Region Stockholm

9

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

VKN 2020-0055

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Medicinsk fortbildning
Leyla Jalilian

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2020-0055
2020-02-28

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Ärendebeskrivning

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. De ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Nu har nationella arbetsgrupper i regionerna tagit fram remissversioner för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande diagnoser: Höftledsartros, Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), Kritisk benischemi, Reumatoid artrit, Schizofreni – förstagångsinsjuknande, Sepsis, Stroke och TIA. Under 2020 ska minst fem av dessa vårdförlopp implementeras.

Detta ärende hanterar vårdförlopp KOL.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Vårdförlopp KOL remissversion
Konsekvensbeskrivning KOL remissversion

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtandet som nämndens yttrande och överlämnar det till Sveriges Kommuner och Regioner.

Förvaltningens motivering till förslaget
Sammanfattande synpunkter
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppskattar de väl genomarbetade medicinska underlagen och det högkvalitativa arbete som gjorts under mycket snäva tidsramar.

Den övergripande och generella bedömningen av samtliga sju vårdförlopp är dock att konsekvensbeskrivningarna generellt utgör ett otillräckligt underlag. Nuvarande utformning av vårdförloppen kan misstänkas orsaka undanträngningseffekter, och större ekonomiska konsekvenser samt effekter på kompetensförsörjningen än vad som finns beskrivet i vårdförloppen. Det kan finnas påverkan på andra patientgrupper som med nuvarande underlag inte kan bedömas.

Bakgrund
Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med KOL och öka god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer. Vårdförloppet för KOL omfattar rutiner för en mer standardiserad och strukturerad utredning för att säkerställa tidig diagnos, adekvat behandling och uppföljning vid KOL. Detta innebär även screeningsinriktade åtgärder för att identifiera fler personer med KOL i ett tidigare skede av sjukdomen. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat rökanamnes, lungfunktionsundersökning, patientutbildning, skriftlig behandlingsplan och uppföljning. Uppföljning planeras genom det nationella kvalitetsregistret för lung- och allergisjukdomar, Luftvägsregistret. För att kunna arbeta med vårdförloppet på bästa sätt rekommenderas att vården organiseras i astma-allergi och KOL- mottagningar.

Överväganden
Remissversionen av vårdförlopp KOL har behandlats i Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp samt regionens prioriteringsråd. Därtill har synpunkter från Regionalt programområde (RPO) Lung- och allergisjukdomar, RPO Primärvård och RPO Levnadsvanor beaktats främst utifrån ett systemperspektiv. Vid genomgång av förslaget noterades nedanstående punkter.

Generella synpunkter på samtliga sju vårdförlopp:

Kunskapsunderlaget som grund för prioriteringsbeslut
De sju vårdförloppen har bristande, eller saknar helt eller delvis, hälsoekonomiska underlag för föreslagna åtgärder. Därtill finns en tendens att överskatta kostnadseffektiviteten i föreslagna åtgärder och underskatta resursåtgången, särskilt i de fall där hälsoekonomiska analyser helt saknas. Detta i sin tur medför svårigheter i att göra horisontella prioriteringar samt

att kunna avgöra om Region Stockholm kan ställa sig bakom de olika förslagen. Otydliga avgränsningar av patientpopulationer medför svårigheter att uppskatta resursbehovet och göra prioriteringar då vårdförloppen kan appliceras på en mycket större population än man utgått från. I vissa avseenden har vårdförloppen istället avgränsat patientgruppen så markant att man utesluter andra patienter med samma diagnos. Båda dessa scenarion försvårar beräkningar av resursbehov och kompetensförsörjning.

Automatiserade system för uppföljning saknas i dagsläget
Tillgång till data för uppföljning är en viktig del i utvecklingen av en jämlik, effektiv och kvalitativ vård som vårdförloppen syftar till. Dock har olika vårdförlopp varierande förutsättningar och tillgång på data. Som regel har ett tiotal indikatorer per vårdförlopp föreslagits. Flertalet är processmått, men även resultatmått förekommer. Även om målet på lång sikt är att använda strukturerad journalinformation och minska registreringsbördan så kommer ett införande i sin nuvarande föreslagna form på kort sikt innebära fler administrativa uppgifter i vården, något som inte är acceptabelt med hänsyn till rådande resurssituation i vården. Region Stockholm kan bara acceptera automatiserad överföring av data för uppföljning av vårdförloppen.

Risk för undanträngning
Det finns en farhåga att en för stor expansion av enskilda vårdförlopp eller för många vårdförlopp så som de beskrivs och arbetas fram idag riskerar att omfatta för stora patientgrupper och orsaka undanträngningseffekter och ökad belastning framför allt i primärvården. Vidare kan också processmått i form av specifika ledtider leda till direkta undanträngningseffekter. En tydlig plan för att följa upp och åtgärda eventuella undanträngningseffekter behöver finnas.

Personcentrerad vård
Det finns inga typiska patienter vilket innebär att man måste ha en förståelse för att ett stort antal patienter inte kan följa vårdförloppen. Många patienter är multisjuka och kommer dessutom att ingå i flera vårdförlopp. Hur prioriterar kliniker mellan dessa? Om vårdförloppen ska vara ett stöd till vården och förbättra vården så behöver det finnas utrymme för individuell anpassning av vården efter patientens behov.
Försiktighet avseende styrning med för starka resultatmått, särskilt av ekonomisk art, bör iakttas.

Användarvänlighet
Generellt krävs tydligare riktlinjer för hur man gestaltar ingången på ett vårdförlopp då det finns stor variation i hur ingången beskrivs i de olika förslagen.

Ett vårdförlopp bör alltid ha sin ingång vid en medicinskt motiverad vårdkontakt. Vidare är formatet på vårdförloppen stundtals svårläst. Region Stockholm behöver ett förtydligande i vem som är dokumentens mottagare. Skall det tolkas ur ett organisatoriskt perspektiv eller av vårdgivare i patientmöte? Om vårdförloppen ska användas av vårdgivare behöver de utformas mer användarvänligt.

Regional anpassning - en förutsättning för implementering
Förutsättningarna för implementering av vårdförloppen kan skilja sig mellan olika regioner. Utmaningar vid implementering kan leda till ett behov av vårdstrukturanpassning över tid i regionerna. Det är därför viktigt att vårdförloppen ger utrymme för regional anpassning samtidigt som det ger ett ramverk för bästa möjliga omhändertagande som baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Befolkningsperspektivet
Ett starkt hälsofrämjande, befolkningsinriktat arbete ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att minska ojämlikheter i hälsa hos befolkningen. Generellt saknas befolkningsperspektivet i vårdförloppen och hälsofrämjande insatser, prevention, stöd till patienter och befolkning i egenvård skulle kunna inkluderas mer.

Synpunkter specifikt på vårdförlopp KOL:

Det finns i dag en stor underdiagnostik inom både astma och KOL vilket innebär att många personer är utan en effektiv behandling med sämre hälsa som följd. RPO Lung- och allergisjukdomar ställer sig positiva till vårdförloppet. RPO primärvård och Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp bedömer dock risken för undanträngning av andra patientgrupper vara stor i detta vårdförlopp i dess nuvarande form och ställer sig tveksamma mot delar av vårdförloppet som inkluderar screeningsinriktade åtgärder. Uppfyller vårdförloppet socialstyrelsens kriterier för införande av screening?

Även RPO levnadsvanor är frågande kring införande av screening och ser primärt ett behov av att förbättra insatserna kring levnadsvanor.

