

# Så blir KOL-vården bättre

KOL-vården är geografiskt ojämlig. Det finns inget vetenskapligt stöd för att personer med KOL ska behandlas olika beroende på var de bor. Patientnyttan skulle öka om landstingen kan åläggas en garanterad lägsta nivå för basala diagnostiska och terapeutiska åtgärder.



Foto: Colourbox

Under det senaste decenniet har KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) blivit en viktig diagnos i allmänläkares, internmedicinarens och lungmedicinarens vardag. Även bland personer utanför den medicinska sfären är KOL i dag ett etablerat begrepp. Minst 500 000 svenskar har sjukdomen i lindrig eller svår form, och KOL är direkt dödsorsak för närmare 3 000 personer per år i Sverige. Den årliga kostnaden för landet beräknades för flera år sedan uppgå till 9 miljarder kronor, en kostnad som med säkerhet har stigit ytterligare.

I en svensk studie av KOL-vården, den så kallade SYMPATI-studien, undersöktes strukturkvalitet, processkvalitet och resultat [1]. Frågeformulär skickades till 30 specialkliniker och 111 randomiserat utvalda primärvårdsenheter. På dessa enheter valdes 1 004 patienter ut, och deras journaler för de senaste två åren granskades. Strukturkvaliteten var i allmänhet bra; studien visade att det i primärvården finns spirometriutrustning hos nära 95 procent av enheterna och att

de flesta primärvårdsenheter hade team med specialutbildad sjuksköterska för omhändertagande av KOL-patienter.

Processkvaliteten mätt som till exempel antal patienter som genomfört spirometri var emellertid mer diskutabel. Mindre än hälften av patienterna hade genomgått en journalförd spirometri under den senaste tvåårsperioden.

Ytterligare ett mått på processkvaliteten är hur stor andel av KOL-patienterna som får en korrekt diagnos. Det är visat att endast 16–20 procent av de patienter hos vilka KOL-diagnosen hade kunnat fastställas vid ett senare tillfälle verkligen hade fått diagnosen KOL. Detta trots att patienterna hade varit på upprepade besök inom sjukvården och varit sjukskrivna, och trots att mer än 90 procent av dessa patienter hade symptom väl förenliga med KOL [2, 3].

Av Stockholms läns landstings (SLL) kvalitetsårsbokslut från 2009 framgår att spirometri utfördes hos mindre än 1 procent av de listade patienterna vid flertalet av vårdcentralerna [4]. Vidare hade endast 0,7 procent av det totala antalet listade patienter som besökt en vårdcentral i SLL fått diagnosen KOL.

Eftersom KOL-prevalensen i befolkningen över 45 år nu är närmare 8 procent talar dessa siffror från SLL starkt för en bristande förmåga att identifiera patienter med KOL. Mot bakgrund av att mer än en halv miljon personer i Sverige har KOL, och att KOL i dag är den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen, står det helt klart att patienter med KOL inte får tillräcklig uppmärksamhet vad beträffar sin sjukdom.

Vi vet att förbättrad vård får betydande positiva konsekvenser. Det är övertygande visat att exacerbationer vid KOL har en negativ inverkan på lungfunktionsförlust, symptom, livskvalitet, behov av sjukhusvård och mortalitet. I SYMPATI-studien visades att exacerbationer är mindre än hälften så vanligt förekommande hos KOL-patienter som

En nyligen genomförd undersökning som besvarades av 87 vårdcentraler i Sverige visade på stora skillnader mellan hur KOL-patienter omhändertas. Enligt undersökningen erbjöd Skåne den bästa vården.

kontrolleras på vårdcentral som har KOL-sköterska (0,9 exacerbationer/år) jämfört med patienter på vårdcentral utan KOL-sköterska (2,2 exacerbationer/år) trots att sjukdomens svårighetsgrad var ungefär lika vid de båda typerna av vårdcentral [1].

Även samhällsbrödan påverkas. Den beräknade kostnaden för den totala KOL-vården för patienter vid vårdcentral med KOL-sköterska var 1,35 miljarder kronor lägre än för patienter vid vårdcentral utan denna specialkunskap. Besparingen tillgodoses dock inte den enskilda vårdcentralen utan är en besparing för den totala sjukvårdssorganisationen och därmed skattebetalarna.

