

Sjukdomsördan vid astma i Sverige – en enkätstudie om resurskonsumtion, livskvalitet och vårdupplevelse

Frida Hjalte och Anna Gustafsson





Författare:

Frida Hjalte, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Anna Gustafsson, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Citera rapporten som:

Hjalte F, Gustafsson A. Sjukdomsbördan vid astma i Sverige - en enkätstudie om resurskonsumtion, livskvalitet och vårdupplevelse. IHE RAPPORT 2026:3, IHE: Lund.

Rapporten är finansierad och framtagen på uppdrag av AstraZeneca AB.

IHE RAPPORT 2026:3
e-ISSN:1651-8179
ISSN:1651-7598

© IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi
Rapporten kan laddas ner från IHE's hemsida

Förord

Denna rapport belyser sjukdomsbördan för astma och syftar till att ge en samlad bild av hur sjukdomen påverkar framför allt individer, men även hälso- och sjukvården och samhället i stort. Underlaget till rapporten har samlats in genom en enkätundersökning till individer som lever med astma. Genom deras svar har det varit möjligt att fånga patienternas egna erfarenheter av symtom, livskvalitet, vårdkontakter och vardagliga konsekvenser av sjukdomen.

Studien har gjorts i samarbete med läkemedelsbolaget AstraZeneca, Astma- och Allergiförbundet och de kliniska experterna:

Hanna Sandelowsky, specialist i allmänmedicin och docent Karolinska Institutet, Lung- och allergimottagningen Karolinska universitetssjukhuset

Björn Stridh, specialist i allmänmedicin, Kry Vårdcentral Gallerian

Åsa Ahlqvist Knutsson, Astma-, allergi- och KOL-sjuksköterska, Capio Vårdcentral Ringen.

Förhoppningen är att rapporten ska bidra till ökad kunskap om sjukdomsbördan vid astma och utgöra ett värdefullt underlag för fortsatt utveckling av vård, forskning och beslutsfattande inom området.

Vi vill rikta ett stort tack till alla personer som medverkat i studien och tagit sig tid att besvara webbenkäten.

Lund, februari 2026

Peter Lindgren

Verkställande direktör, IHE

Innehållsförteckning

Förord.....	3
Innehållsförteckning	4
Sammanfattning	6
Summary.....	8
Förkortningar	10
1. Introduktion	11
2. Syfte.....	13
3. Metod	14
3.1 Studiedesign	14
3.2 Datainsamling	14
3.2.1 Rekrytering av deltagare.....	14
3.2.2 Enkät.....	15
3.2.3 Bearbetning av data	19
3.2.4 Kostnadsberäkningar.....	19
3.3 Statistisk dataanalys	20
4. Resultat.....	22
4.1 Studiepopulation.....	22
4.1.1 Symtom, sjukdomskontroll och behandlingssteg	24
4.2 Hälsa- och sjukvårdskonsumtion och direkta kostnader.....	25
4.2.1 Vårdkonsumtion	25
4.2.2 Läkemedelskonsumtion	28
4.2.3 Direkta kostnader	29
4.3 Sjukfrånvaro, sjuknärvaro och indirekta kostnader.....	29
4.3.1 Sjukfrånvaro och sjuknärvaro	29
4.3.2 Indirekta kostnader	30
4.4 Totala kostnader.....	31
4.5 Livskvalitet	32
4.6 Vårdupplevelse.....	33
4.7 Faktorer som påverkar sjukdom och behandling	34

5. Diskussion.....	36
Referenser.....	39
Appendix 1: Webbenkäten	41
Appendix 2: Enhetskostnader.....	77
Appendix 3: Läkemedelskonsumtion.....	82
Appendix 4: WPAI	84
Appendix 5: Kostnader	86
Direkta kostnader	86
Indirekta kostnader	87
Totala kostnader	88
Appendix 6: Faktorer som påverkar sjukdom och behandling	90

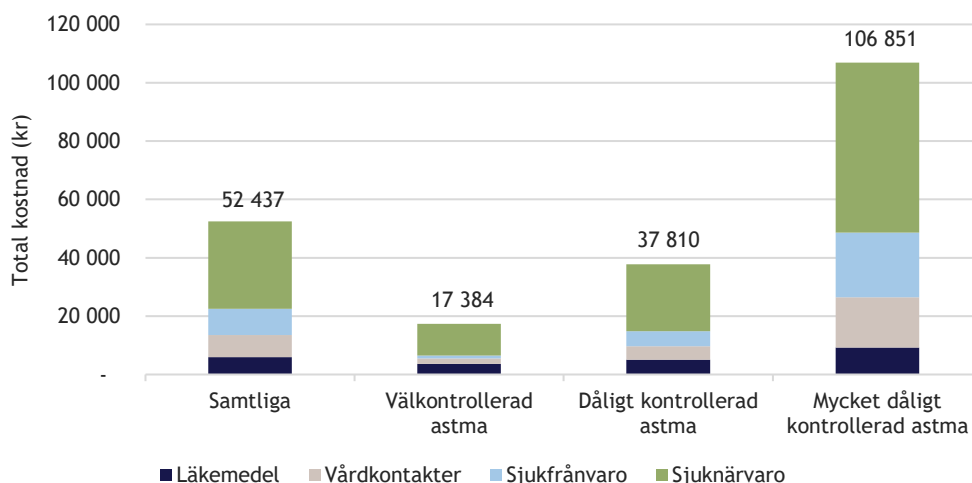
Sammanfattning

Astma är en vanlig kronisk lungsjukdom med en prevalens på cirka 10 procent och en årlig incidens på 2-3 per 1 000 individer i Sverige. Efter en period med ökande astmaprevalens under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet har utvecklingen under de senaste 20 åren stabiliserats eller minskat. De flesta har mild eller måttlig sjukdom, medan cirka 4 procent av den totala astmapopulationen rapporteras ha svår sjukdom. Även om astma är ett kroniskt tillstånd kan symtomen från luftvägarna variera över tid.

Behandling vid astma syftar till att uppnå symtomkontroll, förebygga försämringsperioder (exacerbationer) och begränsa läkemedelsrelaterade biverkningar. Behandlingen omfattar både farmakologiska (underhålls- och vid behovsbehandling) och icke-farmakologiska metoder, såsom rökstopp, främja fysisk aktivitet och att undvika luftvägsirritanter. Behandling bör anpassas efter individuella behov och sjukdomens svårighetsgrad. Inhalationssteroider i kombination med beta-2-receptoragonist med snabbt insättande effekt (t.ex. salbutamol eller formoterol) utgör basen av den farmakologiska behandlingen. Ytterligare tilläggsbehandling kan bli aktuell vid kvarvarande astmasymtom. Astmakontroll är ett centralt behandlingsmål, men tidigare studier har visat att endast 30-40 procent av patienterna uppnår tillräcklig kontroll.

Syftet med denna studie var att belysa sjukdomsbördan av astma i Sverige. Detta gjordes genom att skatta vårdkonsumtion, läkemedelsanvändning och produktionsbortfall samt de tillhörande kostnaderna. Studien beskrev också hälsorelaterad livskvalitet samt vårdupplevelse och behandling hos individer med astma. Studien undersökte även hur sjukdomsbördan varierar med behandlingssteg och grad av astmakontroll och vilka potentiella hinder som finns för att individer ska uppnå god sjukdomskontroll. Studien genomfördes som en webbaserad enkät under hösten 2025 som besvarades av 1 365 vuxna individer med astma (86 % kvinnor, medelålder 50 år). Grad av astmakontroll mättes med Asthma Impairment and Risk Questionnaire (AIRQ) och 30 procent (n=405) klassificerades som välkontrollerade, 40 procent (n=551) som dåligt kontrollerade och 30 procent (n=409) som mycket dåligt kontrollerade.

Resultaten visar att astma är förenad med en betydande sjukdomsbörda, och att bördan är tydligt större vid sämre astmakontroll. Den genomsnittliga samhällsekonomiska kostnaden beräknades till drygt 52 000 kronor per individ och år (2025 års priser). Direkta kostnader för sjukvård utgjorde 26 procent av totalkostnaden, medan indirekta kostnader i form av produktionsbortfall utgjorde 74 procent. Att sjuknärvaro utgjorde den största delen av de indirekta kostnaderna indikerar att merparten av den samhällsekonomiska bördan uppstår utanför hälso- och sjukvården. Kostnaderna varierade kraftigt med grad av astmakontroll.



Genomsnittlig total kostnad (kr) per individ och år fördelat efter grad av sjukdomskontroll

Läkemedelskostnaderna utgjorde drygt 10 procent av totalkostnaderna, men en större andel i gruppen med välkontrollerad astma (21 %). När kostnader analyserades utifrån behandlingssteg varierade den genomsnittliga totalkostnaden mellan 29 000 och 170 000 kronor per individ och år, med högst kostnader i behandlingssteg 5.

Utöver de ekonomiska konsekvenserna visar resultaten att en dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma är förenad med lägre hälsorelaterad livskvalitet. Respondenter med välkontrollerad astma hade ett genomsnittligt EQ-5D-värde på 0,918, vilket är i nivå med, eller något över, den rapporterade livskvaliteten i den svenska normalbefolkningen. Det höga EQ-5D-värdet bland respondenter med välkontrollerad astma indikerar att tillståndet kan vara förenat med en livskvalitet som närmar sig den i befolkningen i stort. Flera tidigare studier har också visat att lägre grad av astmakontroll och svårare astmasjukdom är förknippade med en sänkt livskvalitet.

Studien belyser också patienters upplevelser av vård och behandling: 54 procent var nöjda eller mycket nöjda med sin medicinska behandling, samtidigt som drygt 25 procent var missnöjda, med högst andel missnöjda bland dem med mycket dåligt kontrollerad astma. Flera potentiella hinder för god sjukdomskontroll identifierades. Exempelvis uppgav nära hälften (47 %) att de inte blivit kallade till uppföljning av vården. Vidare angav 36 procent att det är svårt att avgöra när vården bör kontaktas, 30 procent att det är svårt att få tid och 17 procent att de inte upplever att de får tillräckligt stöd av vården. Samtidigt uppgav 68 procent av de med välkontrollerad astma eller dåligt kontrollerad astma och 74 procent med mycket dåligt kontrollerad astma att de tar sin behandling enligt ordination, vilket tyder på att dålig sjukdomskontroll inte enbart kan förklaras av bristande följsamhet. Nästan alla (92 %) uppgav att deras astma påverkas negativt av minst en faktor, oftast väderomslag, luftvägsinfektioner och allergenexponering.

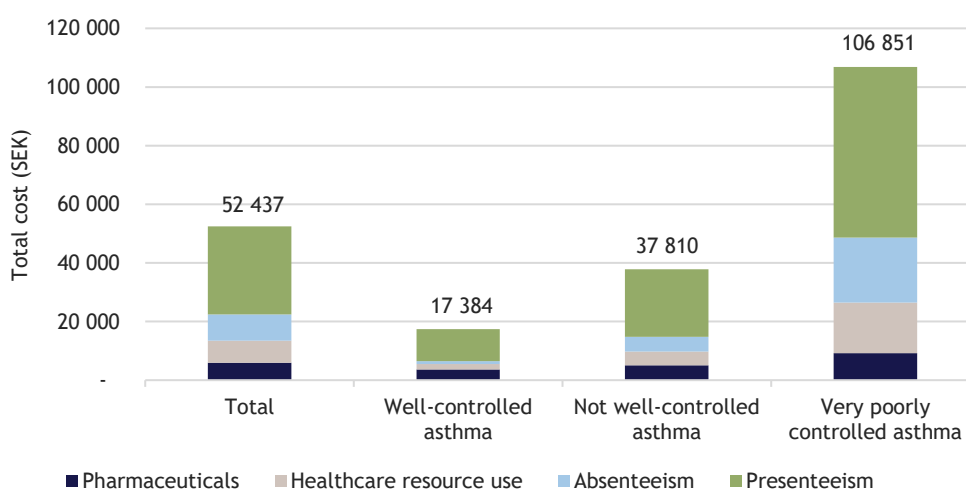
Sammantaget visar studien att sjukdomsbördan vid astma i Sverige är omfattande och sträcker sig långt bortom direkta vårdkostnader, med stora indirekta konsekvenser i form av produktionsbortfall och nedsatt livskvalitet. Resultaten indikerar att god astmakontroll är nära kopplad till både lägre samhällsekonomiska kostnader och högre livskvalitet, och de pekar samtidigt på att mer strukturerade och kontinuerliga vårdkontakter samt tydligare vägledning kan vara viktiga för att minska sjukdomsbördan och stödja individers egenvård.

Summary

Asthma is a common chronic respiratory disease in Sweden, with a prevalence of around 10 percent and an annual incidence of 2-3 per 1,000 individuals. Following an increase in asthma prevalence in the late 1990s and early 2000s, trends over the past 20 years have stabilised or declined. Asthma fluctuates over time and comprises several clinical phenotypes. Most individuals have mild to moderate disease, while a smaller proportion are reported to have severe asthma. The goals of treatment are to achieve symptom control, prevent exacerbations, and minimise adverse effects through individually tailored pharmacological and non-pharmacological interventions. Inhaled corticosteroids (ICS) in combination with fast-acting beta-2 agonist (e.g., salbutamol or formoterol) are the cornerstone of pharmacological treatment. Additional add-on therapy should be considered if the patient has persistent symptoms. Achieving asthma control is a key treatment goal; however, previous studies have shown that only 30-40 percent of patients attain adequate control.

The primary aim of this study was to describe the burden of asthma in Sweden in terms of healthcare utilisation, productivity loss, costs, health-related quality of life, and patients' experiences of healthcare and treatment. Additional aims were to assess how these outcomes vary by drug treatment and level of asthma control, and to identify potential barriers to achieving good disease control. The study was conducted as a web-based survey in autumn 2025 and included 1,365 adults with asthma (86% women; mean age 50 years). Asthma control was assessed using the Asthma Impairment and Risk Questionnaire (AIRQ), and 30 percent (n=405) were classified as well controlled, 40 percent (n=551) as not well controlled, and 30 percent (n=409) as very poorly controlled.

The findings indicate that asthma is associated with a substantial burden, and burden increases with poorly controlled asthma. The mean societal cost was estimated at just over SEK 52,000 per person per year (2025 prices). Direct healthcare costs accounted for approximately 26 percent of total costs, while indirect costs due to productivity loss accounted for 74 percent. Presenteeism represented the largest share of indirect costs, suggesting that most of the societal burden arises outside the healthcare sector.



Average total cost (SEK) per individual per year, by level of disease control

Medication costs accounted for just over 10 percent of total costs overall, but a larger share among individuals with well-controlled asthma (21%). When costs were analysed by drug treatment, the mean total cost ranged from approximately SEK 29,000 to SEK 170,000 per person per year, with the highest costs observed in treatment step 5.

In addition to the economic consequences, poorer asthma control was associated with markedly lower health-related quality of life. Individuals with well-controlled asthma reported a mean EQ-5D value of 0.918, which is comparable to or slightly higher than that of the Swedish general population. In contrast, respondents with not well controlled and very poorly controlled asthma reported lower quality of life. The study also highlights patients' experiences of care and treatment: 54 percent reported being satisfied or very satisfied with their medical treatment, while just over 25 percent were dissatisfied, with the highest proportion of dissatisfied respondents among those with very poorly controlled asthma. Several potential barriers to good asthma control were identified, with lack of follow-up in health care emerging as a key factor. Nearly half (47%) reported that they had not been scheduled for follow-up for their asthma. In addition, 36 percent reported difficulty judging when to contact healthcare, 30 percent reported difficulty obtaining an appointment, and 17 percent reported not receiving sufficient support by healthcare. At the same time, 68 percent among those with well controlled and not well controlled asthma and 74 percent among those with very poorly controlled asthma reported taking their treatment as prescribed, suggesting that poor control cannot be explained solely by non-adherence. Almost all respondents (92%) reported that their asthma is negatively affected by at least one factor, most commonly weather changes, respiratory infections, and allergen exposure.

Overall, the study suggests that the burden of asthma in Sweden is substantial and extends well beyond direct healthcare costs, with major indirect consequences in terms of productivity loss and reduced quality of life. The results indicate that improved asthma control is linked to both lower societal costs and higher quality of life, and they further suggest that more structured and continuous follow-up, along with clearer guidance, may be important for reducing the disease burden and supporting patients' self-management.

Förkortningar

AIRQ	Asthma Impairment and Risk Questionnaire (<i>svenska: Frågeformulär om funktionsnedsättning och risker i samband med astma</i>)
ACT	Asthma Control Test (<i>svenska: Astmakontrolltest</i>)
CAAT	Chronic Airways Assessment Test
CAT	Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test
GINA	Global Initiative for Asthma
ICS	Inhaled corticosteroids (<i>svenska: inhalationssteroider</i>)
LABA	Long-acting beta-2-receptor agonist (<i>svenska: långverkande beta-2-receptoragonist/stimulerare</i>)
LAMA	Long-acting muscarinic-receptor antagonist (<i>svenska: långverkande muskarinreceptorantagonist/antikolinergikum</i>)
LTRA	Leukotriene Receptor Antagonist (<i>svenska: Leukotrienreceptorantagonist</i>)
OCS	Oral corticosteroids (<i>svenska: perorala steroider</i>)
RSQ	Respiratory Symptoms Questionnaire
SABA	Short-acting beta-2-receptor agonist (<i>svenska: kortverkande beta-2-receptoragonist/stimulerare</i>)
SAMA	Short-acting muscarinic-receptor antagonist (<i>svenska: kortverkande muskarinreceptorantagonist/antikolinergikum</i>)
TLA	Temperature-controlled laminar airflow (<i>svenska: Temperaturreglerat Laminärt Luftflöde</i>)
WPAI	Work Productivity and Activity Impairment

1. Introduktion

Astma är en vanlig kronisk lungsjukdom med en prevalens på cirka 10 procent och en årlig incidens på 2-3 per 1 000 individer i Sverige (1). Efter en period med ökande astmaprevalens under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet har utvecklingen under de senaste 20 åren stabiliserats eller minskat (2). Det finns olika typer av astma (kliniska fenotyper och inflammatoriska endotyper). De flesta har mild eller måttlig sjukdom, medan cirka 4 procent av den totala astmapopulationen rapporteras ha svår sjukdom (3, 4). Även om astma är ett kroniskt tillstånd kan de respiratoriska symtomen variera över tid.

Sjukdomens svårighetsgrad definieras enligt Global Initiative for Asthma (GINA)(5). Denna gradering är baserad på fem steg som representerar mängden behandling som krävs för att hålla sjukdomen under kontroll. Steg 1 och 2 motsvarar mild astma, steg 3 måttlig astma, steg 4 måttlig till svår astma och steg 5 svår astma. Sjukdomens svårighetsgrad fastställs därför retrospektivt, baserat på hur patienterna svarar på behandling.

De primära målen med astmabehandling är att uppnå symtomkontroll, förebygga försämringsperioder (exacerbationer) och begränsa läkemedelsrelaterade biverkningar (1). Behandlingen omfattar både farmakologiska (underhålls- och vid behovsbehandling) och icke-farmakologiska metoder, såsom patientutbildning, rökstopp, främjande av fysisk aktivitet och samt undvikande av luftvägsirritanter. Behandling bör anpassas efter individuella behov och sjukdomens svårighetsgrad.

Den farmakologiska underhållsbehandlingen baseras i regel på inhalationssteroider (ICS) tillsammans med beta-2-receptoragonister (LABA) som minskar den kroniska luftvägsinflammationen som driver astmasymtom. Vid måttlig till svår eller svår astma kan ytterligare behandlingsalternativ utöver ICS och snabbverkande LABA bli aktuella, exempelvis tillägg av långverkande muskarinreceptorantagonister (LAMA), perorala läkemedel (t.ex. leukotrienantagonister [LTRA]) eller, i utvalda fall, perorala steroider (OCS), samt biologiska läkemedel.

God astmakontroll är ett viktigt behandlingsmål och innebär att individen är helt eller nästan symtomfri (mätt med ett validerat frågeformulär) samt inte haft några försämringsperioder under de senaste 12 månaderna (5). Det finns flera validerade patientrapporterade frågeformulär för att bedöma astmakontroll. Det mest använda är Astmakontrolltest (ACT). Ett annat, mer nyligen utvecklat instrument är Asthma Impairment and Risk Questionnaire (AIRQ) som innefattar frågor om exacerbationer det senaste året (6). Trots tillgången till effektiva behandlingsalternativ visar studier att endast cirka 30-40 procent av astmapatienterna uppnår tillräcklig astmakontroll (1).

Läkemedelsverkets senaste behandlingsrekommendationer för astma publicerades 2023. Det som framför allt skiljer jämfört med tidigare rekommendationer är att kombinationsbehandling med ICS och LABA numera rekommenderas redan vid mild astma. Rekommendationerna syftar till att ge primärvården stöd i att säkerställa korrekt diagnos och ändamålsenlig behandling, oavsett vårdregion (1). Samtidigt visar data från Svenska Luftvägsregistret att det finns stora regionala skillnader i förskrivningsmönster för astmabehandling (7).

Tidigare studier har undersökt sjukdomsburda och kostnader kopplade till astma, särskilt vid svår sjukdom. En svensk studie baserad på en liten grupp patienter med svår astma (n=30) visade att både de direkta och indirekta kostnaderna var betydande. De största bidragande orsakerna till de direkta kostnaderna var sjukhusinläggningar och läkemedel, medan produktivitetstap till följd av förtidspensionering stod för den största delen av de indirekta

kostnaderna (8). Andra studier har visat att såväl vårdresursanvändning som totala kostnader är högre bland patienter som behandlas regelbundet med perorala steroider, vilket är vanligare vid svårare astma, jämfört med patienter som inte får sådan behandling (9). Utöver de ökade kostnaderna har svår astma kopplats till nedsatt hälsorelaterad livskvalitet, i synnerhet hos patienter som behandlas långsiktigt med perorala steroider och hos dem med okontrollerad sjukdom (8, 10).

Det finns få studier som belyser patienter med mild eller måttlig astma, trots att majoriteten av astmapatienter tillhör dessa grupper. Samtidigt kan även mild och måttlig astma innebära betydande belastning för både individen och samhället, vilket gör det angeläget att även belysa dessa patientgrupper. Dessutom behöver patientperspektivet lyftas tydligare, till exempel behandlingsnöjdhet och möjliga hinder för att uppnå adekvat astmakontroll, eftersom dessa aspekter hittills har studerats i begränsad utsträckning, särskilt i Sverige.

2. Syfte

Det övergripande syftet med denna studie var att belysa sjukdomsbördan av astma i Sverige i form av vårdkonsumtion och läkemedelsanvändning med tillhörande kostnader (direkta kostnader), produktionsbortfall med tillhörande kostnader (indirekta kostnader), hälsorelaterad livskvalitet samt vårdupplevelse och behandling hos individer med astma.

