtgärd för att ställa korrekt diagnos. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad D00.04 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med astma som vid diagnostisering har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med astma registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *spirometri vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Grundläggande vid diagnostik av astma är korrekt anamnes, riktad allergiutredning och lungfunktionsundersökning (spirometri) med reversibilitetstest. Symtomen vid astma kan vara samma som vid andra sjukdomar. Socialstyrelsen bedömer att i princip alla personer med misstänkt astma bör genomgå spirometri som en del av diagnostiken. Samtidigt kan det finnas individer som av olika orsaker inte kan genomgå dynamisk spirometri med reversibilitetstest varför inte målnivån kan vara 100 procent. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (2.2)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år eller äldre med astma som vid besök för kontroll av astma har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT (Asthma Control Test).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid astma hos vuxna bidrar bedömning av hälsostatus med frågeformuläret ACT till god astmakontroll. Strukturerade frågeformulär utgör ett bra redskap för att fånga patientens egen uppfattning och bedömning. Formuläret ger både patient och vårdgivare en samlad bild över vilka problem som finns så att gemensamma behandlingsmål kan sättas och ett mer jämlikt omhändertagande uppnås. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2, rad A04.01 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med astma som har fått bedömning av hälsostatus med frågeformuläret ACT vid besök för kontroll av astma.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med astma registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av astma under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Frågeformuläret ACT ger i många fall viktigt information om patientens symtom och hjälper till att ge korrekt behandling samt att förebygga försämringar. Spirometri är viktigt för patienter med astma men lungfunktionen ger inte alltid information om sjukdomens svårighetsgrad eller om kommande försämringar så därför är frågeformuläret ACT ett viktigt komplement. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården inför och använder frågeformuläret.

Socialstyrelsen bedömer att det kan finnas individer som av olika orsaker inte besvarar frågeformuläret varför inte målnivån kan vara 100 procent. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Rökavvänjning vid astma (2.3)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen rökande personer 18 år och äldre med astma som vid besök för kontroll av astma har erbjudits rökavvänjning (enkla råd, rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Rökstopp hos vuxna med astma leder till förbättrad livskvalitet och minskar de dagliga symtomen. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad A03.08a i tillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn visar på hur aktiv hälso- och sjukvården är gällande rökvanor. Patienter som röker bör vid varje besök erbjudas rökavvänjning. Indikatorn speglar inte vilken metod som erbjudits, utan fokuserar på att patienten erbjuds någon form av samtal om rökavvänjning. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal rökande personer 18 år eller äldre med astma som har erbjudits rökavvänjning vid besök för kontroll av astma.

Nämnare: Totalt antal rökande personer 18 år eller äldre med astma registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av astma under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Indikatorn speglar inte hur stor andel av patienterna som initialt tillfrågats om rökvanor varför bortfallet kan variera mellan landstingen och regionerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *rökavvänjning vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Rökstopp hos vuxna med astma leder till förbättrad livskvalitet och mindre risk för att utveckla annan allvarlig sjukdom. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården erbjuder rökavvänjning. Rimligen borde alla erbjudas rökavvänjning, men nivån är inte satt till 100 procent, då det kan finnas tillfällen då sådan information inte är lämplig. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Patientutbildning vid astma (2.7)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Hos vuxna med astma ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskad risk för sjukhusinläggningar, akutbesök och sjukfrånvaro, en förbättrad skattning av livskvalitet samt en förbättrad astmakontroll. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad A03.03 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning individuellt och eller i grupp, inom 12 månader efter diagnostisering.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med astma registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Då patientutbildning vid astma kan ha organiserats olika mellan landstingen och regionerna bör historiska data tolkas med försiktighet. Indikatorn är utformad som ett resultatmått där patientens eget val har stort inflytande på resultatet. Detta måste vägas in vid tolkning av data.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *patientutbildning vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrar patientens hälsotillstånd jämfört med sedvanlig vård.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla personer med astma bör genomgå patientutbildning, men att det finns personer som av olika anledningar inte kan eller vill genomgå patientutbildning, vilket har beaktats i målnivån. Ett utvecklingsarbete pågår redan inom ramen för det nationella programrådet för astma och KOL. Programrådet planerar ett flertal insatser, en av dessa

handlar om patientutbildningar. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Astma hos barn och ungdomar