Internationella riktlinjer för diagnostik och behandling av KOL har utarbetats och hålls ständigt uppdaterade av en internationell arbetsgrupp [5]. Dessa rekommendationer är lätt tillgängliga och har ett allmänt stöd i den lungmedicinska specialiteten, och genom kontinuerliga uppdateringar inkluderas ständigt nya landvinningar inom KOL-området. I Sverige har Läkemedelsverket, senast 2009, gett ut riktlinjer för omhändertagande av patienter med KOL [6]. Dessutom har Socialstyrelsen publicerat rekommendationer och prioriteringar för omhändertagande vid KOL [7]. Såväl internationellt som nationellt lägger således specialister inom KOL-området ner ett stort arbete på att utforma rekommendationer för hur KOL-vården ska bedrivas.

Det är därför märkligt att vi i Sverige har valt att låta varje enskilt landsting efter eget godtycke acceptera eller förkasta dessa väl grundade expertrekom-

## KJELL LARSSON

leg läkare, professor, specialist i lungmedicin, enheten för lung- och allergiforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska institutet, Stockholm  
Kjell.Larsson@ki.se

## CLAES-GÖRAN LÖFDAHL

leg läkare, professor, specialist i lungmedicin, lung- och allergikliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

## ANDERS LINDÉN

leg läkare, professor, specialist i lungmedicin, lung- och allergikliniken, Sahlgrenska akademien, Göteborg

## THOMAS SANDSTRÖM

leg läkare, professor, specialist i lungmedicin, lung- och allergikliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

## GUNNAR S JOHANSSON

leg läkare, professor, specialist i allmänmedicin, institutionen för allmänmedicin, Uppsala universitet

mentationer för KOL-vården. Det är ett slöseri med tid och resurser att i mer än 20 parallella landstingsorganisationer utarbeta lokala rekommendationer som ligger till grund för den så kallade Kloka listan.

En konsekvens av detta mångdubbla arbete är att olika landsting, något förvånande, kommer fram till olika slutsatser och att därmed Kloka listan skiljer sig åt mellan landstingen. Det finns ingen vetenskaplig dokumentation som stöder att personer med KOL ska behandlas olika beroende på var i Sverige de bor. Konsekvensen blir att vi får en ojämlig KOL-vård, där omhändertagandet beror på var i landet patienten är bosatt.

Nyligen gjordes, baserat på frågor rörande kvalitetsindikatorer för KOL-vård, en genomgång av vårdstrukturen för KOL-omhändertagande i Sverige. Undersökningen besvarades av 87 vårdcentraler i Sverige och visade på stora skillnader mellan hur KOL-patienter omhändertas. Skåne erbjöd den bästa vården, medan det var betydligt sämre ställt i många andra landsting [8].

De ekonomiska resurser som i dag läggs på ovan nämnda mångdubblade arbete med lokala rekommendationer och Kloka listor skulle göra betydligt större nytta om de omdirigerades till utbildningsinsatser inom de olika regionerna, i första hand med fokus på att inom primärvården sprida kunskap om gällande nationella rekommendationer.

Vad gäller rökavvänjning, den för KOL-vården enskilt viktigaste behandlingsåtgärden, visar en undersökning gjord för några år sedan synnerligen stora skillnader mellan olika regioner och landstingsområden [9]. Det finns landsting som har sjukhusbundna enheter för rökavvänjning, specialutbildad personal för rökavvänjning vid vårdcentraler och som ger ekonomiska incitament för vårdgivare som själva initierar utbildning av personal, medan andra inte har något av detta.



Läkemedelsförskrivningen vid KOL varierar stort mellan olika landsdelar.

Även vad gäller läkemedelsförskrivningen finns mycket stora variationer mellan olika landsdelar. Enligt statistik från Läkemedelsindustriföreningen observeras 68 procents skillnad i defi-

nierade dygnsdoser (DDD) för de vanligaste KOL-/astmaläkemedlen mellan olika regioner/landsting, men även inom regionerna finns mycket stora variationer [10]. I en av våra större regioner skiljer det 158 procent mellan kommunen med lägst och kommunen med högst antal DDD/år.

Med detta vill vi på inget sätt påstå att de områden som har högst antal DDD har den bästa vården. Det är dock vår övertygelse att lokala variationer vad gäller KOL-prevalens inte kan förklara dessa stora skillnader, varför skillnaderna i första hand antyder ett stort utbildningsbehov. Läkemedelsvariationer som indikator för utbildningsbehov har sannolikt bäring på andra handläggningsåtgärder, såsom möjligheter och kunskap om utredning, rökavvänjning, rehabiliteringsåtgärder etc.

