



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

ASTMAPATIENTER I PRIMÄRVÅRDEN

Vårdresurser och astmakontroll

ANNE RYDÉN

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Vårdvetenskap
Avancerad nivå
15 hp
Utvecklingsarbete i omvårdnad
Kurskod VAE 036

Handledare: Lena-Karin Gustafsson
Bihandledare: Björn Ställberg, med.dr.,
Institutionen för Folkhälso- och
Vårdvetenskap, enheten för
Allmän Medicin och Preventiv
medicin, Uppsala Universitet.

Examinator: Sirpa Pietilä Rosendahl
Uppdragsgivare: FoU-centrum/CKF
Sörmland

Datum: 2015-11-22

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjuksköterskeledda astma/KOL-mottagningar förekommer inom primärvården, men forskning kring effekten av dessa är bristfällig. Det är oklart om patienternas astmakontroll (symtomkontroll) förbättras om vårdcentralerna har en astma/KOL-mottagning.

Syfte: Syftet är att belysa relationen mellan vuxna astmapatienters astmakontroll och förekomsten av astma/KOL-mottagningar i primärvården.

Metod: En enkät skickades till alla vårdcentraler i landstinget Sörmland, för att kartlägga vårdresurser kring omhändertagandet av vuxna astmapatienter. Utifrån kartläggningen bildades två grupper av vårdcentraler baserat på hur mycket tid sjuksköterskan hade avsatt för astma/KOL-mottagningen. Patienter från båda grupperna fick besvara en enkät i vilken bl.a. astmakontrolltest (ACT) ingick.

Resultat: 76 % av vårdcentralerna hade en sjuksköterskeledd astma/KOL-mottagning. I genomsnitt var den avsatta tiden för sjuksköterskan 0,9 timmar/vecka/1000 listade invånare per vårdcentral (1,5 h rekommenderas). Av patienterna i gruppen med vårdcentraler där sjuksköterskan hade mest tid avsatt för astma/KOL-mottagningen hade 58 % god astmakontroll, jämfört med 36% av patienterna i den andra gruppen ($p < 0,01$).

Slutsats: Få av astma/KOL-mottagningarna uppfyllde tidskriteriet för en godkänd astma/KOL-mottagning, vilket troligtvis kan vara en bidragande orsak till att astma/KOL-sjuksköterskorna inte hann med att utföra tillräckligt med omvårdnadsaktiviteter för att stärka patienternas egenvårdskapacitet. Vilket i sin tur kan bidra till en sämre astmakontroll.

Nyckelord: *astma, astmakontroll, egenvård, primärvård, sjuksköterska, vårdresurser.*

ABSTRACT

Background: Nurse-led asthma/COPD-clinics in primary care is common, but there is insufficient research of the effects. The evidence of the impact of patients asthma control is not sufficient.

Aim: The aim is to illustrate the relationship between adult asthma patients asthma control and the presence of asthma/COPD-clinics in primary care.

Method: Every Primary Healthcare Center (PHC) in the region of Sörmland answered a questionnaire about the organization of care to adult asthma patients. Two groups of PHC was formed, based on how much time was allocated for the nurse at the asthma/COPD-clinic. Patients from each group answered a questionnaire. Asthma Control Test (ACT) was included.

Findings: 76 % of the PHC's had an nurse-led asthma/COPD-clinic. The average time for the nurse was 0,9 hours/week/1000 patients at the PHC (1,5 h is recommended). Of the patients in the group from PHC's with most time allocated for the nurse at the asthma/COPD-clinic 58 % reached asthma control, compared to 36% of the patients in the other group ($p < 0,01$).

Conclusions: Only a few asthma/COPD-clinics fulfilled the recommended time for an approved asthma/COPD-clinic. This can probably be a contributing factor to that the asthma/COPD-nurse did not manage to perform enough nursing activities to strengthen patients self-care capacity. This can in turn contribute to poor asthma control.

Keywords: *asthma, asthma control, healthcare resources, nurse, primary care, self-care.*

INNEHÅLL

ABSTRACT	1
1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 Vårdprogram och riktlinjer för astma	2
2.2 Astma/KOL-mottagningar i primärvården	3
2.2.1 <i>Sjuksköterskans roll och ansvar</i>	<i>3</i>
2.3 Astmakontroll: definition och tester	4
2.4 Teoretiskt perspektiv: egenvård	4
2.5 Tidigare forskning	5
2.5.1 <i>Omvårdnadsperspektiv: effekt av sjuksköterskeledda astmakliniker och astma/KOL-mottagningar</i>	<i>5</i>
2.5.2 <i>Studier om astmakontroll</i>	<i>7</i>
2.6 Problembeskrivning och hypotes	8
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
4 METOD	9
4.1 Urval	10
4.2 Datainsamling	11
4.3 Dataanalys	11
4.4 Forskningsetiska ställningstaganden	12
5 RESULTAT	13
5.1 Strukturenkät - vårdresurser för astmapatienter i primärvården	13
5.1.1 <i>Astma/KOL-mottagningar i landstinget Sörmland</i>	<i>13</i>
5.2 Patientenkät	14
5.2.1 <i>Astmakontroll, ACT (Asthma Control Test)</i>	<i>15</i>
5.2.2 <i>Andel akutbesök</i>	<i>17</i>
5.2.3 <i>Andel skriftliga behandlingsplaner</i>	<i>17</i>
5.2.4 <i>Kunskaper om astma och behandling</i>	<i>18</i>

5.2.5	<i>Följsamhet till ordinerad behandling</i>	19
5.3	Bortfallsanalys	20
5.3.1	<i>Bortfallsanalys patientenkät</i>	20
6	DISKUSSION	20
6.1	Resultatdiskussion	21
6.1.1	<i>Astmakontroll</i>	21
6.1.2	<i>Akutbesök</i>	22
6.1.3	<i>Skriftliga behandlingsplaner</i>	22
6.1.4	<i>Patientutbildning: kunskaper om astma och behandling</i>	23
6.1.5	<i>Följsamhet till ordinerad behandling i relation till vårdresurser och astmakontroll</i>	24
6.2	Metoddiskussion	24
6.3	Forskningsetiska synpunkter	26
7	SLUTSATSER	26
	REFERENSER	28

BILAGOR

- A. Strukturenkät till vårdcentraler
- B. Patientenkät
- C. Informationsbrev till vårdcentraler
- D. Informationsbrev till patienter/forskningspersoner
- E. Informationsbrev till verksamhetschefer

1 INLEDNING

Astma är en folksjukdom som förekommer i alla åldrar och i de flesta samhällen. Därmed finns ett stort behov av en väl fungerande vård för de personer som lever med astma. I primärvården är det vanligt att vårdcentralerna har en astma/KOL-mottagning som leds av en sjuksköterska eller distriktssköterska. Det finns rekommendationer och riktlinjer för hur en astma/KOL-mottagning bör vara organiserad. Sjuksköterskan fungerar ofta som "spindeln i nätet" och samarbetar med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare och dietist. Sjuksköterskan har en viktig roll i att förmedla kunskap om astma till patienterna för att stärka deras egen förmåga att bedöma och behandla sin astma (egenvård). Patientens egen förmåga att hantera sin astma kan variera över tid och sjuksköterskan finns som stöd när patienten behöver det. Uppföljning kan därför ske med olika intervall utifrån behov.

I mitt arbete som astma/KOL-sjuksköterska i primärvården upplevde jag att det kunde se väldigt olika ut på de olika vårdcentralerna. Framförallt skilde det hur mycket tid som var avsatt för astma/KOL-mottagning varje vecka, samt om sjuksköterskan var specialutbildad i astma och KOL (Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom) eller inte. Det kändes därför oklart vilken nytta som astma/KOL-mottagningarna gjorde för patienterna. Härav väcktes en nyfikenhet hos mig att ta reda på mera hur det såg ut i landstinget där jag arbetar.

2 BAKGRUND

Astma är en kronisk sjukdom där inflammation i luftvägarna leder till episoder med pip i luftvägarna, andningsbesvär, tryckkänsla över bröstet och hosta. Dessa episoder kan utlösas av t.ex. allergen, luftvägsinfektioner, tobaksrök, kall luft, vissa läkemedel, ansträngning eller psykiska faktorer. Vid diagnostik av astma är anamnes, lungfunktionsmätning och allergiutredning hörnstenarna. Behandling av astma syftar till att uppnå symtomkontroll (astmakontroll), förebygga försämringsepisoder, behålla normal aktivitetsnivå, ha en så normal lungfunktion som möjligt, förebygga uppkomst av irreversibel luftvägsobstruktion och undvika störande biverkningar av medicinen. För att uppnå detta består behandlingen i att undvika utlösande faktorer, upprätta individuella behandlingsplaner, regelbunden uppföljning, bibehålla astmakontroll och patientutbildning (Global Initiative for Asthma, 2014).

Globalt har prevalensen för astma uppskattats till ca 300 miljoner människor. Det skiljer sig mycket mellan olika länder (1 - 18 %). Dock finns det svårigheter i att jämföra siffror för

prevalens eftersom olika mätmetoder använts (Global Initiative for Asthma, 2014). Prevalensen för läkardiagnostiserad astma hos vuxna i Västra Götaland uppmättes till 8,3 % år 2008 (kvinnor 9,1 % och män 7,4 %, $p < 0.001$). Det gjordes en jämförelse med prevalensmätning 18 år tidigare i samma region och de kunde konstatera att ingen ökning skett. Symtom från luftvägarna hade minskat i populationen under denna tidsperiod. Variabler som medförde en signifikant högre risk (OR) för astma var rinit, astma i familjen, kvinnligt kön, tidigare rökning och en ålder mellan 16-30 år (Lötvall, m.fl., 2009). Enligt Carlsson m.fl. (2013) var prevalensen för läkardiagnostiserad astma i hela befolkningen i Stockholm 5,9% under perioden 2007-2011, i den studien var det ungefär lika vanligt bland män (6,4 %) som bland kvinnor (5,4 %). Genom de sökningar som gjorts hittades inga studier gällande prevalens för astma i Sörmland eller för hela Sverige.

2.1 Vårdprogram och riktlinjer för astma

Vårdprogram och riktlinjer för behandling av astma finns både lokalt, nationellt och internationellt. Landstinget Sörmland har ett vårdprogram för vuxna med astma (Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén, 2008). I vårdprogrammet beskrivs det hur astma utreds, behandlas och följs upp. Patientundervisning rekommenderas och utformas individuellt. Målet är att patienten ska känna sig trygg och aktivt ta del i sin behandling samt uppnå så god astmakontroll som möjligt. Följande delar rekommenderas ingå i patientundervisningen:

- Svar på patientens egna frågor om astma och dess behandling
- Lungans anatomi och fysiologi
- Basal sjukdomslära, vad astma är och hur man själv kan påverka sjukdomen
- Prevention, sanering och elimination av allergen och irriteranter
- Hur astmaläkemedel fungerar och när man bör använda dessa
- Individuell behandlingsplan - skrivs av läkare och följs upp av sköterska
- Inhalationsteknik
- PEF-användning

(Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén, 2008, s. 30)

Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL (Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom) har varit under omfattande revidering. Eftersom det har gjorts en del ny forskning sedan de tidigare riktlinjerna utkom år 2004, så kommer de nya till stor del vara förändrade. Tidigare riktlinjer var utformade som ett vårdprogram, medan de nya kommer att vara ett stöd för beslutsfattare i hur åtgärder ska prioriteras och resurser fördelas. Detta för att kunna erbjuda en likvärdig vård till patienter med astma och KOL. Riktlinjerna kommer framför allt ta upp de områden där vägledning är som mest nödvändig (Socialstyrelsen, 2014).

Läkemedelsverket har utgivit rekommendationer för läkemedelsbehandling av astma. Vårdnivåer för behandling av astma är egenvård, primärvård och

lungklinik/allergimottagning. Primärvården har idag huvudansvaret för utredning, behandling och uppföljning av patienter med astma. För att patienten ska kunna ta egna initiativ till behandling rekommenderas att alla får en individuell behandlingsplan och de som ofta får akuta försämringar bör även förse med PEF-mätare (Läkemedelsverket, 2015).

Förutom svenska riktlinjer finns internationellt Global Initiative for Asthma, GINA, som startade som ett samarbete mellan National Heart, Blood and Lung Institute i USA och WHO. Nu består GINA av astmaexperter från hela världen som bl.a. sammanställer riktlinjer baserade på den senaste forskningen inom området och uppdateras kontinuerligt (Global Initiative for Asthma, 2014).

2.2 Astma/KOL-mottagningar i primärvården

I Sverige och andra länder har sjuksköterskeledda astma/KOL-mottagningar byggts upp inom primärvården. KOL betyder Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom. Det finns både likheter och skillnader mellan astma och KOL. Symtomen med t.ex. andningsbesvär och hosta är liknande. Skillnaden är att KOL ofta har utvecklats under en lång tid och ger en sänkt lungfunktion som inte går att normalisera med hjälp av behandling, medan astma oftast ger tillfälliga besvär och lungfunktionen kan bli återställd av behandling (Socialstyrelsen, 2014).