Ett ytterligare syfte var att undersöka hur dessa utfall varierar beroende på behandlingssteg och graden av astmakontroll. Studien syftade även till att identifiera möjliga hinder för att uppnå god sjukdomskontroll.

3. Metod

3.1 Studiedesign

Studien var en observationell, icke-interventionsstudie som undersökte sjukdomsbördan hos vuxna individer med astma i Sverige. Data samlades in via en webbaserad enkät. Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2025-02334-01).

3.2 Datainsamling

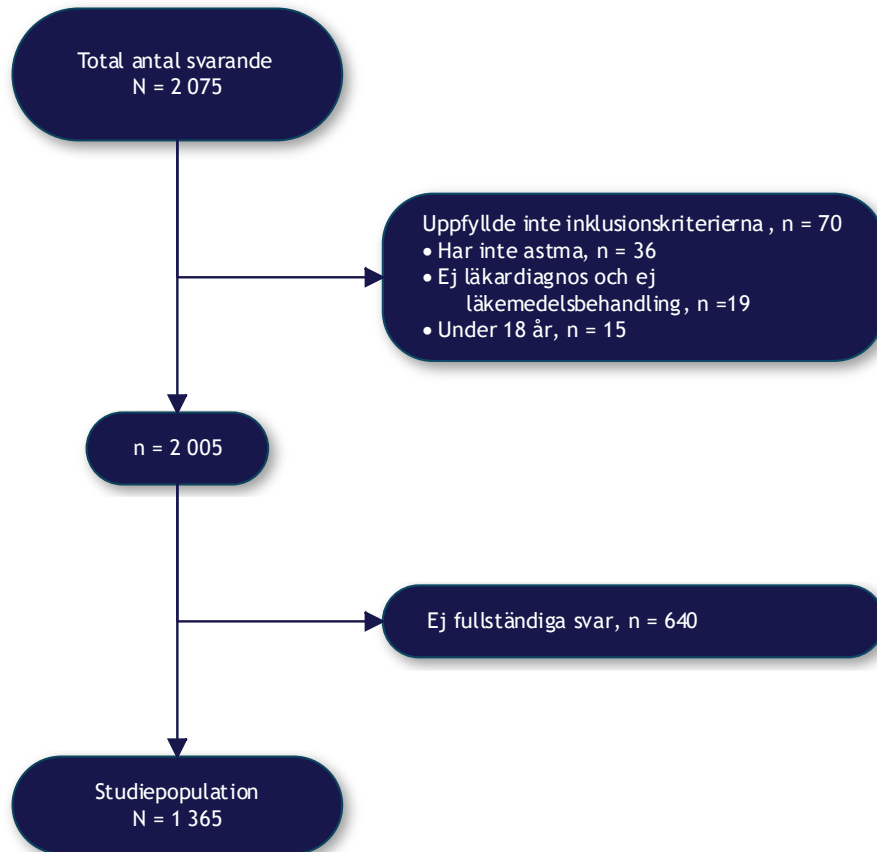
3.2.1 Rekrytering av deltagare

Rekryteringen av deltagare skedde under perioden 12 september-3 november 2025. De kanaler som användes för rekrytering var medlemsutskick till Astma- och Allergiförbundets medlemmar¹, annonser i medlemstidningen Allergia, utskick via Allergias nyhetsbrev och via olika sociala medier såsom inlägg och annonser på Facebook, Instagram och LinkedIn. Studien annonserades även genom anslag hos olika vårdgivare. Samma länk användes i samtliga kanaler och ingen ersättning utgick till de respondenter som besvarade enkäten.

Totalt öppnade 2 075 individer enkäten och lämnade samtycke till att delta. Av dessa uppfyllde 2 005 individer inklusionskriterierna, det vill säga att ha fått en astmadiagnos av läkare och/eller ha läkemedelsbehandling mot astma samt vara 18 år eller äldre (Figur 1). Bland dem som uppfyllde inklusionskriterierna lämnade 32 procent ofullständiga svar. Av dessa avbröt den stora majoriteten, cirka 70 procent, enkäten redan efter ett begränsat antal frågor.

I rapporten redovisas och analyseras endast svar från de respondenter som lämnade fullständiga svar (N=1 365).

¹ Astma och Allergiförbundet har cirka 11 000 medlemmar som är 18 år eller äldre, varav ungefär 60 % uppskattas ha astma. Förbundet har mejladresser till cirka 6 500 av dessa medlemmar. Därutöver har förbundet, med visst sannolikt överlapp, cirka 9 800 mejladresser till prenumeranter av medlemstidningen Allergia.



Figur 1. Svarsfrekvens och studiepopulation

3.2.2 Enkät

Enkäten togs fram i samarbete med kliniska experter, AstraZeneca och Astma- och Allergi-förbundet och redovisas i Appendix 1. För att säkerställa att enkäten besvarades av rätt målgrupp inleddes den med screeningfrågor om huruvida respondenten hade astma, om astma-diagnos ställts av läkare och/eller om respondenten använde astmaläkemedel, samt om individen var 18 år eller äldre. Dessa frågor utgjorde studiens inklusionskriterier.

Enkäten omfattade följande delar:

- Bakgrundsfrågor, till exempel ålder, kön, region och samsjuklighet
- Frågor om astma och astmasymtom, till exempel sjukdomsduration samt RSQ och AIRQ
- Frågor om hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D och CAAT)
- Frågor om vårdkonsumtion
- Frågor om medicinsk behandling
- Frågor om arbetssituation, inklusive sjukfrånvaro och sjuknärvaro samt WPAI
- Frågor om nöjdhet med vård och behandling

Enkäten programmerades som en webbenkät av undersöknings- och analysföretaget Lysio Research.

Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av respektive del av enkäten.

3.2.2.1 Symtom

I studien inkluderades flera validerade patientrapporterade frågeformulär. För att mäta symtom användes Respiratory Symptoms Questionnaire (RSQ), som är utformat för att bedöma frekvensen av respiratoriska symtom och deras påverkan på fysisk aktivitet. RSQ består av fyra frågor som poängsätts på en skala från 0 till 4, där högre poäng indikerar mer frekventa eller mer uttalade symtom. Den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 16.

För att mäta graden av astmakontroll användes Asthma Impairment and Risk Questionnaire (AIRQ). AIRQ är ett frågeformulär med tio ja/nej-frågor och syftar till att identifiera individer vars hälsa kan vara i riskzonen på grund av okontrollerad astma. Frågeformuläret omfattar symtom under de senaste två veckorna samt försämringsepisoder (exacerbationer) under de senaste tolv månaderna. I enlighet med AIRQ:s definitioner klassificerades astma som välkontrollerad vid 0-1 poäng, dåligt kontrollerad vid 2-4 poäng och mycket dåligt kontrollerad vid 5-10 poäng.

3.2.2.2 Livskvalitet

Livskvalitetsinstrumenten som ingick i studien var dels det sjukdomsspecifika Chronic Airways Assessment Test (CAAT), dels det generiska instrumentet EQ-5D-5L, som ofta används för att mäta hälsorelaterad livskvalitet i hälsoekonomiska analyser. CAAT omfattar åtta frågor med en svarsskala från 0 till 5 (totalpoäng 0-40), där högre poäng indikerar mer symtom och därmed sämre hälsostatus. Frågorna berör hosta, slem och tryck över bröstet, andfåddhet, begränsningar i att utföra aktiviteter, trygghet att lämna hemmet, sömn och energinivå. CAAT är utvecklat med utgångspunkt i CAT (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test), för att även kunna användas vid bedömning av sjukdomsbelastning vid kroniska luftvägssjukdomar, inklusive astma (11).

EQ-5D-5L omfattar fem dimensioner: rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärta/obehag samt ångest/nedstämdhet. Varje dimension har fem nivåer ("inga problem", "lätta problem", "måttliga problem", "svåra problem" och "extrema problem/kan inte utföra"), som speglar ökande svårighetsgrad. Livskvalitetsvikter för EQ-5D-5L härleddes från en studie av den svenska befolkningen (Burström et al. 2020) (12). EQ-5D-index kan anta värden mellan 0 och 1, där högre värden indikerar högre livskvalitet. Instrumentet inkluderar även en visuell analog skala (VAS) där individen skattar sin hälsa på en skala från 0 (sämsta tänkbara hälsotillstånd) till 100 (bästa tänkbara hälsotillstånd).

3.2.2.3 Vårdkonsumtion

Detta avsnitt syftade till att beskriva respondenternas astmarelaterade vårdkonsumtion under de senaste 12 månaderna och var uppdelat efter typ av vårdkontakt. Akuta sjukhusbesök fångades genom frågor om huruvida respondenten sökt sjukhusets akutmottagning (exklusive vårdcentral/närakut) och, vid ja-svar, hur många sådana besök som genomförts. Avsnittet inkluderade även frågor om sjukhusinläggning på grund av astma samt, vid ja-svar, antal vård dagar.

Akuta besök i öppenvården kartlades separat genom frågor om besök på akutmottagning vid vårdcentral eller närakut, inklusive antal besök under perioden. Planerade vårdkontakter

efterfrågades genom frågor om genomförda besök på vårdcentral, specialistmottagning (t.ex. lung- eller allergimottagning) eller annan vårdinrättning, med möjlighet att ange vilken. För varje angiven vårdinrättning specificerades även vilken typ av vårdpersonal som besökts (t.ex. läkare, sjuksköterska, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog eller annan) samt antal besök under de senaste 12 månaderna.

Avsnittet omfattade också frågor om astmarelaterade undersökningar under samma tidsperiod, inklusive spirometri (på mottagning eller i hemmet) och lungröntgen. För lungröntgen efterfrågades, vid ja-svar, typ av undersökning (vanlig röntgen eller datortomografi/CT), med svarsalternativet ”vet ej”.

3.2.2.4 Medicinsk behandling

Detta avsnitt syftade till att kartlägga respondenternas medicinska astmabehandling under de senaste 12 månaderna. Inledningsvis efterfrågades om respondenten använde någon astma-medicin. De som uppgav att de använde behandling fick därefter besvara mer detaljerade frågor om typ av läkemedel och omfattningen av användningen.

Läkemedelsanvändningen delades in i regelbunden underhållsbehandling, det vill säga daglig behandling för att behandla och förebygga symtom, och vidbehovsmedicinering, som används vid symtom eller inför triggers såsom fysisk ansträngning. För respektive kategori angav respondenten vilka läkemedel som användes genom att ta ställning till en fördefinierad lista. För varje angivet läkemedel efterfrågades även styrka, hur ofta läkemedlet använts under den senaste månaden samt under hur många av de senaste 12 månaderna det använts. Avslutningsvis ställdes en fråga om huruvida den medicinska behandlingen hade ändrats under de senaste 12 månaderna, inklusive antal ändringar.

Uppgifterna om läkemedelsbehandling användes för att klassificera in respondenterna i olika behandlingssteg baserat på en modifierad tillämpning av Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer. Individer vars behandling inte följde Läkemedelsverkets rekommendationer, det vill säga som inte hade minst kombinationsbehandling med ICS och LABA klassificerades separat som antingen utan ICS eller med enbart ICS.

Tilläggsbehandlingar definierades som LABA, LAMA, LTRA samt makrolid.

Klassificeringen av behandlingssteg redovisas nedan:

- Utan ICS
- Enbart ICS
- Steg 1-3: Mild till måttlig astma (ICS i kombination med en tilläggsbehandling)
- Steg 4: Måttlig till svår astma (ICS i kombination med två tilläggsbehandlingar)
- Steg 5: Svår astma (tilläggsbehandling och/eller biologisk behandling, daglig behandling med OCS eller behandling med temperaturreglerat laminärt luftflöde (TLA)²)

3.2.2.5 Arbetsförmåga och produktionsbortfall

För att belysa hur arbetsförmågan påverkas av astma inkluderades Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) som mäter nedsatt arbetsförmåga och begränsningar i dagliga aktiviteter under de senaste sju dagarna till följd av sjukdom. WPAI sammanfattas i fyra utfall

² Airsonett

som redovisas som procentuell funktionsnedsättning; absenteeism (frånvaro från arbetet), presenteeism (nedsatt produktivitet i arbetet), total arbetsnedsättning (overall work impairment, en kombination av absenteeism och presenteeism) samt funktionsnedsättning i dagliga aktiviteter utanför arbetet.

För att besvara studiens frågeställningar och möjliggöra beräkning av de indirekta kostnaderna, dvs den produktion som uteblir till följd av nedsatt arbetsförmåga på grund av astman, inkluderades även ett antal ytterligare frågor i enkäten. Frågorna syftade till att både beräkna den produktion som uteblir på grund av sjukfrånvaro och den produktion som uteblir på grund av sjuknärvaro. Sjukfrånvaro och sjuknärvaro samlades in för de senaste 12 månaderna.

3.2.2.6 Vårdupplevelse

Detta avsnitt syftade till att belysa respondenternas upplevelser av den vård och behandling de får för sin astma. Nöjdhet med den medicinska behandlingen skattades på en femgradig skala (1 = inte alls nöjd, 5 = mycket nöjd) och besvarades av respondenter som uppgett att de behandlats för sin astma. Nöjdhet med läkarens respektive sjuksköterskans bemötande skattades på motsvarande skala, med möjlighet att ange att man inte haft kontakt med läkare eller sjuksköterska.

Avsnittet innehöll även en fråga om hur nöjd respondenten var med den information som läkare och sjuksköterskor gett om astmamediciner. Svartalternativen speglade graden av förståelse, från att förstå allt man behöver veta till att uppleva informationen som mycket rörig, samt inkluderade alternativet ”vet ej/föredrar att inte svara”.

3.2.2.7 Faktorer som påverkar sjukdom och behandling

Detta avsnitt syftade till att fånga andra aspekter som kan påverka respondenternas astma och möjligheten att genomföra behandlingen. Respondenterna fick ange om de någon gång fått utbildning eller instruktioner av vårdpersonal inom centrala områden såsom inhalatorhantering och inhalationsteknik, rökningens påverkan, undvikande av triggers, fysisk träning, anpassning av behandling vid luftvägsinfektioner samt betydelsen av stress och övervikt.

Avsnittet innehöll även en fråga om följsamhet till ordinerad läkemedelsbehandling, skattad på en femgradig skala (1 = aldrig, 5 = alltid), med möjlighet att ange att instruktion saknats eller att man föredrog att inte svara. För respondenter som angav lägre följsamhet (1-4) följde en flervalsfråga om dess möjliga orsaker, exempelvis glömska, upplevd otillräcklig effekt, oro för biverkningar, praktiska svårigheter med inhalatorn, bristande kunskap om dosering, motvilja mot kortison, upplevelse av att inte behöva medicinen, kostnadsskäl, låg motivation eller socialt obehag, samt möjlighet att ange annat skäl.

Därutöver efterfrågades vårdrelaterade erfarenheter kopplade till astmabehandlingen såsom svårigheter att få tid hos olika vårdgivare, osäkerhet kring när vårdkontakt bör tas, att inte bli kallad till uppföljning samt upplevelse av bristande stöd. Slutligen fick respondenterna ange om de upplevde att astman påverkades negativt av olika faktorer, där flera alternativ kunde anges, inklusive allergenexponering, luftföroreningar, starka dofter, väderomslag, rökning eller passiv rökning, övervikt, luftvägsinfektioner, fysisk ansträngning, hormonella faktorer, stress, andra läkemedel samt möjlighet att ange andra faktorer. Svartalternativen ”nej” och ”vet ej/föredrar att inte svara” inkluderades också.

3.2.2.8 Samsjuklighet

Detta avsnitt syftade till att kartlägga förekomst av samsjuklighet hos respondenterna. Inledningsvis efterfrågades om respondenten hade andra sjukdomar eller besvär utöver astma. De som svarade ja fick därefter ange vilka tillstånd som förekom genom en flervalfråga med fördefinierade svarsalternativ. Alternativen omfattade lungsjukdomar och luftvägsrelaterade besvär (t.ex. KOL, kronisk rinnsnuva/nästappa, sensorisk hyperreaktivitet, bronkiektasier, annan lungsjukdom samt näspolyper), andra somatiska tillstånd (t.ex. hjärtsjukdom, sömnapné och halsbränna/sura uppstötningar), kronisk smärta samt övervikt och obesitas. Det fanns även möjlighet att ange andra sjukdomar eller besvär i fritext.

Avslutningsvis inkluderades en fråga om respondenten upplevde att astman förvärrade andra sjukdomstillstånd, med svarsalternativen ”ja, alltid”, ”ja, ibland” eller ”nej”.

3.2.3 Bearbetning av data

Orimliga eller inkonsekventa svar hanterades genom att de kodades som saknade värden (missing). För variabler avseende vårdkonsumtion antogs det maximala antalet vårdbesök under en tolv månadersperiod vara 52, motsvarande i genomsnitt ett besök per vecka. Observationer som överskred denna gräns exkluderades (n=14).

För arbetsrelaterade utfall baserade på instrumentet WPAI tillämpades fördefinierade rimlighetsgränser. Antal timmar frånvaro från arbete under de senaste sju dagarna på grund av astma respektive av andra orsaker begränsades till maximalt 40 timmar per vecka, och antal möjliga arbetade timmar under samma period till maximalt 80 timmar. Observationer som överskred dessa gränser behandlades som saknade värden (frånvaro på grund av astma: n=6; frånvaro av andra orsaker: n=52; arbetade timmar: n=6).

För respondenter som valde svarsalternativet ”annan, ange vilken” på frågan om genomförda planerade vårdbesök under de senaste 12 månaderna granskades fritextsvaren manuellt. Utifrån innehållet klassificerades svaren, där så var möjligt, som besök inom primärvård (vårdcentral) eller den specialiserade vården. Digitala vårdkontakter identifierades och särredovisades. Fritextsvar som inte med tillräcklig säkerhet kunde klassificeras exkluderades från analysen. Av totalt 69 fritextsvar kunde 51 klassificeras, varav 16 avsåg besök inom primärvård, 24 inom den specialiserade vården och 11 digitala besök. Resterande 18 svar uteslöts från vidare analys.

3.2.4 Kostnadsberäkningar

En del av studiens syfte var att belysa kostnader för astma i Sverige. Sjukdomskostnader delas vanligen in i direkta och indirekta kostnader. Direkta kostnader avser de resurser som krävs för behandling och omvårdnad till följd av sjukdomen och inkluderar i denna studie kostnaderna för slutenvård, öppenvård och läkemedel. Indirekta kostnader avser produktionsbortfall till följd av sjuknärvaro och sjukfrånvaro, det vill säga minskad arbetsförmåga eller utebliven arbetstid på grund av sjukdom.

Kostnader för läkemedelsbehandling baserades på självrapporterade uppgifter om användning av inhalationsläkemedel, perorala läkemedel och biologiska läkemedel (se Appendix 2: Enhetskostnader). Kostnader för inhalationsbehandling beräknades utifrån uppgifter om läkemedel, dosstyrka och antal förpackningar per år. För läkemedel där styrka inte efterfrågades användes en genomsnittlig dosstyrka baserad på gällande behandlingspraxis.

För perorala läkemedel baserades kostnadsberäkningarna, när uppgifter fanns tillgängliga, på antal tabletter per månad och behandlingstid i månader. För peroral steroidbehandling antogs att individer med daglig behandling stod på kontinuerlig behandling med prednisolon under 365 dagar. För respondenter som uppgav steroidbehandling vid försämringsperioder antogs, i samråd med klinisk expertis, en total förbrukning om 30 tabletter betapred per försämringsperiod.

Kostnader för biologiska läkemedel beräknades utifrån kostnad per injektion och behandlingstid i månader. För det biologiska läkemedlet omalizumab användes enkätsvar avseende antal injektioner per månad. För övriga biologiska läkemedel antogs samma behandlingsintervall för samtliga respondenter inom respektive behandling (se Tabell A3). Behandlingskostnaderna beräknades genom att omvandla rapporterad behandlingstid i månader till veckor och därefter dividera med respektive behandlingsintervall.

I enkätdelen om läkemedelsbehandling rapporterade vissa respondenter användning av nebulisator som fritextsvar. Dessa uppgifter inkluderades inte i kostnadsberäkningarna eftersom underlaget inte medgav en tillförlitlig kostnadsestimering. Nebulisatorer finns i flera modeller med varierande inköpspris och livslängd, och därtill tillkommer kostnader för förbrukningsmaterial samt för de läkemedel som administreras via nebulisator, vilka inte kunde specificeras utifrån tillgängliga data.

Kostnaderna beräknades genom att multiplicera den resursanvändning som angavs i enkäten med enhetspriser från regional prislista och läkemedelsstatistik (se Appendix 2 för prisdetaljer). Samtliga kostnader redovisades som årliga kostnader per individ i 2025 års priser.

Produktionsbortfallet beräknades i enlighet med humankapitalmetoden (13) vilket innebär att arbetsfrånvaro värderas till bruttolön inklusive sociala avgifter (se Appendix 2: Enhetskostnader). Sjuknärvaro beräknades på motsvarande sätt men viktades med respondentens skattning av produktivitetsnedsättning, mätt med en visuell analog skala (VAS) från 0 till 10, för den tid man arbetade med astma de senaste 12 månaderna.

3.3 Statistisk dataanalys

Data analyserades i STATA (version 14.2) (14). Analyserna genomfördes på respondenter med kompletta uppgifter för respektive analys, vilket innebär att antalet observationer kunde variera mellan analyser beroende på bortfall per variabel (dvs. olika n). En kort beskrivning av bortfall och dess eventuella betydelse redovisas i diskussionsavsnittet.

Bakgrundsvariabler presenterades deskriptivt: kategoriska variabler redovisades som antal och andelar (%), medan kontinuerliga variabler redovisades med medelvärde och standardavvikelse (SD), och/eller median och interkvartilintervall (IQR) samt min-max, beroende på fördelning. Resultaten presenterades stratifierat efter behandlingssteg (utan ICS, enbart ICS, steg 1-5) och grad av uppnådd sjukdomskontroll. Sambandet mellan behandlingssteg och sjukdomskontroll redovisades även i en korstabell.

RSQ och livskvalitetsinstrumenten sammanställdes i enlighet med respektive instruments poängsättningsprinciper och presenterades som totalpoäng. CAAT redovisades som totalpoäng (medel, SD) och EQ-5D-5L redovisades som index (enligt tidigare beskriven metod) samt VAS som medelvärde och SD. För de med ICS-behandling beräknades dessutom genomsnittlig daglig

dos av ICS, omräknad till budesonidekvivalens (Appendix 2), baserat på rapporterad användning under de senaste 30 dagarna.

Vårdkonsumtion redovisades deskriptivt som andelen med minst ett besök, samt antal besök/vård dagar sammanfattat med medelvärde och SD, median och IQR och min-max. Vid jämförelser mellan grupper användes Kruskal-Wallis-test, och statistisk signifikans definierades som $p < 0,05$.