När det gäller farmakologisk behandling vid KOL förefaller i vissa fall ekonomiska motiv, mer än medicinska, styra valet av läkemedel. Aktuell forskning visar entydigt att exacerbationer utgör den enskilt största negativa faktorn för patienter med KOL. Genom ett flertal stora och väl genomförda kliniska studier finns det övertygande bevis för att inhalationssteroider har en signifikant bättre exacerbationsförebyggande effekt om de kombineras med en långverkande  $\beta_2$ -agonist än om de ges ensamt. Trots det fortsätter ett flertal Kloka listor att rekommendera behandling med enbart inhalationssteroider.

Ökat antal exacerbationer genererar ökat behov av sluten vård och ska därför, av medicinska och ekonomiska skäl, i största möjliga utsträckning undvikas. Det är inte försvarbart att, med hänvisning till den lokala läkemedelsbudgeten, avstå från att ge de mest effektiva läkemedlen. Ett sådant förhållningssätt riskerar att vålla patienten ett större lidande och skattebetalarna större kostnader (även om det gynnar den lokala läkemedelsbudgeten i primärvården).

År 2011 registrerades, för första gången under de senaste 30 åren, ett KOL-läkemedel (roflumilast) med en i sammanhanget helt ny verkningsmekanism. Roflumilast har visat god exacerbationsförebyggande effekt vid svår KOL med samtidig kronisk bronkit. Preparatet visar en tilläggs effekt till bronkdilaterare, och nyligen publicerade retrospektiva analyser visar även en tilläggs effekt till inhalationssteroider. Att döma av flera kliniska studier förefaller roflumilast vara ett välkommet tillskott till terapiarsenalen vid KOL.

Det är därför synnerligen förvånande

att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) nyligen beslutat att begränsa subventionen för roflumilast till de patienter som behandlats med inhalationssteroider, men där detta ansetts olämpligt. Eftersom inhalationssteroider knappast har några kontraindikationer är det synnerligen oklart vilken patientgrupp TLV avser. TLV:s rekommendation saknar helt vetenskaplig grund och framstår som synnerligen märklig med tanke på att det inte finns några publicerade studier i vilka man avbrutit behandling med inhalationssteroider och startat roflumilastbehandling. Den frågan är, vad vi vet, inte studerad. Här frågar man sig med rätta om indikationen inte styrts av icke-medicinska skäl.

Det är förvånande att både Läkemedelsverket och Socialstyrelsen, efter att ha spenderat stora resurser på att utarbeta nationella rekommendationer, inte har rutiner för implementering och uppföljning. Det stora arbete som läggs ned på att utarbeta rekommendationer för omhändertagande av patienter med KOL hamnar i många fall i bokhyllan, där det kan utgöra en källa till kunskap för de vårdgivare som eventuellt är intresserade. Patientnyttan skulle öka avsevärt om det skapades en möjlighet att lägga landstingen en garanterat lägst nivå för basala diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid vanliga sjukdomar såsom KOL, astma, diabetes, hjärtsvikt, kranskärlssjukdom etc. En lämplig instans för att utfärda dylika ålägganden torde vara Socialstyrelsen. Där hävdar man dock att man inte har detta mandat, utan hänvisar till politikerna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jäv redovisas på Lakartidningen.se.*

#### REFERENSER

1. Löfdahl CG, Tilling B, Ekström T, Jörgensen L, Johansson G, Larsson K. COPD health care in Sweden. A study in primary and secondary care. *Respir Med.* 2010;104:404-11.
2. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. Low awareness of COPD among physicians. *Clin Respir J.* 2008;2:11-6.
3. Lindberg A, Bjerg-Bäcklund A, Rönmark E, Larsson LG, Lundbäck B. Prevalence and underdiagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking. Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med.* 2006;100:264-72.
4. Stockholms läns sjukvårdsområde. Kvalitetsboksut 2009. [http://www.slso.sll.se/upload/Kommunikation/KBS\\_2009\\_webben.pdf](http://www.slso.sll.se/upload/Kommunikation/KBS_2009_webben.pdf)
5. The global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). <http://www.goldcopd.com>

**läs mer** Fullständig referenslista och jävsdeklarationer på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)