Korta tidsrekommendationer i vårdförloppet och riskmatrisen som känns något optimistisk har inte riktigt beaktat undanträngning av andra patienter utanför KOL/astma inom primärvården.

Astma-allergi och KOL-mottagningar finns idag på en del vårdcentraler i regionen och rekommenderas i vårdförloppet. Konsekvensbeskrivningen inkluderar en hälsoekonomisk analys gällande kostnadseffektivitet, där KOL-mottagning bedöms vara kostnadsbesparande.

Dock saknas hälsoekonomisk analys gällande den del av vårdförloppet som har en screeninginriktning.

Ekonomiska konsekvenser
De ekonomiska effekterna av vårdförlopp KOL kan inte tydligt bedömas. Konsekvensbeskrivningen inkluderar en hälsoekonomisk analys gällande kostnadseffektivitet, där Astma/KOL-mottagning bedöms vara kostnadsbesparande. Dock saknas hälsoekonomisk analys gällande den del av vårdförloppet som har en screeninginriktning. Sannolikt medför vårdförloppet ökade personalkostnader i primärvård och möjligen minskade kostnader i sjukhusvård.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Systematisk omhändertagande av patienter med KOL har effekt på patientsäkerhet då detta i sin tur väntas ge flera positiva konsekvenser som tex förebyggande av ohälsa och akutsjukhusvård. Samtidigt kan screeningsinriktade åtgärder som föreslås i detta vårdförlopp leda till patientsäkerhetsrisker utifrån de mycket sannolika undanträngningseffekter som vårdprogrammet innebär i sin nuvarande utformning. Det finns också alltid en risk att spetsmottagningar kan generera undanträngningseffekter.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Regionala skillnader i vilken vård som erbjuds riskerar att skapa ojämlik vård. Sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp syftar till att skapa förutsättningar för jämlik vård, vilket Region Stockholm välkomnar.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Region Stockholm accepterar inte ytterligare administrativa lager i samband med implementering och uppföljning av de sju vårdförloppen.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Sveriges Kommuner och Regioner

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-02-28

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

VÅRDFÖRLOPPET INLEDS VID MISSTANKE OM KOL OCH AVSLUTAS NÄR EN SKRIFTLIG BEHANDLINGSPLAN UPPRÄTTATS TILLSAMMANS MED PATIENTEN OCH ETT FÖRSTA UPPFÖLJNINGSBESÖK HAR GENOMFÖRTS

REMISSVERSION

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för sjukdomsområden ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen som tas fram ska kunna inbegripa flera specialiteter, kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser, kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar, kunna främja hälsa i hela förloppet, utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd samt utformas så de kan följas i de nya digitala vårdstöden som regionerna just nu, eller inom överskådlig framtid, upphandlar.

Patientkontrakt ska tillämpas i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Syftet är att stärka patienten och ge möjligheter till delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering. Detta görs bland annat genom att gemensamt komma överens om vad patienten ansvarar för och vad vården tar ansvar för samt att detta dokumenteras i journalen.

Remissperioden pågår 27 januari–6 mars 2020. Instruktioner och remissvar finns att ladda ned på hemsidan för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – klicka här.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en av våra största folksjukdomar. I Sverige beräknas cirka 500 000 personer ha sjukdomen som innebär ett stort lidande och höga kostnader för både individ och samhälle. KOL en underdiagnostiserad sjukdom och endast var tredje person med sjukdomen bedöms vara identifierad av hälso- och sjukvården. Tidig diagnostik och insatta åtgärder, där rökstopp är den viktigaste, medför betydande vinster både vad gäller behandlingseffekter, sjukdomsutveckling och utredning av samsjuklighet.

Vårdförloppet för KOL omfattar rutiner för hur vi säkerställer tidig diagnos och en mer standardiserad och strukturerad utredning, behandling och uppföljning vid KOL. Detta innebär även ett tydligare krav på registrering av rökanamnes hos vuxna patienter som söker vård. Personer med misstänkt KOL ska snabbt utredas med FEV1/FEV6-mätning för att identifiera vilka som behöver genomgå dynamisk spirometri. Mätning av lungfunktion med dynamisk spirometri är sedan en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande. Efter diagnostik är symtomskattning tillsammans med exacerbationshistorik centralt för vidare utredning, behandlingsinsatser, interprofessionell samverkan samt uppföljnings- och återbesök. I vårdförloppet är den personcentrerade behandlingsplanen ett viktigt verktyg för att säkerställa patientkontraktet.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med KOL och öka tillgängligheten till effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat rökanamnes, lungfunktionsundersökning, patientutbildning, skriftlig behandlingsplan och uppföljning. Uppföljning planeras genom det nationella kvalitetsregistret för lung- och allergisjukdomar, Luftvägsregistret.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av sagda programområde. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från professionen, riksförbundet HjärtLung och Luftvägsregistret.

REMISSVERSION

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 3 -
1.1 Kort beskrivning av KOL ..... - 3 -
1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv ..... - 3 -
1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 5 -
1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 5 -
2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema ..... - 6 -
2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 6 -
2.2 Flödesschema ..... - 7 -
2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 8 -
2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse ..... - 13 -
3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 14 -
3.1 Förslag på indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått) ..... - 14 -
3.2 Förslag på indikatorer för uppföljning av process (processmått) ..... - 14 -
4 Referenser ..... - 16 -
5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL ..... - 17 -
5.1 Kunskapsunderlag ..... - 17 -
5.2 Arbetsprocess ..... - 17 -

REMISSVERSION

1 Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

1.1 Kort beskrivning av KOL

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en inflammatorisk lungsjukdom som ofta är en följd av mångårig tobaksrökning. Förutom påverkan på lungor och luftvägar är systemeffekter så som muskelpåverkan, nedsatt fysisk aktivitet och nutritionsproblem vanligt förekommande. Sjukdomen är progressiv och kan utvecklas från lindrig till mycket svår. Prevalensen av KOL uppskattas till cirka tio procent av befolkningen över 40 år, vilket innebär att cirka 500 000 invånare i Sverige har sjukdomen KOL men endast en tredjedel av dessa personer har fått en diagnos. Underdiagnostiken vid KOL är därmed betydande (1,2,3).

