

Astma/KOL-mottagning i primärvård – nya kriterier

Författare:



Björn Tilling, distriktsläkare, vårdcentralen Åtvidaberg och Allergicentrum Universitetssjukhuset Linköping



Birgitta Jagorstrand, distriktsköterska, astma/ KOL sjuksköterska, projektkoordinator, FoUU Primärvården Skåne, Allergikompetenscentrum Lund.



Gunnar Johansson, docent, distriktsläkare, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet.



Inger Kull, leg sjuksköterska, med dr, Arbets- och Miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting och Centrum för allergiforskning, Karolinska Institutet.



Karin Lisspers, distriktsläkare, Gagnefs vårdcentral, Gagnef och Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet.



Kerstin Romberg, distriktsläkare, Nässets Läkargrupp, Höllviken och avdelningen för Lungmedicin och Allergologi, Lunds Universitets-sjukhus.



Björn Stållberg, distriktsläkare, Trosa vårdcentral, Trosa och Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala universitet.

Korrespondens till: Björn Tilling
Box236
Vårdcentralen
597 26 Åtvidaberg
Tel 0120-75886
E-post: bjorn.tilling@lio.se

Ämnesord: astma, KOL, primärvård, astma/KOL-mottagning, organisation, kriterier.

Huvudbudskap

- Primärvården har ett stort ansvar för diagnostik, behandling och uppföljning av patienter med astma och KOL.
- Astma/KOL-mottagningar med specialutbildad sjuksköterska och adekvat tid för mottagningsarbete ökar förutsättningar för att erbjuda en bra vård enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
- Nya kriterier för astma/KOL-mottagning i primärvård redovisas.

Bakgrund

I slutet av 1980-talet startade de första sjuksköterskeledda astmamottagningarna på vårdcentraler i Sverige. Erfarenheterna blev goda och astmamottagningar etablerades på allt fler vårdcentraler under 90-talet. De första utvärderingarna av verksamheterna visade på bättre omhändertagande och behandlingsresultat av astmatiker, framför allt om vissa moment ingick i mottagningsarbetet. Detta utgjorde grunden för förslag till kriterier för "godkänd" astmamottagning som SFAMs (Svensk Förening för Allmänmedicin) nätverk för astma- och allergiintresserade läkare presenterade i tidskriften *AllmänMedicin* 1998 [1]. Initialt omhändertogs bara vuxna astmapatienter på de flesta nystartade mottagningarna. Med tiden fick många också ansvar för barn med astma och därmed ett ökat behov av att kunna utföra allergiutredningar på mottagningarna.

Verksamheten på astmamottagningarna ledde successivt till att även fler patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) identifierades och det blev ytterligare en grupp patienter som började omhändertas på dessa mottagningar. I början av 2000-talet utarbetades nationella

vårdprogrammet för KOL vilket gav struktur på utredning, behandling och uppföljning av denna patientgrupp [2]. I detta vårdprogram får primärvården ansvaret för majoriteten av patienterna med KOL och astmamottagningarna föreslås vara en viktig bas för utredning och uppföljning av dessa patienter. Med denna patientgrupp följde ganska naturligt att astmasjuksköterskan också borde kunna ge ett aktivt rökslutarstöd.

Vård på lika villkor

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer skall vård kunna erbjudas med god kvalitet och på lika villkor i hela landet. Utvärderingar av astmamottagningar på vårdcentraler har visat på ett bättre omhändertagande, minskat antal akutbesök och på bättre kunskap om sjukdomen hos astmapatienter [3-5]. Undersökningar har också visat att tillgången på och avsatt tid för astma/KOL-mottagningar är ojämnt fördelade i landet [6,7]. Det vetenskapliga stödet för nyttan med astma/KOL-mottagning har belysts i en artikel i *Läkartidningen* oktober 2008 [8].

Många distriktsläkare uppfattar astma/KOL-sjuksköterskans arbetsinsatser som en stor tillgång, då tiden för läkarbesök ofta är otillräcklig för att kunna ge patienterna den kunskap om sjukdomen och dess behandling som krävs. Det har från vissa håll framförts farhågor med specialistsjuksköterskor på vårdcentraler, och vissa ser dessa som ett hot mot både allmänläkarens och distriktsköterskans arbetsinnehåll och roller som generalister [8]. Det har också hävdats att specialmottagningar i primärvården såsom astma/KOL-mottagningar tar resurser från andra svaga patientgrupper av kroniskt sjuka. Vi menar att genom ett effektivt omhändertagande av dessa stora patientgrupper kan tid frigöras för andra uppgifter. ►►

Behovet av tidsresurser för astma/KOL-mottagning har aldrig beräknats.