År 2008 utgav Svensk Förening för Allmänmedicins (SFAM) nätverk för astma- och allergiintresserade läkare tillsammans med Astma-Allergi-sjuksköterskeföreningen (ASTA) kriterier för hur astma/KOL-mottagningar ska kunna tillgodose dagens behov inom primärvården. Kriterierna för en godkänd astma/KOL-mottagning innefattar följande: högskoleutbildad astma/KOL-sjuksköterska (astma-, KOL- och allergiutbildning minst 15 hp), avsatt tid för sjuksköterskeledd mottagning på minst 1,5 timme/vecka/1000 invånare som är listade på enheten, verksamhetsansvarig läkare, utrustning (spirometer, pulsoxymeter, nebulisator, oxygen, informationsmaterial m.m.), strukturerade utredningar och uppföljning (Kull m.fl., 2008). Speciellt tidskriteriet har visat sig kunna vara avgörande för effekten av en astma/KOL-mottagning (Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd, 2010). Dessa kriterier för en astma/KOL-mottagning finns även med i vårdprogrammet för astma i Landstinget Sörmland (Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén, 2008).

2.2.1 Sjuksköterskans roll och ansvar

För att tydliggöra astma/KOL-sjuksköterskans arbetsuppgifter och kompetens har en arbetsbeskrivning utarbetats på uppdrag av Astma-Allergi-sjuksköterskeföreningen, ASTA. Astma/KOL-sjuksköterskans uppgift består bl.a. i att utreda patienter (spirometri, PEF-mätning o.s.v.), att undervisa de patienter som fått diagnos, uppföljning/utvärdering och teamsamverkan. I arbetsbeskrivningen poängteras vikten av att stärka patienternas förmåga till egenvård. Sjuksköterskans uppgift är att stödja patienten och att i samråd med varje

enskild individ utforma omvårdnadsåtgärder och mål för behandlingen, som vid varje besök skrivs ner i en vård- och behandlingsplan. Patientundervisning är en central del i arbetet på en astma/KOL-mottagning och en förutsättning för egenvård. Astma/KOL-sjuksköterskans kompetens beskrivs i olika nivåer (1-4) där den lägsta kompetensnivån (1) innebär grundutbildning till legitimerad sjuksköterska med specialisering i astma, KOL eller allergi och överkänslighetssjukdomar 1-30 hp. Den högsta kompetensnivån (4) innebär en doktorsexamen i astma, KOL eller allergi och överkänslighetssjukdomar (Jagorstrand, Jonsson, & Zakrisson, 2012).

2.3 Astmakontroll: definition och tester

Astmakontroll är ett begrepp som beskriver hur mycket symptom patienten har av sin astma. I GINA-guidelines (Global Initiative for Asthma) definieras god astmakontroll enligt följande: astmasymtom dagtid högst två gånger/vecka, ingen påverkan på dagliga aktiviteter, inga nattliga astmasymtom, behov av snabbverkande luftrörsvidgande läkemedel högst två gånger/vecka, normal lungfunktion och inga svåra försämringsepisoder (exacerbationer) (Global Initiative for Asthma, 2014). Asthma Control Test (ACT) är ett frågeformulär med fem frågor som föreslås i GINA-guidelines för att bedöma patienters astmakontroll (Global Initiative for Asthma, 2014). ACT har studerats och bedömts ha god validitet och reliabilitet (Schatz m.fl., 2006). ACT besvarar de fyra första punkterna i GINA:s definition av astmakontroll, samt dessutom patientens egen skattning av sin astmakontroll. Via internet kan patienterna själva utföra testet på ett enkelt sätt för att se om astman är välkontrollerad eller inte (GlaxoSmithKline, 2002). Det finns även andra formulär för astmakontroll, t.ex. Asthma Control Questionnaire (ACQ) som är ett frågeformulär som patienten svarar på, men som även kräver tillgång till spirometer för att mäta lungfunktion i form av FEV₁ (forcerad expiratorisk volym under första sekunden) (Juniper, O'Byrne, Guyatt, Ferrie & King, 1999). Jämfört med ACT tar ACQ längre tid och är mer avancerat att utföra. Dessutom kan patienten inte göra det själv, eftersom det är ovanligt att patienten själv har en minispirometer.

2.4 Teoretiskt perspektiv: egenvård

I arbetsbeskrivningen för astma/KOL-sjuksköterskor lyfts vikten av att stärka patientens roll fram. Omvårdnadens utgångspunkt är att varje enskild patient ska vara delaktig i vården och behandlingen, vilket innebär att egenvård är av stor betydelse (Jagorstrand, Jonsson & Zakrisson, 2012).

En teori som handlar om egenvård som utgångspunkt i omvårdnaden är Orems teori om egenvårdsbalans (A self-care deficit theory of nursing). Den är uppdelad i tre delteorier (egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem) som tillsammans bildar en generell

omvårdnadsteori. De två första handlar om patienten och den tredje om sjuksköterskan. (Orem, 2001)

Teorin om egenvård handlar om aktiviteter som individer gör för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Individen har en egen drivkraft att se till att uppfylla de egenvårdskrav som finns genom olika egenvårdsaktiviteter. Människan har olika egenvårdsbehov som är universella (t.ex. att få syre, vätska och föda), utvecklingsmässiga och hälsorelaterade (vid sjukdom) (Orem, 2001).

Teorin om egenvårdsbrist handlar om när en individs egenvårdskapacitet understiger egenvårdskraven. När individen inte själv förmår att upprätthålla liv, hälsa eller välbefinnande så uppstår behovet av omvårdnad. Egenvårdskapaciteten är begränsad och det kan gälla kunskaper, förmåga att bedöma och fatta beslut och/eller svårigheter att utföra egenvårdsaktiviteter (Orem, 2001).

Teorin om omvårdnadssystem handlar om sjuksköterskans roll när individer blir patienter (vid egenvårdsbrist). Sjuksköterskans omvårdnadskapacitet handlar om vilken kompetens denne har för att utföra olika omvårdnadsaktiviteter och att använda sig av olika hjälpmetoder för att öka patienters egenvårdskapacitet. De hjälpmetoder som kan användas är att handla eller utföra för en annan person, att vägleda, att stödja, att skapa en utvecklande miljö och att undervisa. I samspelet mellan sjuksköterska och patient skapas olika omvårdnadssystem som ser olika ut beroende på hur stort omvårdnadsbehov patienten har. Omvårdnadssystemet kan antingen vara fullständigt kompenserande, delvis kompenserande eller stödjande/undervisande (Orem, 2001). På en astma/KOL-mottagning i primärvården är delvis kompenserande och stödjande/undervisande omvårdnadssystem vanligast.

I denna studie används det teoretiska perspektivet som en beskrivning av ett synsätt på omvårdnaden som utförs på astma/KOL-mottagningar.

2.5 Tidigare forskning

Sökning efter tidigare forskning kring astma/KOL-mottagningar och astmakontroll har gjorts i databaser som CINAHL plus, PubMed, Cochrane library, på Socialstyrelsens och SBU:s hemsidor. Varierande sökord har använts och i många olika kombinationer. Sökning har gjorts kontinuerligt sedan 2011, i flera omgångar, varför exakta sökordskombinationer är svåra att återge. Även referenslistor i artiklar har sökts igenom för att hitta andra liknande artiklar, dessutom tips på artiklar från handledare och bibliotekarier.

2.5.1 Omvårdnadsperspektiv: effekt av sjuksköterskeledda astmakliniker och astma/KOL-mottagningar

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har i sin utvärdering konstaterat att astma/KOL-mottagningar kan ha viss gynnsam effekt på symtom, akutbesök och sjukskrivningar, men att det vetenskapliga underlaget är bristfälligt (SBU, 2000). Slutsatsen i

en Cochranerapport gällande astmamottagningars effekt är också att evidensen är bristfällig. Endast tre randomiserade kontrollerade studier uppnådde kraven för granskningen. I dessa jämfördes astmakliniker i primärvården som var sjuksköterskeledda med stöd av läkare, med traditionell astmavård av endast distriktsläkare. Signifikant skillnad sågs endast gällande nattliga uppvaknanden p.g.a. astmabesvär i en av studierna, till fördel för patienterna i astmaklinikgruppen (Baishnab & Karner, 2012). En annan Cochranerapport där man granskat fem studier som jämfört specialistsjuksköterskeledd astmavård jämfört med läkarledd astmavård visade inte heller några signifikanta skillnader. Utfallsvariablerna var exacerbationer, astmans svårighetsgrad efter behandling, kostnader för vården och livskvalitet (Kuethe, Vaessen-Verberne, Elbers & Van Aalderen, 2013). Detta visar ändå att patienterna inte mår sämre av att få sin astmavård av en specialistutbildad sjuksköterska. I Sverige är det ofta en kombination mellan besök hos astma/KOL-sjuksköterska och läkare som är aktuellt vid behandling och uppföljning av patienter med astma, vilket även är vanligt i andra länder.

Gibson m.fl. (2002) gjorde en sammanställning av studier som kombinerat patientutbildningsprogram för vuxna astmapatienter och regelbundna besök hos läkare. Mest effektivt var utbildningsprogram där patienterna fick lära sig att styra sin medicinering med hjälp av skriftliga behandlingsplaner. Egenkontroll med hjälp av PEF-mätning eller symtomskattning var effektivt. Gällande KOL har en Cochranerapport som utvärderat utbildningsprogram för patienter (self-management education) visat en viss minskning i antal sjukhusinläggningar och dyspnégrad. Studierna i rapporten varierade gällande interventioner, utfallsvariabler och uppföljningstid, vilket försvårade jämförelsen (Effing, m.fl., 2009). I en annan systematisk översikt, blev slutsatsen att evidensen var bristfällig för sjuksköterskeledd vård för KOL-patienter (Taylor, m.fl., 2005). I en nyligen publicerad svensk studie visades att patienter med KOL hade färre försämringsepisoder (exacerbationer) och sjukhusvistelser på grund av KOL om de tillhörde en vårdcentral med astma/KOL-mottagning (Lisspers, m.fl., 2014).

I en australiensisk studie av Heard m.fl. (1999) jämfördes effekterna på morbiditet för astmapatienter. Interventionsgruppen fick under 6 månader vård via astmaklinik och kontrollgruppen fick traditionell vård via vårdcentralen. Patienterna i interventionsgruppen fick utbildning av astmasjuksköterska, spirometriundersökning samt läkarbesök. Astmaklinikens patienter fick större reduktion av nattliga astmabesvär, fler hade PEF-mätare och fler slutade röka eller minskade sin rökkonsumtion. I övrigt fick de likvärdiga förbättringar under studietiden. Denna studie finns även beskriven i Cochranerapporten, men där granskades inte utfallsvariablerna PEF-mätare och rökning (Baishnab & Karner, 2012). Ett halvår som studerades i denna studie är en förhållandevis kort tid för att hinna få till stora förändringar. För att kunna utvärdera effekterna av astma/KOL-mottagningar behövs fler långtidsstudier.

En svensk studie där patienterna fick träffa astma/KOL-sjuksköterska upprepade gånger under ett år visade en ökning av patienternas kunskaper om astma och medicinering. En minskning av nattliga besvär, förbättrad lungfunktion samt färre akutbesök var andra

resultat av studien (Lindberg, Ahlner, Möller & Ekström, 1999). Ingen kontrollgrupp fanns dock att jämföra resultaten med vilket gör att det är svårt att veta om resultaten berodde på interventionen eller inte. Rootmensen m.fl. (2008) gjorde en studie där interventionsgruppen fick träffa astmasjuksköterska ca 1 timme/patient. Även där sågs en skillnad i ökade kunskaper samt minskad risk för exacerbationer, men ingen skillnad i inhalationsteknik, egenvård eller hur nöjda patienterna var med vården.

Om studier på astma/KOL-mottagningar görs, där sjuksköterskan inte har tillräckligt mycket tid avsatt, finns en risk att effekterna uteblir och att astma/KOL-mottagningar inte anses ha effekt. I Mellansverige var den genomsnittliga tiden för sjuksköterskeledda astma/KOL-mottagningar år 2011 1,0 timmar/vecka/1000 invånare listade på enheten (tiden varierade mellan 0-2,7 h) (Lisspers, Janson, Montgomery, Sundh, Österlund Efraimsson & Ställberg, 2012). Det betyder att många astma/KOL-mottagningar i Sverige har mindre tid avsatt än vad som rekommenderas (Kull, m.fl., 2008). Dock har tiden ökat från år 2000, då hade astma/KOL-sjuksköterskan i genomsnitt 0,53 timmar/vecka/1000 listade invånare (Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd, 2005). Avsatt tid som behövs för att hinna göra tillräckligt antal spirometrier har uppmätts till 1-1,5 timme/1000 listade invånare på vårdcentralen. Om astma/KOL-mottagningarna hade ännu mera tid avsatt, hann sjuksköterskorna träffa patienterna flera gånger (Carlfjord & Lindberg, 2008). Därmed är den rekommenderade tiden på 1,5 h/vecka/1000 invånare listade på vårdcentralen välbehövligt om sjuksköterskan ska hinna både göra utredningar, ge patienterna undervisning och göra uppföljningar.

I en turkisk studie där Orems egenvårdsteori testats på ungdomar med astma, sågs en signifikant skillnad i egenvårdskapacitet i gruppen som fick åtta hembesök av sjuksköterska jämfört med kontrollgruppen som fick två. Ungdomarna i försöksgruppen fick individanpassad undervisning, stöd och träning för att öka sin egenvårdskapacitet gällande medicinering, PEF-mätning, användande av behandlingsplan, skriva uppföljningsschema dagligen och att skydda sig mot astmautlösande faktorer (Altay, 2013).