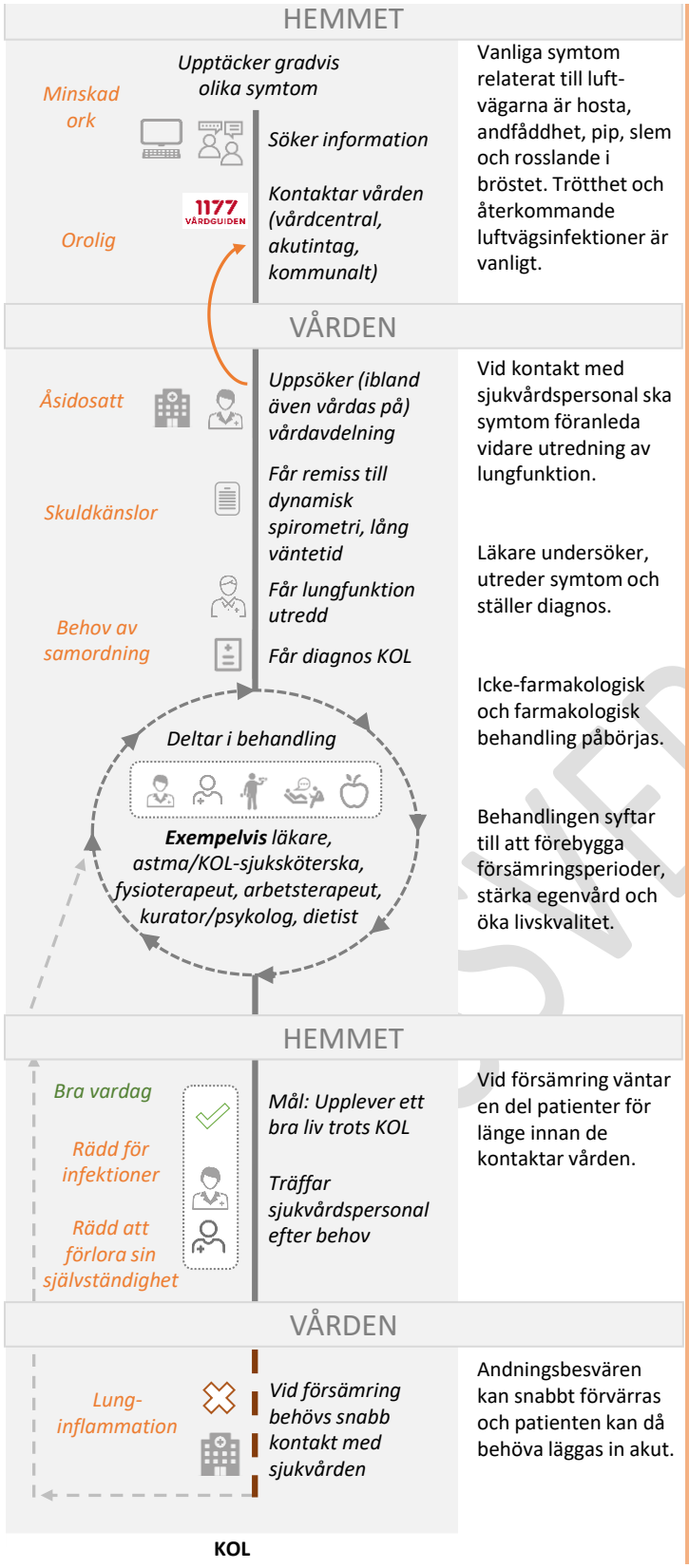
Det är viktigt att diagnostisera KOL så tidigt som möjligt för att förhindra försämring. Korrekt genomförd och tolkad spirometri efter bronkdilatation är nödvändigt för att minska underdiagnostik och feldiagnostik. Tidigt insatta åtgärder, där rökstopp är den viktigaste, medför betydande vinster både vad gäller behandlingseffekter, sjukdomsutveckling och samsjuklighet. KOL innefattar även exacerbationer (försämringsperioder), som accelererar sjukdomsförloppet. Flera exacerbationer under loppet av ett år innebär en stor risk för kraftig försämring och tidigare död, i synnerhet om det varit nödvändigt med inläggning på sjukhus (1,2,3).

Majoriteten av patienterna identifieras och behandlas inom primärvården och vanligen behandlas endast patienter med svårare sjukdom inom den specialiserade vården. Patienterna har ofta behov av flera olika typer av åtgärder och insatser samtidigt. De kan behöva patientutbildning som innefattar stöd att sluta röka, motivation till fysisk aktivitet, läkemedelsbehandling med korrekt inhalationsteknik samt kunskap om hur exacerbationer kan förebyggas och behandlas. För att säkra en god vård bör hälso- och sjukvården erbjuda interprofessionell samverkan med kompetenser som läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och kurator/psykolog utifrån sjukdomens svårighetsgrad och patientens behov (4,5,6). Ett vanligt sätt att organisera och samverka vid vården av patienter med KOL är så kallade astma-, allergi- och KOL-mottagningar (4).

1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv

En typisk patient med KOL upplever tilltagande luftvägssymtom, trötthet och mindre ork. Patienten söker ofta kontakt med primärvården, som också behandlar flertalet patienter med KOL. Bilden nedan (Figur 1) illustrerar hälso- och sjukvårdsförloppet ur ett patientperspektiv och visualiserar vad som *i nuläget* identifierats som vanliga händelser och utmaningar.

REMISSVERSION



Utmaning 1: Rädsla, skam och okunskap leder till försenad kontakt med vården.
Patienter tenderar att underskatta sina luftvägsbesvär och tolkar dem som "dålig kondition". Många känner oro inför framtiden och eventuell KOL-diagnos. Vissa har skamkänslor inför att sjukdomen kan vara självförvållad.

Utmaning 2: Dynamisk spirometri genomförs inte alltid.
Vid luftvägssymtom leder resursbrist och prioriteringar i vården till att utredning med dynamisk spirometri inte utförs i tillräcklig utsträckning eller inom rimlig tid.

Utmaning 3: Rökavvänjning erbjuds sent i vårdförloppet.
Många patienter med KOL röker, men i landet finns stora variationer avseende om/när stöd till rökavvänjning erbjuds.

Utmaning 4: Patientens behov av samordning blir inte tillgodosett.
Det finns brister i utredning av samsjuklighet och i samordning av det ökande antal vårdkontakter det innebär för patienten.

Utmaning 5: För få patienter erhåller strukturerad patientutbildning.
Patienter behöver stöd för att delta aktivt i behandling och egenvård, som ofta inkluderar svåra livsstilsförändringar.

Utmaning 6: För få patienter erhåller en skriftlig behandlingsplan.
Skriftlig behandlingsplan är en förutsättning för välfungerande egenvård.

Utmaning 7: Många patienter som har haft exacerbationer följs inte upp.
Resursbrist och bristfällig kommunikation mellan och inom vårdenheter leder till fördröjd eller utebliven uppföljning.

Figur 1. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv, för en person med KOL.

1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

Vårdförloppet inleds vid misstanke om KOL och avslutas när en skriftlig behandlingsplan upprättats tillsammans med patienten och ett första uppföljningsbesök har genomförts. Vårdförloppet inkluderar därmed en komplett utredning som tar hänsyn till samsjukligheter och differentialdiagnoser. När diagnosen KOL är fastställd erbjuds patienten strukturerade åtgärder i form av patientutbildning, icke-farmakologisk och farmakologisk behandling. Alla åtgärder sammanfattas i en behandlingsplan, i vilken planering av patientens uppföljning ska ingå. Vårdförloppet innehåller tidsindikatorer och ska i de flesta fall vara kortare än sex veckor. Patientens handläggning kommuniceras till alla berörda aktörer och registreras i Luftvägsregistret. Under det första uppföljningsbesöket utvärderas patientens behandling och vårdförloppet avslutas. Vid samma besök planeras även patientens vidare uppföljning för KOL samt, om det är aktuellt, fortsatt utredning och behandling för differentialdiagnoser.

Vårdförloppet involverar vårdgivare inom primärvård, särskilda boenden, hemsjukvård samt sjukhusvård.

1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

Övergripande mål för vårdförloppet för KOL är att:

- minska nuvarande underdiagnostik vid KOL
- öka tillgängligheten till effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer
- öka patienternas delaktighet i vård och behandling

REMISSVERSION

2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema

2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

Inklusionskriterier

Målgrupp är personer som röker eller har rökt, eller som har exponerats för luftvägsskadliga ämnen vid förbränning av biomassa eller i samband med yrkesexponering. Till målgruppen räknas också personer som tidigt i livet genomgått händelser som påverkar lungutveckling, till exempel återkommande luftvägsinfektioner eller prematur födelse. Vårdförloppet har två ingångar beroende på om patient rapporterar luftvägssymtom eller inte.

- Misstanke om KOL – patient som rapporterar luftvägssymtom.
- Misstanke om KOL – patient som har rökt cigaretter minst 10 paket-år[1], som är över 40 år men som inte rapporterar luftvägssymtom.