Tidsfaktorn

0,5 timmar/1000 invånare kom till vid analys av astmamottagningar i dess uppbyggnadsfas, då mottagningarna nästan enbart hade vuxna astmapatienter. Primärvården har sedan dess fått ansvar för allt större andel av patienter med astma och KOL, vilket medför stora krav på ett effektivt omhändertagande med god kvalitet. Flera studier har dessutom visat att det finns brister i omhändertagandet av både astma- och KOL-patienter [9,10]. Denna utveckling har skapat behov av att utarbeta nya kriterier för ”godkänd” astma/KOL-mottagning i primärvård.

Metod

Vi författare representerar SFAMs nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare och Astma och allergisjuksköterskeföreningen (ASTA) och har tillsammans med ytterligare representanter för ASTA (Annika Petersson, Kristianstad och Ann-Christin Hedrén Kungälv) utformat förslaget till nya kriterier. Utgångspunkten har varit Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL och det vetenskapliga stöd vi har funnit för astma/KOL-mottagning samt vår mångåriga erfarenhet av arbete i egna mottagningar.

Förslaget presenterades på en nationell workshop i Stockholm hösten 2006 och har därefter under 2007 diskuterats och förankrats i både i SFAMs astma/allergi- och KOL-nätverk och ASTA.

Nya kriterier för astma/KOL-mottagning

Sjuksköterskekompetens och specialutbildning

Dagens astmasköterskor har varierande kompetens och bakgrund. En del har flera års erfarenhet av mottagningsarbete på vårdcentral eller andra specialistmottagningar och delar astmamottagningsarbetet med andra uppgifter på vårdcentralens mottagning. Andra har distriktssköterskekompetens och delar mottagningsarbetet med distriktsvård. För att astma/KOL-sjuksköterskan skall

ha tillräcklig kunskap inom ämnesområdet bedömer vi att 15 högskolepoäng inom astma/KOL är ett minimikrav och önskemål på sikt är minst 30 poängs specialutbildning. 15 poäng, enligt nya högskoleförordningen från juli 2007, motsvarar tidigare tio poäng [11]. Detta stämmer väl överens med det förslag som togs fram av ASTA 2005 [2]. I dokumentet tydliggörs vilken utbildnings- och kompetensnivå sjuksköterskor bör ha för att tjänstgöra på en astma/KOL-mottagning i primärvården.

Idag finns 5–20 poängskurser på högskolor med olika inriktning inom området allergi, astma och KOL. Handledarkurser för rökavvänjning finns på flera högskolor. Utbildningar inom området och spirometriutbildningar erbjuds av både landsting och läkemedelsföretag. Ett så kallat ”spirometriörkort” för att kunna utföra spirometriundersökning med god kvalitet, är under utarbetande av SFAMs astma-, allergi- och KOL-nätverk i samarbete med ASTA.

Verksamhetsansvarig läkare

En av vårdcentralens fast anställda allmänläkare bör utses som verksamhetsansvarig för astma/KOL-mottagningen. Denne är huvudansvarig för den medicinska kvaliteten gällande exempelvis spirometriundersökningar, testmetoder för allergiutredning och kvalitetsuppföljning. Han/hon skall vara ett stöd i första hand för sjuksköterskan, men också kunna vara ett stöd för övriga läkare i val av utredningar, tolkning av undersökningsresultat och val av behandling för astma/KOL-patienter på mottagningen.

Den verksamhetsansvarige läkaren skall hålla sig uppdaterad om kunskapsläget inom området genom regelbunden fortbildning. Viktigt är att komma ihåg att varje läkare inom respektive enhet har det medicinska ansvaret för sina patienter och ska därmed

- tolka undersökningsresultat
- fastställa diagnos
- ansvara för behandlingen
- ansvara för fortsatta läkarkontakter
- remittera till sjukhusspecialist när så bedöms nödvändigt

– samverka med astma/KOL-sjuksköterskan kring den enskilde patienten.

Utrustning

Mottagningen skall vara utrustad med spirometer och pulsoxymeter. Om vårdcentralen tar emot patienter med akuta astmabesvär och KOL-patienter med försämringsskov, skall nebuliseringsapparat finnas och möjlighet att ge oxygenbehandling. Astmasjuksköterskan bör ha tillgång till informations- och undervisningsmateriel samt ha placeboinalatorer så att patienter får kunskap om och tillfälle att pröva olika inhalatorer.