4. Resultat

4.1 Studiepopulation

Studiepopulationen bestod av 1 365 respondenter, varav 21 procent vid svarstillfället var medlemmar i Astma- och Allergiförbundet. Majoriteten av respondenterna var kvinnor (86 %) och medelåldern var drygt 50 år. Drygt 68 procent hade eftergymnasial utbildning och en stor andel var anställda eller egenföretagare (Tabell 1). Knappt hälften (47 %) av respondenterna var hemmahörande i Region Stockholm, Västra Götalandsregionen eller Region Skåne (Tabell 2).

Tabell 1. Bakgrundskaraktäristiska

	N=1 365
Ålder, medel (SD)	50,1 (13,1)
Kvinnor n, (%)	1 178 (86,3%)
Utbildning n, (%)	
- Folkskola/grundskola eller motsvarande	41 (3,0%)
- Gymnasium/realskola eller motsvarande	385 (27,1%)
- Högskola/universitet	930 (68,3%)
- Annat	6 (0,4%)
Huvudsaklig sysselsättning n, (%)	
- Anställd eller egenföretagare	978 (71,6%)
- Studerande	43 (3,2%)
- Pensionär	182 (13,3%)
- Sjuk- eller aktivitetsersättning	56 (4,1%)
- Arbetssökande	42 (3,1%)
- Annat	64 (4,7%)

Antal saknade värden efter variabel: utbildningsnivå n=3.

Tabell 2. Antal respondenter efter boenderegion

Region, n (%)	N = 1365
Stockholm	310 (22,7%)
Västra Götalandsregionen	192 (14,1%)
Skåne	145 (10,6%)
Uppsala	72 (5,3%)
Norrbottn	66 (4,8%)
Västerbotten	65 (4,8%)
Östergötland	58 (4,3%)
Jönköpings län	55 (4%)
Gävleborg	47 (3,4%)
Dalarna	44 (3,2%)
Sörmland	41 (3%)
Västernorrland	41 (3%)
Västmanland	40 (2,9%)
Örebro	39 (2,9%)
Värmland	34 (2,5%)
Halland	33 (2,4%)
Jämtland Härjedalen	24 (1,8%)
Kalmar län	23 (1,7%)
Kronoberg	13 (1%)
Gotland	12 (0,9%)
Blekinge	11 (0,8%)

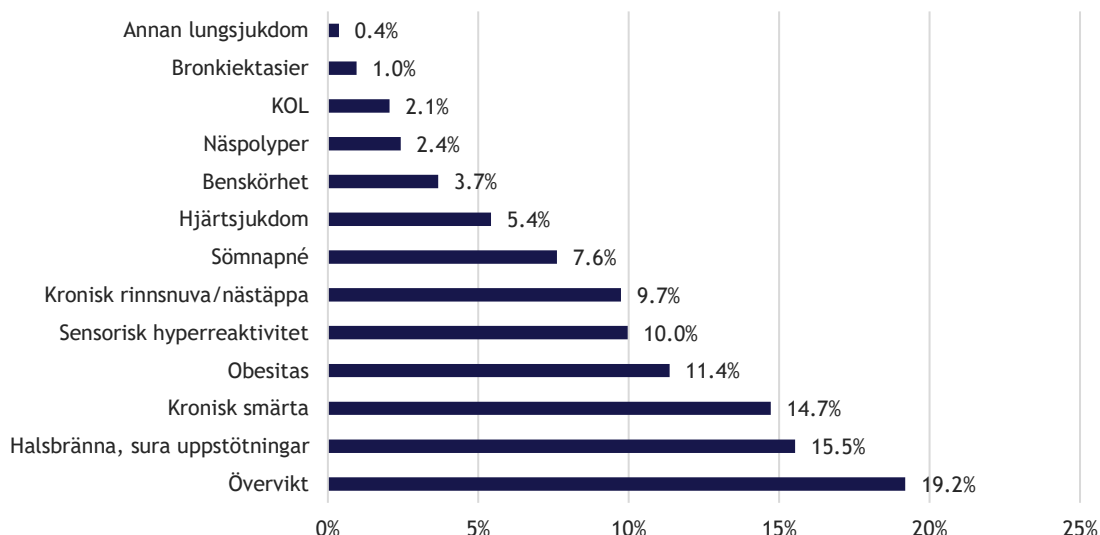
Nästan samtliga respondenter (98,9 %, n=1 350) hade fått en astmadiagnos av läkare. Respondenterna hade i genomsnitt haft sin diagnos i 24 år. En mindre andel (3 %) hade fått diagnosen under det senaste året, medan 7 procent hade haft diagnosen i mer än 50 år (Tabell 3).

Tabell 3. Sjukdomsbakgrund

	N=1 365
Astmaduration, medel (SD)	24,1 (17,0) ^a
- <1 år, n (%)	40 (3,0%)
- 1-10 år, n (%)	349 (25,9%)
- 11-20 år, n (%)	221 (16,4%)
- 21-50 år, n (%)	641 (47,5%)
- >50 år, n (%)	99 (7,3%)
Antal år med astmasymtom innan diagnos, medel (SD)	5,1 (7,4) ^b

^a n=1 350, ^b n=1 330

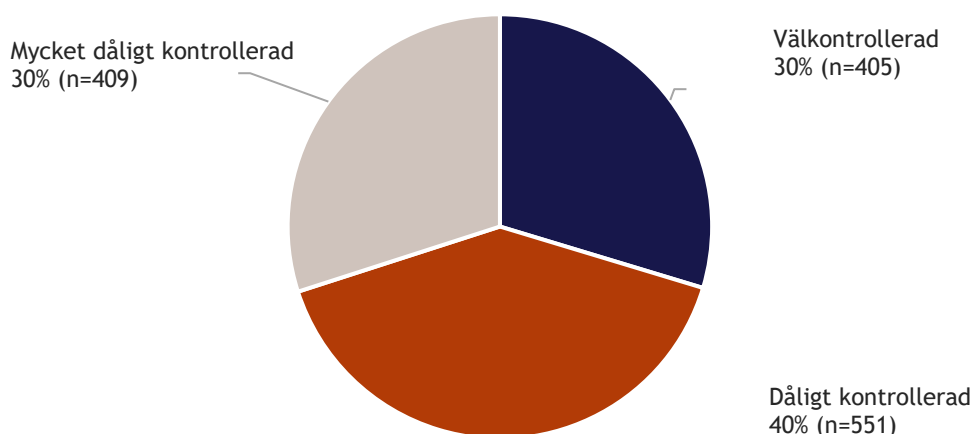
Totalt uppgav 66 procent (n=895) av respondenterna att de hade andra sjukdomar eller besvär. De vanligaste tillstånden var övervikt (n=262), halsbränna/sura uppstötningar (n=212), kronisk smärta (n=201) och obesitas (n=155) (Figur 2).



Figur 2. Förekomst av andra sjukdomar eller besvär bland samtliga respondenter (n=1 365)

4.1.1 Symtom, sjukdomskontroll och behandlingssteg

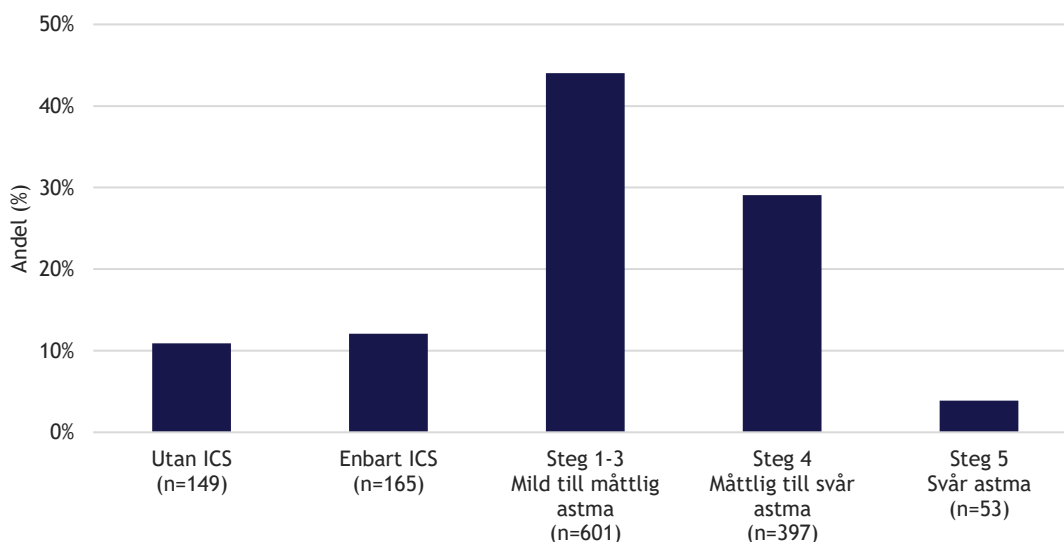
RSQ speglar symtom under de senaste fyra veckorna avseende andfåddhet, väsande andning, hosta och/eller tryck över bröstet, där högre värden indikerar mer uttalade symtom (0-16). Den genomsnittliga RSQ-poängen för respondenterna i denna studie var 4,9 (SD 3,8 median 4). Baserat på AIRQ klassificerades cirka 30 procent av respondenterna som att ha välkontrollerad astma, medan cirka 70 procent klassificerades som att ha dåligt kontrollerad eller mycket dåligt kontrollerad astma (Figur 3).



Figur 3. Sjukdomskontroll* baserat på AIRQ

*Välkontrollerad astma (0-1 poäng), Dåligt kontrollerad astma (2-4 poäng), Mycket dåligt kontrollerad astma (5-10 poäng)

Behandlingssteg klassificerades utifrån respondenternas uppgivna behandling under de senaste 12 månaderna. Figur 4 visar antal och fördelning av respondenter efter behandlingssteg. Av respondenterna klassificerades 44 procent i steg 1-3 (mild till måttlig astma), 29 procent i steg 4 (måttlig till svår astma) och 4 procent i steg 5 (svår astma). Därutöver hade 11 procent ingen behandling med ICS, medan 12 procent behandlades enbart med ICS.



Figur 4. Fördelning av respondenter efter behandlingssteg

Data visar att en stor andel respondenter hade dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma i samtliga behandlingssteg, även bland dem med mildast sjukdom (Tabell 4). Bland individer utan ICS-behandling eller med enbart ICS-behandling hade drygt 65 procent dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma. Motsvarande andel var knappt 65 procent i gruppen med mild till måttlig astma, medan andelen översteg 80 procent i grupperna med måttlig till svår respektive svår astma.

Tabell 4. Sjukdomskontroll och behandlingssteg, n (%) (n=1 365)

	Utan ICS	Enbart ICS	Steg 1-3 Mild till måttlig astma	Steg 4 Måttlig till svår astma	Steg 5 Svår astma
Välkontrollerad astma	48 (32,2%)	56 (33,9%)	217 (36,1%)	78 (19,6%)	6 (11,3%)
Dåligt kontrollerad astma	60 (40,3%)	75 (45,5%)	234 (38,9%)	167 (42,1%)	15 (28,3%)
Mycket dåligt kontrollerad astma	41 (27,5%)	34 (20,6%)	150 (25%)	152 (38,3%)	32 (60,4%)

4.2 Hälsa- och sjukvårdskonsumtion och direkta kostnader

4.2.1 Vårdkonsumtion

En betydande andel av respondenterna uppgav att de haft vårdkontakter på grund av astma under de senaste 12 månaderna (Tabell 5). Akuta vårdbesök rapporterades av 12,1 procent i

form av besök på sjukhusens akutmottagningar och av 24,3 procent i form av besök på vårdcentral eller närakut. Bland dem som haft akuta kontakter var medianantalet besök ett på sjukhus och två på vårdcentral eller närakut. Sjukhusinläggningar till följd av astma rapporterades av 2 procent av respondenterna.

Planerade besök inom primärvården rapporterades av 44 procent av respondenterna. De vanligast rapporterade kontakterna var hos läkare och sjuksköterska, som rapporterades av 30,2 respektive 29,8 procent. Medianantalet besök per individ var generellt 1-2 besök under de senaste 12 månaderna, beroende på yrkeskategori. För vissa professioner, såsom fysioterapeut och psykolog, var spridningen i antalet besök större.

Planerade besök inom den specialiserade vården rapporterades av 18,7 procent av respondenterna. Även här var läkar- och sjuksköterskebesök de vanligaste kontaktformerna, och medianantalet besök per individ var generellt lågt (1-2 besök).

Digitala vårdbesök och besök vid andra mottagningar rapporterades av ett fåtal respondenter (mindre än 1 procent). Bland dessa var medianantalet rapporterade kontakter tre under den aktuella perioden.

Tabell 5. Vårdkontakter till följd av astma under de senaste 12 månaderna

	Antal respondenter n=1 365		Antal besök		
	n (%)	Medel (SD)	Median (IQR)	Min	Max
Akutmottagning på sjukhus	165 (12,1%)	2,0 (1,7)	1 (1-2)	1	15
Akutmottagning på vårdcentral/närakut	331 (24,3%)	2,6 (2,7)	2 (1-3)	1	35
Sjukhusinläggning (dagar)	27 (2,0%)	6,4 (7,7)	4 (1-9)	1	35
Planerade besök vårdcentral	601 (44,0%)				
- Läkare	412 (30,2%)	2,2 (2,4)	2 (1-2)	1	33
- Sjuksköterska	407 (29,8%)	1,6 (1,3)	1 (1-2)	1	11
- Dietist	23 (1,7%)	2,1 (1,8)	2 (1-2)	1	9
- Fysioterapeut	51 (3,7%)	4,5 (7,4)	2 (1-4)	1	50
- Arbetsterapeut	17 (1,2%)	2,7 (2,8)	1 (1-3)	1	10
- Kurator	8 (0,6%)	6,1 (4,6)	6 (1,5-10)	1	13
- Psykolog	30 (2,2%)	6 (10,1)	2,5 (1-5)	1	50
- Annat	64 (4,7%)	3,1 (4,8)	1 (1-2)	1	30
Planerade besök den specialiserade vården	255 (18,7%)				
- Läkare	222 (16,3%)	2,2 (2,1)	2 (1-3)	1	20
- Sjuksköterska	166 (12,2%)	2,6 (2,6)	2 (1-3)	1	20
- Dietist	17 (1,2%)	1,9 (1,2)	1 (1-3)	1	5
- Fysioterapeut	47 (3,4%)	5,2 (10,6)	2 (1-3)	1	48
- Arbetsterapeut	16 (1,2%)	3,1 (3)	2 (1-3)	1	12
- Kurator	4 (0,3%)	5,8 (2,1)	5,5 (4-7,5)	4	8
- Psykolog	18 (1,3%)	2,9 (2,2)	2 (1-4)	1	8
- Annat	30 (2,2%)	4,7 (4,9)	2,5 (1-6)	1	20
Planerade besök annan mottagning					
Digitala besök	11 (0,8%)	4,3 (3,2)	3 (2-6)	2	12

Nästan samtliga respondenter hade genomfört en spirometri någon gång (n=1 314, 96 %), och hälften (n=655, 48%) hade gjort en spirometri under de senaste 12 månaderna. Bland dem som tidigare genomfört spirometri uppgav drygt 35 procent att den senaste undersökningen gjordes för 1-2 år sedan, medan drygt 30 procent att den gjordes för 5 år sedan eller mer. En liten andel (n=47, 3%) angav att de aldrig genomfört spirometri eller att de inte visste om de gjort det.

På frågan om man genomfört en lungröntgen kopplat till sin astma uppgav 46 procent (n=634) att de genomgått en sådan någon gång, medan 52 procent svarade att de aldrig gjort det. Cirka 12 procent (n=165) uppgav att de gjort en lungröntgen under de senaste 12 månaderna. Bland

dessas hade 53 procent (n=88) gjort en vanlig röntgen och 46 procent (n=76) hade gjort en skikt-röntgen/datortomografi.

4.2.2 Läkemedelskonsumtion

Nästan samtliga respondenter (n=1 354) uppgav att de hade använt läkemedel för sin astma under de senaste 12 månaderna. Av dessa rapporterade 1 351 individer att de använde inhalationsbehandling. Typer av inhalationsbehandling redovisas i Appendix 3, Tabell A5.

För perorala läkemedel uppgav 32 procent (n=433) att de hade använt LTRA, medan ett fåtal rapporterade användning av antibiotikan azitromycin (n=11)³ (Tabell A6). Cirka 22 procent (n=300) hade använt kortisonpiller för sin astma, varav de flesta vid försämringsperioder (n=291) och i ett mindre antal fall som daglig behandling (n=9). Vidare uppgav 2,7 procent (n=36) att de hade fått biologisk behandling under de senaste 12 månaderna (Tabell A7)

En liten andel, 1,2 procent (n=17), uppgav att de använde TLA för sin astma och att behandlingen i genomsnitt hade använts i 8,5 månader under de senaste 12 månaderna. Läkemedelskonsumtion och behandlingssteg presenteras i Tabell 6.

Tabell 6. Läkemedelskonsumtion under de senaste 12 månaderna uppdelat på behandlingssteg

	Utan ICS n = 149	Enbart ICS n = 165	Steg 1-3 Mild till måttlig astma n = 601	Steg 4 Måttliga till svår astma n = 397	Steg 5 Svår astma n=53
Kvinnor (%)	128 (86%)	142 (86%)	514 (86%)	352 (89%)	42 (79%)
SABA (%)	113 (76%)	131 (79%)	335 (56%)	280 (71%)	40 (75%)
Andel som använder OCS vid försämring (%)	17 (11%)	16 (10%)	92 (15%)	147 (37%)	19 (36%)
Medel ICS dos senast 30 dagarna, µg (SD)	-	459,8 (349)	620,8 (443,3)	994,9 (702,7)	1 654,5 (1 152,1)
Hög dos ICS >800 µg/dagligen	-	43 (26%)	234 (39%)	254 (64%)	39 (74%)
ICS+LABA (%) (exkl. LAMA)	-	-	539 (90%)	350 (88%)	38 (72%)
ICS+LABA+LAMA (%)	-	-	-	48 (12%)	9 (17%)
LTRA (%)	27 (18%)	-	30 (5%)	347 (87%)	29 (55%)
Azitromycin (%)	0 (0%)	-	0 (0%)	9 (2%)	2 (4%)
TLA (Airsonett) (%)	-	-	-	-	17 (32%)
Daglig OCS (%)	-	-	-	-	9 (17%)
Biologisk behandling (%)	-	-	-	-	36 (68%)

Bland dem som använt läkemedel under de senaste 12 månaderna uppgav majoriteten, 84 procent (n=1 140), att deras behandling någon gång hade ändrats av en läkare eller sjuksköterska. Av dessa hade 44 procent (n=507) fått sin behandling ändrad under de senaste 12 månaderna. Vanligast var att behandlingen ändrats en gång (64 %), medan en femtedel hade fått den ändrad

³ Samtliga som behandlades med azitromycin uppgav att de även behandlades med montelukast

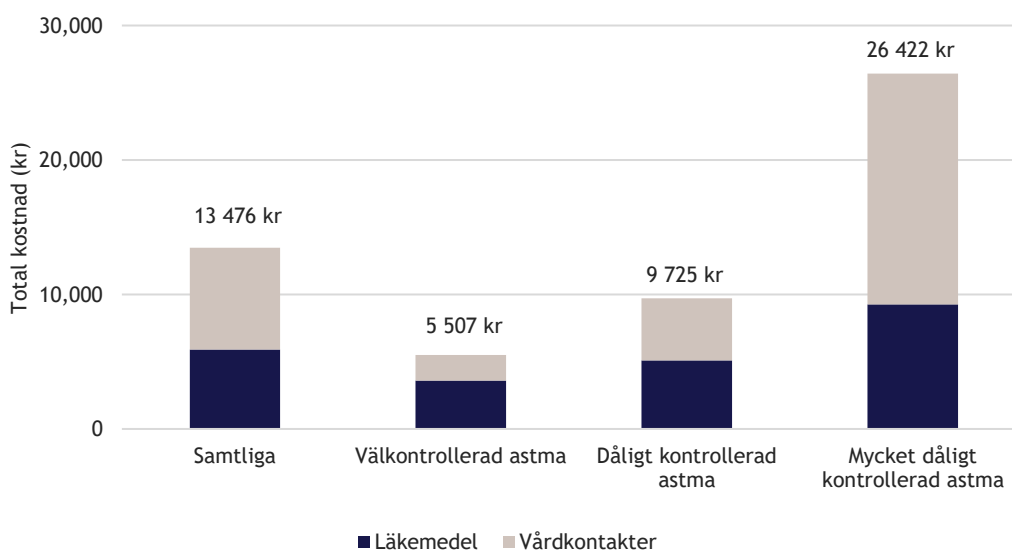
två gånger. Knappt 15 procent uppgav att behandlingen ändrats tre gånger eller fler under de senaste 12 månaderna.

Respondenter med dåligt kontrollerad eller mycket dåligt kontrollerad astma hade ändrat behandling i större utsträckning. I dessa grupper hade 42 respektive 62 procent bytt behandling minst en gång under de senaste 12 månaderna, jämfört med 29 procent bland dem med välkontrollerad astma.

4.2.3 Direkta kostnader

De genomsnittliga direkta kostnaderna uppgick till 13 476 kr per individ och år. Figur 5 visar genomsnittliga direkta årskostnader uppdelat efter grad av sjukdomskontroll. De totala direkta kostnaderna skilde sig mellan grupperna ($p < 0,001$). För hela studiepopulationen var medianen 5 958 kronor per år (för mer detaljer och fördelning efter behandlingssteg, se Appendix 5: Kostnader).

Individer med välkontrollerad astma hade de lägsta direkta kostnaderna, med en genomsnittlig årskostnad på 5 507 kronor och en median på 3 243 kronor. För individer med dåligt kontrollerad astma uppgick de direkta kostnaderna till i genomsnitt 9 725 kronor per år, med en median på 5 512 kronor. De högsta direkta kostnaderna sågs hos individer med mycket dåligt kontrollerad astma, där den genomsnittliga årskostnaden var 26 422 kronor och medianen till 12 603 kronor.



Figur 5. Genomsnittlig total direkt kostnad (kr) per individ och år fördelat efter grad av sjukdomskontroll

4.3 Sjukfrånvaro, sjuknärvaro och indirekta kostnader

4.3.1 Sjukfrånvaro och sjuknärvaro

Merparten av respondenterna var anställda eller egenföretagare ($n=978$), och av dessa uppgav 81 procent ($n=793$) att de arbetade heltid. Bland dem som var anställda eller egenföretagare uppgav 21 procent ($n=201$) att de haft någon form av sjukfrånvaro till följd av astma under de

senaste 12 månaderna (Tabell 7). En stor andel (80,4 %) uppgav dessutom att de arbetat medan de haft besvär av astma under samma period.