Exklusionskriterier

- Tidigare diagnostiserad KOL.
- $FEV_1/FVC \geq 0.70$ vid dynamisk spirometri som genomförts det senaste året.

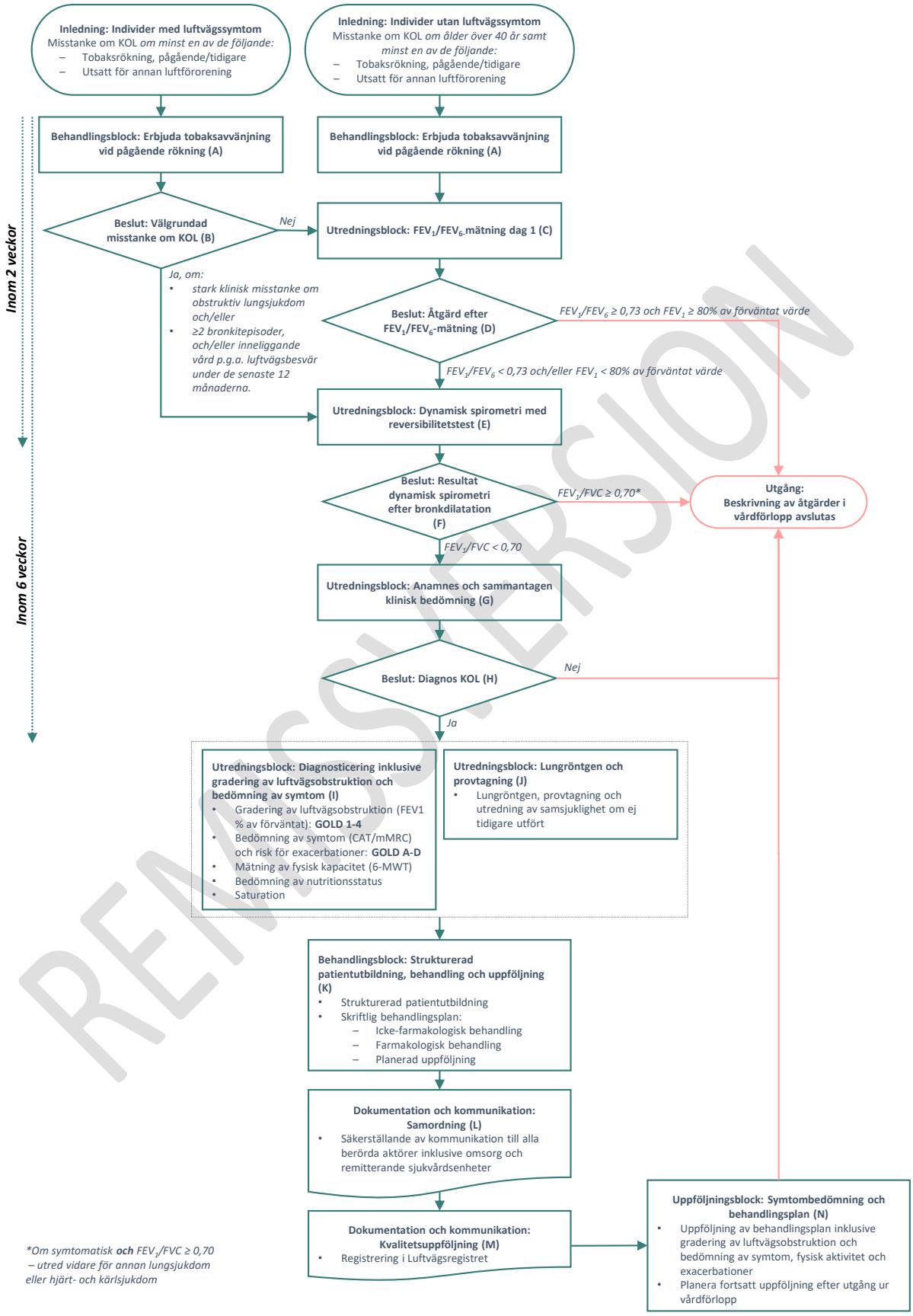
Vårdförloppet avslutas

- När FEV_1/FEV_6-mätningen är ≥0,73 och/eller FEV_1 är ≥80 procent av förväntat värde.
- När dynamisk spirometri visar $FEV_1/FVC \geq 0,70$.

REMISSVERSION

[1] Paket-år är ett begrepp som syftar till att uppskatta en persons tobakskonsumtion. Tio paket-år kan uppnås på olika sätt. Exempelvis genom konsumtion av ett paket cigaretter om dagen i tio år alternativt två paket cigaretter om dagen i fem år.

2.2 Flödesschema



REMISSVERSION

Figur 2. Flödesschema

2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

Åtgärderna i vårdförloppet utgår från nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer (1,2,3). I detta dokument presenteras inte arbetsbeskrivningar för olika professioner, dessa finns utförligt beskrivna i kunskapsstödet Interprofessionell samverkan vid astma och/eller KOL och i andra publikationer (6).

Det första steget i vårdförloppet är att personer med misstänkt KOL som röker, erbjuds rökavvänjning. Därefter påbörjas utredning av KOL. Personer med misstänkt KOL ska utredas med FEV_1/FEV_6-mätning* för att identifiera de patienter som behöver genomgå dynamisk spirometri. Personer med välgrundad misstanke om KOL bör utföra dynamisk spirometri direkt. Dynamisk spirometri efter bronkdilaterande läkemedel är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande vid KOL. Efter diagnostik genomför patienten symtomskattning med frågeformuläret COPD Assessment Test (CAT) och mMRC-dyspne vilket tillsammans med exacerbationshistorik är centralt för vidare utredning, behandlingsinsatser, interprofessionell samverkan samt uppföljning/återbesök. Att ta hänsyn till samsjuklighet och differentialdiagnoser är en viktig del av utredning och uppföljning. Icke-farmakologisk behandling, exempelvis tobaksavvänjning och fysisk aktivitet, ska tillsammans med den farmakologiska behandlingen integreras i en personcentrerad behandlingsplan. Behandlingsplanen utgör grunden för patientkontraktet och ska följa patienten genom vårdflödet oavsett vårdgivare.

**Enheter som använder annan medicinteknisk produkt för förenklad lungfunktionsmätning bör utgå från tillverkarens rekommendationer för bedömning av resultat.*

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Beskriv särskilda åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
Behandlingsblock: Erbjuda tobaksavvänjning vid pågående rökning (A) • Enkla råd (7). • Rådgivande samtal (7). • Remiss till diplomerad tobaksavvänjare för kvalificerat rådgivande samtal (7).	• Kontakta diplomerad tobaksavvänjare.
Beslut: Välgrundad misstanke om KOL (B) Föreligger välgrundad misstanke om KOL? • Ja – om stark klinisk misstanke om obstruktiv lungsjukdom och/eller ≥2 bronkitepisoder och/eller inneliggande vård på grund av luftvägsbesvär under de senaste 12 månaderna: fortsätt till block (E).	