2.5.2 Studier om astmakontroll

Astmakontrollen hos patienter i svensk primärvård var låg både 2001 och 2005. Trots viss förbättring under dessa år uppnådde endast 40 % av patienterna i primärvården god astmakontroll år 2005 (Ställberg m.fl., 2009). De patienter som hade träffat astma/KOL-sjuksköterska hade mer kunskaper, men likvärdig astmakontroll. Däremot fanns det en skillnad i astmakontroll på de kliniker där sjuksköterskan hade mer tid avsatt för astma/KOL-mottagningen (Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd, 2010).

Otillräcklig astmakontroll är ett problem i många länder. I en Canadensisk studie uppnådde 47% av patienterna god astmakontroll år 2004 (Mc Ivor, Boulet, FitzGerald, Zimmerman & Chapman, 2007). Trots att mätmetoderna för astmakontroll skiljer sig, så indikerar det ändå att många patienter är underbehandlade. En stor världsomfattande studie (29 länder i olika världsdelar) visade också på bristande astmakontroll generellt. Sverige var i denna

studie det land där flest personer uppnådde GINA-guidelines mål för astmakontroll och det var också i Sverige som flest personer använde inhalationssteroider. I studien sågs också en diskrepans mellan patienternas uppfattning om deras astmakontroll och rapporterade besvär. Generellt sågs det att patienterna uppfattade sig ha god astmakontroll, trots att de rapporterade astmabesvär som enligt riktlinjerna betraktas som dålig astmakontroll (Rabe, m.fl., 2004).

Astmakontroll har visat sig vara en prediktor för hälsorelaterad livskvalitet och hälsostatus (Chen, m.fl., 2007, Gonzalez-Barcala, de la Fuente-Cid, Tafalla, Nuevo & Caamano-Isorna, 2012). Den s.k. GOAL-studien jämförde effekten av behandling med Fluticasone Propionate med kombinationsbehandling med salmeterol/fluticasone propionate. Målet var att uppnå total astmakontroll. Som en effekt i studien såg man att patienternas astmakontroll påverkade deras hälsorelaterade livskvalitet. Vartefter patienternas astmakontroll förbättrades, så förbättrades även livskvaliteten. Även mellan grupperna totalt kontrollerad astma och väl kontrollerad astma sågs en skillnad (Bateman, m.fl., 2007). Detta indikerar betydelsen av astmakontroll. Att mäta astmakontroll för att utvärdera patientens behandling i syfte att optimera den och för att öka patientens välbefinnande är en viktig och relativt enkel metod som går att använda i primärvården. Unga kvinnor (18-49 år) har i en svensk studie visat sig ha lägre livskvalitet och oftare sämre astmakontroll än män i samma ålder. Bland äldre kvinnor och män sågs ej någon signifikant skillnad (Lisspers, Ställberg, Janson, Johansson & Svärdsudd, 2013).

2.6 Problembeskrivning och hypotes

Patienter med astma har sina huvudsakliga vårdkontakter i primärvården. Endast de med svår astma behandlas i slutenvården. Eftersom ca 8 % av Sveriges befolkning har astma innebär det att många människor behöver få bedömas och följas upp i primärvården för sina besvär. Ökade kunskaper i egenvård av astma tros kunna minska vårdkonsumtionen och leder förhoppningsvis till en bättre hälsa. Om patienterna har goda kunskaper om sin sjukdom och vad de själva kan göra för att må bättre, kan det gynna både den enskilda individen och samhällsekonomin. För att kunna erbjuda denna patientgrupp ett bättre omhändertagande och en mer effektiv vård finns därför sjuksköterskeledda astma/KOL-mottagningar på ett stort antal vårdcentraler. Hur dessa är organiserade ser olika ut och de bedrivs i olika omfattning. Det är oklart om de astma/KOL-mottagningar som finns är effektiva och om patienterna verkligen mår bättre när de får vård på en vårdcentral som har en astma/KOL-mottagning. Forskningsunderlaget har visat sig vara bristfälligt. Studier med olika utfallsvariabler och med olika design har utförts, med varierande resultat. Randomiserade kontrollerade studier är önskvärda, men svåra och kostsamma att genomföra. Om flera s.k. "real life"-studier görs, kan de fungera som ett kunskapsunderlag för att bedöma huruvida de astma/KOL-mottagningar som finns är till nytta för patienterna eller inte.

Hypotes: Vuxna patienter med astma som är listade på en vårdcentral med en godkänd astma/KOL-mottagning har bättre astmakontroll.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet är att belysa relationen mellan vuxna astmapatienters astmakontroll och förekomsten av astma/KOL-mottagningar i primärvården.

Primär frågeställning:

Finns det en relation mellan förekomsten av astma/KOL-mottagningar i primärvården och vuxna astmapatienters astmakontroll?

Sekundära frågeställningar:

Finns det en relation mellan akutbesök p.g.a. astma och förekomsten av astma/KOL-mottagning?

Finns det en relation mellan antal patienter med skriftliga behandlingsplaner och förekomst av astma/KOL-mottagning?

Finns det en relation mellan patienters kunskaper om astma och behandling och förekomst av astma/KOL-mottagning?

Finns det en relation mellan följsamhet till ordinerad behandling och förekomsten av astma/KOL-mottagning?

4 METOD

Studien genomfördes med kvantitativa metoder. I första steget besvarades en strukturenkät av vårdcentraler för att kartlägga vårdresurser för omhändertagande av vuxna astmapatienter (tvärsnittsstudie). Därefter gjordes en tvärsnittsstudie av ett slumpvist urval av patienter med astma där deras astmakontroll bedömdes med hjälp av en patientenkät.

En s.k. tvärsnittsstudie är lämplig om syftet är att jämföra två grupper vid ett tillfälle. Det är vanligtvis mindre problem med bortfall och det är mindre administration än vid longitudinella studier. Nackdelen är att deltagarna inte följs över tid (Billhult & Gunnarsson, 2012).

4.1 Urval

Samtliga 25 vårdcentraler som fanns i Landstinget Sörmland år 2011 fick besvara en strukturenkät. Valet av landstinget Sörmland gjordes enligt principen bekvämlighetsurval, eftersom undertecknad arbetar i detta landsting. Strukturenkäten syftade till att kartlägga förekomsten av och organisationen av astma/KOL-mottagningar (vårdresurser) för att kunna göra nästföljande urval.

I nästa steg gjordes ett slumpvist urval (stickprov) av vuxna patienter i åldern 18-75 år med diagnosen astma enligt vårdcentralens journal. Patienterna skulle ha varit på besök hos sjuksköterska eller läkare p.g.a. sin astma en eller flera gånger under perioden 2008-01-01 t.o.m. 2011-12-31. Enligt Ejlertsson (2012) är det vanligt att man väljer ut ett slumpvist urval som representerar populationen om populationen är så stor att en totalundersökning blir för svår eller kostsam att göra. Varje vårdcentralchef från de medverkande vårdcentralerna utsåg en sekreterare som bistod med att skicka listor på patienter med diagnosen astma och som matchade inklusionskriterierna. Patienterna numrerades på listorna och med hjälp av en slumpgenerator från internet (<https://www.random.org/>) valdes patienterna ut. Därefter togs åter kontakt med respektive sekreterare för att få adresser och för att se om de utvalda patienterna fortfarande var listade på vårdcentralen. I vissa fall fick fler patienter slumpas ut tills 32 patienter/vårdcentral återstod.

Vårdcentraler som hade funnits kortare tid än 4 år exkluderades eftersom en journalgranskning för åren 2008-2011 är godkänd av Etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer 2011/798-31/4) och kommer att redovisas i en uppföljning till denna studie. Att vuxna personer över 75 år exkluderades berodde på att det fanns en högre risk att de även hade andra diagnoser som kan ge andningsbesvär (t.ex. KOL eller hjärtsvikt). Patienter med reservnummer (asylsökande) exkluderades p.g.a. att risken för språksvårigheter bedömdes vara hög. Behandling och omhändertagande av barns astma skiljer sig till viss del från vuxna. Dessutom är astma kontroll test (ACT) annorlunda utformat för barn och det krävs i många fall föräldramedverkan för att fylla i (GlaxoSmithKline, 2013). Därav är barn och ungdomar under 18 år exkluderade i denna studie.

Patienterna var indelade i två grupper. En grupp med 160 patienter från fem vårdcentraler med godkänd eller så nära godkänd astma/KOL-mottagning som möjligt enligt tidskriteriet (avsatt sjukskötersketid för astma/KOL-mottagning på minst 1,5 timme/vecka/1000 listade invånare). En grupp med 160 patienter från fem vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning eller astma/KOL-mottagning som i lägsta grad uppfyllde tidskriteriet. Således sammanlagt 320 patienter. Powerberäkning: Signifikansnivå 0,05. Underlaget för urvalet baserades på en svarsfrekvens på 60 %, vilket är en vanligt förekommande svarsfrekvens vid tidigare liknade undersökningar. Vid en utslumpning av 160 patienter från varje vårdcentralgrupp fås i så fall utvärderingsbara enkäter från 94 patienter per grupp. Studien har då 80 % power att påvisa en skillnad av andelen patienter med uppnådd astmakontroll med 20%, från 40 % på vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning till 60 % på vårdcentraler med astma/KOL-mottagning. Enligt Polit & Beck (2011) görs en powerberäkning för att uppskatta hur många deltagare studien bör ha för att minska risken för felaktiga slutsatser. Uträkningen görs

genom att minst tre av följande komponenter är kända: signifikansnivå, storlek på urvalet, effektstorlek och styrka.

4.2 Datainsamling

Strukturenkät (bilaga A) och informationsbrev (bilaga C) skickades våren 2011 till alla 25 vårdcentraler i landstinget Sörmland med frågor kring organisationen och vårdresurser för vuxna astmapatienter. Enkäten syftade till att kartlägga vilka vårdcentraler som hade astma/KOL-mottagning och i vilken omfattning, för att kunna välja ut fem vårdcentraler till varje grupp (godkänd astma/KOL-mottagning och ingen astma/KOL-mottagning). De vårdcentraler som svarade att de hade en astma/KOL-mottagning fick besvara frågor enligt de kriterier som finns för en godkänd astma/KOL-mottagning, d.v.s. om de hade utrustning för utredning och behandling av astmapatienter (spirometer, nebulisator och pulsoximeter), om astma/KOL-sjuksköterskan hade högskoleutbildning i astma och/eller KOL, om de hade en verksamhetsansvarig läkare för astma/KOL-mottagningen, hur många timmar/vecka som sjuksköterskan hade tid avsatt för mottagningen, om det gjordes strukturerade utredningar och om patienterna följdes upp.

I januari år 2012 skickades en enkät ut till slumpvist utvalda patienter (bilaga B), tillsammans med ett informationsbrev (bilaga D). Enkäten skickades till samtliga 320 patienter i första omgången och därefter två omgångar med påminnelse till de som inte svarat (första påminnelsen i mars år 2012 och den andra i april år 2012). Liknande frågor som använts i tidigare studier ingick i enkäten (Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd, 2010, Ställberg m.fl., 2009). Dessutom ingick ACT (Asthma Control Test) i frågeformuläret för att bedöma graden av astmakontroll. Det är fem frågor som vardera poängsätts mellan 1-5. Maxpoäng för ACT är 25, som är bästa möjliga astmakontroll. Nathan m.fl. (2004) menar att poäng under 20 tyder på sämre astmakontroll. Samtliga steg i datainsamlingen har utförts av undertecknad med stöd av bihandledare. Studien har godkänts av divisionschefen för primärvården i samband med etikansökan (diarienummer 2011/798-31/4). Samtliga verksamhetschefer är informerade via brev som skickats med e-mail (bilaga E).

4.3 Dataanalys

Resultaten är presenterade med enkel deskriptiv statistik med antal, medelvärden och proportioner.

För att kunna besvara frågeställningarna avseende skillnader i astmakontroll mellan grupperna (oberoende variabel) mätt med ACT som en kontinuerlig (beroende) poängvariabel har detta analyserats med ANOVA (ANalysis Of VAriance). Enligt Ejlertsson (2012) kan man genom denna typ av analys se om det finns en signifikant skillnad mellan grupper. Signifikansnivån kan vara antingen 5, 1 eller 0,1%. Ju lägre nivå desto man väljer,

desto mindre risk är det att man felaktigt påstår att det finns en skillnad. I denna studie har signifikansnivån 5% valts (0,05). Resultatet av analyserna presenteras som ett p-värde. Om p-värdet är <0,05 är det sannolikt att en skillnad mellan grupperna finns.

För att enbart se om astmakontroll eller ej uppnåtts (ja eller nej) har skillnader mellan proportionerna analyserats med chi2-test. Chi2-test används för att mäta proportioner när man har en indelning i grupper eller klasser, genom hypotesprövning prövar man om fördelningen mellan grupperna eller klasserna skiljer sig eller inte (Ejlertsson, 2012).

Dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) har använts för att utföra analyserna. All data lades in i Excel. I första kolumnen skrevs patienternas kodnummer in. Följande kolumner innehöll svar från varje fråga i enkäten. Svartalternativen som ej bestod av siffror numrerades enligt en kodnyckel (t.ex. ja =1 och nej = 2). Excelfilen överfördes sedan till SPSS för analys. Bihandledare har bistått med gedigna kunskaper kring att utföra dessa analyser.