Sjuknärvaro var vanligare bland respondenter med mycket dåligt kontrollerad astma än bland dem med välkontrollerad astma (94,7 % respektive 60,3 %). Det genomsnittliga antalet dagar med både sjukfrånvaro och sjuknärvaro var högre bland individer med dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma. Även den rapporterade påverkan på produktiviteten under arbetad tid var större i dessa grupper.

Tabell 7. Sjukfrånvaro och sjuknärvaro till följd av astma under de senaste 12 månaderna

	Samtliga n=1365	Välkontrollerad astma (n=405)	Dåligt kontrollerad astma (n=551)	Mycket dåligt kontrollerad astma (n=409)
Anställd eller egenföretagare	978 (71,6%)	307 (75,8%)	407 (73,9%)	264 (64,5%)
Tillfällig sjukskrivning	56 (4,1%)	4 (1,0%)	12 (2,2%)	40 (9,8%)
Stadigvarande sjukskrivning*	5 (<0,1%)	1(<0,1%)	1(<0,1%)	3(<0,1%)
Sjukfrånvaro	164 (16,8%)	15 (4,9%)	64 (15,7%)	85 (32,2%)
- Antal sjukfrånvarodagar senaste 12 månaderna, medel (SD)	14,4 (24,3)	5,3 (3,5)	12,2 (26,7)	17,8 (24,2)
Sjuknärvaro	786 (80,4%)	185 (60,3%)	351 (86,2%)	250 (94,7%)
- Antal sjuknärvarodagar senaste 12 månaderna, medel (SD)	45,4 (66,6) ^a	24,4 (48,9) ^b	38,6 (57,6) ^c	70,7 (80,9) ^c
- Påverkan produktivitet (VAS 0-10, 10=fullständigt hindrad att arbeta)	3,9 (2,3)	3,1 (2,3)	3,7 (2,1)	4,9 (2,3)

^an=766, ^bn=181, ^cn=342, ^dn=243

*Tillfällig sjukskrivning avser sjukpenning från Försäkringskassan. Stadigvarande sjukskrivning avser sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan. Sjukfrånvaro avser sjuklön från arbetsgivaren.

Enkäten innehöll även frågeformuläret WPAI som kartlägger arbetsproduktivitet och aktivitetsbegränsningar i relation till arbete till följd av astma under de senaste sju dagarna. Den genomsnittliga procentuella nedsättningen i frånvaro från arbete till följd av astma de senaste sju dagarna var 3,8 procent (SD 15,3), i sjuknärvaro 17,5 procent (SD 21,2), i total arbetsnedsättning 16,4 procent (SD 19,2) och i nedsättning i dagliga aktiviteter 29,7 procent (SD 26,4). Gruppen med dåligt kontrollerad eller mycket dåligt kontrollerad astma hade högre grad av sjukfrånvaro, sjuknärvaro, total arbetsnedsättning och nedsättning i dagliga aktiviteter de senaste sju dagarna än gruppen med välkontrollerad astma (Appendix 4 Figur A1 och Figur A2).

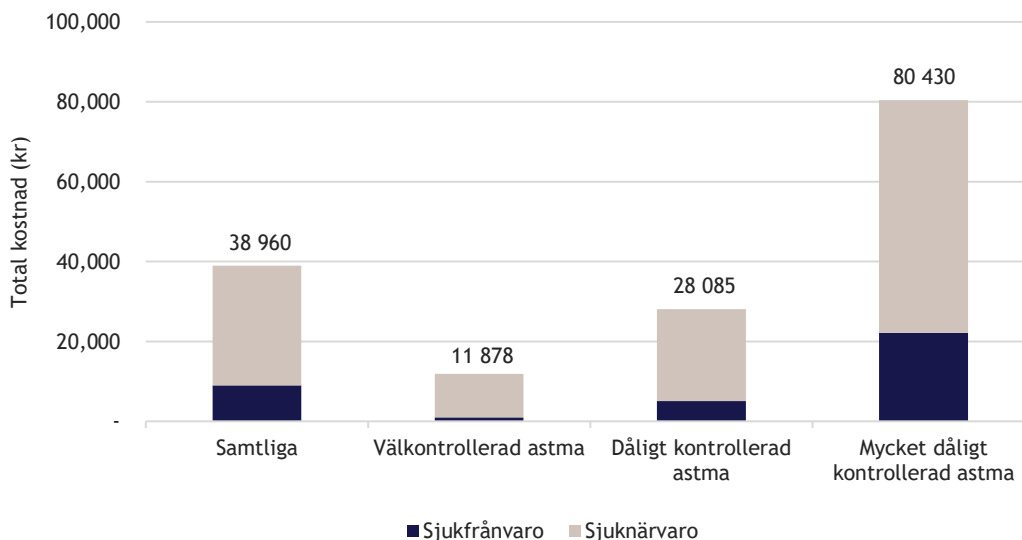
På frågan om astman påverkat valet av arbete eller utbildning svarade 20 procent av respondenterna att det gjort det och andelen som sagt att det påverkade valet var större för de som hade dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma.

4.3.2 Indirekta kostnader

De genomsnittliga indirekta kostnaderna uppgick till 38 960 kronor per individ och år. Figur 6 redovisar de genomsnittliga indirekta kostnaderna per år uppdelade efter grad av sjukdomskontroll. De totala indirekta kostnaderna skilde sig signifikant mellan grupperna definierade

utifrån grad av astmakontroll ($p < 0,001$). För hela studiepopulationen var medianen 1 672 kronor per individ och år (för mer detaljer och fördelning av indirekta kostnader efter behandlingssteg se Appendix 5: Kostnader).

För individer med välkontrollerad astma uppgick de indirekta kostnaderna i genomsnitt till 11 878 kronor per år. För individer med dåligt kontrollerad astma var den genomsnittliga indirekta kostnaden 28 085 kronor per år, med en median på 4 179 kronor. De högsta indirekta kostnaderna observerades bland individer med mycket dåligt kontrollerad astma. I denna grupp uppgick den genomsnittliga kostnaden till 80 430 kronor och medianen till 17 754 kronor.



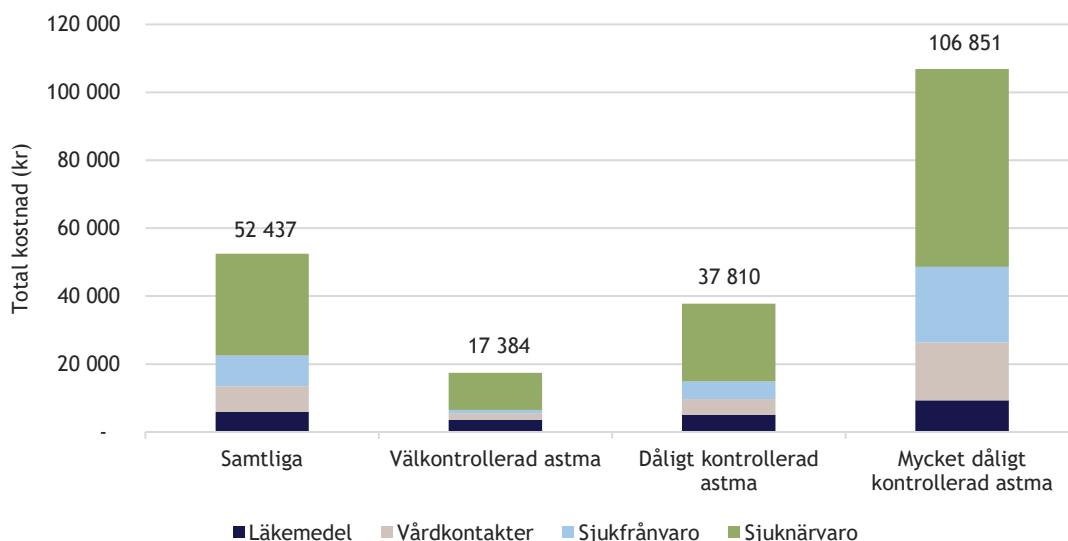
Figur 6. Genomsnittlig total indirekt kostnad (kr) per individ och år fördelat efter grad av sjukdomskontroll

4.4 Totala kostnader

Figur 7 redovisar de genomsnittliga totala kostnaderna per år uppdelade efter grad av astmakontroll samt fördelade på direkta och indirekta kostnader. De totala kostnaderna skilde sig mellan grupperna ($p < 0,001$).

Bland samtliga respondenter uppgick de genomsnittliga totala kostnaderna per år till 52 437 kronor, med en median på 13 757 kronor (se Appendix 5: Kostnader). För individer med välkontrollerad astma uppgick den genomsnittliga totalkostnaden till 17 384 kronor per år, med en median på 5 658 kronor. För individer med dåligt kontrollerad astma var den genomsnittliga totalkostnaden 37 810 kronor per år, med en median på 15 049 kronor.

De högsta totala kostnaderna observerades bland individer med mycket dåligt kontrollerad astma. I denna grupp uppgick den genomsnittliga totalkostnaden till 106 851 kronor per år och medianen till 41 771 kronor. De indirekta kostnaderna utgjorde den största andelen av de totala kostnaderna i samtliga grupper, med ökande indirekta kostnader vid försämrade grad av astmakontroll.



Figur 7. Genomsnittlig total kostnad (kr) per individ och år fördelat efter grad av sjukdomskontroll

Den genomsnittliga totala kostnaden varierade mellan 29 000 och 170 000 kronor per individ och år beroende på behandlingssteg (Appendix 5: Kostnader). Högst totalkostnader observerades i behandlingssteg 5. Läkemedelskostnader utgjorde den största andelen av totalkostnaden (35 %). Lägst totalkostnad återfanns i gruppen med enbart ICS-behandling med 29 000 kronor per individ och år, följt av gruppen utan ICS-behandling med 40 000 kronor.

4.5 Livskvalitet

Det genomsnittliga CAAT-värdet uppgick till 15,2 (SD 7,6), där hosta och andfåddhet var de mest rapporterade symtomen (Tabell 8). I genomsnitt var CAAT-värdet 15,2 (SD 7,6) där hosta och andfåddhet rapporterades mest. Respondenter med dåligt kontrollerad och mycket dåligt kontrollerad astma hade signifikant högre CAAT värden ($p < 0,001$) än de med välkontrollerad astma. Motsvarande kan ses i att livskvaliteten i termer av EQ-5D-värde och EQ-VAS var lägre för de respondenter som hade dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma. Skillnaden i EQ-5D-värde mellan grupperna uppgick till 0,11 (0,918 jämfört med 0,808) mellan välkontrollerad och mycket dåligt kontrollerad astma.

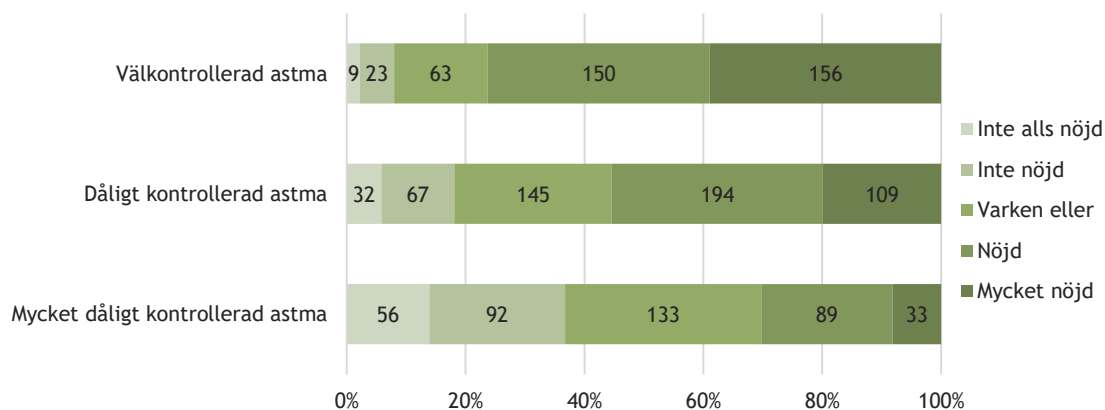
Tabell 8. Genomsnittlig livskvalitet, CAAT och EQ-5D

	Samtliga (n=1365)	Väl kontrollerad astma (n=405)	Dåligt kontrollerad astma (n=551)	Mycket dåligt kontrollerad astma (n=409)	p-värde
CAAT totalpoäng ^a , medel (SD)	15,2 (7,6)	9,6 (5,3)	14,4 (6,0)	21,7 (6,5)	<0,001
EQ-5D-5L, medel (SD)	0,870 (0,115)	0,918 (0,086)	0,882 (0,098)	0,808 (0,131)	<0,001
EQ-VAS, medel (SD)	67,3 (18,7)	75,0 (15,5)	69,0 (17,3)	57,5 (19,2)	<0,001

^aIntervall: 0-40

4.6 Vårdupplevelse

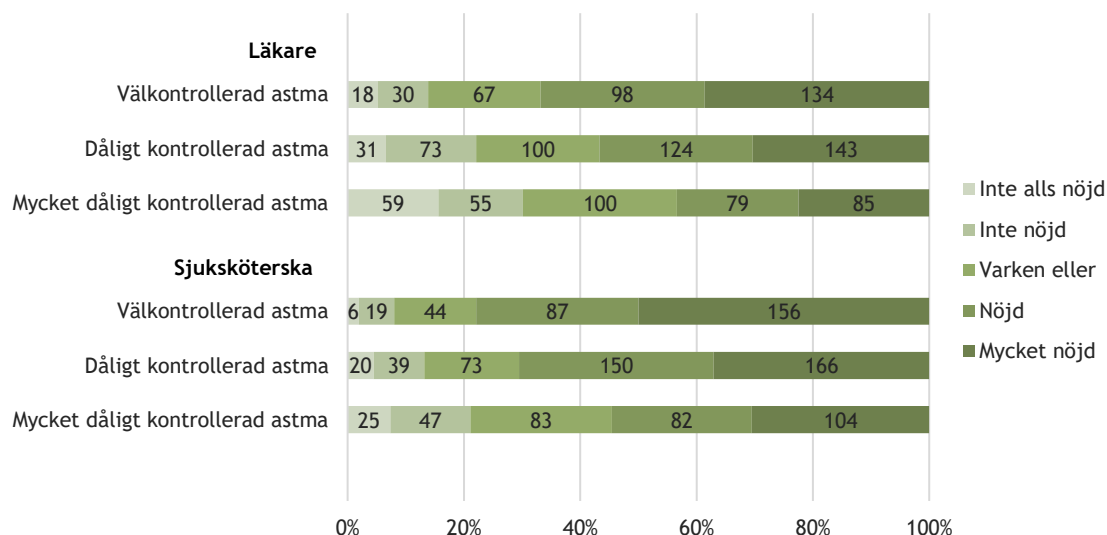
På frågan om hur nöjda respondenterna var i allmänhet med den medicinska behandlingen av sin astma svarade drygt hälften (54 %) att man var nöjd eller mycket nöjd medan drygt 25 procent att man inte var nöjd. Bland de med biologisk behandling (n=36) var andelen nöjda knappt 70 procent. Nöjdhet med den medicinska behandlingen bland respondenter med välkontrollerad astma var betydligt högre (cirka 60 % nöjda eller mycket nöjda) jämfört med respondenter med dåligt kontrollerad (48 %) eller mycket dåligt kontrollerad astma (30 %) (Figur 8).



Figur 8. Nöjdhet med medicinsk behandling efter grad av astmakontroll

Not: Figuren presenterar respondenternas svar på frågan "Hur nöjd är du i allmänhet med den medicinska behandlingen av din astma? Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd".

Av de respondenter som haft kontakt med vården uppgav cirka 55 procent att de var nöjda eller mycket nöjda med läkarens bemötande vid omhändertagandet av sin astma, medan motsvarande andel för sjuksköterskans bemötande uppgick till drygt 68 procent (Figur 9). Cirka 22 procent, respektive 14 procent svarade att man inte var nöjd med läkarens respektive sjuksköterskans bemötande. En relativt stor andel uppgav att de inte hade träffat en läkare (n=169) respektive sjuksköterska (n=264). Givet att frågorna om antal kontakter man haft med vården under de senaste 12 månaderna ställts precis innan frågorna om nöjdhet med vårdens bemötande är det rimligt att anta att respondenterna haft bemötandet under de senaste 12 månaderna i åtanke även här.



Figur 9. Nöjdhet med bemötande av vårdpersonal efter grad av astmakontroll

Not: Figuren presenterar respondenternas svar på följande frågor: "Hur nöjd är du med läkarens bemötande i omhändertagandet av din astma? Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd" och "Hur nöjd är du med sjuksköterskans bemötande i omhändertagandet av din astma? Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd".

På frågan om hur nöjd man var med vårdpersonalens kunskap om astma i primärvården svarade knappt hälften (47 %) att man var nöjd eller mycket nöjd medan drygt 26 procent svarade att man inte var nöjd. Nöjdhet med vårdpersonalens kunskap om astma i primärvården bland respondenter med välkontrollerad astma var betydligt högre (cirka 76 % nöjda eller mycket nöjda) än bland respondenterna med dåligt kontrollerad (55 %) eller mycket dåligt kontrollerad astma (30 %).

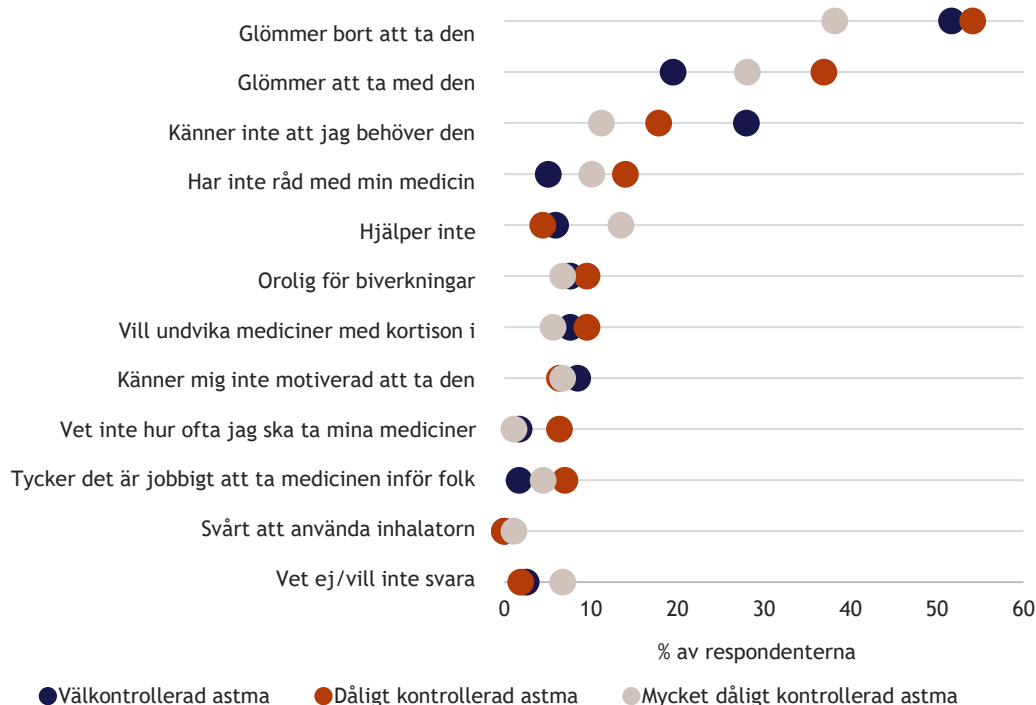
Gällande informationen som sjukvården ger kring den astmamedicin man tar uppgav cirka 59 procent att man förstod allt man behövde veta medan 28 procent förstod men skulle vilja veta mer. Drygt 10 procent upplevde att det kändes rörigt eller mycket rörigt när det gällde de mediciner man tar. Bland de med mycket dåligt kontrollerad astma var motsvarande siffran 17 procent.

4.7 Faktorer som påverkar sjukdom och behandling

Följsamheten till ordinerad behandling var generellt hög; cirka 70 procent av respondenterna med behandling uppgav att de alltid tog sin medicin enligt instruktion. Bland respondenter med mycket dåligt kontrollerad astma uppgav 74 procent att de alltid tog medicin enligt instruktion. Motsvarande siffran för de med välkontrollerad och dåligt kontrollerad astma var 68 procent.

Bland dem som uppgav att de inte alltid eller oftast följde instruktionen (n=364) var den vanligaste orsaken att de glömde att ta medicinen (50 %). Detta var vanligare bland personer med välkontrollerad (52 %) eller dåligt kontrollerad astma (54 %) än bland personer med mycket dåligt kontrollerad astma (38 %). Omkring 30 procent uppgav att de hade glömt att ta med medicinen när de lämnade hemmet. Ungefär 20 procent angav att de inte kände behov av att ta medicinen, vilket var vanligast bland personer med välkontrollerad astma (28 %) och minst vanligt bland personer med mycket dåligt kontrollerad astma (11 %). Totalt uppgav 10 procent att de inte hade råd med medicinen; detta var vanligast vid dåligt kontrollerad astma (14 %),

jämfört med 10 procent vid mycket dåligt kontrollerad astma och 5 procent vid välkontrollerad astma. Ytterligare orsaker var oro för biverkningar (9 %), att medicinen inte upplevdes hjälpa (knappt 9 %) samt att man ville undvika mediciner som innehåller kortison (7 %) (Figur 10) (se Tabell A12 i Appendix 6 för samtliga svar).



Figur 10. Skäl till bristande läkemedelsföljsamhet

Not: Figuren presenterar respondenternas svar på frågan: "Vilka är skälen till att du inte alltid tar din medicin enligt instruktion?" och är en följdfråga om man inte svarat alltid på frågan "Hur ofta tar du din astmamedicin så som du har blivit instruerad av en läkare eller sjuksköterska?" (n=364)

När det gäller upplevelser kopplade till astmavården uppgav cirka 47 procent av respondenterna att de inte blivit kallade till sjukvården för sin astma. Drygt 36 procent angav att det var svårt att avgöra när man borde kontakta vården. Vidare uppgav cirka 30 procent att det var svårt att få tid hos sjukvården och cirka 17 procent att de upplevde att de inte får tillräckligt stöd i vården.

De allra flesta respondenter (92 %) uppgav att deras astma påverkats negativt av minst en faktor. De vanligaste rapporterade faktorerna var väderomslag (74 %), luftvägsinfektioner (64 %), exponering för allergener (t.ex. pollen, pälsdjur) (63 %) samt fysisk ansträngning (55 %). Samtliga svar redovisas Tabell A13 i Appendix 6.

5. Diskussion

Denna webbaserade enkätstudie med 1 365 individer i olika svårighetsgrader av astma i Sverige visar att astma är förenad med en betydande sjukdomsburda, uttryckt i vårdkonsumtion, hälsorelaterad livskvalitet och samhällsekonomiska kostnader. Ett genomgående fynd är att sjukdomsburdan är tydligt större vid sämre astmakontroll, vilket framträder konsekvent oavsett om utfallet avser kostnader, livskvalitet eller upplevelse av vård och behandling.