REMISSVERSION

• Nej – om ovanstående kriterier ej uppfylls: fortsätt till block (C).	
Utredningsblock: FEV_1/FEV_6-mätning dag 1 (C) • FEV_1/FEV_6-mätning.	• Delta i undersökning.
Beslut: Åtgärd efter FEV_1/FEV_6-mätning (D) Vad visar resultatet av FEV_1/FEV_6-mätningen? • Om FEV_1/FEV_6 <0,73 och/eller FEV_1 < 80 procent av förväntat värde: fortsätt till block (E). • Om FEV_1/FEV_6 ≥ 0,73 och FEV_1 ≥ 80 procent av förväntat värde: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. Bör omprövas vid gränsvärden och/eller fortsatt rökning.	Efter block D: • Kontakta vårdgivare om luftvägssymtom förvärras i väntan på vidare utredning.
Utredningsblock: Dynamisk spirometri med reversibilitetstest (E) Detta ska utföras helst samma dag, men inom 2 veckor efter start av vårdförloppet. Vid pågående infektion kan undersökning skjutas upp 4 veckor. Dynamisk spirometri med reversibilitetstest (1,2,3): • Vid misstanke om astma: uteslut normalisering av FEV_1/FVC efter steroidbehandling.	• Delta i undersökning. Efter block E: • Kontakta vårdgivare om luftvägssymtom förvärras i väntan på patientutbildning och insättning av behandling.
Beslut: Resultat dynamisk spirometri efter bronkdilatation (F) Vad är resultatet av dynamisk spirometri efter bronkdilatation? • Om FEV_1/FVC är <0,70: fortsätt till block (G) • Om FEV_1/FVC är ≥0,70: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas. Observera att annan lungsjukdom eller hjärtsjukdom kan kräva vidare utredning. Spirometri bör omprövas vid gränsvärden och/eller fortsatt rökning och stark misstanke om KOL.	
Utredningsblock: Anamnes och sammantagen klinisk bedömning (G) Anamnes för att ställa diagnos och skilja ut KOL från differentialdiagnoser (2,3): • ärftlighet	

REMISSVERSION

• händelser tidigt i livet (exempelvis låg födelsevikt och frekventa lunginfektioner) • yrkesanamnes • tobak • socialt • kost • läkemedel • andra sjukdomar som astma och allergi, bronkiektasier, defekt i immunsystem och hjärt-kärlsjukdomar.	
Beslut: Diagnos KOL (H) Kan diagnos KOL (J44.9) ställas? • Ja: fortsätt till block (I). • Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	
Utredningsblock: Diagnosticering inklusive gradering av luftvägsobstruktion och bedömning av symtom (I) Gradering av luftvägsobstruktion: Efter att diagnos är konfirmerad med dynamisk spirometri efter bronkdilation ska luftvägsobstruktionen graderas enligt GOLD 1–4 (Bilaga 1) (1,2,3). Bedömning av symtom och risk för exacerbationer: Utifrån symtombedömning med COPD Assessment Test (CAT) och mMRC-dyspné skalan och exacerbationshistorik graderas KOL enligt GOLD A-D (Bilaga 1) (1,2,3). • Registercentrum: underlag för CAT • Registercentrum: underlag för mMRC Mätning av fysisk kapacitet, sex minuters gångtest (6-MWT): Bör utföras med alla personer med stabil KOL och FEV_1 < 80 procent av förväntat värde samt misstänkt eller verifierad nedsatt fysisk kapacitet (1,2). • Registercentrum: underlag för 6-MWT Bedömning av nutritionsstatus: Orsaker till bristande nutrition och ofrivillig viktnedgång bör utredas. Hos personer med KOL med Body Mass Index (BMI) < 22 bör nutritionsbehandling initieras (1,2).	• Delta i undersökning • Kontinuerligt följa vikten för att kunna identifiera viktnedgång och lågt BMI.

REMISSVERSION

Även faktorer som tandstatus, aptitlöshet, social situation, depression/nedstämdhet, illamående, mag-tarmproblem, inkontinens och ätstörning bör utredas (2). Saturation (2). Observera: vid akut försämring bör blodgaser, lungröntgen alternativt datortomografi utföras och hjärtsjukdom utredas (2).	
Utredningsblock: Lungröntgen och provtagning (J) Detta block kan genomföras parallellt med vårdförloppets övriga åtgärder. Lungröntgen: avslöjar andra lungsjukdomar som kan orsaka andfåddhet och hosta, såsom lungcancer, TB och hjärtsvikt (2,3). Blodprover: Hb för att utesluta anemi, ProBNP vid anamnestisk misstanke om hjärtsvikt och serum-alfa 1-antitrypsin vid misstanke om alfa-1-antitrypsin-brist. Värdering av samsjuklighet: Vanliga sjukdomar som kan behöva utredas är hjärtsvikt, lungcancer, kronisk bronkit, astma, osteoporos, ångest/depression (2,3). • RCC: SVF lungcancer • Senare kommer länk till de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för hjärtsvikt och osteoporos att läggas in här.	
Behandlingsblock: Strukturerad patientutbildning, behandling och uppföljning (1, 2, 3, 6, 8) (K) Ska utföras inom 6 veckor efter ingång i vårdförloppet. Patientutbildning, kan ske individuellt eller i grupp och bör innehålla: • information om sjukdomen • information om läkemedel • träning av inhalationsteknik • andningsteknikträning • träning av sekretmobilisering • handlingsstrategier vid exacerbation	• Delta i patientutbildning som stärker egenvården. • Använda KOL – Min behandlingsplan • Be vårdgivare kontrollera inhalationstekniken. • Följ behandlingsordinationer – icke-farmakologisk och farmakologisk. • Boka årligt besök för vaccination mot influensa och pneumokocker. • Delta i alla beslut om utredning och behandling (även samråd med närstående om patienten önskar det)

REMISSVERSION

• fördelar med fysisk träning/fysisk aktivitet • energibesparande arbetssätt • nutritionsbehandling • handlingsstrategier vid dyspné/ångest, socialmedicinska aspekter på sjukdomen. Skriftlig behandlingsplan: En viktig del i patientutbildningen är att ge patienten redskap att hantera sin sjukdom genom att förskriva och följa upp en individuell skriftlig behandlingsplan. • SKR, KOL: Min behandlingsplan • Icke-farmakologisk behandling: - rökavvänjning, fysisk träning och nutrition - energibesparande arbetssätt och bedömning av hjälpmedel - samtalsstöd. • Farmakologisk behandling: - Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer (2). • Planerad uppföljning	
Dokumentation och kommunikation: Samordning (L) • Säkerställande av kommunikation till alla berörda aktörer inklusive omsorg och remitterande sjukvårdsenheter • Informera patienten om vem som är kontaktperson, kontaktvägar och när det är viktigt att patienten tar kontakt. Informationen dokumenteras i den skriftliga behandlingsplanen.	
Dokumentation och kommunikation: Kvalitetsuppföljning (M) Registrering i Luftvägsregistret möjliggör kvalitetsuppföljning.	
Uppföljningsblock: Symtombedömning och behandlingsplan (N) Uppföljning och återbesök bör planeras och inkluderas i behandlingsplanen (1). • Efter akut exacerbation – 6 veckor. • KOL med upprepade exacerbationer – minst 2 gånger/år. • KOL med underhållsbehandling – 1ggr/år. • KOL utan underhållsbehandling – vid behov. • KOL FEV1<80 procent av förväntat värde – 1ggr/år i max 5 år.	• Komma till planerad uppföljning. • Ta med inhalationsläkemedel och skriftlig behandlingsplan. Uppföljning kan i vissa fall ske på distans.