Spirometri vid astma (3.1)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen barn och ungdomar 6-17 år med astma som vid diagnostisering har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid misstänkt astma är spirometri en viktig åtgärd för att ställa korrekt diagnos. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad D00.04 i tillstånds- och åtgärdslistan). Åldersavgränsningen baseras på rekommendationen i riktlinjerna.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn och ungdomar 6-17 år med astma som vid diagnostisering har genomgått dynamisk spirometri med reversibilitetstest.

Nämnare: Totalt antal barn och ungdomar 6-17 år med astma registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *spirometri vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Grundläggande vid diagnostik av astma är korrekt anamnes, riktad allergiutredning och lungfunktionsundersökning (spirometri) med reversibilitetstest. Symtomen vid astma kan vara samma som vid andra sjukdomar.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla barn och ungdomar 6-17 år med misstänkt astma bör genomgå spirometri som en del av diagnostiken. Samtidigt kan det finnas individer som av olika orsaker inte kan genomgå dynamisk spirometri med reversibilitetstest varför inte målnivån kan vara 100 procent. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (3.3)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen barn och ungdomar 4-17 år med astma som vid besök för kontroll av astma har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT (Asthma Control Test).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid astma hos barn och ungdomar 4-17 år bidrar bedömning av hälsostatus med frågeformuläret ACT till god astmakontroll. ACT är särskilt viktig för 4-6 åringar som oftast inte kan genomföra lungfunktionstest. Strukturerade frågeformulär utgör ett bra redskap för att fånga patientens egen uppfattning och bedömning. Formuläret ger både patient och vårdgivare en samlad bild över vilka problem som finns så att gemensamma behandlingsmål kan sättas och ett mer jämlikt omhändertagande uppnås. För barn 4-11 år kallas formuläret C-ACT (Child ACT) eller barn-AKT. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2, rad A04.01 och A04.02 i tillstånds- och åtgärdslistan). Åldersavgränsningen baseras på rekommendationen i riktlinjerna.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn och ungdomar 4-17 år med astma som har fått bedömning av hälsostatus med frågeformuläret ACT vid besök för kontroll av astma.

Nämnare: Totalt antal barn och ungdomar 4-17 år med astma registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av astma under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Frågeformuläret ACT ger i många fall viktigt information om patientens symtom och hjälper till att ge korrekt behandling samt att förebygga försämringar. Spirometri är viktigt för patienter med astma men lungfunktionen ger inte alltid information om sjukdomens svårighetsgrad eller om kommande

försämringar så därför är frågeformuläret ACT ett viktigt komplement. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården inför och använder frågeformuläret. Samtidigt kan det finnas individer som av olika orsaker inte besvarar frågeformuläret varför inte målnivån kan vara 100 procent. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Ungdomar med astma som fått frågan om rökning (3.4)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen ungdomar 12-17 år med astma som har fått frågan om de röker vid besök för kontroll av astma.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Det är viktigt att ungdomar blir medvetna om hur skadligt det är att röka. I de nationella riktlinjerna har rekommendationen rörande rökstopp fått högsta prioritet (prioritet 1, rad A03.08a i tillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn visar på hur aktiv hälso- och sjukvården är gällande rökvanor

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ungdomar 12-17 år med astma som har tillfrågats om rökning vid besök för kontroll av astma.