Den genomsnittliga samhällsekonomiska kostnaden för astma uppgick till drygt 52 000 kronor per individ och år. Direkta kostnader för hälso- och sjukvård utgjorde cirka 26 procent, medan indirekta kostnader i form av produktionsbortfall stod för 74 procent. Detta visar att en stor del av den samhällsekonomiska burdan kan kopplas till konsekvenser utanför hälso- och sjukvården. Av de indirekta kostnaderna utgjorde sjuknärvaro den största andelen (77 %), vilket kan spegla att astma i många fall påverkar arbetsförmågan även när individer är i arbete. Den kostnadsfördelning som observerades ligger i linje med en tidigare svensk studie av svår astma (8). Resultaten i föreliggande studie tyder på att ett liknande mönster även kan ses i en bredare population med mild till måttlig astma. Detta är relevant eftersom den samlade burdan på samhällsnivå påverkas av både sjukdomens svårighetsgrad och hur vanligt det är med dålig och mycket dålig astmakontroll.

Den totala samhällsekonomiska kostnaden varierade tydligt beroende på grad av astmakontroll. Den genomsnittliga totala kostnaden var cirka 17 000 kronor per individ och år vid välkontrollerad astma och cirka 107 000 kr vid mycket dåligt kontrollerad astma. Detta pekar på att försämrade kontroll kan vara förenad med ökade kostnader, där särskilt produktionsbortfall bidrar.

När kostnaderna analyserades utifrån behandlingssteg varierade den genomsnittliga totala kostnaden mellan cirka 29 000 och 170 000 kronor per individ och år, med högst kostnader i behandlingssteg 5. Detta ligger i linje med en tidigare svensk studie som visar att kostnaderna ökar med stigande GINA-steg och är som högst vid GINA steg 5 (15). Behandlingsstegen i föreliggande rapport baseras på GINA, men definitionerna är inte helt överensstämmande.

Utöver de ekonomiska konsekvenserna visar resultaten att en dåligt eller mycket dåligt kontrollerad astma är förenad med lägre hälsorelaterad livskvalitet. Respondenter med välkontrollerad astma hade ett genomsnittligt EQ-5D-värde på 0,918, vilket är i nivå med, eller något över, den rapporterade livskvaliteten i den svenska normalbefolkningen (16). Detta indikerar att välkontrollerad astma kan vara förenad med en livskvalitet som närmar sig den i befolkningen i stort. Flera tidigare studier också visat att lägre grad av astmakontroll och svårare astmasjukdom är förknippade med en sänkt livskvalitet (10, 17, 18).

Ett centralt fynd är att en stor andel (knappt 65 %) av individer med mild till måttlig astma uppvisar dåligt kontrollerad eller mycket dåligt kontrollerad astma. Detta tyder på att låg kontroll är vanligt även i grupper som ofta betraktas som mindre resurskrävande, vilket kan ha betydelse för den samlade sjukdomsburdan. Ett annat viktigt resultat är att 23 procent av individerna hade behandling som ligger utanför rekommenderade behandlingsriktlinjer. Det är värt att notera att den genomsnittliga totalkostnaden per individ som saknade behandling med ICS var högre än den genomsnittliga totalkostnaden för de individer som befann sig i behandlingssteg 1-3.

Studien belyser även flera potentiella hinder för att uppnå god sjukdomskontroll. Bristande uppföljning framträdde som en möjlig faktor: cirka 47 procent uppgav att de inte blivit kallade

till uppföljning inom vården för sin astma. Vidare angav drygt 36 procent att de hade svårt att avgöra när kontakt med sjukvården borde tas. Cirka 30 procent rapporterade svårigheter att få tid hos sjukvården, och cirka 17 procent uppgav att de inte upplevde sig få tillräckligt stöd från vården. Sammantaget kan den rapporterade bristen på uppföljning, svårigheter att bedöma när vårdkontakt bör tas samt begränsad tillgänglighet peka på behov av tydligare strukturer för uppföljning och stöd som underlättar för patienter att agera vid försämring. Samtidigt uppgav en majoritet (70 %) att de tar sin behandling enligt ordination. Den höga självrapporterade följsamheten till behandling tyder på att bristande astmakontroll inte enbart kan kopplas till följsamhet. Bland dem som inte alltid följde ordinationen var de vanligaste orsakerna praktiska, framför allt att man glömde att ta medicinen eller att ta med den. Det framkom även skillnader mellan grupper med olika grad av sjukdomskontroll: personer med välkontrollerad astma i större utsträckning att de inte kände behov av medicinen, medan kostnadsskäl var mer framträdande vid dåligt och mycket dåligt kontrollerad astma. De observerade skillnaderna i orsaker till bristande följsamhet mellan grupper med olika grad av sjukdomskontroll talar för att olika typer av stödinsatser kan behövas i olika patientgrupper.

Majoriteten av respondenterna (92 %) uppgav att deras astma påverkas negativt av minst en faktor, främst väderomslag (74 %), luftvägsinfektioner (64 %) och allergenexponering (63 %). Den höga andelen respondenter som rapporterade påverkan av väderomslag, luftvägsinfektioner och allergenexponering visar att symtomen ofta påverkas av yttre faktorer som kan skifta över tid, vilket kan innebära ett behov av regelbunden uppföljning och tydligare stöd för egenvård.

När det gäller upplevelse av vård och behandling uppgav 54 procent att de var nöjda eller mycket nöjda med den medicinska behandlingen av sin astma, medan drygt 25 procent inte var nöjda. Andelen missnöjda var högre bland respondenter med mycket dåligt kontrollerad astma. Sammantaget kan den relativt höga andelen missnöjda respondenter, särskilt bland individer med mycket dåligt kontrollerad astma, indikera att vissa vårdbehov inte fullt ut tillgodoses, vilket kan spegla både astmasjukdomens komplexitet och möjliga förbättringsområden avseende uppföljning, behandlingsanpassning och patientstöd.

En styrka i studien är den breda rekryteringsstrategin genom flera kanaler, vilket ökade möjligheten att inkludera respondenter med varierande svårighetsgrad. Att enkäten inte enbart besvarats av medlemmar i Astma- och Allergiförbundet (drygt 20 % av respondenterna) talar för att studien nått en bredare grupp även utanför organiserade patientnätverk. Detta är särskilt relevant eftersom tidigare studier om sjukdomsbördan vid astma ofta främst omfattat individer med svårare sjukdom (8, 19). Genom enkätmetoden har det varit möjligt att inkludera erfarenheter även från den stora gruppen med mildare former av astma, vilket bidrar till en mer heltäckande bild av den samlade sjukdomsbördan. Att även mildare sjukdomsformer kan vara förenade med nedsatt livskvalitet, vårdkonsumtion och samhällsekonomiska konsekvenser är därför ett viktigt fynd. Samtidigt kan selektionsbias inte uteslutas; individer med större symtombörda eller högre engagemang i sin vård kan i högre grad ha valt att delta. Trots detta bedöms den breda rekryteringen bidra till en mer nyanserad och representativ bild av sjukdomsbördan än vad som ofta är möjligt i studier med snävare urval.

Enkäten täcker flera centrala aspekter av sjukdomsbördan och möjliggör en mer samlad beskrivning av resurskonsumtion, arbetsförmåga och livskvalitet. För att minska risken för onödigt bortfall pilottestades enkäten i förväg, med fokus på att säkerställa att frågorna var tydliga och att omfattning och innehåll sågs som rimliga och hanterbara. Enkätens omfattning kan dock ha bidragit till bortfall: 32 procent (n=640) påbörjade men fullföljde inte hela enkäten. Avhoppet skedde genomgående i enkäten, men många avslutade relativt tidigt. Bland dem som inte full-

följde enkäten men besvarade AIRQ (n=394, dvs ca 60 % av bortfallet) var fördelningen mellan grad av astmakontroll i stort sett lik den i den kompletta studiepopulationen.

En ytterligare begränsning är risken för recall bias i självrapporterade uppgifter, vilken kan påverka rapporteringen av exempelvis vårdkonsumtion och sjukfrånvaro. I enkäten varierade dessutom återkallningsperioden (d.v.s. den tidsperioden som respondenterna ombads att tänka på) mellan olika frågor, vilket också kan ha påverkat svarens precision. Sammantaget kan detta innebära både över- och underskattning av faktisk resurskonsumtion och påverkan. För att minska denna risk utformades frågorna så tydligt och konkret som möjligt. Urvalets sammansättning utgör också en begränsning, då en stor andel av respondenterna var kvinnor (86,3 %), vilket bör tas i beaktande vid tolkning och generalisering.

Sammantaget visar studien att sjukdomsbördan vid astma, även mildare sådan, är omfattande och sträcker sig bortom direkta vårdkostnader, med konsekvenser i form av produktionsbortfall och nedsatt livskvalitet. Resultaten pekar även på att dålig eller mycket dålig astmakontroll är vanligt, även vid mild till måttlig sjukdom, och att faktorer relaterade till uppföljning, tillgänglighet och patientstöd kan vara relevanta för att uppnå välkontrollerad astma.

Fynden indikerar ett behov av mer strukturerade och kontinuerliga vårdkontakter samt tydligare vägledning till individer med astma för att underlätta egenvård och hantering av sjukdomen. Vidare kan resultaten tyda på att behandlingen för en andel individer inte är optimalt anpassad, och att mer systematisk översyn och behandlingsanpassning skulle kunna bidra till att fler uppnår välkontrollerad astma, med potentiella vinster för både individ och samhälle.

Referenser

1. Läkemedelsverket. Astma hos barn och vuxna - behandlingsrekommendation mars 2023. 2023.
2. Lindberg A, Backman H. [Asthma prevalence and risk factor patterns]. *Lakartidningen*. 2025;122. Astmaepidemiologi - en överblick.
3. Larsson K, Ställberg B, Lisspers K, Telg G, Johansson G, Thuresson M, et al. Prevalence and management of severe asthma in primary care: an observational cohort study in Sweden (PACEHR). *Respir Res*. 2018;19(1):12.
4. Hansen S, von Bulow A, Sandin P, Ernstsson O, Janson C, Lehtimäki L, et al. Prevalence and management of severe asthma in the Nordic countries: findings from the NORDSTAR cohort. *ERJ Open Res*. 2023;9(2).
5. Global Initiative for Asthma (GINA). Asthma management and prevention for adults, adolescents and children 6-11 years. 2023.
6. Murphy KR, Chipps B, Beuther DA, Wise RA, McCann W, Gilbert I, et al. Development of the Asthma Impairment and Risk Questionnaire (AIRQ): A Composite Control Measure. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(7):2263-74 e5.
7. Luftvägsregistret. Årsrapport. 2023.
8. Jansson SA, Backman H, Andersson M, Telg G, Lindberg A, Stridsman C, et al. Severe asthma is related to high societal costs and decreased health related quality of life. *Respir Med*. 2020;162:105860.
9. Janson C, Lisspers K, Stallberg B, Johansson G, Telg G, Thuresson M, et al. Health care resource utilization and cost for asthma patients regularly treated with oral corticosteroids - a Swedish observational cohort study (PACEHR). *Respir Res*. 2018;19(1):168.
10. Ding B, Chen S, Srivastava D, Quinton A, Cook W, Papi A, et al. Symptom Burden, Health Status, and Productivity in Patients with Uncontrolled and Controlled Severe Asthma in NOVELTY. *J Asthma Allergy*. 2023;16:611-24.
11. Jones PW, Tomaszewski EL, Belton L, Burgel PR, Hughes R, Keen C, et al. Validity of the Chronic Airways Assessment Test (CAAT) in asthma, asthma+COPD and COPD in NOVELTY. *ERJ Open Res*. 2025;11(4).
12. Burstrom K, Teni FS, Gerdtham UG, Leidl R, Helgesson G, Rolfson O, et al. Experience-Based Swedish TTO and VAS Value Sets for EQ-5D-5L Health States. *Pharmacoeconomics*. 2020;38(8):839-56.
13. Drummond MF, Schulpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York: Oxford University Press; 2005.
14. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LLC; 2015.
15. Holm Roving A, Sregonja R, Janson C, Løkke A, Ibsen R, Hilberg O, et al. Estimating the financial burden of asthma among young adults in Sweden. *Eur Clin Respir J*. 2025;12(1):2569135.
16. Teni FS, Gerdtham UG, Leidl R, Henriksson M, Astrom M, Sun S, et al. Inequality and heterogeneity in health-related quality of life: findings based on a large sample of cross-sectional EQ-5D-5L data from the Swedish general population. *Qual Life Res*. 2022;31(3):697-712.

17. Khan AH, Gouia I, Jacob-Nara J, Kamat S, Jaffe D, Mackie D, et al. Prevalence and burden of asthma in five European countries: a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open*. 2025;15(5):e085175.
18. Martinez Moragon E, Entrenas Costa LM, Sanchez-Covisa Hernandez J, de Prado Moncusi A, Monteagudo Ruiz G. A cross-sectional study to evaluate utility measure and health-related quality of life (HRQoL) among patients with severe uncontrolled asthma in Spain. *J Asthma*. 2024;61(1):27-38.
19. Janson C, Lisspers K, Ställberg B, Johansson G, Telg G, Thuresson M, et al. Health care resource utilization and cost for asthma patients regularly treated with oral corticosteroids - a Swedish observational cohort study (PACEHR). *Respir Res*. 2018;19(1):168.
20. Södra sjukvårdsregionen. Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2025. 2025.
21. Södra sjukvårdsregionen. Region Skåne, Bild- och Funktionsmedicin Prislista 2025. 2025.
22. Ekonomifakta. Sociala avgifter 2025. 2025. Available from: https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/skatt/skatt-pa-arbete/sociala-avgifter-over-tid_1209267.html.
23. Statistiska Centralbyrån. Genomsnittlig grund- och månadslön samt kvinnors lön i procent av mäns lön efter sektor, yrke (SSYK 2012), kön och ålder 2024. 2025 [2025-12-01]. Available from: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0110_AM0110A/LonYrkeAlder4AN/.
24. Fass.se. 2025. Available from: <https://fass.se/>.

Appendix 1: Webbenkäten

Observera att enkätens layout inte fullt ut motsvarar webbenkätens utseende.

Studieinformation och samtyckesformulär

MOTIVATE - En enkätstudie om symtom, resurskonsumtion, behandling och livskvalitet hos personer med astma i Sverige

Denna vetenskapliga studie riktar sig till personer som diagnostiserats med astma eller står på läkemedelsbehandling för astma. Det primära syftet med studien är att få en ökad förståelse för hur det är att leva med astma. Om du vill delta i studien eller inte är helt upp till dig att avgöra. Ta dig tid att läsa den här informationen.

Om du bestämmer dig för att du vill delta måste du kryssa i rutan längst ner för att ange att du vill delta och att du tillåter oss att använda dina personuppgifter på det sätt som beskrivs i detta dokument. Studien har granskats och godkänts av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2025-02334-01).

Huvudansvarig för studien, s.k. studiesponsor, är AstraZeneca AB, 151 85 Södertälje, Sverige. Huvudansvarig forskare är Hanna Sandelowsky, Karolinska Institutet (hanna.sandelowsky@ki.se).

VARFÖR GÖR VI DEN HÄR STUDIEN?

Studien genomförs av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) på uppdrag av AstraZeneca tillsammans med patientföreningen Astma- och Allergiförbundet och Karolinska Institutet, i syfte att öka kunskapen om sjukdomsbördan vid astma. Studien fokuserar på hur personer som lever med astma upplever sin livskvalitet och hur nöjda de är med den vård och behandling de får samt vilken påverkan som astma har på deras arbetssituation.

VILKA KOMMER ATT DELTA I STUDIEN?

Inbjudan till att delta i studien har skickats ut till medlemmar i Astma- och Allergiförbundet samt distribuerats via olika patientplattformar (exempelvis grupper i sociala media). Personer som uppfyller urvalskriterierna (att man diagnostiserats med astma eller står på läkemedelsbehandling för astma samt att man är 18 år eller äldre) och som vill delta kommer att få besvara enkäten.

MÅSTE JAG DELTA I DENNA STUDIE OCH KAN JAG ÄNGRA MIG OCH AVBRYTA MITT DELTAGANDE?

Ditt deltagande är helt frivilligt och om du väljer att delta kan du när som helst avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta kommer det inte att påverka dig eller den vård du får av din behandlande läkare.

VAD HÄNDER OM JAG DELTAR I STUDIEN?

Om du väljer att delta kommer du att få besvara enkäten via en webbläsare på din dator, läsplatta eller smartphone. Enkäten innehåller flervalsfrågor och instruktioner om hur du besvarar dessa. I ett första steg får du besvara frågor för att säkerställa att du uppfyller urvalskriterierna för studien. Enkäten inkluderar sedan bakgrundsfrågor (exempelvis ålder, kön och utbildningsnivå) och frågor om din astma. Detta innefattar frågor om symtom, astmabehandling, sjukvårdsbesök till följd av astma, inverkan på ditt dagliga liv och arbete, nöjdhet med vården och behandling samt frågor om livskvalitet. Om du vill delta, vänligen besvara frågorna så ärligt du kan. Det är enklast att svara på alla frågor vid ett och samma tillfälle, men det går att pausa enkäten och senare återgå till den. Du kommer få mer detaljerade instruktioner efter att du givit ditt samtycke till att delta. Enkäten tar cirka 30 minuter att besvara. Dina svar är helt anonyma och kommer inte att kunna kopplas till dig som person för att skydda dig och den information du delar med oss i denna studie.

Ersättning

Ingen ersättning kommer att betalas ut för deltagande i webbenkäten.

HUR KOMMER MINA PERSONUPPGIFTER ATT HANTERAS OCH ANVÄNDAS?

a. Vilka uppgifter samlas in?

Om du deltar i enkäten kommer de svar som du lämnar att samlas in och sparas.

b. Vad används mina uppgifter till?

Studiedata samlas in för att öka kunskapen om astma ur ett patientperspektiv. Resultaten kommer att användas för att:

Öka förståelsen för hur det är att leva med astma.

- Skatta sjukdomsbördan av astma i form av sjukvårdskonsumtion, nedsatt arbetsproduktion och livskvalitet.
- Få en uppfattning om hur sjukvård och behandling upplevs fungera ur ett patientperspektiv.
- Publiceras i vetenskapliga tidskrifter eller användas i utbildningssyfte.

Studien genomförs i enlighet med de direktiv och lagar som finns i Sverige och EU.

c. Vem får tillgång till mina uppgifter?

Inga obehöriga kommer att ta del av dina personuppgifter. När du besvarar webbenkäten skapas automatiskt ett deltagarnummer som inte kan identifiera dig som individ. Dina enkätsvar kommer att sparas i en databas som endast undersöknings- och analysföretaget Lysio Research och IHE, men inte AstraZeneca, har tillgång till. Materialet kommer inte gå att koppla till enskilda individer. IHE sparar ned krypterad data på en säkrad server och data bearbetas och analyseras i IHE:s datorer av de IHE-anställda som ska delta i studien. Efter IHE:s kvalitetssäkring så raderar Lysio datan (max 90 dagar efter). Hos IHE lagras data sedan på en säker plats i Sverige och data sparas under en period av fem år. AstraZeneca kommer inte att ha tillgång till data på individnivå.

Resultaten från studien planeras att publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Inga resultat kan spåras tillbaka till dig som individ och du är helt anonym.

d. Hur länge kommer mina kodade data att behållas?

De personuppgifter som samlas in i denna studie kommer att lagras i fem år efter studiens slut, såvida det inte finns något lagkrav på att de ska sparas längre. Efter det kommer dina kodade data att förstöras.

e. Vilka rättigheter har jag enligt GDPR?

Ansvarig för dina personuppgifter är AstraZeneca. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få tillgång till de uppgifter om dig som behandlas i studien och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas och att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Kontakta Frida Hjalte (frida.hjalte@ihe.se) om du vill ha hjälp med detta eller om du har frågor. Du kan också kontakta AstraZenecas dataskyddsombud via privacy@astrazeneca.com eller Global Data Protection Officer, 1 Francis Crick Avenue, Cambridge Biomedical Campus, CB2 0AA, Cambridge, Storbritannien. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in ett klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten (<https://www.imy.se>), som är svensk tillsynsmyndighet.

VEM KAN JAG KONTAKTA FÖR INFORMATION OCH HJÄLP?

Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta Frida Hjalte på Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE): frida.hjalte@ihe.se, 073 096 39 38

Samtycke till att delta i studien

Genom att kryssa i rutan nedan bekräftar du följande:

Jag har läst och förstått informationen om studien och hur mina personuppgifter kommer att samlas in, användas och delas enligt beskrivningen i studieinformationen, och jag samtycker till detta.

Väljer du att kryssa i "Ja" slussas du vidare till MOTIVATE-studien.
Om du väljer att kryssa i "Nej" kommer du inte att delta i studien.

Ja, jag ger mitt informerade samtycke till att delta i MOTIVATE-studien
Nej

SCREENING

Har du astma? Ja
Nej

Har du fått besked av en läkare att du har astma? Ja
Nej

Tar du något läkemedel som behandling för din astma? Ja
Nej

Hur gammal är du?

BAKGRUNDSDATA

Vilket är ditt biologiska kön? Man
Kvinna
Vill inte svara

Vilken är din högsta utbildningsnivå?
Folkskola/grundskola eller motsvarande på Komvux
Gymnasium/realskola eller motsvarande på Komvux
Högskola/universitet
Annat, ange vad:

Annat, ange vad:

I vilken region bor du?

- Region Blekinge
- Region Dalarna
- Region Gotland
- Region Gävleborg
- Region Halland
- Region Jämtland Härjedalen
- Region Jönköpings län
- Region Kalmar län
- Region Kronoberg
- Region Norrbotten
- Region Skåne
- Region Stockholm
- Region Sörmland
- Region Uppsala
- Region Värmland
- Region Västerbotten
- Region Västernorrland
- Region Västmanland
- Region Örebro län
- Region Östergötland
- Västra Götalandsregionen

DIN ASTMA

När (vilket år) fick du din astmadiagnos? Gör en uppskattning om du är osäker.

