

Läsanvisning inför svar på remiss

Svar på remissen skrivs i denna mall och skickas per mail till kunskapsstyrning-ward@skr.se senast den 6 mars 2020. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmall per vårdförlopp.

REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

KOL

Ange avsändare som lämnar svaret:

Region (om applicerbart): VG-region

Organisation: [Skriv ditt svar här]: SFAM-H (Rådet för hållbar diagnostik och behandling inom Svensk förening för allmänmedicin)

Ansvarig person, titel/roll: Staffan Svensson, Distriktsläkare Hjällbo Vårdcentral Närhälsan

Jag samtycker att mina personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2020. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Svarsmall

Du lämnar dina synpunkter på respektive avsnitt kommentaren avser. Det finns även möjlighet att vid behov avslutningsvis lämna övergripande synpunkter på det specifika vårdförloppet.

Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1

Här framförs påståendet: "Det är viktigt att diagnostisera KOL så tidigt som möjligt för att förhindra försämring". Liknande påståenden görs på många ställen i [Socialstyrelsens riktlinjer 2018](#) (dock utan klar referens), vilken liksom detta SVF-utkast och [LMV:s behandlingsrekommendation 2015](#) till stor del bygger på GOLD-rapporterna. I själva [GOLD-rapporten 2020](#) återfinns dock inget sådant påstående. Tidig diagnos är relevant vid samtidig rökning, eftersom *Evidensbaserad rökavvänjning är den enda behandling som minskar lungfunktionsförlusten (FEV1), förbättrar prognos och livskvalitet, minskar risken för exacerbationer, sjukhusinläggningar och sjukdomsrelaterade kostnader samt ger hållbara resultat* [[LMV 2015](#)]. I övriga fall är tidig diagnos av oklart värde.

Kapitel 1.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.3 "Vårdförloppet innehåller tidsindikatorer och ska i de flesta fall vara kortare än sex veckor." Vad är syftet med tidsgränsen 6 veckor, hur är den vald och vilka konsekvenser får sättandet av en sådan gräns?

"Patientens handläggning kommuniceras till alla berörda aktörer och registreras i Luftvägsregistret." Detta är ett av många register som, liksom NDR, Demensregistret, mfl tar en hel del resurser i anspråk främst för de sjuksköterskor som fyller i det. Om 300 000 hittills okända patienter med KOL ska detekteras och registreras i primärvården, får man avsätta en betydande mängd personal för denna uppgift.

Kapitel 1.4 Här anges att "Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med KOL", och att " Övergripande mål för vårdförloppet för KOL är att minska nuvarande underdiagnostik vid KOL". Dessa mål är dock (se 1.1) bara rimliga om man sedan kan göra något åt framtida risk för komplikationer av KOL. Vilket bara är fallet hos rökare, genom rökavvänjning. Diagnosen KOL är av tveksamt värde hos symtomfria icke-rökare.

Läkemedelsbehandling vid KOL har blandad och inte särskilt övertygande effekt, notabelt är att det saknas mortalitetssänkande effekt. [USPTF2016](#) : *The USPSTF examined the treatment efficacy of 4 classes of medications used to treat COPD: long-acting β -agonists (LABAs), inhaled corticosteroids, long-acting anticholinergics (tiotropium), and combination therapy with corticosteroids and LABAs. (...) For all classes of medications, the one consistent finding was that treatment decreases exacerbation of COPD symptoms in persons with moderate COPD but has no consistent effects on all-cause mortality, dyspnea, or quality of life.*

SVF-utkastet nämner enbart underdiagnostik som ett problem, men tar inte upp risken för överdiagnostik. Diagnosmetoden medför alltid en avvägning mellan dessa bägge feltyper. [LMV 2015](#): *Såväl de internationella GOLD-kriterierna (...) som det svenska vårdprogrammet använder en fast kvot som kvarstår efter bronkdilatation, FEV1/FVC <0,70, som spirometriskt kriterium för luftvägsobstruktion vid KOL. Vid diagnostik av KOL bör man dock beakta att kvoten FEV1/FVC sjunker vid fysiologiskt åldrande. Det medför att en fast kvot på 0,70 kan leda till överdiagnostik av KOL bland äldre och även kan medföra en risk för underdiagnostik av KOL bland yngre.*

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 "Misstanke om KOL -- patient som har rökt cigaretter minst 10 paket-år, som är över 40 år men som inte rapporterar luftvägssymtom": denna ingång bör utgå för icke-rökare, se nedan 2.2.