4.4 Forskningsetiska ställningstaganden

Forskningsetik handlar bl.a. om att som forskare ha en god kunskap i den vetenskapliga litteraturen på området, göra en studie av god kvalitet, vara opartisk, följa regler och normer, forskningen ska vara till nytta och visa respekt för mänskligt liv. Informerat samtycke bör inhämtas vid forskning som involverar människor. Varje deltagare har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande. Den insamlade datan ska behandlas konfidentiellt (CODEX, 2010)

Informerat samtycke från varje deltagare har inhämtats i samband med patientenkäten (bilaga B). Både vårdcentralerna och patienterna fick ett informationsbrev i samband med att enkäterna skickades ut (bilaga C och D). Patienterna i denna studie utsattes inte för några interventioner, istället svarade de på frågor om sin hälsa gällande astmasymtom samt i övrigt okänsliga uppgifter som ålder, kön osv. Nyttan av studien (ökad kunskap om hur vårdresurser påverkar patienternas mående) bedömdes vara större än riskerna för patienterna att delta. Patienternas personnummer byttes ut till varsitt kodnummer för att minska risken för identifiering vid inhämtning och inmatning av data, samt vid analysen. Kodnycklar, där personnummer och kodnummer står, och insamlad data har förvarats åtskilda. I resultatrapporteringen kan enskilda individer inte identifieras eftersom resultaten presenteras på gruppnivå. Studien är godkänd (rådgivande yttrande) av etikprövningsnämnden i Stockholm (Diarienummer 2011/798-31/4).

5 RESULTAT

Kartläggningen av vårdresurser i form av förekomst av astma/KOL-mottagningar presenteras från strukturenkäten. Därefter följer resultaten för studiens frågeställningar från patientenkäten. Slutligen redovisas en bortfallsanalys.

5.1 Strukturenkät - vårdresurser för astmapatienter i primärvården

Samtliga vårdcentraler i landstinget Sörmland besvarade strukturenkäten våren 2011 (n = 25). Vårdcentralerna varierade i storlek, mellan 5000 - 19500 listade invånare per vårdcentral. Det var också varierande hur länge vårdcentralerna hade funnits, den äldsta hade funnits sedan 1960 medan åtta vårdcentraler hade startat år 2010. Tillgången till utrustning för att utreda och behandla astmapatienter var god. Spirometer fanns på alla vårdcentraler. Nebulisator och pulsoximeter saknades på en vårdcentral. Astma/KOL-mottagning fanns på 76 % (19/25) av vårdcentralerna. Hur länge astma/KOL-mottagningen hade funnits varierade mellan från år 1988 till år 2011 (nystartade när enkäten besvarades). Fem av vårdcentralerna kunde inte svara på hur länge astma/KOL-mottagningen hade funnits.

5.1.1 Astma/KOL-mottagningar i landstinget Sörmland

Tiden som sjuksköterskan hade avsatt för astma/KOL-mottagningen varierade mellan 0,2-2,0 timmar/vecka/1000 invånare listade på vårdcentralen (medelvärde = 0,9). Tre astma/KOL-mottagningar hade över den rekommenderade tiden på 1,5 timmar/vecka/1000 listade invånare.

Av astma/KOL-sjuksköterskorna hade 45 % högskoleutbildning i både astma och KOL, 10% enbart astmautbildning, 20 % enbart KOL-utbildning och 25 % svarade att de inte hade någon högskoleutbildning i varken astma eller KOL. Verksamhetsansvarig läkare för astma/KOL-mottagningen fanns hos 79 %. Strukturerade utredningar gjordes ofta av 63 %. Uppföljning som vanligtvis erbjöds hos astma/KOL-sjuksköterskan var av astmakontroll (63 %), behandlingsplan (58 %), inhalationsteknik (58 %) och fortsatt patientutbildning (68 %).

Utav astma/KOL-mottagningarna erbjöd 47 % ofta patientutbildning (sjukdomslära, medicinering, individuella behandlingsplaner och prevention), medan 42 % erbjöd patientutbildning då och då.

5.2 Patientenkät

Patienter från de fem vårdcentralerna med en godkänd/nästan godkänd astma/KOL-mottagning enligt tidskriteriet presenteras härmed som "godkänd astma/KOL-mottagning".

Tiden som sjuksköterskan hade avsatt varierade i den gruppen mellan 0,9-2,0 timmar/vecka/1000 invånare listade på vårdcentralen. Det innebär att inte alla dessa fem fullt ut uppnådde det rekommenderade tidskriteriet för en godkänd astma/KOL-mottagning (1,5 timmar/vecka/1000 invånare listade).

Patienter från de fem vårdcentralerna som inte hade någon astma/KOL-mottagning eller som hade en astma/KOL-mottagning som i lägsta grad uppfyllde tidskriteriet presenteras härmed som "ej astma/KOL-mottagning". Av dessa hade tre ingen astma/KOL-mottagning och två hade astma/KOL-mottagning med sjukskötersketid avsatt på 0,3 och 0,5 timmar/vecka/1000 invånare listade på vårdcentralen.

Svarsfrekvens efter tre utskick av patientenkäten blev 56 % (179/320). Fördelning av ålder, kön och utbildningsnivå totalt och i respektive astma/KOL-mottagningsgrupp visas i tabell 1 och 2. Det var ingen skillnad mellan mottagningsgrupperna avseende medelålder eller könsfördelning. Gällande utbildningsnivån hade 43,2% 3-årigt gymnasium eller mer (totalt för båda grupperna).

Tabell 1:

	Totalt	Godkänd astma/KOL-mottagning	Ej astma/KOL-mottagning
Medelålder (år)	52,3	52,2	52,3
Kvinnor n (%)	117 (65,4)	57 (64,8)	60 (65,9)
Män n (%)	62 (34,6)	31 (35,2)	31 (34,1)

Tabell 2:

Högsta utbildning	Totalt n (%)	Godkänd astma/KOL- mottagning n (%)	Ej astma/KOL- mottagning n (%)
Mindre än 5 år	2 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,1)
Folkskola eller grundskola	52 (29,5)	30 (34,1)	22 (25,0)
Realskola eller flickskola	7 (4,0)	3 (3,4)	4 (4,5)
2-årigt gymnasium eller yrkesskola	39 (22,2)	17 (19,3)	22 (25,0)
3-4-årigt gymnasium	27 (15,3)	14 (15,9)	13 (14,8)
Universitet eller högskola upp till 2 1/2 år	14 (8,0)	5 (5,7)	9 (10,2)
Universitet eller högskola 3 år eller mer	35 (19,9)	18 (20,5)	17 (19,3)

Av de totalt 179 patienterna var den yngsta deltagaren 19 år och den äldsta 75 år. Andelen patienter som hade varit listade på samma vårdcentral de senaste fyra åren var 84 %. De flesta av patienterna (86 %) svarade att de hade astma. Andelen patienter som rökte dagligen var 10 %.

5.2.1 Astmakontroll, ACT (Asthma Control Test)

Antalet patienter som besvarade alla fem frågorna i Asthma Control Test (ACT) var 168. Elva deltagare besvarade inte samtliga frågor och har ej tagits med i presentationen av resultatet av ACT (tabell 3).

Tabell 3:

	Totalt	Godkänd astma/KOL-mottagning	Ej astma/KOL-mottagning
Medelvärde ACT	18,3	19,6	16,9
Ej astmakontroll, ACT <20, n (%)	89 (53,0)	36 (42,4)	53 (63,9)
Astmakontroll, ACT >20, n (%)	79 (47,0)	49 (57,6)	30 (36,1)

Patienter som var listade på en vårdcentral med godkänd astma/KOL-mottagning uppnådde astmakontroll i högre grad än patienter som var listade på en vårdcentral som inte hade astma/KOL-mottagning, 57,6% jämfört med 36,1% ($p < 0,01$). Medelvärdet för ACT ligger under nivån för astmakontroll i båda grupperna, 19,6 poäng för de patienter som var listade på en vårdcentral med godkänd astma/KOL-mottagning jämfört med 16,9 poäng för de patienter som var listade på en vårdcentral utan astma/KOL-mottagning ($p < 0,001$). Gränsen för väl kontrollerad astma ligger på 20 poäng.

I tabell 4 redovisas ACT medelvärde uppdelat på varje fråga. Frågorna har kortats ner i tabellen, hela frågan kan utläsas i bilaga B, fråga nr 5-9. Varje fråga kan ge mellan 1-5 poäng. Ju högre poäng, desto bättre astmakontroll.

Tabell 4:

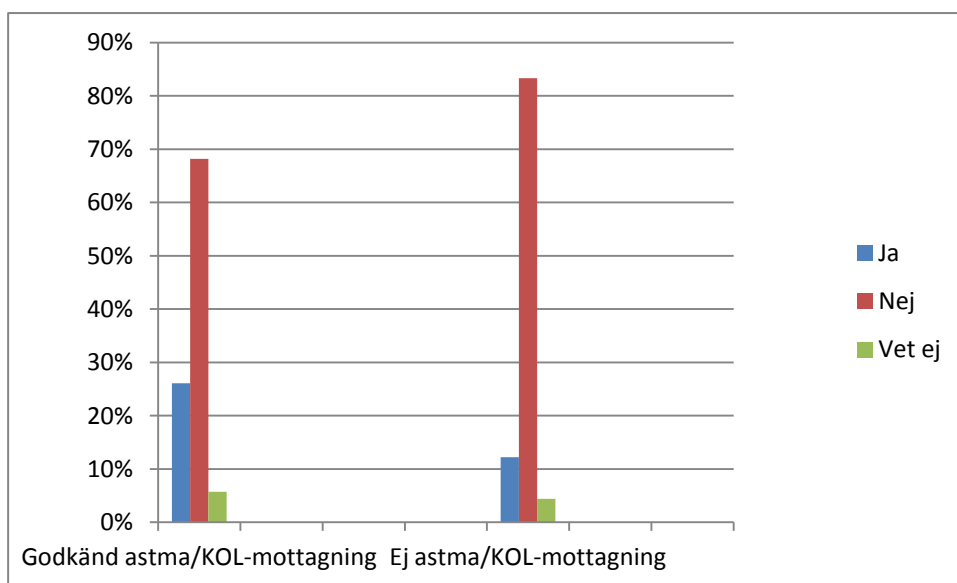
Patientenkät fråga 5-9	Totalt båda grupperna	Godkänd astma/KOL-mottagning	Ej astma/KOL-mottagning	P (för skillnad mellan mottagningstyp)
Fråga 5: Hindrats utföra normala aktiviteter?	4,28	4,43	4,14	0,055
Fråga 6: Hur ofta andfåddhet?	3,53	3,84	3,22	0,004
Fråga 7: Hur ofta vaknat av astma?	3,97	4,24	3,69	0,007
Fråga 8: Hur ofta använt kortverkande luftrörsvidgande inhalation?	3,27	3,47	3,07	0,056
Fråga 9: Egen bedömning av astmakontroll?	3,18	3,53	2,82	0,002

5.2.2 Andel akutbesök

Patienterna besvarade en fråga om de hade sökt akut för sina astma- och/eller luftvägsbesvär de senaste 12 månaderna någonstans inom sjukvården (bilaga B, fråga 10). Frågan besvarar frågeställningen om det finns en relation mellan akutbesök p.g.a. astma och förekomsten av astma/KOL-mottagning. Fler patienter i gruppen från godkänd astma/KOL-mottagning hade sökt akut de senaste 12 månaderna (34,1 %) än patienterna i gruppen från vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning (28,1 %), men skillnaden var inte signifikant ($p=0,388$).

5.2.3 Andel skriftliga behandlingsplaner

Frågeställningen om det finns en relation mellan antal patienter som fått en skriftlig behandlingsplan och förekomst av astma/KOL-mottagning, besvarades genom en fråga i enkäten om patienterna fått skriftlig instruktion/behandlingsplan för hur de ska ändra sin medicinering vid en försämring av astman (bilaga B, fråga 14).

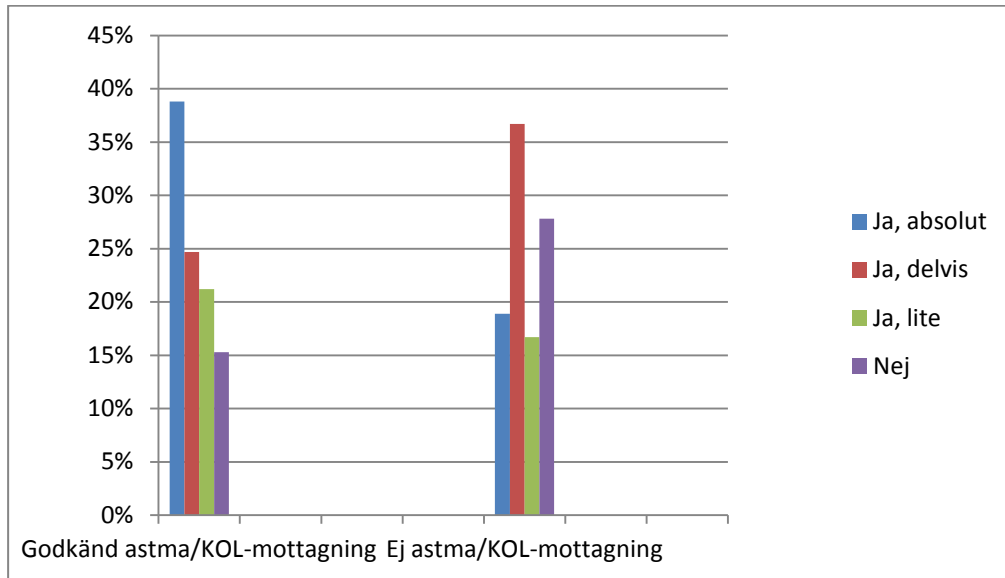


Figur 1: Skriftlig behandlingsplan

Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna, där de patienter som var listade på en vårdcentral med godkänd astma/KOL-mottagning hade fått skriftlig behandlingsplan i högre utsträckning än patienterna från gruppen som var listade på vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning ($p<0,05$). Efter att ha räknat bort de patienter som svarat "vet ej" på frågan, var det 27,7 % av patienterna i gruppen godkänd astma/KOL-mottagning som svarat ja, jämfört med 12,1% i gruppen utan astma/KOL-mottagning.