Valalternativ från år 2025 till 1930 (rullgardinsmeny)

2025	<input type="checkbox"/>
2024	<input type="checkbox"/>
2023	<input type="checkbox"/>
2022	<input type="checkbox"/>
2021	<input type="checkbox"/>
2020	<input type="checkbox"/>
2019	<input type="checkbox"/>
2018	<input type="checkbox"/>
2017	<input type="checkbox"/>
2016	<input type="checkbox"/>
2015	<input type="checkbox"/>
2014	<input type="checkbox"/>
2013	<input type="checkbox"/>
2012	<input type="checkbox"/>
2011	<input type="checkbox"/>
2010	<input type="checkbox"/>
2009	<input type="checkbox"/>
2008	<input type="checkbox"/>
2007	<input type="checkbox"/>
2006	<input type="checkbox"/>
2005	<input type="checkbox"/>
2004	<input type="checkbox"/>
2003	<input type="checkbox"/>
2002	<input type="checkbox"/>
2001	<input type="checkbox"/>
2000	<input type="checkbox"/>
1999	<input type="checkbox"/>
1998	<input type="checkbox"/>
1997	<input type="checkbox"/>
1996	<input type="checkbox"/>
1995	<input type="checkbox"/>
1994	<input type="checkbox"/>
1993	<input type="checkbox"/>
1992	<input type="checkbox"/>
1991	<input type="checkbox"/>
1990	<input type="checkbox"/>
1989	<input type="checkbox"/>

Hur länge hade du astmasymtom innan du fick diagnosen? Gör en uppskattning om du är osäker. Ange i antal år.

Valalternativ från 0 till 99 samt Vet ej (rullgardinsmeny)

0	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMFORMULÄR (RSQ)

Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du haft andnöd, väsande andning, hosta och/eller tryck över bröstet under dagen?

Inte alls

En eller två dagar i veckan

Tre till sex dagar i veckan

En gång om dagen, varje dag

Mer än en gång om dagen, varje dag

Under de senaste 4 veckorna, hur ofta använde du en anfallskuperande inhalator (inhalator för snabb lindring) för att behandla andnöd, väsande andning, hosta och/eller tryck över bröstet?

Inte alls

En eller två dagar i veckan

Tre till sex dagar i veckan

En eller två gånger om dagen, varje dag

Tre eller flera gånger om dagen, varje dag

Under de senaste 4 veckorna, hur begränsade var dina aktiviteter till följd av andnöd, väsande andning, hosta och/eller tryck över bröstet?

Inte alls begränsade

Något begränsade

Måttligt begränsade

Mycket begränsade

Helt begränsade

Under de senaste 4 veckorna, hur ofta vaknade du på natten på grund av andnöd, väsande andning, hosta och/eller tryck över bröstet?

Inte alls

En eller två nätter under de senaste 4 veckorna

En natt i veckan

Två eller tre nätter i veckan

Fyra eller fler nätter i veckan

FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH RISKER I SAMBAND MED ASTMA (AIRQ)

Under de senaste 2 veckorna, har hosta, pipande eller väsande andning, andnöd eller trångghetskänsla i bröstet:

Ja Nej

Besvärat dig på dagen under fler än 4 dagar?

Väckt dig när du sovit mer än en gång?

Begränsat de aktiviteter som du vill göra varje dag?

Gjort att du har behövt använda din luftrörsvidgande behandling via inhalator eller nebulisator varje dag? T.ex. salbutamol (Airomir®, Ventoline®, Buventol®) eller terbutalin (Bricanyl®).

Under de senaste 2 veckorna:

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Har du varit tvungen att begränsa dina sociala aktiviteter (t.ex. hälsa på hos vänner/släktingar eller leka med husdjur/barn) på grund av din astma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har hosta, pipande eller väsende andning, andnöd eller trångghetskänsla i bröstet begränsat din förmåga att motionera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du känt att det har varit svårt att kontrollera din astma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Under de senaste 12 månaderna, har hosta, pipande eller väsende andning, andnöd eller trångghetskänsla i bröstet:

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Gjort att du har behövt ta kortison-tabletter eller kortison-sprutor t.ex. prednisolon eller betametason? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjort att du har fått besöka en akutmottagning eller göra oplanerade besök hos din vårdgivare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjort att du har behövt stanna på sjukhus över natten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SJUKVÅRDSBESÖK

- Har du behövt uppsöka akutmottagning på sjukhus (ej vårdcentral/närakut) till följd av din astma någon gång under de senaste 12 månaderna?
- | | |
|-----|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Ange antalet besök på akutmottagning på sjukhus till följd av din astma (ej vårdcentral/närakut) under de senaste 12 månaderna:

Har du varit inlagd på sjukhus till följd av din astma under de senaste 12 månaderna?

- | | |
|-----|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Ange antalet dagar du varit inlagd på sjukhus till följd av din astma under de senaste 12 månaderna:

AKUTA BESÖK I ÖPPENVÅRDEN

- Har du behövt uppsöka akutmottagning på vårdcentral eller närakutb till följd av din astma någon gång under de senaste 12 månaderna?
- | | |
|-----|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

Ange antal besök på akutmottagning på vårdcentral eller närakut till följd av din astma under de senaste 12 månaderna

PLANERADE BESÖK I ÖPPENVÅRDEN

Har du haft något planerat besök som har genomförts på någon av nedanstående vårdinrättningar till följd av din astma under de senaste 12 månaderna (räkna inte med akuta besök och inläggning på sjukhus som du eventuellt angett i frågorna ovan)?

Vårdcentral

Specialistmottagning (t.ex. lungmottagning eller allergimottagning)

Nej

Annan, ange vilken

Annan, ange vilken

Har du besökt någon av nedanstående vårdpersonal på vårdcentralen till följd av din astma?

Ditt svar måste vara mellan 0 och 365.

Läkare (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Sjuksköterska (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Dietist (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Fysioterapeut (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Arbeterapeut (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Kurator (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Psykolog (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Annan vårdpersonal (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)

Vilken annan vårdpersonal har du besökt de senaste 12 månaderna till följd av din astma?

Har du besökt någon av nedanstående vårdpersonal på specialistmottagning till följd av din astma?

Ditt svar måste vara mellan 0 och 365.

Läkare (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Sjuksköterska (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Dietist (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Fysioterapeut (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Arbetsterapeut (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Kurator (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Psykolog (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Annan vårdpersonal (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>

Vilken annan vårdpersonal har du besökt de senaste 12 månaderna till följd av din astma?

Har du besökt någon av nedanstående vårdpersonal på till följd av din astma?

Ditt svar måste vara mellan 0 och 365.

Läkare (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Sjuksköterska (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Dietist (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Fysioterapeut (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Arbetsterapeut (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Kurator (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Psykolog (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>
Annan vårdpersonal (Ange antal besök de senaste 12 månaderna)	<input type="text"/>

Vilken annan vårdpersonal har du besökt de senaste 12 månaderna till följd av din astma?

Har du genomfört en spirometri (lungfunktionsundersökning) under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej, men tidigare
- Nej, aldrig
- Vet ej

När gjorde du senaste spirometri?

- 1-2 år sedan
- 3 år sedan
- 4 år sedan
- 5 år sedan eller mer

Har du gjort en lungröntgen kopplat till din astma de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej, men tidigare
- Nej, aldrig
- Vet ej

Vilken typ av lungröntgen gjorde du?

- Vanlig röntgen (Genomförs oftast stående med patienten placerad framför en röntgenapparat)
- Skikröntgen/Datortomografi (DT/CT) (Genomförs liggande på ett bord och patienten åker genom en tunnel)
- Vet ej

MEDICINSK BEHANDLING

Tar du några mediciner för din astma?

- Ja
- Nej

INHALATIONSBEHANDLING

Vilka mediciner använder du för din astma, antingen som regelbunden underhållsbehandling (medicin som du tar dagligen för att behandla och förebygga astmasymptom) eller som vid behovsmedicinering (medicin som du tar för att lindra symptom (t.ex. andfåddhet, väsande andning, hosta, pip eller tryck över bröstet) eller inför utlösande faktor (t.ex. ansträngning)? Klicka på de mediciner som du har använt under de senaste 12 månaderna.

OBS! Om du använder läkemedel via nebulisator (t.ex. Pari Boy), vänligen fyll i det under "Annat inhalationsläkemedel"

Salbutamol (Airomir, Airsalb, Buventol, Ventilastin, Ventoline)

- | | |
|--|--------------------------|
| Terbutalin (Bricanyl) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol och budesonid (Bufomix, Symbicort, DuoResp) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol och beklometason (Innovair) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol och flutikason (Flutiform) | <input type="checkbox"/> |
| Beklometason (AreoBec, Beclomet) | <input type="checkbox"/> |
| Budesonid (Giona, Pulmicort, Novopulmon) | <input type="checkbox"/> |
| Flutikason (Flutide) | <input type="checkbox"/> |
| Mometason (Asmanex) | <input type="checkbox"/> |
| Ciklesonid (Alvesco) | <input type="checkbox"/> |
| Salmeterol och flutikason (Seretide, AirFluSal, Relanio, Salmex, Salmeterol/Fluticasone, Salfumix) | <input type="checkbox"/> |
| Vilanterol och flutikasonfuroat (Relvar) | <input type="checkbox"/> |
| Indakaterol och mometason (Actectura) | <input type="checkbox"/> |
| Vilanterol, umeklidinium och flutikason (Trelegy) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol, glycopyrronium och beklometason (Trimbow) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol, glykopyrronium, budesonid (Trixeo) | <input type="checkbox"/> |
| Indakaterol, glukopyrronium, mometason (Enerzair) | <input type="checkbox"/> |
| Ipratropium (Atrovent, Ipravent, Ipraxa) | <input type="checkbox"/> |
| Tiotropium (Braltus, Spiriva, Tiogiva) | <input type="checkbox"/> |
| Aklidium (Brektaris, Eklira) | <input type="checkbox"/> |
| Glykopyrronium (Seebri) | <input type="checkbox"/> |
| Umeklidium (Incruse) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol (Formatris, Oxis) | <input type="checkbox"/> |
| Indakaterol (Onbrez) | <input type="checkbox"/> |
| Olodaterol (Striverdi) | <input type="checkbox"/> |
| Vilanterol och umeklidinium (Anoro) | <input type="checkbox"/> |
| Indakaterol och glykopyrronium (Ultibro) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol och aklidium (Duaklir) | <input type="checkbox"/> |
| Olodaterol och tiotropium (Spiolto) | <input type="checkbox"/> |
| Formoterol och glykopyrronium (Bevespi) | <input type="checkbox"/> |
| Salbutamol och ipratropium (Combivent, Ipratropium/Salbutamol, Salipra) | <input type="checkbox"/> |
| Annat inhalationsläkemedel (t.ex. via nebulisator/Pari Boy) | <input type="checkbox"/> |

Ange vilket annat inhalationsläkemedel du använder för din astma

Ange vilken styrka av Formoterol och budesonid (Bufomix, Symbicort, DuoResp) du senast har använt:

- 80 mikrogram/4.5 mikrogram
- 160 mikrogram/4.5 mikrogram
- 320 mikrogram/9 mikrogram

Ange vilken styrka av Formoterol och beklometason (Innovair) du senast har använt:

- 100 mikrogram/6 mikrogram
- 200 mikrogram/6 mikrogram

Ange vilken styrka av Formoterol och flutikason (Flutiform) du senast har använt:

- 50 mikrogram/5 mikrogram
- 125 mikrogram/5 mikrogram
- 250 mikrogram/10 mikrogram

Ange vilken styrka av Beklometason (AreoBec, Beclomet) du senast har använt:

- 50 mikrogram
- 100 mikrogram
- 200 mikrogram

Ange vilken styrka av Budesonid (Giona, Pulmicort, Novopulmon) du senast har använt:

- 100 mikrogram
- 200 mikrogram
- 400 mikrogram

Ange vilken styrka av Flutikason (Flutide) du senast har använt:

- 50 mikrogram
- 125 mikrogram (evohaler)
- 50 mikrogram (diskus)
- 100 mikrogram
- 250 mikrogram

Ange vilken styrka av Mometason (Asmanex) du senast har använt:

- 200 mikrogram
- 400 mikrogram

Ange vilken styrka av Ciklesonid (Alvesco) du senast har använt:

- 80 mikrogram
- 160 mikrogram

Ange vilken styrka av Salmeterol och flutikason (Seretide, AirFluSal, Relanio, Salmex, Salmeterol/Fluticasone, Salfumix) du senast har använt:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 50 mikrogram/25 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 100 mikrogram/50 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 125 mikrogram/5 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 250 mikrogram/25 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 500 mikrogram/50 mikrogram | <input type="checkbox"/> |

Ange vilken styrka av Vilanterol och flutikasonfuroat (Relvar) du senast har använt:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 92 mikrogram/22 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 184 mikrogram/22 mikrogram | <input type="checkbox"/> |

Ange vilken styrka av Indakaterol och mometason (Actectura) du senast har använt:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 125 mikrogram/127.5 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 125 mikrogram/62.5 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 125 mikrogram/260 mikrogram | <input type="checkbox"/> |

Ange vilken styrka av Formoterol, glycopyrronium och beklometason (Trimbow) du senast har använt:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 87 mikrogram/5 mikrogram/9 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 88 mikrogram/5 mikrogram/9 mikrogram | <input type="checkbox"/> |
| 172 mikrogram/5 mikrogram/9 mikrogram | <input type="checkbox"/> |

**Hur många dagar har du tagit läkemedlet den senaste månaden?
(Ange 0-31 dagar)**

Formoterol och budesonid (Bufomix, Symbicort, DuoResp)	<input type="text"/>
Formoterol och beklometason (Innovair)	<input type="text"/>
Formoterol och flutikason (Flutiform)	<input type="text"/>
Beklometason (AreoBec, Beclomet)	<input type="text"/>
Budesonid (Giona, Pulmicort, Novopulmon)	<input type="text"/>
Flutikason (Flutide)	<input type="text"/>
Mometason (Asmanex)	<input type="text"/>
Ciklesonid (Alvesco)	<input type="text"/>
Salmeterol och flutikason (Seretide, AirFluSal, Relanio, Salmex, Salmeterol/Fluticasone, Salfumix)	<input type="text"/>
Vilanterol och flutikasonfuroat (Relvar)	<input type="text"/>
Indakaterol och mometason (Actectura)	<input type="text"/>
Vilanterol, umeklidinium och flutikason (Trelegy)	<input type="text"/>
Formoterol, glycopyrronium och beklometason (Trimbow)	<input type="text"/>
Formoterol, glykopyrronium, budesonid (Trixeo)	<input type="text"/>
Indakaterol, glukopyrronium, mometason (Enerzair)	<input type="text"/>

Under de dagar du tagit Formoterol och budesonid (Bufomix, Symbicort, DuoResp), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

1 inhalation/dag	<input type="checkbox"/>
2 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
3 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
4 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
5 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
6 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
7 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
8 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>
Fler än 8 inhalationer/dag	<input type="checkbox"/>

Under de dagar du tagit Formoterol och beklometason (Innovair), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Formoterol och flutikason (Flutiform), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Beklometason (AreoBec, Beclomet), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

**Under de dagar du tagit Budesonid (Giona, Pulmicort, Novopulmon),
hur många inhalationer har du i snitt tagit?**

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

**Under de dagar du tagit Flutikason (Flutide), hur många inhalationer
har du i snitt tagit?**

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

**Under de dagar du tagit Mometason (Asmanex), hur många
inhalationer har du i snitt tagit?**

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Ciklesonid (Alvesco), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Salmeterol och flutikason (Seretide, AirFluSal, Relanio, Salmex, Salmeterol/Fluticasone, Salfumix), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Vilanterol och flutikasonfuroat (Relvar), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Indakaterol och mometason (Actectura), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Vilanterol, umeklidinium och flutikason (Trelegy), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Formoterol, glycopyrronium och beklometason (Trimbow), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Formoterol, glykopyrtronium, budesonid (Trixeo), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Under de dagar du tagit Indakaterol, glukopyrtronium, mometason (Enerzair), hur många inhalationer har du i snitt tagit?

- 1 inhalation/dag
- 2 inhalationer/dag
- 3 inhalationer/dag
- 4 inhalationer/dag
- 5 inhalationer/dag
- 6 inhalationer/dag
- 7 inhalationer/dag
- 8 inhalationer/dag
- Fler än 8 inhalationer/dag

Uppskatta hur många förpackningar (antal inhalatorer/sprayer) du har använt under de senaste 12 månaderna? Om du har ett läkemedel som kommer i 3-pack, räkna det som tre stycken.

Salbutamol (Airomir, Airsalb, Buventol, Ventilastin, Ventoline)	<input type="text"/>
Terbutalin (Bricanyl)	<input type="text"/>
Formoterol och budesonid (Bufomix, Symbicort, DuoResp)	<input type="text"/>
Formoterol och beklometason (Innovair)	<input type="text"/>
Formoterol och flutikason (Flutiform)	<input type="text"/>
Beklometason (AreoBec, Beclomet)	<input type="text"/>
Budesonid (Giona, Pulmicort, Novopulmon)	<input type="text"/>
Flutikason (Flutide)	<input type="text"/>
Mometason (Asmanex)	<input type="text"/>
Ciklesonid (Alvesco)	<input type="text"/>
Salmeterol och flutikason (Seretide, AirFluSal, Relanio, Salmex, Salmeterol/Fluticasone, Salfumix)	<input type="text"/>
Vilanterol och flutikasonfuroat (Relvar)	<input type="text"/>
Indakaterol och mometason (Actectura)	<input type="text"/>
Vilanterol, umeklidinium och flutikason (Trelegy)	<input type="text"/>
Formoterol, glycopyrronium och beklometason (Trimbow)	<input type="text"/>
Formoterol, glycopyrronium, budesonid (Trixeo)	<input type="text"/>
Indakaterol, glukopyrronium, mometason (Enerzair)	<input type="text"/>
Ipratropium (Atrovent, Ipravent, Ipraxa)	<input type="text"/>
Tiotropium (Braltus, Spiriva, Tiogiva)	<input type="text"/>
Aklidium (Brektaris, Eklira)	<input type="text"/>
Glykopyrronium (Seebri)	<input type="text"/>
Umeklidium (Incruse)	<input type="text"/>
Formoterol (Formtris, Oxis)	<input type="text"/>
Indakaterol (Onbrez)	<input type="text"/>
Olodaterol (Striverdi)	<input type="text"/>

TABLETTBEHANDLING

Använder du någon av följande mediciner för din astma?

- Montelukast (t.ex. Singulair)
- Azitromycin (t.ex. Amzolynic)
- Inget av ovanstående

Hur ofta har du tagit läkemedlet den senaste månaden?

- Montelukast (t.ex. Singulair)
- Azitromycin (t.ex. Amzolynic)

Ange antal månader du använt respektive läkemedel under de senaste 12 månaderna

- Montelukast (t.ex. Singulair)
- Azitromycin (t.ex. Amzolynic)

Använder du kortisonpiller för din astma t.ex betametason (Betapred) eller prednisolon?

- Ja
- Nej

Hur ofta använder du kortisonpiller för din astma?

- Dagligen
- Vid försämringsperioder

Hur många försämringsperioder har du haft senaste 12 månaderna?

BIOLOGISK BEHANDLING

Använder du någon av följande mediciner för din astma?

- Omalizumab (Xolair)
- Reslizumab (CINQAERO)
- Mepolizumab (Nucala)
- Benralizumab (Fasenra)
- Dupilumab (Dupixent)
- Tezepelumab (Tezspire)
- Inget av ovanstående

Ange antal injektioner för respektive styrka du tar av Omalizumab (Xolair) för din astma

75 mg – antal injektioner per månad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
150 mg – antal injektioner per månad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
300 mg – antal injektioner per månad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ange antal månader du använt Omalizumab (Xolair) under de senaste 12 månaderna

Ange antal månader du använt Reslizumab (CINQAERO) under de senaste 12 månaderna

Ange antal månader du använt Mepolizumab (Nucala) under de senaste 12 månaderna

Ange antal månader du använt Benralizumab (Fasenra) under de senaste 12 månaderna

Ange antal månader du använt Dupilumab (Dupixent) under de senaste 12 månaderna

Ange antal månader du använt Tezepelumab (Tezspire) under de senaste 12 månaderna

Använder du Airsonett (temperaturreglerat laminärt luftflöde) för din astma?

Ja
Nej

Ange antal månader du använt Airsonett under de senaste 12 månaderna

DIN MEDICINSKA BEHANDLING

Har din medicinska behandling ändrats av läkare eller sjuksköterska under de senaste 12 månaderna?

Ja, 1 gång
Ja, 2 gånger
Ja, 3 gånger
Ja, 4 eller fler gånger
Nej, men tidigare
Nej, aldrig

NÖJDHET MED VÅRD/BEHANDLING

Hur nöjd är du med vårdpersonalens kunskap om astma i primärvården?
Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd

1 - Inte alls nöjd 2 3 4 5 - Mycket nöjd

Hur nöjd är du i allmänhet med den medicinska behandlingen av din astma?

Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd

1 - Inte alls nöjd 2 3 4 5 - Mycket nöjd

.....

Hur nöjd är du med läkarens bemötande i omhändertagandet av din astma?

Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd

1 - Inte alls nöjd 2 3 4 5 - Mycket nöjd Jag har inte träffat en läkare

.....

Hur nöjd är du med sjuksköterskans bemötande i omhändertagandet av din astma?

Skatta din nöjdhet från 1=Inte alls nöjd till 5=Mycket nöjd

1 - Inte alls nöjd 2 3 4 5 - Mycket nöjd Jag har inte träffat en sjuksköterska

.....

Är du nöjd med den information läkare och sjuksköterskor har gett dig om dina astmamediciner? Kryssa för *ett* alternativ.

- Ja, jag förstår allt som jag behöver veta
- Ja, jag förstår vad som har sagts till mig, men skulle vilja veta mer
- Nej, jag tycker att det känns lite rörigt när det gäller mina mediciner
- Nej, jag tycker att det känns mycket rörigt när det gäller mina mediciner
- Vet ej/föredrar att inte svara

BEHANDLING AV DIN ASTMA

Har vårdpersonalen någon gång gett dig utbildning/instruktioner om sin astma, avseende (flera svar är möjliga):

- Ja, jag har fått information om hantering av min inhalator (t ex laddning av dosen, förvaring, rengöring osv)
- Ja, jag har fått information om inhalering (dvs inhalationstekniken)
- Ja, jag har fått information om inverkan av rökning
- Ja, jag har fått information om undvikande av ämnen/omgivningar som triggar min astma
- Ja, jag har fått information om råd för fysisk träning
- Ja, jag har fått information om råd om ändring av astmabehandling vid luftvägsinfektioner
- Ja, jag har fått information om inverkan av stress i livet
- Ja, jag har fått information om inverkan av övervikt
- Inget av ovanstående

Hur ofta tar du din astmamedicin så som du har blivit instruerad av en läkare eller sjuksköterska?

Aldrig 1
Sällan 2
Ibland 3
Ofta 4
Alltid 5
Jag har inte fått någon instruktion i hur ofta jag ska ta min astmamedicin
Vet ej/föredrar att inte svara

.....

Vilka är skälen till att du inte alltid tar din medicin enligt instruktion?

Flera svar möjliga.