REMISSVERSION

• Rökare med KOL – 1ggr/år. Vid uppföljning bör besöket innehålla (1): • Symtombedömning med CAT och/el mMRC-dyspne • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av längd och vikt, inhalationsteknik och saturation • Hos rökare bör dynamisk spirometri genomföras årligen • Hos personer med FEV1<80% av förväntat värde bör spirometri utföras årligen under de första fem åren för att identifiera personer med snabb lungfunktionsförsämring (rapid decliners). Planera för fortsatt uppföljning och behandling efter utgång ur vårdförlopp.	
Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	

2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder och det är särskilt viktigt att lyfta fram att de åtgärder som patient och vårdgivare kommer fram till – inklusive de åtgärder patienten själv ska utföra. Åtgärderna ska dokumenteras skriftligen i behandlingsplanen. Det är centralt att säkerställa att patienten vet var den ska vända sig vid tecken på försämring, då det idag är vanligt att patienter väntar för länge med att kontakta vården vid tecken på försämring.

REMISSVERSION

3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

Luftvägsregistret kommer att möjliggöra kvalitetsuppföljning av vårdförloppet KOL, oavsett i vilken vårdnivå patienten befinner sig.

3.1 Förslag på indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått)

Tabell 2. Utfallsmått

Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa	Referens
Andel personer med diagnos KOL äldre än 40 år	8 procent av befolkningen	Lokalt/regionalt	Regionala journalsystemen J44.9	
Andel personer med journalförd tobaksanamnes	100%	Lokalt/regionalt	Regionala journalsystem Primärvårdskvalitet Luftvägsregistret	Socialstyrelsen
Rökstopp vid KOL	Hög nivå eftersträvas	Nationell	Luftvägsregistret	Socialstyrelsen, indikator 4.5 (9)

3.2 Förslag på indikatorer för uppföljning av process (processmått)

Tabell 3. Processmått

Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa	Referens
Andel som blivit erbjuden rökavvänjning vid KOL (SoS)	≥ 95 procent	Nationell	Luftvägsregistret, Variabel finns indikator saknas	Socialstyrelsen indikator 4.4 (9)
Antal patienter med KOL som utfört spirometri	≥ 95 procent	Nationell	Luftvägsregistret	Socialstyrelsen indikator 4.1 (9)
Andel patienter med KOL som fått patientutbildning senaste 5 åren	≥ 80 procent	Nationell	Luftvägsregistret	Socialstyrelsen, indikator 4.10 (9)

REMISSVERSION

Andel patienter med KOL som har registrerat COPD Assessment Test (CAT) värde	≥ 95 procent	Nationell	Luftvägsregistret	Socialstyrelsen (9)
Andel patienter med KOL som har genomfört 6 minuters gångtest	≥ 80 procent	Nationellt	Luftvägsregistret Variabel finns, indikator saknas	
Andel patienter med KOL som erhållit skriftlig behandlingsplan	100 procent	Nationellt	Luftvägsregistret Variabel finns, indikator saknas	Socialstyrelsen, indikator 4.12 (9)
Andel patienter med KOL som erhållit återbesök inom 6 veckor efter akut exacerbation av KOL	≥ 95 procent	*Saknas idag*		Socialstyrelsen (9)
Patientenkät (PREM) riktat mot de som genomgått vårdförlopp	Hög svarsfrekvens eftersträvas	Saknas idag		

REMISSVERSION

4 Referenser

1. Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid astma och KOL - stöd för styrning och ledning 2015 reviderad 2018 [Hämtad 1911]
2. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling vid KOL - behandlingsrekommendation. 2015 [Hämtad 191105]
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2020 Report [Hämtad 191204]
4. Kull I, Ställberg B. Nya kriterier för astma/KOL-mottagningar i primärvården. Patientutbildning, rökslutarstöd och fysisk aktivitet är prioriterat – även fysioterapeut bör inkluderas i teamet. Läkartidningen. 2018:115
5. Zakrisson A-B, Jagorstrand B, Kull I. Beräkning av tid för astma/KOL-mottagningar i primärvård. Utifrån Socialstyrelsens riktlinjer från 2015 – Hur har det gått till? Lung & Allergiforum. 2018;4:27-30
6. Escuder Miquel L, Emtner M, Stallberg B, Zakrisson A. Interprofessionell samverkan for astma-KOL. Allmänmedicin. Tidskrift for svensk förening for allmänmedicin. 2018;39(1):38
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018 [Hämtad 191105]
8. Nationell arbetsgrupp för astma och KOL. Sveriges kommuner och landsting. Interprofessionell samverkan vid astma och/eller KOL. 2018. [Hämtad 191105]
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Indikatorer. Bilaga. 2015. [Hämtad 191213]

REMISSVERSION

5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL

5.1 Kunskapsunderlag

- Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid astma och KOL - stöd för styrning och ledning 2015 reviderad 2018 [Hämtad 191105]
- Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling vid KOL - behandlingsrekommendation. 2015 [Hämtad 191105]
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018 [Hämtad 191105]
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2020 Report [Hämtad 191204]

5.2 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL har pågått mellan oktober 2019 och januari 2020. Arbetsgruppens medlemmar nominerades av Nationellt programområde (NPO) för lung- och allergisjukdomar. Ordförande för arbetsgruppen var Caroline Stridsman och Kerstin Hinz var processledare. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från professionen, riksförbundet HjärtLung och Luftvägsregistret. Under framtagningsperioden träffades arbetsgruppens medlemmar för gemensamma arbetsmöten både fysiskt och på distans, arbete skedde också mellan möten. Löpande förankring och avrapportering till NPO lung- och allergisjukdomar har skett. NPO lung- och allergisjukdomar tog den 24 januari 2020 beslut om att skicka dokumentet på remiss.

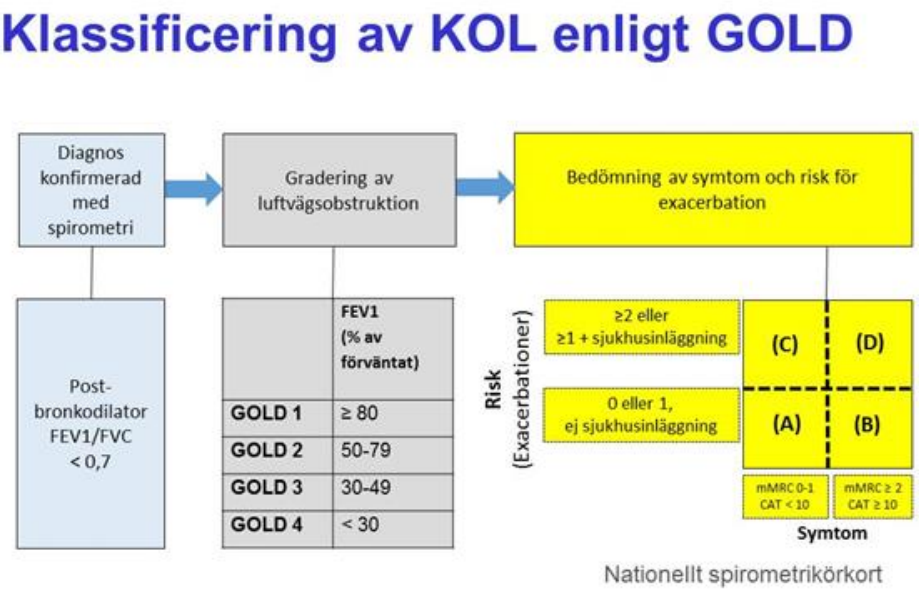
Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Ev övrig roll i arbetsgruppen
Caroline Stridsman	Fil dr.	Sjuksköterska	Sunderby sjukhus	Region Norrbotten Umeå universitet	Ordförande
Hanan Tanash	Med dr.	Överläkare	Skåne Universitetssjukhuset	Region Skåne Lunds universitet	
Hanna Sandelowsky (t.om 191130)	Med dr.	Specialist i allmänmedicin	Akademisk Primärvårdscentrum	Region Stockholm Karolinska Institutet	
Judith Berntsson		Medicinsk ansvarig sjuksköterska	MAS riksförening	Järfälla kommun	
Kerstin Fjällman Schärberg		Sjuksköterska Astma/KOL	FoU region Halland	Region Halland	Luftvägsregistret, bitr. registerhållare
Kerstin Hinz		Nationell processledare	NPO	Västra Götalandsregionen	Processledare
Mikael Andersson	Med dr.	Sjukgymnast	Akademiska Sjukhuset	Region Uppsala Uppsala universitet	
Peter Edfelt		Kommunikatör	Riksförbundet HjärtLung		Patientföreträdare
Solbrith Wachsmann		Distriktssköterska Folkhälsa, Astma/KOL	Närhälsan Ängabo Vårdcentral	Västra Götalandsregionen	
Stefan Rustcheff	Med dr.	Överläkare	Medicinkliniken Värnamo	Region Jönköping	
Nikolaos Pournaras	Doktorand	Specialist i allmänmedicin	Akademisk Primärvårdscentrum	Region Stockholm Karolinska Institutet	