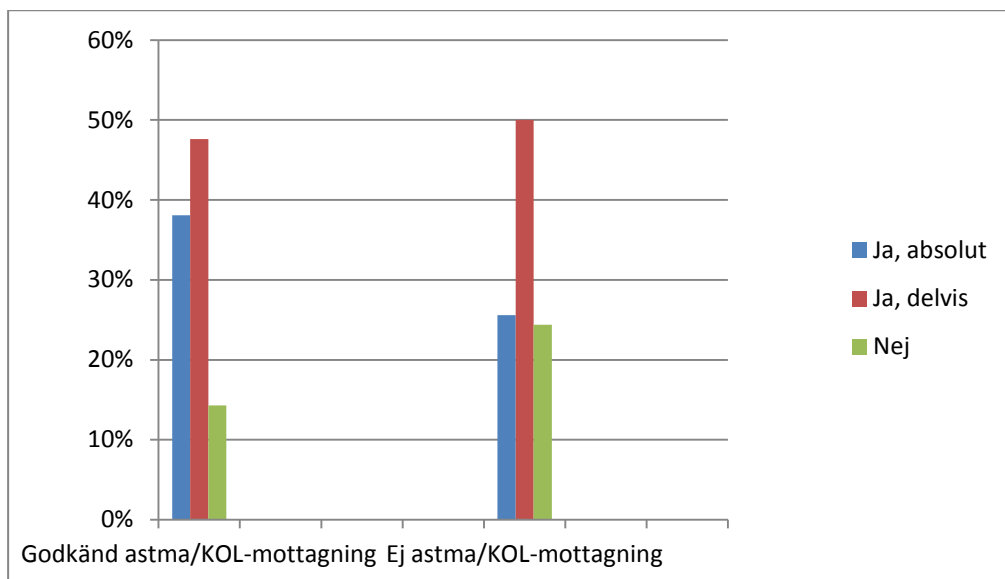
5.2.4 Kunskaper om astma och behandling

Frågeställningen om kunskaper om astma och behandling besvarades genom två frågor, en fråga om patienterna hade tillräckligt med kunskaper för att hantera en försämring av sin astma och en fråga om patienterna hade generellt tillräckliga kunskaper om sin astmasjukdom (bilaga B, fråga 15-16).



Figur 2: Tillräckliga kunskaper för att hantera en försämring av astman.

Det var fler patienter som var listade på vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning som inte ansåg sig ha tillräckligt med kunskaper om att hantera en försämring av astman (27,8 %) jämfört med patienter som var listade på vårdcentraler med godkänd astma/KOL-mottagning (15,3 %). Skillnaden mellan grupperna var signifikant ($p < 0,01$). (Figur 2).



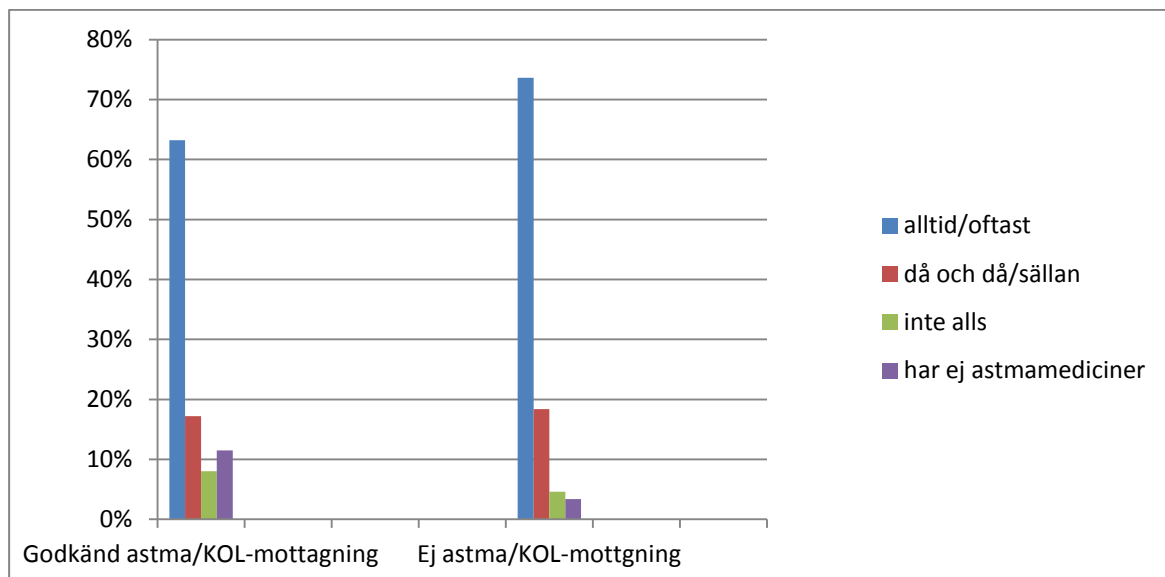
Figur 3: Generellt tillräckliga kunskaper om astma.

Det var fler patienter från vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning som generellt inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper om astma (24,4 %) jämfört med patienter från vårdcentraler med godkänd astma/KOL-mottagning (14,3 %). Skillnaden är inte signifikant ($p=0,105$). (Figur 3).

En relation mellan patienters kunskaper om astma och behandling och förekomst av astma/KOL-mottagning kunde ses i frågan om att hantera en försämring av astman, men inte när det gällde generellt tillräckliga kunskaper om astma.

5.2.5 Följsamhet till ordinerad behandling

Följsamhet till ordinerad behandling besvarades genom en fråga om patienterna använde sin astmamedicin så som läkare har rekommenderat (bilaga B, fråga 17). Frågeställning: finns det en relation mellan följsamhet till ordinerad behandling och förekomst av astma/KOL-mottagning?



Figur 4: Följsamhet till ordinerad behandling.

Fler patienter från vårdcentraler utan astma/KOL-mottagning tog sina astmaläkemedel alltid eller oftast som läkare rekommenderat (73,6%) jämfört med patienter från vårdcentraler med godkänd astma/KOL-mottagning (63,2 %), skillnaden var dock inte signifikant ($p=0,492$). Det var fler patienter från vårdcentraler med godkänd astma/KOL-mottagning som inte hade några astmaläkemedel (figur 4).

5.3 Bortfallsanalys

Strukturenkäten besvarades av samtliga 25 vårdcentraler som fanns i landstinget Sörmland under våren 2011, därmed finns inget bortfall att presentera. En bortfallsanalys för patientenkäten presenteras nedan.

5.3.1 Bortfallsanalys patientenkät

Av de 320 personer som fick patientenkäten, var det 141 (44%) som inte hade svarat efter tre utskick. En bortfallsanalys gällande ålder, kön och grupptillhörighet har gjorts. De som har besvarat enkäten presenteras som "deltagare" och de som inte har besvarat enkäten presenteras som "bortfall".

Tabell 5:

	Deltagare (n = 179)	Bortfall (n= 141)
Medelålder (år)	52,3	45,3
Män n (%)	62 (51,2)	59 (48,8)
Kvinnor n (%)	117 (58,8)	82 (41,2)
Godkänd astma/KOL-mottagning n (%)	88 (55,0)	72 (45,0)
Ej astma/KOL-mottagning n (%)	91 (56,9)	69 (43,1)

Det fanns en signifikant skillnad i ålder mellan deltagarna och bortfallsgruppen, det var fler yngre (både män och kvinnor) som inte har besvarat enkäten ($p < 0,001$). Däremot var det ingen signifikant skillnad mellan antalet män och kvinnor eller mellan grupperna "godkänd astma/KOL-mottagning" och "ej astma/KOL-mottagning".

6 DISKUSSION

Studien är gjord i Landstinget Sörmland år 2011 (strukturenkät) samt år 2012 (patientenkät) och speglar därmed förhållandena där under den aktuella tidsperioden. Nedanstående resultatdiskussion tar upp de skillnader och likheter som studien visade mellan förekomst av astma/KOL-mottagning jämfört med traditionell vård utan särskild astma/KOL-mottagning. I metoddiskussionen tas studiens styrkor och svagheter upp. Avslutningsvis diskuteras studiens forskningsetiska synpunkter.

6.1 Resultatdiskussion

Vårdresurser för vuxna astmapatienter på de vårdcentralerna i landstinget Sörmland som deltog i studien kartlades genom en strukturenkät (bilaga A). 76 % av vårdcentralerna uppgav att de hade en astma/KOL-mottagning år 2011. En större studie (PRAXIS-studien astma/KOL) i Uppsala-Örebroregionens sju län (där Sörmland ingick) visade att det var 87 % av vårdcentralerna som deltog i den studien som hade astma/KOL-mottagningar under samma år (Lisspers, Janson, Montgomery, Sundh, Österlund Efraimsson & Ställberg, 2012). Denna studie visade att förekomsten av astma/KOL-mottagningar var något lägre i landstinget Sörmland än i hela Uppsala-Örebroregionen.

Jämfört med de rekommendationer som finns för astma/KOL-mottagningar (Kull, m.fl., 2008) så framkom det att de flesta vårdcentralerna hade den utrustning som krävs för behandling av astmapatienter och en verksamhetsansvarig läkare för astma/KOL-mottagningen. Däremot var det få astma/KOL-mottagningar som hade avsatt tid enligt rekommendationerna (endast 3 av 19). Den genomsnittliga tiden som var avsatt för sjuksköterskan på astma/KOL-mottagningen var 0,9 timmar/vecka/1000 invånare listade på vårdcentralen. Det stämmer bra överrens med PRAXIS-studien som samma år visade en genomsnittlig tid i Uppsala-Örebroregionen på 1,0 timmar/vecka/1000 listade invånare (Lisspers, Janson, Montgomery, Sundh, Österlund Efraimsson & Ställberg, 2012). En fjärdedel av sjuksköterskorna saknade den högskoleutbildning som rekommenderas. Det var dessutom otillräckligt antal som gjorde strukturerade utredningar, uppföljningar och erbjöd patientutbildning.

Bristande tid avsatt för astma/KOL-mottagningen ger troligtvis effekter på vad sjuksköterskan hinner med. För att patienterna själva ska kunna hantera sin astma (egenvård), är skriftliga behandlingsplaner, patientutbildning och uppföljning en förutsättning (Global Initiative for Asthma, 2014; Landstinget Sörmland, Läke-medelskommittén, 2008). För att sjuksköterskan ska hinna utföra spirometri och träffa patienterna flera gånger för uppföljning behövs den rekommenderade tiden för astma/KOL-mottagning på minst 1,5 h/vecka/1000 listade invånare (Carlfjord & Lindberg, 2008).

Denna studie har visat att det finns mycket kvar att förbättra för att i högre utsträckning erbjuda patienterna en möjlighet till att öka sin egenvårdskapacitet genom astma/KOL-sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder och hjälpmetoder som t.ex. undervisning och stöd till patienten för att denne ska kunna utföra de egenvårdsaktiviteter som behövs för att uppnå och bibehålla en god astmakontroll.

6.1.1 Astmakontroll

Astma kontroll Test (ACT) användes för att besvara den primära frågeställningen. Det är ett validerat mätinstrument och som rekommenderas i bl.a. GINA-guidelines (Schatz, m.fl., 2006; Global Initiative for Asthma, 2014). Det finns andra test att mäta astmakontroll med,

t.ex. Asthma Control Questionnaire (Juniper, O'Byrne, Guyatt, Ferrie & King, 1999), men ACT valdes ut framförallt för dess enkelhet.

Det visade sig att det fanns en signifikant skillnad i astmakontroll mellan de patienter som var listade på en vårdcentral med godkänd/nära godkänd astma/KOL-mottagning och de patienter som var listade på vårdcentraler utan/nästan ingen astma/KOL-mottagning. Dock var medelvärdet på ACT under gränsen för astmakontroll i båda grupperna. Dålig astmakontroll har uppmätts i flera studier, både internationellt och i Sverige (Rabe, m.fl., 2004; Mc Ivor, Boulet, FitzGerald, Zimmerman & Chapman, 2007; Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd, 2010; Ställberg, m.fl., 2009). Faktorer som setts höra ihop med dålig astmakontroll är t.ex. låg socio-ekonomisk status, överanvändning av kortverkande luftrörsvidgande läkemedel, sjukskrivning p.g.a. astma, att ej använda behandlingsplan, dålig inhalationsteknik, låg följsamhet till medicinsk behandling, kön, rökning, ålder, BMI och vårdresurser (Hoskins, William, Jackson, Norman & Donnan, 2012). Det kan tänkas att fler patienter skulle kunna uppnå astmakontroll om tiden för astma/KOL-mottagningen utökades, vilket kunde ses i en studie av Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd (2010).