Nämnare: Totalt antal ungdomar 12-17 år med astma registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av astma under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *ungdomar med astma som fått frågan om rökning* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 97 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Många ungdomar i Sverige börjar röka i tidig ålder. Ungdomar med astma som röker riskerar försämring av sin sjukdom och har ännu högre risk att utveckla KOL jämfört med rökande ungdomar som inte har astma. Att tidigt fråga om rökning ger tillfälle att upptäcka de som röker och hjälpa dem att sluta. Det ger också möjlighet till att ha ett informationssamtal med icke-rökare om vikten av att inte börja röka. Sjukvården bör arbeta aktivt med rökavvänjning och rökprevention. Ungdomar är en mycket viktig målgrupp för detta.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla ungdomar 12-17 år med astma bör få frågan om rökning. Målnivån är dock inte satt till 100 procent, då det kan finnas patienter som inte är mottaglig för denna information, eller där frågan av olika anledningar inte är lämplig. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider (3.5)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen barn och ungdomar 6 månader-17 år med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider och vars längdtillväxt har mätts vid besök för kontroll av astma.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Hos barn och ungdomar med astma kan underhållsbehandling med inhalationssteroider leda till en negativ påverkan på längdtillväxten. Åldersavgränsningen baseras på rekommendationen i riktlinjerna. Rekommendationen har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2, rad A02.10 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är främst intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn och ungdomar 6 månader-17 år med astma som erhåller underhållsbehandling med inhalationssteroider som har genomgått längdmätning vid besök för kontroll av astma.

Nämnare: Totalt antal barn och ungdomar 6 månader-17 år med astma som erhåller underhållsbehandling med inhalationssteroider, registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av astma under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *längdmätning vid astmabehandling med inhalationssteroider* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Att kontrollera längden på barn med astma som får underhållsbehandling med inhalationssteroider är viktigt, både för att behandlingen kan ge en negativ påverkan på längdtillväxten men även för att barn med otillräcklig behandling av sin astma också kan stanna i sin tillväxt.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla barn och ungdomar med astma bör få längdtillväxten kontrollerad vid daglig underhållsbehandling och eller återkommande akutbehandling med orala steroider. Målnivån är dock inte satt till 100 procent då det i enstaka fall inte är möjligt att genomföra längdmätning i samband med astmakontrollen. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Patientutbildning vid astma (3.8)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen ungdomar 12-17 år med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Hos ungdomar med astma 12-17 år ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrad lungfunktion, minskat antal sjukhusinläggningar och akutbesök samt minskad skolfrånvaro jämfört med sedvanlig vård. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad A03.05 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ungdomar, 12-17 år med astma som har genomgått strukturerad patientutbildning individuellt och eller i grupp, inom 12 månader efter diagnostisering.

Nämnare: Totalt antal ungdomar 12-17 år med astma registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Då patientutbildning vid astma kan ha organiserats olika mellan landstingen och regionerna bör historiska data tolkas med försiktighet. Indikatorn är utformad som ett resultatmått där patientens eget val har stort inflytande på resultatet. Detta måste vägas in vid tolkning av data.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *patientutbildning vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrar patientens hälsotillstånd jämfört med sedvanlig vård.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla ungdomar 12-17 år med astma bör genomgå patientutbildning, men att det finns personer som av olika anledningar inte kan eller vill genomgå patientutbildning, vilket har beaktats i målnivån. Ett utvecklingsarbete pågår redan inom ramen för det nationella programrådet för astma och KOL. Programrådet planerar ett flertal insatser,

en av dessa handlar om patientutbildningar. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

KOL

Mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL (4.1)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med KOL som vid diagnos har genomgått mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation är en förutsättning för rätt diagnos och fortsatt korrekt handläggning. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad D00.21 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med KOL som vid diagnos har genomgått mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med KOL registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Grundläggande vid diagnostik av KOL är en anamnes för att ta reda på symptom samt att genomföra lungfunktionsundersökning (spirometri) för att mäta FEV₁/FVC efter bronkdilatation. Symtom vid KOL kan vara samma som vid andra sjukdomar. För att diagnostisera KOL krävs det att man kan påvisa permanent luftvägsobstruktion vilket görs med denna undersökning. Socialstyrelsen bedömer att i princip alla rökare och före detta rökare med KOL bör vid diagnos genomgå mätning av FEV₁/FVC efter bronkdilatation. Målnivån är inte satt till 100 procent, då det kan finnas tillfällen då sådan undersökning inte är genomförbar. Detta har beaktats i bedömningen av målnivån. Det finns anledning att se över och eventuellt justera målnivån inom 4 år.

Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL (4.2)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med KOL som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid KOL bidrar bedömning av hälsostatus med det strukturerade frågeformuläret CAT, till att förebygga exacerbationer. Strukturerade frågeformulär utgör ett bra redskap för att fånga patientens egen uppfattning och bedömning. Formuläret ger både patient och vårdgivare en samlad bild över vilka problem som finns så att gemensamma behandlingsmål kan sättas och ett mer jämlikt omhändertagande uppnås. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 2, rad K04.05 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med KOL som har fått bedömning av hälsostatus med frågeformuläret CAT vid besök för kontroll av KOL.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med KOL registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av KOL under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Vid jämförelse mellan landsting och regioner kan det initialt vara av intresse att undersöka om även andra strukturerade frågeformulär förekommit i vården av patienter med KOL.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Att kontrollera lungfunktionen med spirometri är viktigt för patienter med KOL men lungfunktionen ger inte alltid information om sjukdomens svårighetsgrad eller om kommande försämringar. Frågeformuläret CAT ger i många fall viktig information om patientens symtom och hjälper till att ge korrekt behandling samt att förebygga försämringar. Av den anledningen är

det av stor vikt att hälso- och sjukvården inför och använder frågeformuläret. Socialstyrelsen bedömer att det kan finnas individer som av olika orsaker inte besvarar frågeformuläret varför inte målnivån kan vara 100 procent. Det finns skäl att se över och ompröva målnivån inom 4 år.

Rökavvänjning vid KOL (4.4)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen rökande personer 18 år och äldre med KOL som vid besök för kontroll av KOL har erbjudits rökavvänjning (enkla råd, rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Rökstopp vid KOL har effekt på lungfunktionsförsämringen och minskar risken för sjukhusinläggning. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 1, rad K03.05 i tillstånds- och åtgärdslistan). Indikatorn visar på hur aktiv hälso- och sjukvården är gällande rökvanor. Patienter som röker bör vid varje besök erbjudas rökavvänjning. Indikatorn speglar inte vilken metod som erbjudits, utan fokuserar på att patienten erbjuds någon form av samtal om rökavvänjning. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal rökande personer med KOL 18 år eller äldre med KOL som har erbjudits rökavvänjning vid besök för kontroll av KOL.

Nämnare: Totalt antal rökande personer 18 år eller äldre med KOL registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av KOL under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Indikatorn speglar inte hur stor andel av patienterna som initialt tillfrågats om rökvanor varför bortfallet kan variera mellan landstingen och regionerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *rökavvänjning vid KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Rökning är den främsta orsaken till KOL i Sverige. Att sluta röka är den viktigaste åtgärden för personer med KOL som röker, eftersom rökstopp är den enda åtgärden som kan bromsa upp sjukdomsutvecklingen och minska graden av lungfunktionsförsämring över tid. Av den anledningen är det av största vikt att hälso- och sjukvården erbjuder rökavvänjning. Rimligen borde alla erbjudas rökavvänjning, men nivån är inte satt till 100 procent, då det kan finnas tillfällen då sådan information inte är lämplig. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL (4.6)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med KOL som vid akut exacerbation fått behandling för respiratorisk acidosis med non-invasiv ventilation.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Åtgärden minskar respiratorisk acidosis, dödlighet och vårdbehov. Rekommendationen har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad K03.08 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är främst intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med KOL som vid akut exacerbation fått behandling för respiratorisk acidosis med non-invasiv ventilation.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med KOL med akut exacerbation, registrerade i Luftvägsregistret under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *non-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

Non-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL minskar dödlighet och vårdbehov. Alla patienter kan inte behandlas på grund av kontraindikationer. Socialstyrelsen har beaktat detta i sin bedömning av målnivån, den bör dock ses över och omprövas inom 4 år.