REMISSVERSION

Kerstin Romberg, adjungerat	Med dr.	Specialist i allmänmedicin	NPO ledamot	Region Skåne Lunds universitet	

Bilaga 1. Klassificering av KOL och riskbedömning enligt GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Svensk översättning ”Nationellt spirometrikörtkort”.



Figur 3. Klassificering av KOL och riskbedömning enligt GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Svensk översättning "Nationellt spirometrikörtkort"

REMISS

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och att öka tillgängligheten till effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer. Detta väntas i sin tur ge flera positiva konsekvenser för individen, bland annat genom att såväl ohälsa som onödig akutsjukvård kan förebyggas. För regionerna väntas vårdförloppet på cirka tre års sikt leda till en bättre kostnadseffektivitet genom tidigare diagnos, ökad behandlingsgrad vilket ger en förbättrad prognos och/eller lindrigare sjukdom över tid. Detta leder i sin tur till besparingar på många plan, bland annat inom akutsjukvården. Genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om KOL i hela landet, kommer omotiverade skillnader att minska. Detta berör särskilt frågor kopplade till väntetider till utförande av lungfunktionsundersökning och vård utifrån interprofessionell samverkan samt skriftlig behandlingsplan som även inkluderar planerad uppföljning.

För att åstadkomma dessa positiva konsekvenser kan vissa initiala investeringar för screening, förändrad organisation och kompetenshöjning behövas. Vårdförloppet kommer kräva satsningar som inkludera ökade kostnader och personalresurser. Antalet lungfunktionsundersökningar kommer att öka och därmed diagnostiken av KOL. För att hantera eventuella undanträngningseffekter och kostnader för detta rekommenderas att använda FEV_1/FEV_6-mätning för screening, så att färre patienter behöver genomgå dynamisk spirometri (en mer kostsam undersökning som tar längre tid att utföra). För att kunna arbeta med vårdförloppet på bästa sätt rekommenderas att vården organiseras i så kallade astma-, allergi- och KOL-mottagningar. Vid dessa mottagningar ges vården interprofessionellt, vilket betyder att kompetenser som läkare, astma-, allergi- och KOL-sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och kurator/psykolog samverkar utifrån sjukdomens svårighetsgrad och patientens behov. Detta arbetssätt kan skapa behov av kompetensutvecklingsinsatser för framförallt sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter.

Remissversion

Innehållsförteckning

1 Om konsekvensbeskrivningen ... 3
2 Konsekvenser ... 3
2.1 Omfattning ... 3
2.2 Nytta eller risker för individen ... 3
2.3 Etiska aspekter ... 6
2.4 Verksamhet och organisation ... 7
2.5 Kostnader ... 7
2.6 Kompetensförsörjning ... 10
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd ... 11
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården ... 11
2.9 Uppföljning ... 12
2.10 Övriga konsekvenser ... 12

Remissversion

1 Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) lung- och allergisjukdomar ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Den nationella arbetsgruppen (NAG) astma, KOL och luftvägsallergi har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, samt patientföreträdare. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för personcentrerade och sammanhållet vårdförlopp KOL färdigställdes i mitten av januari 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Prevalensen av KOL uppskattas till cirka tio procent av andelen av befolkningen som är över 40 år. Detta innebär att cirka 500 000 invånare i Sverige har sjukdomen, samtidigt har endast en tredjedel av dessa personer fått en diagnos. Underdiagnostiken vid KOL är därmed betydande. Rökning är den absolut vanligaste riskfaktorn för att drabbas av KOL. Under 1980-talet var cirka 30 procent av Sveriges befolkning rökare, men idag har prevalensen av tobakskonsumtion sjunkit till cirka 7 procent. Detta innebär att en stor andel av Sveriges befolkning kommer att inkluderas i vårdförloppet, eftersom det utgår från personer som nu röker eller som har rökt tidigare i livet. Vidare vet vi att cirka 50 procent av personer som röker drabbas av KOL, vilket gör att cirka hälften av alla som inkluderas i vårdförloppet kommer diagnosticeras med KOL och därför kommer att ta del av samtliga insatser i vårdförloppet.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet för KOL medför nytta för individen inom flera områden. Den största nyttan uppstår om fler patienter kan upptäckas tidigt och få behandling som kan bromsa sjukdomsförlopp, funktionsnedsättning och lindra symtom. I tabellen nedanför (Tabell 1) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen, och hur stor den potentiella effekten väntas vara.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför.

Nytta	Kommentar
Individer med KOL blir inte undanträngda i sjukvården	KOL är en undanträngd sjukdomsgrupp jämfört med andra kroniska sjukdomar. Diabetesmottagningar har länge varit en självklarhet inom primärvården, där diabetessjuksköterskor har tillräckligt med tid för att följa upp patienter. Genom vårdförloppet kan omhändertagandet av patienter med KOL förstärkas och ges den plats inom hälso- och

Remissversion

	sjukvården som motsvarar sjukdomens prevalens och svårighetsgrad.
Fler individer erbjuds rökavvänjning	Fler patienter som fortfarande röker erbjuds rökavvänjning både i form av enkla råd till kvalificerad rökavvänjning given av utbildad tobaksavvänjare. Enligt Folkhälsomyndigheten var det år 2018 7 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav daglig tobaksrökning.
Fler individer får utföra FEV_1/FEV_6-mätning vid misstanke om KOL	Fler patienter där tillstånd kan upptäckas tidigt och erbjudas behandling. FEV_1/FEV_6-mätning är en enkel metod för att testa lungfunktionen samt för att identifiera patienter som behöver vidare utredning i form av dynamisk spirometri. Eftersom FEV_1/FEV_6-mätning är lätt att genomföra och mindre resurskrävande än dynamisk spirometri kan den användas som screeningverktyg på alla vårdenheter.
Fler individer får utföra dynamisk spirometri i diagnostiskt syfte inom rimlig tid	Dynamisk spirometri är en nödvändighet vid diagnostik av KOL. Väntetider till dynamisk spirometri varierar i nuläget i stort över landet. Vid en del vårdenheter kan väntetiden vara så lång som 6 månader. Det finns även en stor risk att patienter som får vänta länge inte kommer till besöket när tid för spirometri erbjuds.
Fler individer får handläggning på den vårdnivå som står i paritet med behovet (exempelvis astma-, allergi- och KOL-mottagning inom primärvården)	Väntetiden till behandling varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för ohälsa hos patienter. Vårdförloppet kan minska skillnaderna på detta område.
Fler individer kan undvika akutsjukvård	Många individer söker upprepade gånger akut med luftvägsbesvär, utan att få en diagnos och vidare handläggning. I dagsläget finns även brister i uppföljning av individer med KOL efter så kallade exacerbationer. Genom att identifiera dessa individer kan vårdförloppet minska onödig akutsjukvård.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram, vilket även det kan säkras om vården ges via astma-, allergi- och KOL-mottagning.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder samt planerad uppföljning stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten. Det berör samtliga patienter i förloppet.