Eftersom astmakontroll kan ses som en prediktor för t.ex. livskvalitet (Chen, m.fl., 2007), är ACT eller liknande mätinstrument bra och enkla verktyg för astma/KOL-sjuksköterskan att använda sig av. ACT har även rekommenderats av Läkemedelsverket (Läkemedelsverket, 2015). Patienten kan själv göra ACT på internet (GlaxoSmithkline, 2002) för att utvärdera egenvården kontinuerligt. Det kan ses som en egenvårdsaktivitet som stärker patientens egenvårdskapacitet (Orem, 2001).

6.1.2 Akutbesök

I studien sågs ingen signifikant skillnad mellan akutbesök p.g.a. astmabesvär och förekomsten av astma/KOL-mottagning. Enligt SBU:s (2000) granskning kunde astmamottagningar ha en viss effekt på antalet akutbesök, men antalet studier med hög kvalitet i svensk miljö var otillräcklig. Lindberg, Ahlner, Möller och Ekström (1999) såg en minskning i antalet akutbesök hos de patienter som träffat astmasjuksköterska upprepade gånger. Cochranerapporten som granskat primärvårdsbaserade astmamottagningar såg ingen signifikant minskning av antalet akutbesök (Baishnab & Karner, 2012). Frågan om astma/KOL-mottagningar minskar antalet akutbesök behöver således studeras mera.

6.1.3 Skriftliga behandlingsplaner

Skriftliga behandlingsplaner används för att patienten själv ska kunna styra sin behandling utifrån sina symtom samt vid exponering av utlösande faktorer och rekommenderas enligt vårdprogrammet för vuxna med astma i Landstinget Sörmland (Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén, 2008), läkemedelsverket (Läkemedelsverket, 2015) och i GINA-guidelines (Global Initiative for Asthma, 2014). En individuellt anpassad behandlingsplan är också en hjälp för astma/KOL-sjuksköterskan för att kunna arbeta personcentrerat och

stödja patientens egenvård (Jagorstrand, Jonsson & Zakrisson, 2012). En skriftlig behandlingsplan skrivs av läkare och följs upp av astma/KOL-sjuksköterskan (Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén, 2008).

En relation mellan antalet skriftliga behandlingsplaner och förekomsten av astma/KOL-mottagning kunde ses i denna studie. Dock var det bara drygt en fjärdedel i gruppen med patienter från vårdcentraler med godkänd/nära godkänd astma/KOL-mottagning som hade fått en skriftlig instruktion eller behandlingsplan med information om vad de skulle göra om de fick en försämring av sin astma. Enbart ca 12 % av deltagarna i gruppen utan/nästan ingen astma/KOL-mottagning hade fått en skriftlig behandlingsplan.

Det varierar hur mycket olika personer med astma vill vara delaktiga i sin vård och behandling. En del patienter vill att vårdpersonalen talar om vad som är bäst, medan för andra är egenvård den bästa lösningen (Paterson & Britten, 2000). Lyhörddhet för detta är viktigt. Orem beskriver relationen mellan patient och sjuksköterska som omvårdnadssystem som kan vara antingen fullständigt kompenserande, delvis kompenserande eller stödjande/undervisande (Orem, 2001). En skriftlig behandlingsplan är bra både för de som vill sköta astman mer själva och för de som vill ha mer hjälp från vårdpersonalen. Utveckling av hur behandlingsplanerna ska utformas behövs. Ett exempel är en datoriserad behandlingsplan för astmapatienter som utvecklats i Storbritannien med förhoppning att öka antalet behandlingsplaner i primärvården (Roberts, Evans, Blenkhorn & Partridge, 2010).

6.1.4 Patientutbildning: kunskaper om astma och behandling

Patientutbildning är centralt för att stärka patientens möjlighet till egenvård och därmed få patienten mer delaktig i vården och behandlingen av astman (Jagorstrand, Jonsson & Zakrisson, 2012). Undervisning är en hjälpmetod som sjuksköterskan kan använda för att stärka patientens egenvårdskapacitet (Orem, 2001). Målet är att patienten ska ta aktiv del i sin behandling och uppnå så god astmakontroll som möjligt (Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén, 2008).

Patientundervisning vid upprepade tillfällen har setts öka patienters egenvårdskapacitet (Altay, 2013). En ökning av kunskaper om astma när patienter har träffat astma/KOL-sjuksköterska har även setts i svenska studier (Lindberg, Ahlner, Möller & Ekström, 1999; Lisspers, Ställberg, Hasselgren, Johansson & Svärdsudd, 2010).

Det sågs i denna studie en relation mellan kunskaper om hur en försämring av astman ska hanteras och förekomsten av astma/KOL-mottagning. Däremot sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande generella kunskaper om astma. Vårdresurser har i denna studie därmed setts ha en viss betydelse för patientens kunskapsnivå.

Det är inte känt om patienterna i denna studie har träffat en astma/KOL-sjuksköterska eller inte. Det är heller inte känt om de har fått någon patientundervisning eller inte. Frågan gällde endast deltagarnas egen skattning av sina kunskaper.

6.1.5 Följsamhet till ordinerad behandling i relation till vårdresurser och astmakontroll

Läkemedelsbehandling utgör en del av behandlingen av astma. Vid astmabesvär oftare än två gånger per vecka rekommenderas behandling med inhalationssteroider. Snabbverkande luftrörsvidgande inhalation kan tas vid behov. Vid svårare besvär kan långtidsverkande luftrörsvidgande inhalation tas tillsammans med inhalationssteroider. Utöver inhalationsbehandling finns även tabletter med leukotrienantagonist och vid svåra astmabesvär kan peroral steroidbehandling behövas (Läkemedelsverket, 2015).

Ungefär 2/3 av patienterna i studien följde alltid eller oftast den ordinerade läkemedelsbehandlingen. Det var ingen signifikant skillnad grupperna emellan. Dock var det fler patienter som var listade på vårdcentraler med godkänd astma/KOL-mottagning som uppgav att de inte använde några astmaläkemedel. Trots det hade den gruppen bättre astmakontroll. Detta ger upphov till en del funderingar kring vad det kan bero på, om det var tillfälligt för denna studie eller om det förekommer i större omfattning. Fler studier behövs för att ta reda på detta.

Astma är en kronisk sjukdom med varierande grad av besvär varvat med symtomfria perioder. Det är därmed viktigt att ha en behandlingsplan som tar hänsyn till detta växlande förlopp. Om en sådan behandlingsplan saknas är patientens egna kunskaper och egenvårdskapacitet troligtvis avgörande för hur behandlingen kommer att se ut. De patienter som har goda kunskaper om astma och dess behandling kan troligtvis styra sin behandling på ett bra sätt relaterat till sina symtom (grad av astmakontroll), medan patienter med lägre grad av kunskaper (bristande egenvårdskapacitet) troligtvis följer läkarens ordination strikt även när symtomen förändras eller så slutar de ta ordinerade läkemedel när de uppnår en förbättring av sina symtom. Astma/KOL-sjuksköterskans roll blir att stärka patientens egenvårdskapacitet genom stödjande och undervisande omvårdnadsåtgärder för att uppnå egenvårdsbalans (Orem, 2001).

6.2 Metoddiskussion

Randomiserade kontrollerade studier är både tidskrävande, dyra och svåra att utföra. Därför valdes i detta fall istället en observations- och tvärsnittsstudie med ett "real life"- perspektiv. Fördelar som mindre administration och lägre bortfall än vid longitudinella studier var också avgörande för valet av design. Självklart finns det mycket som kan påverka hur utgången blir, t.ex. arbetar varje sjuksköterska på sitt eget sätt. I strukturenkäten visade det sig att det var olika hur astma/KOL-mottagningarna var organiserade, vilka vårdresurser som fanns på respektive vårdcentral.

I en randomiserad kontrollerad studie gör varje sjuksköterska likadant enligt en mall. Både SBU-rapporten och de två Cochranerapporter som gjorts inom området visade att det bara fanns ett fåtal randomiserade studier som motsvarade önskvärd kvalitet (SBU, 2000; Baishnab & Karner, 2012; Kuethé, Vaessen-Verberne, Elbers & Van Aalderen, 2013). Det

betyder att även om en randomiserad kontrollerad studie görs, så ställs det höga krav på kvaliteten för att studien ska anses vara tillförlitlig. Detta bedömdes vara för svårt att uppnå för denna studie på magisternivå.

I denna studie var dock inte frågeställningen hur sjuksköterskorna arbetade på astma/KOL-mottagningarna, utan vårdresurser (tid avsatt för sjuksköterskorna på astma/KOL-mottagningen) jämfördes med patienternas svar gällande astmakontroll, kunskaper om astma m.m. Astma kontroll test (ACT) är ett validerat mätinstrument (Schatz, m.fl., 2006). Det rekommenderas även i klinisk verksamhet för symtombedömning vid astma (Socialstyrelsen, 2014).

Tanken med studien var från början att jämföra två olika grupper, patienter som var listade på fem vårdcentraler med godkänd astma/KOL-mottagning enligt tidskriteriet 1,5 timmar/vecka/1000 listade invånare på vårdcentralen och patienter från fem vårdcentraler som saknade astma/KOL-mottagning. Eftersom detta är var en "real life"-studie så blev det en modifiering efter att strukturenkäten genomförts då det inte fanns tillräckligt antal astma/KOL-mottagningar som uppfyllde tidskriteriet och som dessutom hade funnits i minst 4 år. Likaså fanns det inte fem vårdcentraler som helt saknade en astma/KOL-mottagning och som dessutom hade funnits i minst 4 år. Detta ledde till att de fem vårdcentralerna som uppfyllde/nästan uppfyllde tidskriteriet inkluderades och att de fem vårdcentralerna som var utan astma/KOL-mottagning eller som hade minst tid avsatt för sjuksköterskan blev inkluderade. Det är svårt att säga om resultatet skulle ha sett annorlunda ut om de ursprungliga kriterierna hade följts, men det kan inte uteslutas att det kan ha haft betydelse. Ett sätt att undvika detta hade varit att inkludera vårdcentraler även från andra landsting för att hitta tillräckligt många som nådde upp till kriterierna eller att välja ut fler patienter från de vårdcentraler som uppfyllde kriterierna i denna studie.

Svarsfrekvensen blev något lägre än väntat (56 %). Powerberäkningen för studien byggde på en svarsfrekvens på 60 %. Det gjordes ett första utskick till alla deltagare och därefter två påminnelser. Resurser för att kunna engagera fler deltagare till att svara fanns ej (t.ex. telefonpåminnelse). Om studiens styrka (power) är för låg ökar risken för typ 2-fel, vilket innebär att analysresultatets validitet minskar (Polit & Beck, 2011).

Bortfallsanalysen visar att könsfördelningen var lika mellan de som svarat och de som inte svarat, medan medelåldern var lägre hos de som inte svarat. Fördelningen mellan ålder och kön var dock lika i de båda jämförelsegrupperna i studien, vilket var betydelsefullt för bedömning av resultatet

Ett annat sätt att genomföra en studie av astma/KOL-mottagningar är t.ex. kvalitativ intervjustudie, det skulle kunna ge en fördjupad bild av vad astma/KOL-sjuksköterskans arbete innebär och innehåller. Även patienter kan intervjuas för att se hur de upplever att ha astma och betydelsen av egenvård. Denna studie utgör en kartläggning (tvärsnitt) av hur det ser ut för tillfället, medan en kvalitativ studie istället skulle kunna ge ett mer ingående svar på varför det blir ett visst resultat. En sådan kvalitativ studie har t.ex. gjorts av Foster,

Gantley, Feder & Griffiths (2005) som intervjuade astmasjuksköterskor, distriktsläkare och patienter.

6.3 Forskningsetiska synpunkter

Etikansökan insändes till Etikprövningsnämnden i Stockholm innan studien påbörjades. De lämnade ett rådgivande yttrande och godkände utförandet av studien (diarienummer 2011/798-31/4). Riktlinjer kring informerat samtycke och konfidentiell behandling av datamaterial har följts. Resultaten presenteras på gruppnivå för att enskilda patienters svar inte ska kunna identifieras.

Ett dilemma som upptäcktes under datainsamlingen var att några patienter hörde av sig och var upprörda, eftersom de inte visste att de hade astma. Detta tyder på att en diagnos ställts i journalen, som patienterna själva inte varit medvetna om. Undertecknad hänvisade i dessa fall till den aktuella vårdcentralen och i vissa fall valde patienterna att inte delta. Av de som besvarade enkäten svarade 86 % att de hade astma. Det har inte varit möjligt att analysera hur många av de som inte svarat som själva visste om att de hade astma enligt diagnos i journalen.