Arbetsorganisation

Verksamheten skall bedrivas med tidsbeställd mottagning. Astma/KOL-sjuksköterskan skall ha telefontid där patienterna får möjlighet till kontakt och rådgivning.

Arbetsinnehåll

Strukturerade utredningar enligt medicinska riktlinjer med god kvalitet skall kunna utföras på astma/KOL-mottagningen, till exempel spirometriundersökning med reversibilitetstest, PEF-mätning samt PEF-dagbok. Allergiutredning skall utföras med pricktest och/eller in vitro-tester. Sjuksköterskan är huvudansvarig för patientutbildning, men även andra yrkeskategorier kan medverka.

Uppföljning

Alla patienter med kronisk sjukdom som behöver behandling bör kunna erbjudas uppföljning. Hur ofta det ska ske beror på sjukdomens svårighetsgrad och individuella behov. Uppföljning kan ske med mottagningsbesök eller telefonkontakter både hos sjuksköterska eller läkare.

Spirometri bör utföras för att följa lungfunktionen hos patienter med medelsvår och svår astma samt svår KOL, liksom hos de patienter som fortsätter att röka efter diagnos. Längd och vikt hos barn samt BMI hos KOL-patienter ska följas [13]. Saturationsmätning bör ingå vid uppföljningsbesöken av medelsvår-svår KOL [2,13]. KOL-patienter skall erbjudas influensa- och pneumokockvaccination enligt riktlinjer [13]. ►►

Dokumentationen av uppföljningsbesöken är viktig för att kunna göra kvalitetsuppföljning av verksamheten. Förslag till kvalitetsindikatorer för primärvård finns i Socialstyrelsens riktlinjer för astma och KOL, och det är önskvärt att dessa används [13].

Rökslutarstöd

Tobaksrökning är kanske den främsta orsaken till ohälsa, och att få en rökare att sluta är en av de mest kostnadseffektiva insatser vi känner till idag. Speciellt viktigt är detta för patienter med KOL där det är av avgörande betydelse för sjukdomsutvecklingen. Även för individer med astma är rökstopp viktigt, då rökning både förvärrar sjukdomen och minskar effekten av medicineringen [14,15]. Rökande patienter bör kunna erbjudas aktivt rökslutarstöd enskilt eller i grupp. Det är en styrka att kunna erbjuda detta stöd på astma/KOL-mottagningen, men det kan organiseras på annat sätt och med annan personal på vårdcentralen.

Samarbete

I ett optimalt omhändertagande av patienter med medelsvår och svår KOL ingår samverkan med sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och eventuell kurator eller annan yrkeskategori med psykoterapeutisk kompetens [2, 13]. Behovet av insatser ökar med stigande svårighetsgrad av sjukdomen och förekomst av andra interkurrenta sjukdomar samt funktionshinder. Samma behov kan finnas hos patienter med svår astma och allergi. Samarbetet med sjukgymnast är särskilt viktigt eftersom patienter med medelsvår KOL i många fall helt behandlas och följs upp i primärvården. Om mottagningen också tar ansvar för vården av patienter med svår sjukdom bör samarbetsrutiner utarbetas även med dietist, arbetsterapeut och kurator. Hur denna samverkan utformas får ske efter lokala förhållanden och kompetens.

Tidsåtgång

Hur många timmar som avsätts för astmasköterskans arbete blir avgörande för vilken vårdkvalitet som uppnås i omhändertagandet av astma- och KOL-pa-

tienter. Behovet av tid är också beroende på omfattningen av verksamheten. Tar mottagningen emot barn och i så fall i vilka åldrar? Utförs allergiutredningar? I vilken omfattning tas patienter emot med svårare sjukdom? Kan patienter erbjudas aktivt rökavvänjningsstöd?

Ett nybesök för astma eller KOL hos astma/KOL-sjuksköterskan bedömer vi tar två till tre timmar fördelat på två eller flera besök. Allergiutredning med pricktest tar minst 40 minuter i anspråk. Rökavvänjning med aktivt stöd tar 2–6 timmar fördelat på flera besök/kontakter med uppföljning under en längre period. Besökstiden för barn är ofta längre än för vuxna och om provokationstester, t.ex. ansträngningsprovokationer utförs på mottagningen ökar tiden väsentligt. Tiden för uppföljningsbesök varierar stort från individ till individ och sjukdomens svårighetsgrad. Ett ofta använt sätt att ange tidsåtgången för astma/KOL-mottagningen är antal timmar per 1000 invånare/listade patienter i upptagningsområdet [1].