Kapitel 2.2 I flödesschemat finns två ingångar: individer med och utan luftvägssymtom. Graden av symtom definieras inte: denna typ av symtom är mycket vanliga. För de utan luftvägssymtom ska kriteriet "tobaksrökning, pågående/tidigare" eller "utsatt för annan luftförorening" uppfyllas. Här måste symtomgraden och innebörden av "annan luftförorening" klargöras.

Undersökning av symtomfria individer är i grunden en form av screening. I fallet med pågående tobaksrökare kan detta vara berättigat, då rökstopp är en viktig preventiv insats. Men i fallet med nu icke rökande individer är nyttan betydligt mer svåråtgångad.

Screening för KOL är inte indicerad: *There are no data to indicate that screening spirometry is effective in directing management decisions or in improving COPD outcomes in patients who are identified before the development of significant symptoms. [GOLD-rapporten 2020].* Se även [USPTF2016](#): *Given the lack of benefit of early detection and treatment, the opportunity cost associated with screening asymptomatic persons may be large. The amount of time and effort required to screen for COPD in asymptomatic persons (using screening spirometry with or without prescreening questionnaires) is not trivial. The USPSTF determined that early detection of COPD, before the development of symptoms, does not alter the course of the disease or improve patient outcomes.*

Kapitel 2.3 Här rekommenderas användning av formuläret [CAT](#), vilket ägs av företaget GlaxoSmithKline (GSK) vars logotyp figurerar på blanketterna. GSK saluför ett stort antal läkemedel samt vaccin vilka används vid KOL, vilket innebär en intressekonflikt.

Kapitel 2.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.5 [Skriv eventuella kommentarer här] (gäller endast kritisk benischema)

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här] Inom PrimärvårdsKvalitet finns ett flertal indikatorer framtagna för tvärprofessionellt förbättringsarbete kring KOL, baserat på de nationella riktlinjerna och med förutsättning att hämta data automatiskt (dvs utan extra dokumentation utöver ordinarie journalföring). Se bilaga samt separat remissvar från arbetsgruppen för PrimärvårdsKvalitet.

Kapitel 3.2 Användningen av CAT, se 2.3. Ang PrimärvårdsKvalitet, se ovan.

Kapitel 4: Referenser

Referenser är inlimmade som länkar i texten.

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Detta utkast till vårdförlopp för KOL är ett exempel på att underdiagnostik prioriteras högre än överdiagnostik, och att en diagnos betraktas som något gott *per se*. Tillämpande av den kan potentiellt etikettera ett stort antal medborgare i landet med diagnosen KOL, till gagn för somliga och till skada för andra. Förslag:

1. Gör om inklusionskriterierna så att de är tydliga med *vilken grad av luftvägssymtom* som ska utgöra gräns för inklusion (någorlunda långvariga, allvarliga). Ta bort kategorin "symtomfria före detta rökare" helt: den enda meningsfulla åtgärden vid etablerad KOL är att sluta röka, vilket gör att diagnosen har föga eller inget värde hos icke-rökare.
2. Gör en genomgripande konsekvensanalys av risken för **över-** och underdiagnostik av KOL. Vårdförloppet är i sitt nuvarande skick blint för konsekvenserna av överdiagnostik.
3. Dito för införandet av storskalig patientutbildning enligt förslagen: vad är den väntade nyttan i förhållande till nackdelarna (kostnad, tid, medikalisering)?
4. Dito för förslaget att sjukvårdspersonal ska ägna tid åt att mata in uppgifter i Luftvägsregistret. Sådana verksamheter har föga nytta för personal "i fält", och belastar redan hårt ansträngda vårdcentraler med mer arbete.
5. Ta bort de specificerade tidsfönstren för åtgärder, då de förefaller gripna ur luften.
6. Klipp banden till läkemedelsindustrin: det är inte rimligt att ett utvärderingsinstrument som är obligat i utredningsblocket och som rekommenderas vid varje uppföljningsbesök, dvs CAT, ska prydas av logotyp tillhörande GlaxoSmithKline, en av de huvudsakliga tillverkarna av inhalationsläkemedel (samt rökavvänjningsmedel och vacciner). Detta innebär en intressekonflikt. Alternativ: [St. George's respiratory questionnaire](#) eller [Clinical COPD Questionnaire](#).