7 SLUTSATSER

I Landstinget Sörmland var det många vårdcentraler som hade en astma/KOL-mottagning våren 2011, men i olika omfattning. Få vårdcentraler med astma/KOL-mottagning uppfyllde tidskriteriet för en godkänd astma/KOL-mottagning, vilket troligtvis kan vara en bidragande orsak till att astma/KOL-sjuksköterskor inte hinner med att utföra tillräckligt med omvårdnadsaktiviteter för att stärka patienternas egenvårdskapacitet. Rekommenderad högskoleutbildning i astma och KOL saknades också hos många astma/KOL-sjuksköterskor.

Vårdresurserna påverkade i denna studie graden av astmakontroll, men det var fortfarande många patienter som ej uppnådde astmakontroll trots att de gick på en vårdcentral som hade en godkänd/nästan godkänd astma/KOL-mottagning.

Någon skillnad mellan grupperna av antalet akutbesök p.g.a. astma- och/eller luftvägsbesvär kunde ej påvisas.

Det var en påfallande låg andel patienter som hade fått en skriftlig behandlingsplan i båda grupperna.

I båda grupperna sågs att många patienter svarat att de hade bristande kunskaper om astma, vilket visar att ett omvårdnadsbehov i form av mera patientutbildning fanns.

Studien kunde ej påvisa någon skillnad mellan grupperna i följsamhet till ordinerad behandling.

En sammanfattande slutsats från denna studie är att om vårdresurser i form av astma/KOL-mottagningar utvecklas både vad det gäller avsatt tid och utbildning av vårdpersonalen, kan detta leda till att fler patienter får ökade kunskaper kring astma och därigenom kan öka sin egenvårdskapacitet, vilket sammantaget kan leda till bättre astmakontroll. I sin tur kan bättre astmakontroll leda till minskade kostnader för samhället för vård av vuxna astmapatienter om patienterna mår bättre och inte behöver söka sjukvård lika ofta.

Vidare forskning inom området behövs. Förslagsvis kan studier ur ett patientperspektiv ge kunskaper om hur patienter upplever vården och även belysa hur omvårdnaden kan utformas för att bäst uppfylla de behov som patienterna har. Eftersom antalet randomiserade kontrollerade studier om astma/KOL-mottagningars effekt är bristfälligt behövs det också göras fler sådana, gärna longitudinella där patienterna får träffa astma/KOL-sjuksköterska vid flera tillfällen.

REFERENSER

- Altay, N. (2013). Using Orem's self-care model for asthmatic adolescents. *Pediatric Nursing*(18), 233-242.
- Baishnab, E., & Karner, C. (2012). *Primary care based clinics for asthma (Review)*. Hämtat 14 januari 2013 från <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003533.pub2/pdf/standard>
- Bateman, E. D., Bousquet, J., Keech, M. L., Busse, W. W., Clark, T. J., Pedersen, & E, S. (2007). The correlation between asthma control and health status: the GOAL-study. *European Respiratory Journal*, 29, 56-63.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.117-119). Lund: Studentlitteratur.
- Carlford, S., & Lindberg, M. (2008). Asthma and COPD in primary health care, quality according to national guidelines: a cross-sectional and a retrospective study. *BMC Family Practice*, 1-6.
- Carlsson, A. C., Wändell, P., Ösby, U., Zarrinkoub, R., Wettermark, B., & Ljunggren, G. (2013). High prevalence of diagnosis of diabetes, depression, anxiety, hypertension, asthma and COPD in the total population of Stockholm, Sweden - a challenge for public health. *BioMed Central Public Health*, 13:670, 1-8.
- Chen, H., Gould, M. K., Blanc, P. D., Miller, D. P., Kamath, T. V., & Sullivan, S. D. (2007). Asthma control, severity, and quality of life: Quantifying the effect of uncontrolled disease. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 120, 396-402.
- CODEX. (2010). *CODEX regler och riktlinjer för forskning*. Hämtat den 18 februari 2014 från <http://www.codex.vr.se/forskningsetik.shtml>
- Effing, T., Monninkhof, E. E., van der Valk, P. P., Zielhuis, G. G., Haydn, W. E., van der Palen, J. J., & Zwerink, M. (2009). *Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Hämtat den 28 augusti 2013 från <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002990.pub2/pdf>
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Foster, G., Gantley, M., Feder, G., & Griffiths, C. (2005). How do clinical nurse specialists influence primary care management of asthma? A qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*, 154-160.
- Gibson, P. G., m.fl. (2002). *Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (review)*. Hämtat den 5 januari 2014 från

- <http://www.thecochranelibrary.com/SpringboardWebApp/userfiles/ccoch/file/CDO01117.pdf>
- GlaxoSmithkline. (2002). *Astma Kontrolltest (ACT)*. Hämtat den 3 november 2013 från <http://www.glaxosmithkline.se/Files/AsthmaControlTest.pdf>
- Global Initiative for Asthma. (2014). *Global strategy for asthma management and prevention*. Hämtat den 30 oktober 2014 från http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Aug12.pdf
- Gonzalez-Barcala, F.-J., de la Fuente-Cid, R., Tafalla, M., Nuevo, J., & Caamano-Isorna. (2012). Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7:32, 1-10.
- Heard, A., Richards, I., Alpers, J., Pilotto, L., Smith, B., & Black, J. (1999). Randomised controlled trial of general practice based asthma clinics. *The medical journal of Australia*, 171, 68-71.
- Hoskins, G., William, B., Jackson, C., Norman, P., & Donnan, P. (2012). Patient, practice and organisational influences on asthma control; Observational data from a national study on primary care in the United Kingdom. *International Journal of Nursing Studie*, 49, 596-609.
- Jagorstrand, B., Jonsson, M., & Zakrisson, A.-B. (2012). *Arbetsbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning mot astma/allergi/KOL*. Hämtat den 10 augusti 2013 från <http://www.swenurse.se/PageFiles/13063/AAK%20Absolut%20sista%20120914.pdf>
- Juniper, E., O'Byrne, P., Guyatt, G., Ferrie, P., & King, D. (1999). Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *European Respiratory Journal*, 14, 902-907.
- Kueth, M. C., Vaessen-Verberne, A. A., Elbers, R. G., & Van Aalderen, W. M. (2013). *Nurse versus physician-led care for the management of asthma*. Hämtat den 29 augusti 2013 från <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009296.pub2/pdf>
- Kull, I., Johansson, G. S., Lisspers, K., Jagorstrand, B., Romberg, K., Björn, T., & Ställberg, B. (2008). Astma/KOL-mottagningar i primärvård ger effektivt omhändertagande. *Läkartidningen nr 42*, 2937-2940.
- Landstinget Sörmland, Läkemedelskommittén. (2008). *Astma Vårdprogram i Sörmland för vuxna 2008*. Hämtat den 10 december 2012 från www.landstingetsormland.se/PageFiles/2469/Vårdprogram%20astma%20hos%20vuxna%202008%2C%20nätversionen%2C%20080619.pdf

- Lindberg, M., Ahlner, J., Möller, M., & Ekström, T. (1999). Asthma nurse practice - a resource-effective approach in asthma management. *Respiratory Medicine*, 93, 584-588.
- Lisspers, K., Ställberg, B., Hasselgren, M., Johansson, G., & Svärdsudd, K. (2005). Organisation of asthma care in primary health care in Mid-Sweden. *Primary Care Respiratory Journal*, 14, 147-153.
- Lisspers, K., Ställberg, B., Hasselgren, M., Johansson, G., & Svärdsudd, K. (2010). Primary health care centres with asthma clinics; effects on patients' knowledge and asthma control. *Primary Care Respiratory Journal*, 19(1), 37-44.
- Lisspers, K., Janson, C., Montgomery, S., Sundh, J., Österlund Efraimsson, E. & Ställberg, B. (2012). Organisationen för astma och KOL i primärvården, en jämförelse mellan 2005 och 2012 - resultat från PRAXIS-studien astma/KOL. Abstract Riksstämman. Hämtat den 20 april 2015 från <http://abstrakt.sls.se/word/Allm%C3%A4nmedicin.doc>
- Lisspers, K., Ställberg, B., Janson, C., Johansson, G., & Svärdsudd, K. (2013). Sex-differences in quality of life and asthma control in Swedish asthma patients. *Journal of Asthma*, 1-23.
- Lisspers, K., m.fl. (2014). The importance of structured COPD management in primary care - an observational matched cohort study. *Respiratory Medicine*, 108 (9), 1345-1354.
- Läkemedelsverket. (2015). *Läkemedelsbehandling vid astma - behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2015;26(3):26-43*. Hämtat den 28 oktober 2015 från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedelsbehandling_vid_astma_behandlingsrekommendation_webb.pdf
- Lötvall, J., m.fl. (2009). West Sweden Asthma Study: Prevalence trends over the last 18 years argues no recent increase in asthma. *Respiratory Research*, 1-11.
- Mc Ivor, A. R., Boulet, L.-P., FitzGerald, M. J., Zimmerman, S., & Chapman, K. R. (2007). Asthma control in Canada: No improvement since we last looked in 1999. *Canadian Family Physician*, 672-677.
- Nathan, R. A., m.fl. (2004). Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 59-65.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. New York: Mosby.
- Paterson, C., & Britten, N. (2000). Organising primary health care for people with asthma: the patient's perspective. *British Journal of General Practice*(50), 299-303.
- Polit, F.D., & Beck, C.T. (2011). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Rabe, K. F., m.fl. (2004). World wide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 40-47.
- Roberts, N.J., Evans, G., Blenkhorn, P., & Partridge, M.R. (2010). Development of an electronic pictorial asthma action plan and its use in primary care. *Patient Education and Counseling*, 80 (1), 141-146.
- Rootmensen, G. N., m.fl. (2008). The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial. *Patient Education and Counseling*, 70, 179-186.
- SBU. (2000). *Behandling av astma och KOL - En systematisk kunskapssammanställning*. Hämtat den 10 december 2012 från www.sbu.se/upload/Publikationer/Contento/astma_2000/kolinnehfull.html
- Schatz, M., m.fl. (2006). Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(3), 549-556.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL- Vetenskapligt underlag Bilaga Remissversionen*. Hämtat den 28 oktober 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-astma-kol-vetenskapligt-underlag.pdf>
- Ställberg, B., Lisspers, K., Hasselgren, M., Janson, C., Johansson, G., & Svärdsudd, K. (2009). Asthma control in primary care in Sweden: a comparison between 2001 and 2005. *Primary Care Respiratory Journal*, 18 (4), 279-286.
- Taylor, S. J., m.fl. (2005). Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ*, 1-7.

BILAGOR

- A. Strukturenkät till vårdcentraler
- B. Patientenkät
- C. Informationsbrev till vårdcentraler
- D. Informationsbrev till patienter/forskningspersoner
- E. Informationsbrev till verksamhetschefer

BILAGA A. STRUKTURENKÄT TILL VÅRDCENTRALER

Vårdcentralens namn: _____

Uppgiftslämnare: _____ Tel: _____

Kontaktperson för studiens fortsättning: _____ Tel: _____

E-postadress (kontaktperson): _____

Hur ser organisationen ut för omhändertagandet av vuxna patienter med astma på Er vårdcentral?

1. Hur stort upptagningsområde har Er vårdcentral?

Antal personer	
Ej aktuellt (kryss)	

2. Hur många personer är listade på Er vårdcentral?

Antal personer	
Ej aktuellt (kryss)	

3. Vilket är bäst när man skall beskriva Er vårdcentral?

Antal personer i upptagningsområdet	
Antal listade	

4. Hur länge har vårdcentralen funnits?

Årtalet då vårdcentralen öppnades	
-----------------------------------	--

5. Hur många läkartjänster (allmänläkare), omräknat i heltidstjänster, finns på Er vårdcentral?

Antal allmänläkartjänster	
---------------------------	--

6. Hur stor andel av det omräknade antalet allmänläkartjänster är för närvarande besatta?

Antal besatta allmänläkartjänster	
-----------------------------------	--

7. Finns spirometer på Er vårdcentral?

Ja	
Nej	
Vet ej	

8. Om svaret är ja på fråga 7. Vilket märke/fabrikat har den nuvarande spirometern?

Märke/fabrikat	
Vet ej	

9. Finns nebulisator på Er vårdcentral?

Ja	
Nej	
Vet ej	

10. Finns pulsoxymeter på Er vårdcentral?

Ja	
Nej	
Vet ej	

11. Görs pricktester?

Ja, på den egna vårdcentralen	
Ja, men remitteras till annan mottagning inom primärvården	
Ja, men remitteras till sjukhusmottagning	
Nej	

12. Har Ni för närvarande en särskild astmamottagning (alternativt astma/KOL-mottagning)?

Ja	
Nej	
Vet ej	

Om svaret är ja eller vet ej på fråga 12, besvara även frågorna 13-20

Om svaret är nej är enkäten färdigbesvarad.

13. När startades Er astmamottagning?

Årtal	
Vet ej (kryss)	

14. Hur många timmar per vecka finns avsatt för astmamottagningen?

Antal timmar/vecka	
--------------------	--

15. Har astmamottagningen en specialutbildad sjuksköterska eller annan yrkeskategori som ansvarar för mottagningen? (Med specialutbildad avses att man har deltagit i kurser avsedda för astmasköterskor)

Ja	
Nej	
Vet ej	

16. Har nuvarande astmasköterska universitets/högskolepoäng, minst 7,5 p inom astma, allergi och/eller KOL? (Om mottagningen har flera astmasköterskor skriv t.ex. 1 av 2 före svarsalternativet) Tänk på att 7,5 p motsvarar 5 p enligt det gamla systemet före 2007.