Patientutbildning vid KOL (4.10)

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer 18 år och äldre med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning. Utbildningen bör innefatta kunskap om sjukdomen och information om läkemedelsbehandling inklusive inhalationsteknik, egenvård samt riskfaktorer, antingen individuellt i samband med besök och eller i grupp.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid KOL ger patientutbildning i kombination med stöd till egenvård minskat antal exacerbationer och minskat antal sjukhusvistelser. Den ger också förbättrad livskvalitet, minskad dyspné, ökad sjukdomskunskap samt förbättrad förmåga till aktiviteter i det dagliga livet. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad K03.03 i tillstånds- och åtgärdslistan).

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre med KOL som har genomgått strukturerad patientutbildning individuellt och eller i grupp, inom 12 månader efter diagnostisering.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre med KOL registrerade i Luftvägsregistret, som diagnostiserats under mätperioden.

Felkällor

Låg täckningsgrad i Luftvägsregistret. Då patientutbildning vid KOL kan ha organiserats olika mellan landstingen och regionerna bör historiska data tolkas med försiktighet. Indikatorn är utformad som ett resultatmått där patientens eget val har stort inflytande på resultatet. Detta måste vägas in vid tolkning av data.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *patientutbildning vid KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Motivering till målnivån

Patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrar patientens hälsotillstånd jämfört med sedvanlig vård.

Socialstyrelsen bedömer att i princip alla personer med KOL bör genomgå patientutbildning, men att det finns personer som av olika anledningar inte kan eller vill genomgå patientutbildning, vilket har beaktats i målnivån.

Ett utvecklingsarbete pågår redan inom ramen för det nationella programrådet för astma och KOL. Programrådet planerar ett flertal insatser, en av dessa handlar om patientutbildningar. Målnivån bör ses över och omprövas inom 4 år.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
2. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård: Socialstyrelsen; 2014.
3. Målnivåer för diabetesvård: Socialstyrelsen; 2015.
4. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Indikatorbilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

Bilaga 1. Konsensusgruppens deltagare

Externa deltagare

Ann-Christin Andersson, regionföreträdare (Södra)
Mats Arne, NPR astma och KOL
Helena de la Cour, regionföreträdare (Uppsala-Örebro)
Inger Dahlbom, regionföreträdare (Stockholm-Gotland)
Peter Edfelt, NPR astma och KOL (Riksförbundet HjärtLung)
Eva-Maria Dufva, NPR astma och KOL (Astma- och allergiförbundet)*
Henning Elvtegen, regionföreträdare (Sydöstra)
Lena Grundberg, regionföreträdare (Norra)
Lennart Hansson, NPR astma och KOL*
Siw Hansson, NPR astma och KOL (Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor)*
Bill Hesselmar, regionföreträdare (Västra)
Tony Holm, samordnare för NSK
Birgitta Jagorstrand, expertgrupp indikatorer
Ann Ekberg-Jansson, expertgrupp indikatorer, NPR astma och KOL
Luisa Escuder Miquel, expertgrupp indikatorer, NPR astma och KOL
Peter Odebäck, NPR astma och KOL
Göran Oldaeus, NPR astma och KOL
Björn Stridh, expertgrupp indikatorer
Caroline Stridsman, NPR astma och KOL
Björn Ställberg, NPR astma och KOL*
Alf Tunsäter, NPR astma och KOL
Susanne Waldau, regionföreträdare (Norra)

**Förhinder vid konsensusmöte*

NSK står för nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning.

NPR står för nationellt programråd.

Deltagare från Socialstyrelsen

Christina Broman
Elisabeth Eidem
Mikael Nyman
Riitta Sorsa