Vår bedömning är att om det avsätts resurser motsvarande:

1,5 timmar/vecka/1000 invånare räcker det till att bedriva diagnostik vid misstanke om astma hos vuxna och KOL, bedriva viss patientutbildning och göra uppföljningar av akutbesök och eventuellt ett uppföljningsbesök efter insatt behandling. Rökslutarstöd kan ske i begränsad omfattning. Verksamhetens innehåll ligger inom Socialstyrelsens rangordningsnivå 1–5.

2 timmar/vecka/1000 invånare räcker till att dessutom ta hand om barn i skolåldern och bedriva aktivt rökslutarstöd.

3 timmar/vecka/1000 invånare räcker till att dessutom till att erbjuda uppföljning av patienter med medelsvår och svår sjukdom.

4 timmar/vecka/1000 invånare räcker till att bedriva vård till väsentliga delar enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL.

Se även figur 1.

Sammanfattning

Primärvården ansvarar för vården av de flesta patienter med astma och KOL. Socialstyrelsen har 2004 presenterat riktlinjer för vården av dessa patientgrupper. En astma/KOL-mottagning, utformad enligt de nya kriterier som presenterats, med specialutbildad sjuksköterska och adekvat tid avsatt för mottagningsarbete, ökar förutsättningarna för att kunna erbjuda en vård med god kvalitet samtidigt som den avlastar läkarmottagningen och frigör tid för andra patientgrupper.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:

Björn Tilling har mottagit arvoden för projektarbeten, diskussionsgrupper och föreläsningar vid fortbildningsmöten arrangerade av AstraZeneca, GSK, MSD och Schering Plough samt för deltagande i kliniska prövningar för AstraZeneca, GSK, MSD, Schering Plough och Boehringer Ingelheim.

Birgitta Jagorstrand har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca.

Gunnar Johansson har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, MSD och Pfizer, och deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca, GlaxoSmithKline och Boehringer Ingelheim och deltagit i läkemedelsprövningar för AstraZeneca, MSD och Schering Plough.

Inger Kull. Inga potentiella bindningar eller jävsförhållanden.

Karin Lisspers har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, Boehringer Ingelheim och MSD, deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca och läkemedelsprövningar för AstraZeneca.

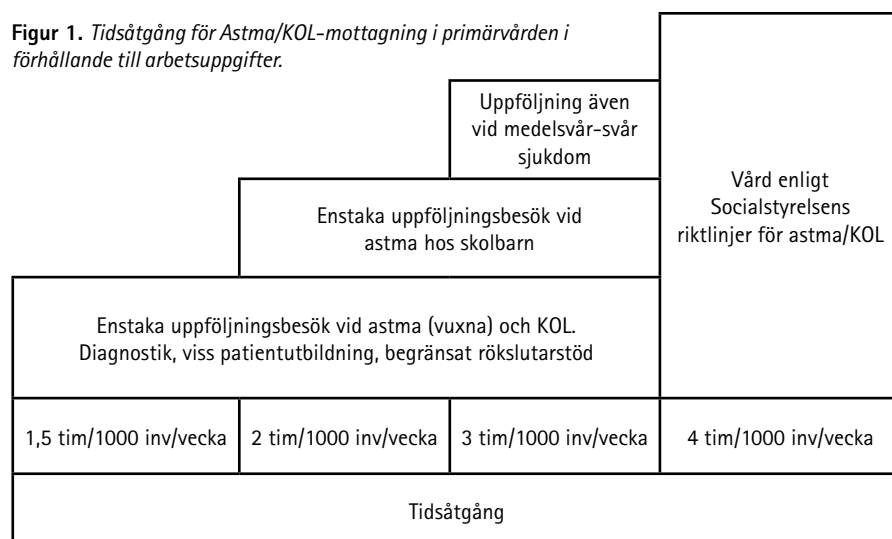
Kerstin Romberg har mottagit arvoden för projektarbete, diskussionsgrupper, föreläsningar vid fortbildningsmöten och deltagande i kliniska prövningar arrangerade av Aerocrine, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GSK, MSD, Pfizer och Schering Plough.

Björn Ställberg har erhållit föreläsararvoden från AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer AB och Schering Plough, deltagit i läkemedelsprövningar för AstraZeneca samt deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca, GlaxoSmithKline och Boehringer Ingelheim.

Tabell. Nya kriterier för astma/KOL-mottagning i primärvård med förslag om en "godkändnivå" utifrån minimikrav och dagsläget i primärvården och en "optimal" nivå utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och rekommenderade behandlingsmål.