Ja, enbart astma/allergi (minst 7,5 p)	
Ja, enbart KOL (minst 7,5 p)	
Ja, både astma och KOL (vardera minst 7,5 p)	
Nej	

17. Finns det för astmamottagningen en verksamhetsansvarig läkare som även fungerar som resursperson för astmasköterskan?

Ja	
Nej	
Vet ej	

18. Har astmasköterskan tidsbeställd mottagning?

Ja, varje vecka	
Ja, sporadiskt	
Nej	
Vet ej	

19. Brukar Ni genomföra strukturerade utredningar med PEF-mätningar, PEF-dagbok, uträkning av PEF-variabilitet och reversibilitetstest på astmamottagningen?

Ja, ofta	
Ja, ibland	
Nej	
Vet ej	

20. Vilken uppföljning brukar astmapatienter vanligtvis erbjudas hos astmasköterskan? (Flera alternativ kan vara aktuella)

Uppföljning av astmakontroll	
Uppföljning av behandlingsplan	
Uppföljning av inhalationsteknik	
Fortsatt patientutbildning	
Ingen uppföljning hos astmasköterskan efter att diagnosen fastställts	

21. Ges patientundervisning på astmamottagningen, där sjukdomslära, medicinering, individuella behandlingsplaner och prevention utgör basen för undervisningen?

Ja, ofta	
Ja, då och då	
Nej	
Vet ej	

Tacksam för svar snarast i bifogat svarskuvert eller internkuvert till:

Anne Rydén

Vårdcentralen City

631 88 Eskilstuna

BILAGA B. PATIENTENKÄT

FRÅGEFORMULÄR OM DIN ASTMA/DINA LUFTRÖRSBESVÄR

SAMTYCKE OM DELTAGANDE I STUDIE OM ASTMA

Jag ger härmed mitt samtycke till att journalkopior från den vårdcentral där jag är listad aidentifieras och skickas till Anne Rydén, Vårdcentralen City i Eskilstuna enligt den bifogade informationen jag läst.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

FRÅGOR OM DIN ASTMA/DINA LUFTRÖRSBESVÄR

1. Hur gammal är Du? _____ år

2. Är Du? Kryssruta

Kvinna	<input type="checkbox"/>
Man	<input type="checkbox"/>

3. Vilken är den högsta utbildning Du har?

Gått i skola mindre än 5 år	<input type="checkbox"/>
Folkskola eller grundskola	<input type="checkbox"/>
Realskola eller flickskola	<input type="checkbox"/>
2-årigt gymnasium eller yrkesskola	<input type="checkbox"/>
3-4 årigt gymnasium	<input type="checkbox"/>
Universitet/högskola 2,5 år eller kortare	<input type="checkbox"/>
Universitet/högskola 3 år eller längre	<input type="checkbox"/>

4. Vilken sjukdom har Du som stämmer bäst på Dina luftvägsbesvär? Kryssa för det eller de alternativ som Du anser stämmer med Din uppfattning.

Astma	<input type="checkbox"/>
KOL	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkit	<input type="checkbox"/>
Annan (skriv här):	<input type="checkbox"/>
Vet ej	<input type="checkbox"/>

Har aldrig haft luftrörsbesvär	
---------------------------------------	--

5. Under de senaste 4 veckorna, hur stor del av tiden har Du hindrats av Din astma från att utföra Dina normala aktiviteter på arbetet, i skolan eller hemma?

Hela tiden	
En större del av tiden	
En del av tiden	
En mindre del av tiden	
Ingen del av tiden	

6. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har Du varit andfådd/upplevt andnöd?

Mer än en gång om dagen	
En gång om dagen	
Tre till sex gånger i veckan	
En eller två gånger i veckan	
Inte alls	

7. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har Du vaknat av dina astmasymtom (väsende andning, hosta, andfåddhet/andnöd, täthetskänsla eller värk i bröstet) under natten eller tidigare än vanligt på morgonen?

Fyra eller fler nätter i veckan	
Två till tre nätter i veckan	
En gång i veckan	
En eller ett par gånger	
Inte alls	

8. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har Du använt din kortverkande luftrörsvidgare (som t.ex. Bricanyl, Ventoline, Airomir, Buventol eller ventilastin)?

Tre eller fler gånger per dag	
En eller två gånger per dag	
Två eller tre gånger per vecka	
En gång i veckan eller mer sällan	
Inte alls	

9. Hur skulle Du bedöma Din astmakontroll under de senaste 4 veckorna?

Inte alls kontrollerad	
Dåligt kontrollerad	
Till viss del kontrollerad	
Väl kontrollerad	
Helt kontrollerad	

10. Om Du nu tänker på de senaste 12 månaderna – har Du då sökt *akut* på grund av försämring av Din astma/Dina luftrörsbesvär någonstans inom sjukvården?

Ja, en gång	
Ja, två gånger	
Ja, tre gånger	
Ja, mer än tre gånger	
Nej	

11. Har Du gått (varit listad) på samma vårdcentral under de senaste 4 åren?

Ja	
Nej	
Vet ej	

12. Var går Du på kontroll för Din astma/Dina luftrörsbesvär? Flera alternativ kan vara aktuella.

Distriktsläkare/familjeläkare/husläkare	
Astmasköterska	
Företagsläkare	
På sjukhus (allergi/lung- eller medicinmottagning)	
Privat lung- eller allergispecialist	
Annat alternativ:	
Inte hos någon	

13. Vet Du vilken läkare som ansvarar för Din astmabehandling?

Ja	
Nej	

14. Har Du fått skriftlig instruktion/behandlingsplan om hur Du skall ändra Din medicinering vid försämring av Din astma?

Ja	
Nej	
Vet ej	

15. Tycker Du att Du har tillräckliga kunskaper om hur Du skall hantera en försämring av Din astma?

Ja, absolut	
Ja, delvis	
Ja, lite	
Nej	

16. Tycker Du att Du generellt har tillräckliga kunskaper om Din astmasjukdom?

Ja, absolut	
Ja, delvis	
Nej	

17. Om Du tänker på hur Du använder Din astmamedicin och vad läkare rekommenderat, vilket av följande alternativ passar då bäst?

Jag tar alltid som rekommenderats	
Jag tar oftast som rekommenderats	
Jag tar då och då som rekommenderats	
Jag tar sällan som rekommenderats	
Jag tar inte alls som rekommenderats	
Jag har inga astmamediciner	

18. Röker Du?

Nej, jag har aldrig rökt regelbundet	
Nej, jag har slutat röka	
Ja, jag röker någon gång ibland	
Ja, jag röker dagligen	

19. Om Du röker eller har rökt tidigare, i hur många år har Du rökt dagligen?

_____ År

BILAGA C. INFORMATIONSBREV TILL VÅRDCENTRALER

KARTLÄGGNING AV PRIMÄRVÅRDENS OMHÄNDERTAGANDE AV VUXNA ASTMAPATIENTER I SÖRMLAND

Astma är en av våra folksjukdomar. Vården av astmapatienter är därför av intresse och Er vårdcentral ingår i en kartläggning av det omhändertagande som vuxna astmapatienter får i primärvården i Sörmland. I ett projekt som genomförs med anslag från FoU-centrum i Sörmland kartläggs i ett första steg primärvårdens struktur för omhändertagandet av patienter med astma. Alla vårdcentraler i Landstinget Sörmland tillskickas denna enkät. I nästa steg sker ett urval av patienter med astmadiagnos som får besvara frågor om astmakontroll (grad av kontroll över astmasymtom). Primärvårdsjournaler på de patienter som samtycker till deltagande i studien/projektet kommer sedan att granskas utifrån det omhändertagande de fått gällande sin astma.

Enkäten besvaras senast den 20/5 2011 i bifogat svarskuvert.

Vid frågor kontakta gärna projektansvariga:

Anne Rydén

Distriktssköterska
Vårdcentralen City, Eskilstuna

Tel: 070-381 81 00

Björn Ställberg

Distriktsläkare, med.dr/handledare för projektet
Svärdsjö Vårdcentral, Svärdsjö

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,
allmänmedicin och klinisk epidemiologi,
Uppsala universitet.

Tel: 070-314 99 44

BILAGA D. INFORMATIONSBREV TILL PATIENTER/FORSKNINGSPERSONER

Du tillfrågas härmed om deltagande i en forskningsstudie om astma

Astma är en av våra folksjukdomar i Sverige. Syftet med denna forskningsstudie är att få ett underlag till hur vården av astmapatienter på vårdcentraler i landstinget Sörmland fungerar. Studien genomförs i form av ett FoU-projekt (Forsknings- och Utvecklingscentrum i Sörmland). Resultatet av studien kommer att presenteras i en skriftlig rapport som sedan också kan vara ett underlag för hur astmavården kan förbättras i landstinget Sörmland.

Vi vänder oss till vuxna personer med diagnosen astma i Sörmland. Ett slumpmässigt urval av patienter från tio vårdcentraler har gjorts. Cirka 320 patienter tillfrågas att delta i studien.

Du har på detta sätt blivit slumpvist utvald till att delta i denna studie. Studien består av två delar där den första är ett frågeformulär som skickas med detta brev. Den andra delen innebär en granskning av kopior av patientjournaler för att se vilket omhändertagande gällande Din astma som vårdcentralen givit. Namn och personnummer kommer att tas bort från journalkopiorna. Enskilda personer kommer inte att kunna identifieras i resultatredovisningen.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt. Om Du accepterar att delta ombeds Du skriftligen godkänna Ditt deltagande i studien på bifogat frågeformulär samt besvara frågorna om astma. Ett godkännande innebär således att ansvariga för studien får gå igenom avidentifierade kopior av Din journal på den vårdcentral som Du besökt på grund av astma.

Du skickar Ditt godkännande och det ifyllda frågeformuläret i bifogat frankerat kuvert. Den fortsatta bearbetningen av formuläret och genomgången av journalkopior kommer att ske enligt gällande sekretessregler. Alla resultat som fås fram vid undersökningen kommer att bearbetas utan att koppling kan göras till enskild person.

Frågeformuläret är märkt med kodsiffra för att påminnelse ska kunna skickas ut. Kodlista och enkätsvar/journalkopior kommer att förvaras inlåsta och åtskilda på FoU-centrum Sörmland, Eskilstuna samt Vårdcentralen City, Eskilstuna.

Du har enligt personuppgiftslagen (PUL) rätt att gratis få ta del av de uppgifter om dig som hanteras och vid behov få eventuella felaktigheter rättade. Vid sådant önskemål kontakta projektansvariga.

Ditt deltagande är frivilligt och Dina kontakter med sjukvården påverkas inte på något sätt om Du väljer att inte delta i denna undersökning. Studien har granskats och godkänts av Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Om Du har frågor angående undersökningen är Du välkommen att kontakta någon av nedanstående studieansvariga.

Anne Rydén

Distriktssköterska

Vårdcentralen City

631 88 Eskilstuna

Tel: 070-381 81 00

Björn Ställberg

Distriktsläkare, med. dr

Vårdcentral Gagnef

785 21 Gagnef

Tel: 070-314 99 44

BILAGA E. INFORMATIONSBREV TILL VERKSAMHETSCHEFER

Till berörda verksamhetschefer

Er vårdcentral har nu tillsammans med övriga vårdcentraler i hela Sörmland besvarat en enkät angående strukturen för omhändertagandet av vuxna astmapatienter i primärvården. Tack för den tid Ni har tagit Er för detta. Enkäten ingår i en FoU-studie med titeln *Vuxna astmapatienter i primärvården i Sörmland – astmakontroll och omhändertagande*. Studien är godkänd av Etikprövningsnämnden i Stockholm.

I nästa steg i studien ska ett antal astmapatienter besvara en patientenkät. För att genomföra detta behöver vi Er hjälp. Er vårdcentral har valts ut att medverka och det innebär att studieansvariga behöver Er hjälp att utifrån BMS skriva ut en lista på de vuxna patienter med astma som besökt Er vårdcentral de senaste 4 åren. Urvalskriterierna är män och kvinnor födda mellan år 1936-1993 med diagnosen astma (diagnoskod J45-P). Patienterna ska ha besökt läkare eller sköterska för sin astma någon eller några gånger under perioden 080101-111231. Lämpligen kan en sekreterare med vana att arbeta i BMS ta ut denna lista.

Från denna lista kommer vi sedan att slumpa ut 32 patienter som sedan av oss kommer att tillfrågas om deltagande i studien. Även då kommer vi att behöva hjälp av sekreterare med att få adresser till patienterna och en kontroll av om patienterna som slumpats ut är listade på Er vårdcentral och inte hade en tillfällig kontakt eller har flyttat.

I steg tre kommer sedan en journalgranskning att ske gällande de patienter som besvarat enkäten. Närmare information om detta kommer senare.

Tacksam för om Ni kan meddela per e-mail till Anne Rydén vem på Er vårdcentral som kan hjälpa oss med i första hand diagnoslistan.

Med vänlig hälsning

Studieansvariga

Anne Rydén

Distriktssköterska

VC City Eskilstuna

070-3818100

anne.ryden@dll.se

Björn Stållberg

Distriktsläkare, med dr.

VC Gagnef

070-3149944

b.stallberg@salem.mail.telia.com



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se