- Jag glömmmer bort att ta den.
- Jag har glömt bort att ta med den ibland när behov uppstår utanför hemmet.
- Jag tycker inte att den hjälper.
- Jag är orolig för biverkningar.
- Det är svårt att använda inhalatorn.
- Jag vet inte hur ofta jag ska ta mina astmamediciner.
- Jag vill undvika mediciner med kortison i.
- Jag känner inte att jag behöver den.
- Jag har inte råd med min medicin.
- Jag känner mig inte motiverad till att ta den.
- Jag tycker att det är jobbigt att ta medicinen inför andra personer.
- Vet ej/föredrar att inte svara.
- Annat, ange vad:

Annat, ange vad:

Har du upplevt något av följande kopplat till behandlingen av din astma?

Flera svar möjliga.

- Jag har svårt att få tid hos läkare på vårdcentral.
- Jag har svårt att få tid hos en astmasjuksköterska.
- Jag har svårt att få tid hos läkare på lungmottagning/allergimottagning.
- Jag har svårt att avgöra när jag borde kontakta vården på grund av min astma.
- Jag blir inte kallad av vården för min astma.
- Jag upplever att jag inte får stöd från vården.
- Inget av ovan alternativ.
- Vet ej/föredrar att inte svara.

Finns det faktorer som påverkar din astma negativt?

Flera svar möjliga.

- Ja, jag är exponerad för allergener (t.ex. pollen, pälsdjur).
- Ja, jag är utsatt för luftföroreningar.
- Ja, jag är känslig för starka dofter.
- Ja, väderomslag (kallt/varmt/fuktigt/torr t väder).
- Ja, jag röker.
- Ja, jag utsätts ofta för passiv rökning.
- Ja, jag är överviktig.
- Ja, luftvägsinfektioner.
- Ja, fysisk ansträngning.
- Ja, menstruation/hormonbehandling/p-piller.
- Ja, stress.
- Ja, andra läkemedel.
- Nej, jag tror inte att några faktorer i min omgivning påverkar.
- Vet ej/föredrar att inte svara.
- Ja, annat. Ange vad:

Ja, annat. Ange vad:

SAMSJUKLIGHET

- Har du några andra sjukdomar eller besvär?**
- Ja
- Nej

Vilka andra sjukdomar eller besvär har du?

Flera svar möjliga.

- KOL
- Kronisk rinnsnuva eller nästäppa (utan näspolyper)
- Sensorisk hyperreaktivitet (doftkänslighet)
- Hjärtsjukdom
- Bronkiektasier (förstorade luftrör)
- Annan lungsjukdom, t.ex. sarkoidos, eosinofil granulomatos med polyangit (EGPA)
- Näspolyper
- Sömnapné
- Halsbränna/sura uppstötningar
- Kronisk smärta

Övervikt (BMI 25-29,9 kg/m²)

Obesitas/fetma (BMI över eller lika med 30 kg/m²)

Benskörhet

Annat, ange vad:

Annat, ange vad:

Upplever du att din astma förvärrar dina andra sjukdomstillstånd?

Ja, alltid

Ja, ibland

Nej

DIN ARBETSSITUATION DE SENASTE 12 MÅNADERNA

Är du anställd/egenföretagare?

Ja

Nej

Arbetar du heltid?

Ja

Nej

Ange % som du arbetar:

Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

Studerande

Pensionär

Sjuk- eller aktivitetsersättning

Arbetssökande

Annat

Är du/har du varit sjukskrivna till följd av din astma under de senaste 12 månaderna?

Ja, sjukpenning från Försäkringskassan (tillfällig sjukskrivning)

Ja, sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan (stadigvarande sjukskrivning)

Ja, anmänt sjukfrånvaro på grund av astma till min arbetsgivare

Nej

Ange i vilken utsträckning du erhållit sjukpenning från Försäkringskassan

Ange nuvarande procent (%)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ange antal månader under de senaste 12 månaderna

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ange i vilken utsträckning du erhållit sjuk- eller aktivitetsersättning från Försäkringskassan

Ange nuvarande procent (%)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ange antal månader under de senaste 12 månaderna

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ange antal dagar under de senaste 12 månaderna du har anmält sjukfrånvaro på grund av astma

--

När påbörjades din sjukskrivningsperiod för sjuk- och aktivitetsersättning?

Valalternativ från år Före 1995 till 2025 samt Vet ej (rullgardinsmeny)

- Före 1995
- 1995
- 1996
- 1997
- 1998
- 1999
- 2000
- 2001
- 2002
- 2003
- 2004
- 2005
- 2006
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- 2022
- 2023
- 2024
- 2025
- Vet ej

Har du arbetat medan du haft besvär av astma under de senaste 12 månaderna?

- Ja
- Nej

Hur många dagar uppskattar du att du har arbetat medan du hade besvär av astma under de senaste 12 månaderna?

Valalternativ från 1 till 252 samt Vet ej
(rullgardinsmeny)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37

I ungefär vilken utsträckning påverkade astma din produktivitet under den tid du arbetade och hade besvär av astma?

Astma hade ingen påverkan på mitt arbete 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Astma hade ett mycket starkt påverkan på mitt arbete 10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har din astma påverkat ditt val av arbete eller utbildning?

Ja

Nej

Vet ej/föredrar att inte svara

FÖRMÅGA ATT ARBETA OCH UTFÖRA VARDAGLIGA AKTIVITETER DE SENASTE 7 DAGARNA

**Under de senaste sju dagarna, hur många timmar var du borta från arbetet på grund av problem som hör samman med astma?
Räkna med timmar vid sjukdagar, de gånger du kom sent till arbetet, gick hem tidigare, etc., till följd av astma.**

--	--	--	--

Under de senaste sju dagarna, hur många timmar var du borta från arbetet på grund av någon annan orsak, t.ex. semester, helgdagar?

--	--	--	--

Under de senaste sju dagarna, hur många timmar arbetade du?

--	--	--	--

Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade astmadin produktivitet medan du arbetade?

Tänk på de dagar då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av arbete du kunde utföra, dagar då du utträttade mindre än du önskade eller dagar då du inte kunde göra ditt arbete så noggrant som vanligt. Om astma påverkade ditt arbete endast i mindre grad väljer du en låg siffra. Välj en hög siffra om astma påverkade ditt arbete avsevärt.

Tag bara med i beräkningen hur mycket astma påverkade din produktivitet medan du arbetade.

Astma hade ingen påverkan på mitt arbete											Astma hindrade mig fullständig från att arbeta
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade astma din förmåga att utföra dina dagliga aktiviteter förutom arbetet?

Med dagliga aktiviteter avses sådant som du brukar göra, t.ex. hushållsarbete, åka och handla, barnpassning, motionera, studera, etc. Tänk på de gånger då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av aktiviteter du kunde utföra och de gånger då du utträttade mindre än du önskade. Om astma påverkade dina aktiviteter endast i mindre grad väljer du en låg siffra. Välj en hög siffra om astma påverkade dina aktiviteter avsevärt.

Tag bara med i beräkningen hur mycket astma påverkade din förmåga att utföra dina dagliga aktiviteter utöver arbete.

Astma hade ingen påverkan på mina aktiviteter											Astma hindrade mig fullständig från att utföra mina aktiviteter
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NUVARANDE HÄLSOTILLSTÅND

EQ-5D-5L 1

RÖRLIGHET

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

EQ-5D-5L 2

PERSONLIG VÅRD

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

EQ-5D-5L 3

VANLIGA AKTIVITETER (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter*)

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

EQ-5D-5L 4

SMÄRTOR/ BESVÄR

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har lätta smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag har extrema smärtor eller besvär

EQ-5D-5L 5

ORO / NEDSTÄMDHET

- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

EQ-5D-5L SKALA

Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG. Du kommer att se en skala som är numrerad från 0 till 100. 100 är den bästa hälsa du kan tänka dig. 0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig. Ange på skalan hur din hälsa är IDAG.

DIN HÄLSA IDAG =

0 _____ 100

CAAT

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Skatta från 0 till 5

0 Jag hostar aldrig 5 Jag hostar ständigt

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Skatta från 0 till 5

0 Jag har inte något slem i bröstet alls 5 Mitt bröst är helfyllt med slem

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Skatta från 0 till 5

0 Jag känner inte alls något tryck över bröstet 5 Jag känner mycket tryck över bröstet

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Skatta från 0 till 5

0 När jag går uppför en backe eller en trappa blir jag inte andfådd 5 När jag går uppför en backe eller en trappa blir jag mycket andfådd

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Skatta från 0 till 5

0 Jag är inte begränsad när det gäller att utföra några aktiviteter i hemmet 5 Jag är mycket begränsad när det gäller att utföra aktiviteter i hemmet

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Skatta från 0 till 5

0 Jag känner mig trygg att lämna mitt hem trots mitt lungtillstånd 5 Jag känner mig inte alls trygg att lämna mitt hem på grund av mitt lungtillstånd

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.b

Skatta från 0 till 5

0 Jag sover bra 5 Jag sover inte bra på grund av mitt lungtillstånd

0 1 2 3 4 5

.....

Välj den ruta för varje fråga som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.b

Skatta från 0 till 5

0 Jag har massor av energi 5 Jag har inte någon energi alls

0 1 2 3 4 5

.....

Har du varit med i en klinisk studie för astma under de senaste 12 månaderna?

Ja

Nej

Vet ej/föredrar att inte svara

Är du medlem i Astma- och Allergiförbundet?

Ja

Nej

Vet ej/föredrar att inte svara

Nu har du svarat på alla frågorna. Skicka in dina svar genom att klicka på "skicka".

"Nu är dina svar inskickade. Stort tack för ditt värdefulla bidrag till studien!",

Är du intresserad av att bli medlem i Astma- och Allergiförbundet, KLICKA HÄR
(<https://astmaoallergiforbundet.se/stod-oss/bli-medlem/>)

Som medlem bidrar du till vårt arbete med att påverka politiker till viktiga lagändringar och beslut som gör livet bättre för allergiker och astmatiker. Vi har redan drivit igenom rökfria restauranger och nationella pollenprognoser. Dessutom får du ta del av våra förmåner:

- 5 nummer per år av vår populära medlemstidning Allergia.
- Fri tillgång till vår digitala tjänst Matallergikortet – översätt dina allergier till flera språk.
- Medlemsrabatt på vårt allergianpassade vandrarhem Södergården Åre.
- Medlemsrabatt på hälsoanläggningen Valle Marina på Gran Canaria.
- Medlemsrabatt på utvalda rekommenderade produkter.
- Möjlighet att söka bidrag från Barnfonden Svalan – låt ett barns dröm gå i uppfyllelse.

Appendix 2: Enhetskostnader

Tabell A1. Enhetspriser och andra ingångsvärden

Kostnadstyp	Antaganden	Pris (kr)	Referens
Vårdbesök			
Besök akutmottagning sjukhus	Läkarbesök akutmottagning (BLÄK 10)	6 557	(20)
Vård dygn slutenvård	Omvårdnadsdag (VARDDAG)	9 271	"-"
Intagning, vårdavdelning ⁴	Läggs till för sjukvårdsanläggningarna (VARDSTART)	549	"-"
Läkare, den specialiserade vården	Läkarbesök, lungmedicin	2 111	"-"
Läkare, vårdcentral	Läkarbesök, primärvård	1 957	"-"
Läkare, vårdcentral	Läkarbesök digitalt, primärvård	500	"-"
Psykolog, den specialiserade vården	Läkarbesök, lungmedicin	2 111	"-"
Psykolog, vårdcentral	Läkarbesök, primärvård	1 957	"-"
Psykolog eller kurator	Psykolog eller kurator digitalt, primärvård	425	"-"
Sjuksköterska, Dietist, Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Kurator, Annan, <i>den specialiserade vården</i>	Besök annan HS-personal, lungmedicin (BSVB01)	1 377	"-"
Sjuksköterska, Dietist, Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Kurator, Annan, <i>vårdcentral</i>	Sjukvårdande behandling på vårdcentral	798	"-"
Övriga	Sjukvårdande behandling på vårdcentral digitalt	275	"-"
Undersökningar			
Lungröntgen, vanlig	Röntgen lungor (RTG32000)	787	(21)
Skiktröntgen/Datortomografi	DT torax högupplösande HRCT (DT83076)	1 583	(21)
Produktionsbortfall			
		Per dag	
Män, 18-24 år	Bruttolön + sociala avgifter (42%)	2 137	(22, 23)
Män, 25-34		2 670	
Män, 35-44		3 086	
Män, 45-54		3 420	
Män, 55-64		3 303	
Män, 65-68		3 061	
Kvinnor, 18-24 år	Bruttolön + sociala avgifter (42%)	2 005	(22, 23)
Kvinnor, 25-34		2 477	
Kvinnor, 35-44		2 786	
Kvinnor, 45-54		2 959	
Kvinnor, 55-64		2 881	
Kvinnor, 65-68		2 784	

⁴ Information om antal separata inläggningstillfällen saknades varför endast en inläggningsavgift applicerades per individ, utöver kostnad per vård dygn.

Tabell A2. Priser för inhalationsläkemedel

Läkemedelssubstans	Styrka i mikrogram (µg)	Budesonidekvivalens	Läkemedelspris per förpackning (i kronor) (24)
Läkemedelsklass			
SABA			
Salbutamol	100 µg	-	117 kr
	200 µg	-	71 kr
Terbutalin	0,25 µg	-	106 kr
	0,5 µg	-	111 kr
ICS			
Beklometason	50 µg	80	208 kr
	100 µg	160	256 kr
	200 µg	320	456 kr
Budesonid	100 µg	100	237 kr
	200 µg	200	373 kr
	400 µg	400	261 kr
Ciklesonid	80 µg	200	254 kr
	160 µg	400	412 kr
Flutikason	evohaler:		
	50 µg	80	119 kr
	125 µg	200	182 kr
	diskus:		
	50 µg	80	82 kr
	100 µg	130	107 kr
250 µg	400	179 kr	
Mometason	200 µg	200	167 kr
	400 µg	400	292 kr
ICS+LABA			
Formoterol, beklometason	100 µg/6 µg	160	440 kr
	200 µg/6 µg	320	440 kr
Formoterol, budesonid	80 µg/4,5 µg	100	380 kr
	160 µg/4,5 µg	200	458 kr
	320 µg/9 µg	400	331 kr
Formoterol, flutikason	50 µg/5 µg	100	333 kr
	125 µg/5 µg	200	457 kr
	250 µg/10 µg	400	597 kr
Indakaterol, mometason	125 µg/127,5 µg	480	280 kr
	125 µg/62,5 µg	240	183 kr
	125 µg/260 µg	960	318 kr
Salmeterol, flutikason	25 µg/50 µg	80	333 kr
	25 µg/250 µg	160	236 kr
	50 µg/100 µg	200	140 kr
	50 µg/250 µg	400	236 kr
	50 µg/500 µg	800	114 kr
Vilanterol, flutikasonfuroat	92 µg/22 µg	400	342 kr
	184 µg/22 µg	800	435 kr
ICS+LABA+LAMA			
Formoterol, glykopyrronium, beklometason	87 µg/5 µg/9 µg	160	607 kr
	88 µg/5 µg/9 µg	160	607 kr
	172 µg/5 µg/9 µg	315	607 kr
Formoterol, glykopyrronium, budesonid	5 µg/7,2 µg/160 µg	200	607 kr
Indakaterol, glykopyrronium, mometason	114 µg/46 µg/136 µg	480	619 kr
Vilanterol, umeklidinium, flutikason	92 µg/55 µg/22 µg	400	636 kr
LAMA			
Aklidium	322 µg	-	348 kr

Glykopyrronium	44 µg	-	349 kr
Ipratropium	20 µg	-	187 kr
Tiotropium	10 µg 18 µg	-	285 kr 356 kr
Umeklidium	55 µg	-	349 kr
LABA			
Formoterol	4,5 µg		578 kr
	6 µg	-	236 kr
	9 µg		666 kr
	12 µg		282 kr
Indakaterol	150 µg	-	306 kr
	300 µg		923 kr
Olodaterol	2,5 µg	-	296 kr
LABA+LAMA			
Formoterol, aklidinium	340 µg/12 µg	-	456 kr
Formoterol, glykopyrronium	7,2 µg/5 µg	-	453 kr
Indakaterol, glykopyrronium	85 µg/43 µg	-	456 kr
Olodaterol, tiotropium	2,5 µg/2,5 µg	-	453 kr
Vilanterol, umeklidinium	85 µg/43 µg	-	456 kr
Läkemedelssubstans	Styrka i mikrogram (µg)	Budesonidekvivalens	Läkemedelspris per förpackning (i kronor) (24)
Läkemedelsklass			
SABA			
Salbutamol	100 µg	-	117 kr
	200 µg		71 kr
Terbutalin	0,25 µg	-	106 kr
	0,5 µg		111 kr
ICS			
Beklometason	50 µg	80	208 kr
	100 µg	160	256 kr
	200 µg	320	456 kr
Budesonid	100 µg	100	237 kr
	200 µg	200	373 kr
	400 µg	400	261 kr
Ciklesonid	80 µg	200	254 kr
	160 µg	400	412 kr
Flutikason	evohaler: 50 µg	80	119 kr
	125 µg	200	182 kr
	diskus: 50 µg	80	82 kr
	100 µg	130	107 kr
	250 µg	400	179 kr
Mometason	200 µg	200	167 kr
	400 µg	400	292 kr
ICS+LABA			
Formoterol, beklometason	100 µg/6 µg	160	440 kr
	200 µg/6 µg	320	440 kr
Formoterol, budesonid	80 µg/4,5 µg	100	380 kr
	160 µg/4,5 µg	200	458 kr
	320 µg/9 µg	400	331 kr
Formoterol, flutikason	50 µg/5 µg	100	333 kr
	125 µg/5 µg	200	457 kr
	250 µg/10 µg	400	597 kr
Indakaterol, mometason	125 µg/127,5 µg	480	280 kr
	125 µg/62,5 µg	240	183 kr

	125 µg/260 µg	960	318 kr
Salmeterol, flutikason	25 µg/50 µg	80	333 kr
	25 µg/250 µg	160	236 kr
	50 µg/100 µg	200	140 kr
	50 µg/250 µg	400	236 kr
	50 µg/500 µg	800	114 kr
Vilanterol, flutikasonfuroat	92 µg/22 µg	400	342 kr
	184 µg/22 µg	800	435 kr
ICS+LABA+LAMA			
Formoterol, glykopyrrolonium, beklometason	87 µg/5 µg/9 µg	160	607 kr
	88 µg/5 µg/9 µg	160	607 kr
	172 µg/5 µg/9 µg	315	607 kr
Formoterol, glykopyrrolonium, budesonid	5 µg/7,2 µg/160 µg	200	607 kr
Indakaterol, glykopyrrolonium, mometason	114 µg/46 µg/136 µg	480	619 kr
Vilanterol, umeklidinium, flutikason	92 µg/55 µg/22 µg	400	636 kr
LAMA			
Aklidinium	322 µg	-	348 kr
Glykopyrrolonium	44 µg	-	349 kr
Ipratropium	20 µg	-	187 kr
Tiotropium	10 µg	-	285 kr
	18 µg	-	356 kr
Umeklidinium	55 µg	-	349 kr
LABA			
Formoterol	4,5 µg	-	578 kr
	6 µg	-	236 kr
	9 µg	-	666 kr
	12 µg	-	282 kr
Indakaterol	150 µg	-	306 kr
	300 µg	-	923 kr
Olodaterol	2,5 µg	-	296 kr
LABA+LAMA			
Formoterol, aklidinium	340 µg/12 µg	-	456 kr
Formoterol, glykopyrrolonium	7,2 µg/5 µg	-	453 kr
Indakaterol, glykopyrrolonium	85 µg/43 µg	-	456 kr
Olodaterol, tiotropium	2,5 µg/2,5 µg	-	453 kr
Vilanterol, umeklidinium	85 µg/43 µg	-	456 kr

Not: För läkemedel där information om styrka inte efterfrågades i enkäten användes en genomsnittlig dosering baserad på gällande behandlingspraxis.

Tabell A3. Priser och behandlingsintervall för biologiska läkemedel

Läkemedelssubstans	Styrka	Behandlingsintervall	Läkemedelspris/injektion
Benralizumab	30 mg	Var 8e vecka	20 630 kr
Dupilumab	200/300 mg	Varannan vecka	11 321 kr*
Mepolizumab	100 mg	Var 4e vecka	9 804 kr
Omalizumab	150 mg	2-8 ggr/månad	3 394
	300 mg	1 ggr/månad	6 740
Tezepelumab	210 mg	Var 4e vecka	9 804

Not: Behandlingsintervall för omalizumab baseras på enkätfråga om antal injektioner per månad.

* Säljs som 2-pack. Källa: Beräknat från (24)

Tabell A4. Priser och dosering för peroral behandling

Läkemedelssubstans	Styrka	Antal tabletter	Antal tabletter per förpackning	Pris per förpackning (24)
Montelukast	10 mg	-	28 st	161 kr
Azitromycin	500 mg	-	6 st	235 kr
Betametason	0,5 mg	6/dag	30 st	83 kr
Prednisolon	5 mg	1/dag	105 st	144 kr

Not: Antal tabletter per månad för montelukast och azitromycin baseras på svar från enkäten.

Appendix 3: Läkemedelskonsumtion

Tabell A5. Behandling med inhalationsläkemedel under de senaste 12 månaderna

Läkemedelssubstans	n (%) (n=1 351)
Läkemedelsklass	
SABA	
Salbutamol	636 (46,9%)
Terbutalin	296 (21,9%)
ICS	
Beklometason	9 (0,6%)
Budesonid	248 (17,8%)
Ciklesonid	88 (6,4%)
Flutikason	26 (1,9%)
Mometason	24 (1,8%)
ICS+LABA	
Formoterol, beklometason	220 (15,9%)
Formoterol, budesonid	657 (48,4%)
Formoterol, flutikason	29 (2,1%)
Indakaterol, mometason	1 (0,1%)
Salmeterol, flutikason	54 (3,8%)
Vilanterol, flutikasonfuroat	27 (1,9%)
ICS+LABA+LAMA	
Formoterol, glykopyrronium, beklometason	38 (2,8%)
Formoterol, glykopyrronium, budesonid	5 (0,4%)
Indakaterol, glykopyrronium, mometason	6 (0,4%)
Vilanterol, umeklidinium, flutikason	11 (0,7%)
LAMA	
Aklidium	7 (0,5%)
Glykopyrronium	2 (0,1%)
Ipratropium	25 (1,9%)
Tiotropium	93 (6,8%)
Umeklidium	2 (0,1%)
LABA	
Formoterol	56 (4,1%)
Indakaterol	1 (0,1%)
Olodaterol	4 (0,3%)
LABA+LAMA	
Formoterol, aklidium	0 (0%)
Formoterol, glykopyrronium	1 (0,1%)
Indakaterol, glykopyrronium	1 (0,1%)
Olodaterol, tiotropium	8 (0,6%)
Vilanterol, umeklidinium	3 (0,2%)

^a Det fanns även möjlighet att ange annan typ av inhalationsbehandling som fritextsvar. 3,9 procent (n=53) angav att de hade nebulisator (26 st med salbutamol, ipratropium, 27 st fritextsvar) och 3 respondenter hade Salmeterol.