	Godkänd mottagning	Optimal mottagning
Kompetens – Astma/KOL-sjuksköterska	Distriktssköterska/sjuksköterska Minst 15 högskolepoäng inom astma/allergi/KOL Regelbunden fortbildning inom området	Distriktssköterska/sjuksköterska Minst 30 högskolepoäng inom astma/allergi/KOL och särskild utbildning i rökslutarstöd Regelbunden fortbildning inom området
Kompetens – Verksamhetsansvarig läkare	Allmänläkare med aktuell kunskap om diagnostik/behandling av astma/allergi/KOL och spirometritolkning Regelbunden fortbildning inom området	Allmänläkare med aktuell kunskap om diagnostik/behandling av astma/allergi/KOL och spirometritolkning Regelbunden fortbildning inom området
Utrustning	Spirometer och pulsoxymeter Oxygen och nebuliseringsapparat om enheten behandlar akutfall	Spirometer och pulsoxymeter. Oxygen och nebuliseringsapparat om enheten behandlar akutfall
Arbetsorganisation	Tidsbeställd mottagning samt telefonrådgivning (astma/KOL-sjuksköterska)	Tidsbeställd mottagning samt telefonrådgivning (astma/KOL-sjuksköterska) Spirometri vid behov inom en vecka
Arbetsinnehåll	Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning Erbjuda uppföljning till prioriterade patienter enligt Socialstyrelsens riktlinjer Allergikutredning Patientutbildning Erbjuda rökslutarstöd	Strukturerade utredningar med lungfunktionsmätning Erbjuda uppföljning efter behov Allergikutredning Patientutbildning Erbjuda rökslutarstöd av särskilt utbildad personal
Kvalitetsuppföljning	Enligt enhetens rutiner	Enligt Socialstyrelsens riktlinjer
Samarbete	Samverkan med sjukgymnast	Teamsamverkan med sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och eventuell kurator/motsvarande
Mottagningsresurser per 1000 listade invånare och vecka	1,5 tim/vecka (2 tim/vecka om ansvar för barn i skolåldern)	4 tim/vecka

Figur 1. Tidsåtgång för Astma/KOL-mottagning i primärvården i förhållande till arbetsuppgifter.



Referenser:

1. Tilling B, Johansson G, Stållberg B. Astma-mottagning i primärvård - dags att fastslå kriterier. *AllmänMedicin*. 1998;19:141-2.
2. Nationellt vårdprogram för KOL. <http://slmfse/kol>. 2006.
3. Heard AR, Richards JJ, Alpers JH, Pilotto LS, Smith BJ, Black JA. Randomised controlled trial of general practice based asthma clinics. *Med J Aust*. 1999 Jul 19;171(2):68-71.
4. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*. 2002 Apr 6;324(7341):819-23.
5. Ram F, Jones A, Fay J. Primary care based clinics for asthma (review). *The Cochrane Collaboration*. 2004(4):1-15.
6. Lisspers K, Stallberg B, Hasselgren M, Johansson G, Svardsudd K. Organisation of asthma care in primary health care in Mid-Sweden. *Prim Care Respir J*. 2005 Jun;14(3):147-53.
7. Stallberg B, Lisspers K, Janson C. ABS77: Organisation of asthma and COPD care in secondary care in Mid-Sweden. *Prim Care Respir J*. 2006 May 20.
8. Ranstad K. Subspecialiseringens frestelser. *AllmänMedicin*. 2006;4:3.
9. Lisspers K, Stållberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Uppsala-Örebroregionen. En rapport från Praxisstudien astma/KOL. 2007.
10. Lisspers K, Stållberg B, Janson C. Omhändertagande av patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i Uppsala-Örebroregionen. En rapport från Praxisstudien astma/KOL. 2008.
11. Ny värld - ny högskola. Regeringens proposition. 2004;05/162.
12. Kompetensbeskrivning och förslag på utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom allergi och annan överkänslighet. Astma- och allergisjuksköterskeföreningen (ASTA) och Svensk sjuksköterskeförening (SSF). 2005.
13. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). 2004.
14. Pedersen B, Dahl R, Karlstrom R, Peterson CG, Venge P. Eosinophil and neutrophil activity in asthma in a one-year trial with inhaled budesonide. The impact of smoking. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996 May;153(5):1519-29.
15. Chalmers GW, Macleod KJ, Little SA, Thomson LJ, McSharry CP, Thomson NC. Influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroid treatment in mild asthma. *Thorax*. 2002 Mar;57(3):226-30.