Tabell A6. Typ av peroral behandling för respondenter som har behandlats med läkemedel under de senaste 12 månaderna

Läkemedelssubstans	n (%) (n=1351)	Månader med behandling, medel (SD)
Montelukast	433 (32%)	10 (3,6)
Azitromycin*	11 (0,8%)	7,4 (4,7)
Betametason	291 (21,3%)	-
Prednisolon	9 (0,7%)	-

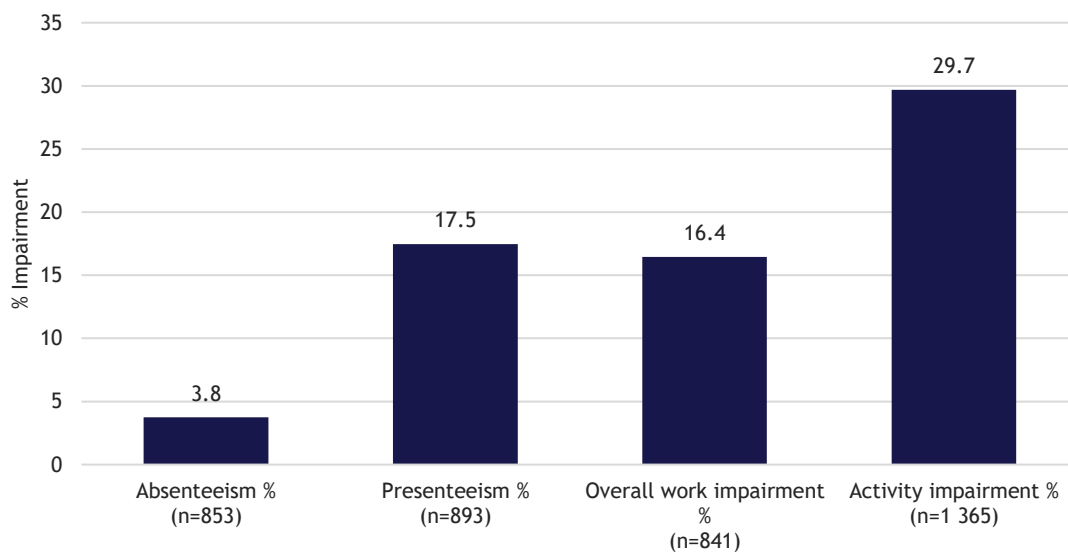
* En respondent hade svarat 0 på antal månader med behandling senaste året

Tabell A7. Fördelning av biologiska läkemedel bland respondenter som erhållit biologisk behandling under de senaste 12 månaderna

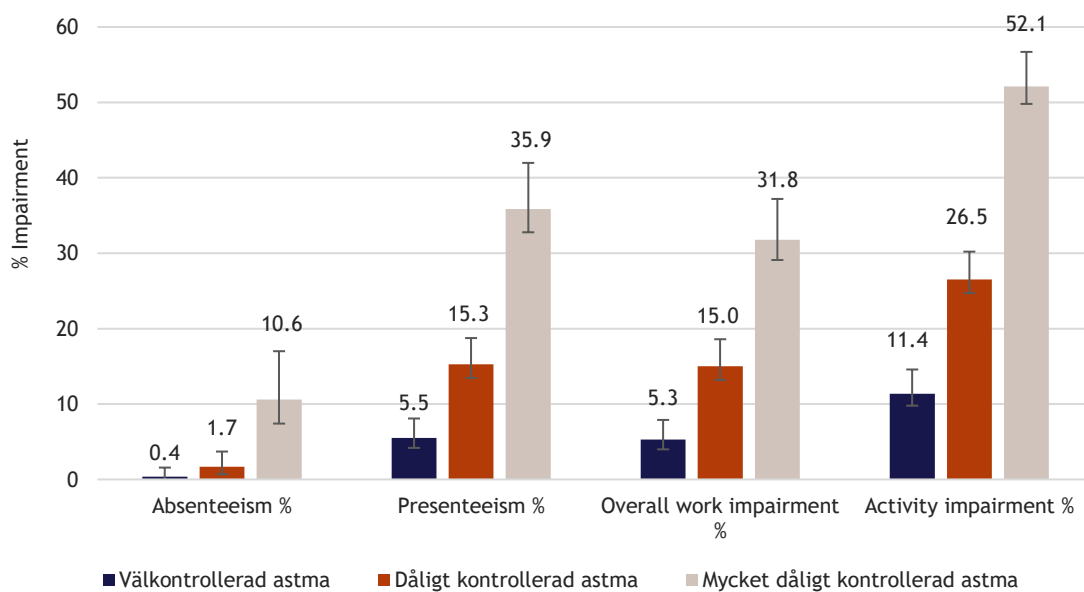
Läkemedelssubstans	n (%) (n=36)	Månader med behandling, medel (SD)
Benralizumab	6 (16,7%)	8 (3,4)
Dupilumab	5 (13,9%)	10,4 (3,6)
Mepolizumab	4 (11,1%)	6,8 (6,1)
Omalizumab	10 (27,8%)	9,2 (3,1)
Reslizumab	0 (0,0%)	-
Tezepelumab	12 (33,3%)	8,3 (4,1)

Not: En respondent uppgav två biologiska läkemedel (omalizumab och tezepelumab)

Appendix 4: WPAI



Figur A1. WPAI för samtliga anställda/egenföretagare och Activity Impairment för samtliga



Figur A2. WPAI över grad av sjukdomskontroll

Tabell A8. WPAI efter grad av sjukdomskontroll

	n	Medel (SD)	Median (IQR)	Min	Max
Samtliga					
Absenteeism %	853	3,8% (15,3%)	0% (0% - 0%)	0	100
Presenteeism %	898	17,5% (21,2%)	10% (0% - 30%)	0	100
Overall work impairment %	841	16,4% (19,2%)	10% (0% - 30%)	0	100
Activity impairment %	1365	29,7% (26,4%)	20% (10% - 50%)	0	100
Välkontrollerad astma					
Absenteeism %	267	0,4% (5,2%)	0% (0% - 0%)	0	83,3
Presenteeism %	288	5,5% (11,3%)	0% (0% - 10%)	0	70
Overall work impairment %	266	5,3% (10,7%)	0% (0% - 10%)	0	90
Activity impairment %	405	11,4% (16,4%)	10% (0% - 20%)	0	60
Dåligt kontrollerad astma					
Absenteeism %	350	1,7% (9,1%)	0% (0% - 0%)	0	100
Presenteeism %	377	15,3% (17,6%)	10% (0% - 20%)	0	100
Overall work impairment %	349	15% (16,9%)	10% (0% - 20%)	0	100
Activity impairment %	551	26,5% (22,1%)	20% (10% - 40%)	0	100
Mycket dåligt kontrollerad astma					
Absenteeism %	236	10,6% (25%)	0% (0% - 2,4%)	0	100
Presenteeism %	233	35,9% (23,5%)	40% (20% - 50%)	0	100
Overall work impairment %	226	31,8% (20,4%)	30% (19,5% - 50%)	0	80
Activity impairment %	409	52,1% (23,8%)	50% (30% - 70%)	0	100

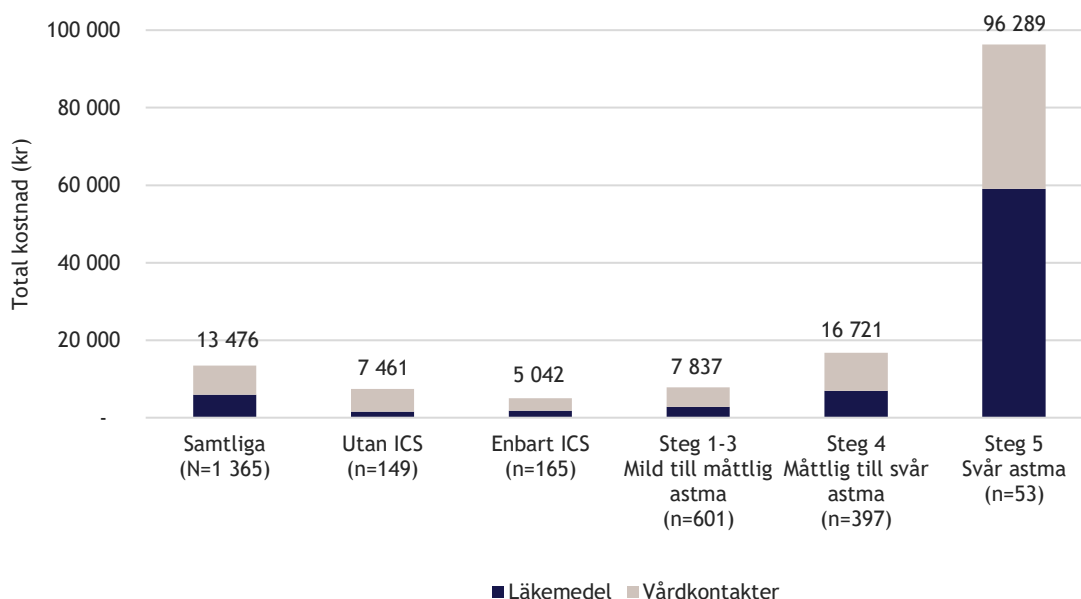
Appendix 5: Kostnader

Direkta kostnader

Tabell A9. Direkt kostnad (kr) per individ och år efter grad av sjukdomskontroll

	Medel (SD)	Median (IQR)	Min	Max	p-värde
Total direkt kostnad					<0,001
Samtliga	13 476 (31 377)	5 958 (2 566-12 849)	0	487 391	
Välkontrollerad astma	5 507 (12 059)	3 243 (1 504-6 238)	0	163 599	
Dåligt kontrollerad astma	9 725 (17 885)	5 512 (2 600-10 770)	0	207 265	
Mycket dåligt kontrollerad astma	26 422 (49 660)	12 603 (6 094-25 300)	0	487 391	
Läkemedel					<0,001
Samtliga	5 905 (16 336)	2 640 (1 173-5 530)	0	171 458	
Välkontrollerad astma	3 602 (10 682)	1 977 (886-4 116)	0	158 497	
Dåligt kontrollerad astma	5 098 (13 264)	2 632 (1 257-5 588)	0	171 458	
Mycket dåligt kontrollerad astma	9 271 (22 902)	3 972 (1 774-7 306)	0	159 199	
Primärvård					<0,001
Samtliga	3 322 (7 893)	798 (0-3 914)	0	184 490	
Välkontrollerad astma	1 080 (2 308)	0 (0-1 596)	0	21 527	
Dåligt kontrollerad astma	2 466 (4 737)	798 (0-3 553)	0	65 379	
Mycket dåligt kontrollerad astma	6 696 (12 465)	3 914 (0-8 626)	0	184 490	
Specialiserad öppenvård					<0,001
Samtliga	3 064 (8 993)	0 (0-1 583)	0	125 578	
Välkontrollerad astma	825 (2 904)	0 (0-0)	0	25 702	
Dåligt kontrollerad astma	1 805 (4 266)	0 (0-787)	0	31 893	
Mycket dåligt kontrollerad astma	6 976 (14 664)	0 (0-8 140)	0	125 578	
Slutenvård					<0,001
Samtliga	1 186(12 881)	0 (0-0)	0	325 034	
Välkontrollerad astma	0 (0)	0 (0-0)	0	0	
Dåligt kontrollerad astma	355 (6 209)	0 (0-0)	0	130 343	
Mycket dåligt kontrollerad astma	3 479 (22 252)	0 (0-0)	0	325 034	

Samtliga (n=1 365), Välkontrollerad astma (n=405), Dåligt kontrollerad astma (n=551), Mycket dåligt kontrollerad astma (n=409)



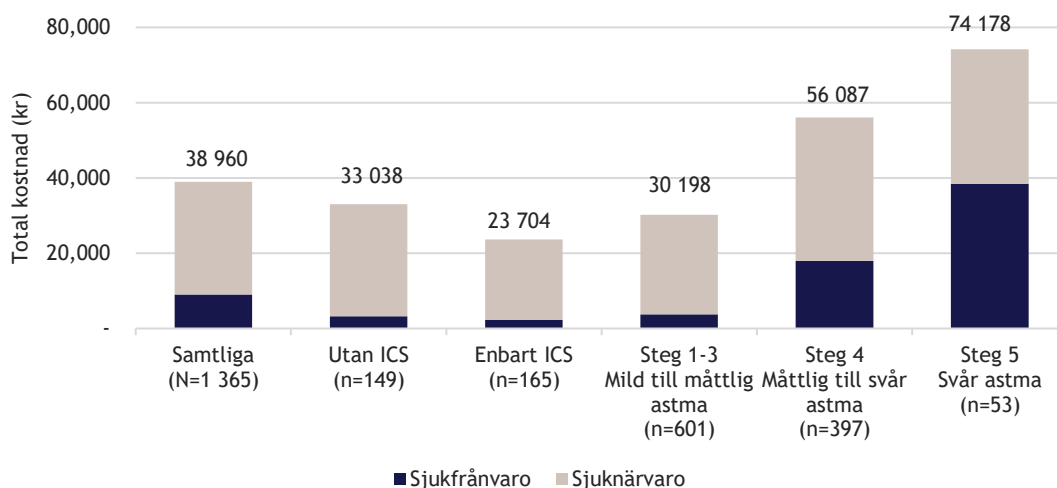
Figur A3. Genomsnittlig total direkt kostnad (kr) per individ och år fördelat efter behandlingssteg

Indirekta kostnader

Tabell A10. Indirekt kostnad (kr) per individ och år efter grad av sjukdomskontroll

	Medel (SD)	Median (IQR)	Min	Max	p-värde
Total indirekt kostnad					<0,001
Samtliga	38 960 (93 488)	1 672 (0-29 590)	0	717 369	
Välkontrollerad astma	11 878 (46 837)	0 (0-5 015)	0	537 890	
Dåligt kontrollerad astma	28 085 (61 917)	4 179 (0-27 247)	0	676 459	
Mycket dåligt kontrollerad astma	80 430 (138 805)	17 754 (0-99 080)	0	717 369	
Sjukfrånvaro					<0,001
Samtliga	9 002 (47716)	0 (0-0)	0	717369	
Välkontrollerad astma	993 (8 673)	0 (0-0)	0	159 671	
Dåligt kontrollerad astma	5 111 (31 587)	0 (0-0)	0	605 010	
Mycket dåligt kontrollerad astma	22 175 (77 033)	0 (0-5 572)	0	717 369	
Sjuknärvaro					<0,001
Samtliga	29 958 (74 516)	1 152 (0-20 713)	0	563 645	
Välkontrollerad astma	10 884 (45 346)	0 (0-4 458)	0	573 890	
Dåligt kontrollerad astma	22 974 (51 831)	3 716 (0-20 602)	0	510 948	
Mycket dåligt kontrollerad astma	58 255 (108 056)	10 064 (0-51 858)	0	563 645	

Samtliga (n=1 365), Välkontrollerad astma (n=405), Dåligt kontrollerad astma (n=551), Mycket dåligt kontrollerad astma (n=409)

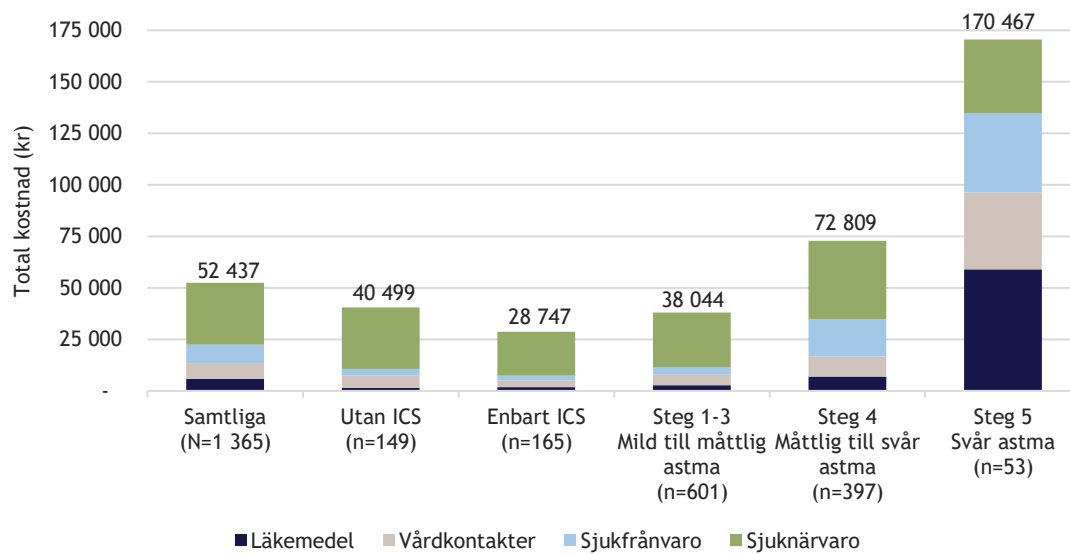


Figur A4. Genomsnittlig total indirekt kostnad (kr) per individ och år fördelat efter behandlingssteg

Totala kostnader

Tabell A11. Total kostnad (kr) per individ och år efter grad av sjukdomskontroll

	Medel (SD)	Median (IQR)	Min	Max	p-värde
Total kostnad					<0,001
Samtliga	52 437 (104 442)	13 757 (4 715-46 801)	0	1 109 375	
Välkontrollerad astma	17 384 (48 738)	5 658 (2 270-13 289)	0	546 773	
Dåligt kontrollerad astma	37 810 (64 415)	15 049 (5 492-40 968)	0	688 200	
Mycket dåligt kontrollerad astma	106 851 (155 064)	41 771 (12 603-131 522)	0	1 109 375	
Total direkt kostnad					<0,001
Samtliga	13 476 (31 377)	5 958 (2 566-12 849)	0	487 391	
Välkontrollerad astma	5 507 (12 059)	3 243 (1 504-6 238)	0	163 599	
Dåligt kontrollerad astma	9 725 (17 885)	5 512 (2 600-10 770)	0	207 265	
Mycket dåligt kontrollerad astma	26 422 (49 660)	12 603 (6 094-25 300)	0	487 391	
Total indirekt kostnad					<0,001
Samtliga	38 960 (93 488)	1 672 (0-29 590)	0	717 369	
Välkontrollerad astma	11 878 (46 387)	0 (0-5 015)	0	573 890	
Dåligt kontrollerad astma	28 085 (61 917)	4 179 (0-27 247)	0	676 459	
Mycket dåligt kontrollerad astma	80 430 (138 805)	17 754 (0-99 080)	0	717 369	



Figur A5. Genomsnittlig total kostnad (kr) per individ och år fördelat efter behandlingssteg

Appendix 6: Faktorer som påverkar sjukdom och behandling

Tabell A12. Följsamhet med behandling efter grad av sjukdomskontroll

	Samtliga (n=364)	Välkontrollerad astma (n=118)	Dåligt kontrollerad astma (n=157)	Mycket dåligt kontrollerad astma (n=89)
Jag glömmet bort att ta den	180 (49,5%)	61 (51,7%)	85 (54,1%)	34 (38,2%)
Jag har glömt bort att ta med den ibland när behov uppstår utanför hemmet	106 (29,1%)	23 (19,5%)	58 (36,9%)	25 (28,1%)
Jag tycker inte att den hjälper	26 (7,1%)	7 (5,9%)	7 (4,5%)	12 (13,5%)
Jag är orolig för biverkningar	30 (8,2%)	9 (7,6%)	15 (9,6%)	6 (6,7%)
Det är svårt att använda inhalatorn	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
Jag vet inte hur ofta jag ska ta mina astmamediciner	13 (3,6%)	2 (1,7%)	10 (6,4%)	1 (1,1%)
Jag vill undvika mediciner med kortison i	29 (8%)	9 (7,6%)	15 (9,6%)	5 (5,6%)
Jag känner inte att jag behöver den	71 (19,5%)	33 (28%)	28 (17,8%)	10 (11,2%)
Jag har inte råd med min medicin	37 (10,2%)	6 (5,1%)	22 (14%)	9 (10,1%)
Jag känner mig inte motiverad att ta den	26 (7,1%)	10 (8,5%)	10 (6,4%)	6 (6,7%)
Jag tycker att det är jobbigt att ta medicinen inför andra personer	17 (4,7%)	2 (1,7%)	11 (7%)	4 (4,5%)
Vet ej/föredrar att inte svara	12 (3,3%)	3 (2,5%)	3 (1,9%)	6 (6,7%)

Not: Tabellen presenterar respondenternas svar på frågan " Vilka är skälen till att du inte alltid tar din medicin enligt instruktion? Välj alla som stämmer"

Tabell A13. Påverkan av negativa faktorer efter grad av sjukdomskontroll

	Samtliga (n=1 344)	Välkontrollerad astma (n=406)	Dåligt kontrollerad astma (n=546)	Mycket dåligt kontrollerad astma (n=392)
Ja, jag är exponerad för allergener	838 (62%)	239 (59%)	342 (63%)	257 (66%)
Ja, jag är utsatt för luftföroreningar	344 (26%)	85 (21%)	145 (27%)	114 (29%)
Ja, jag är känslig för starka dofter	699 (52%)	165 (41%)	291 (53%)	243 (62%)
Ja, väderomslag	944 (70%)	247 (61%)	391 (72%)	306 (78%)
Ja, jag röker	20 (1%)	5 (1%)	8 (1%)	7 (2%)
Ja, jag utsätts ofta för passiv rökning	80 (6%)	13 (3%)	31 (6%)	36 (9%)
Ja, jag är överviktig	340 (25%)	65 (16%)	133 (24%)	142 (36%)
Ja, luftvägsinfektioner	858 (64%)	228 (56%)	354 (65%)	276 (70%)
Ja, fysisk ansträngning	732 (54%)	178 (44%)	296 (54%)	258 (66%)
Ja, menstruation/hormonbehandling/p-piller	46 (3%)	12 (3%)	19 (3%)	15 (4%)
Ja, stress	396 (29%)	81 (20%)	148 (27%)	167 (43%)
Ja, andra läkemedel	70 (5%)	15 (4%)	20 (4%)	35 (9%)
Nej, jag inte att några faktorer i min omgivning påverkar	21 (2%)	13 (3%)	5 (1%)	3 (1%)
Vet ej/föredrar att inte svara	7 (1%)	0 (0%)	6 (1%)	1 (0%)

Not: Tabellen presenterar respondenternas svar på frågan " Finns det faktorer som påverkar din astma negativt? Flera svar är möjliga"

Not: Tabellen presenterar respondenternas svar på frågan " Vilka är skälen till att du inte alltid tar din medicin enligt instruktion? Välj alla som stämmer"



IHE RAPPORT 2026:3