Remissversion

Individens förutsättningar till delaktighet förbättrats i och med definierade åtgärder för patienter i varje åtgärdsblock samt den skriftliga behandlingsplanen.	Ökad patientdelaktighet ger bättre förutsättningar för att respektera och beakta individens autonomi och integritet för samtliga patienter i förloppet. Den skriftliga behandlingsplanen tillsammans med patientutbildning skapar förutsättningar för egenvård.
Fler individer uppnår nationella målnivåer för indikatorerna uttagna till vårdförloppet för KOL.	Uppnådda nationella målnivåer är ett minimikrav för en god vård och kan förebygga onödiga akuta sjukvårdskontakter.

Tabell 2. Potentiella patientrisker som kunskapsstödet medför

Risker	**Sannolikhet (S)** *1 – 4, där 4 betyder störst sannolikhet och 1 minst*	**Konsekvens** (K) *1 – 4, där 4 betyder störst konsekvens och 1 minst*	**Riskvärde**: *R = S x K*	**Eventuell kommentar eller förslag på åtgärd** *för att eliminera/minska risken*
Ökad sannolikhet för utredningar av patienter som ej visar sig ha diagnos (omotiverad vård)	2	1	2	Inklusionskriterierna kan utvärderas i efterhand. Ifall det bedöms lämpligt så kan dessa snävas åt.
Initialt ökade kostnader relaterat till personal (resursbrist)	1	2	2	Detta kan inte förbises, utan regionerna kommer initialt behöva räkna med ökade kostnader. Dock kommer detta långsiktigt leda till vinster genom korrekt diagnostik, behandling etcetera.
Införande av vårdförloppet kan leda till risk för undanträngningseffekt av astma	1	1	1	Regionerna kan undvika detta genom att satsa på certifierade astma, allergi och KOL-mottagningar och på det sättet säkra personalens kompetens och resurser vilket leder till att patienter med astma inte blir undanträngda.

Remissversion

Risk att riktlinjer inte följs av astma-, allergi- och KOL-sjuksköterskor på grund av tidsbrist	2	2	4	Redan idag har sjuksköterskor inte tillräckligt med tid i sina mottagningar vilket är en förutsättning för evidensbaserat arbete. Regionerna kommer behöva hantera tidsaspekten och följa rekommendationer på uträknad tid.

2.3 Etiska aspekter

Inga negativa effekter avseende autonomi och integritet. Möjligen kan en ökad mängd lungfunktionsundersökningar, förbättrad behandling och uppföljning leda till undanträngningseffekter för andra patienter med kroniska sjukdomar, framförallt inom primärvården. Dock bedöms inklusionskriterierna överensstämma med idag rådande riktlinjer och ökningen av dessa undersökningar är därmed något som regionerna bör förhålla sig till och planera för. Ett sätt att hantera detta är användande av FEV_1/FEV_6-mätning som screening för vilka som behöver vidare utredning. Detta medför i sin tur att en mindre andel patienter behöver genomgå dynamisk spirometri, en undersökning som är mer kostsam och tidskrävande. Att arbeta utifrån astma-, allergi- och KOL-mottagningar med gemensamma kriterier för vilka patienter som ska ingå i vårdförloppet gör att vården blir jämlik för alla personer med KOL oavsett var i landet de bor.

Inga uppbenbara konsekvenser avseende människovärdesprincipen eller behov- och solidaritetsprincipen. Bedömning av varje enskild individ och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras. Gällande ekonomiska effekter förväntas vårdförloppet leda till ökad kostnadseffektivitet över tid med hjälp av tidigare diagnossättning och ökad behandlingsgrad, vilket ger förbättrad prognos och/eller lindrigare sjukdomsutveckling över tid. De direkta kostnaderna kan därmed initialt öka, samtidigt som de indirekta kostnaderna kommer att minska över tid. Den totala kostnaden bedöms därför inte öka på sikt och värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa tillgänglig och jämlik vård för alla personer, oavsett var de befinner sig i landet. Detta har varit utgångspunkten även för vårdförloppet KOL och inga negativa konsekvenser förväntas att föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om KOL i hela landet, särskilt i frågor kopplade till väntetider till utförande av lungfunktion och vård utifrån interprofessionell samverkan samt skriftlig behandlingsplan som även inkluderar planerad uppföljning.

Remissversion

I syfte att tidigt identifiera patienter med KOL startar det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet vid misstanke om KOL. Inklusionskriterierna medför att uppskattningsvis (efter exkludering av personer som redan har en KOL-diagnos och de som redan har genomfört spirometri) en procent av den vuxna befolkningen kommer att utredas för diagnos KOL årligen. Cirka 50 procent av dessa kommer visa sig ha diagnosen KOL. Denna omotiverade vård ska vägas mot att ett antal patienter i nuläget identifieras för sent och därmed kräver mer omfattande vård och behandling än vad som är medicinskt motiverat, denna fördröjning väntas minska med hjälp av vårdförloppet.

2.4 Verksamhet och organisation

I nuläget finns skillnader över landet avseende hur omhändertagande av personer med KOL är organiserat. Socialstyrelsens utvärdering 2018 visade att så hög andel som 80 procent av landets primärvårdsenheter hade en astma-, allergi- och KOL-mottagning utifrån givna kriterier. Socialstyrelsen menar att resultatet bör tolkas med stor försiktighet eftersom frågan hade ett högt bortfall och andra överskattar sin egen organisation; många enheter rapporterar att de har mottagningar utifrån givna kriterier, men när detta granskas, uppfylls inte kriterierna för godkänd mottagning.

För de orter som har ett systematiskt omhändertagande organiserat i astma-, allergi- och KOL-mottagningar innebär vårdförloppet små förändringar. Exempelvis kan det innebära att se över kompetensen så att minst en sjuksköterska har genomgått en fördjupningskurs i astma, allergi och KOL, då Socialstyrelsens utvärdering visade att 28—43 procent av klinikerna saknar anställda med sådan kompetens. Det kan också betyda att man behöver genomföra en översyn av att personalen har adekvat utbildning för att utföra kvalitetssäkrade spirometrier.

För de orter som saknar ett systematisk omhändertagande av individer med KOL, kommer en översyn av verksamheter att krävas så att rutiner, arbetssätt och processer kan anpassas till vårdförloppet.

Oavsett om den enskilda sjukvårdsenheten har en astma-, allergi- och KOL-mottagning eller inte, så har den nationella arbetsgruppen för astma, KOL och luftvägsallergi arbetat fram en nationell certifiering av astma-, allergi- och KOL-mottagning att använda som ett stöd för regionerna vid implementeringen av vårdförloppet.

Inom regioner med stora avstånd kan delar av vårdförloppet ske digitalt vilket ger ökad krav på digitalisering.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik/indikatorer att behöva utarbetas. Många regioner har direktöverföring till kvalitetsregister, medan andra fortfarande inte har prioriterat detta.

2.5 Kostnader

Det finns studier i Sverige som visar att primärvårdsenheter som arbetar utifrån astma- allergi- och KOL-mottagningar har patienter med färre exacerbationer och sjukhusinläggningar än övriga enheter. Ekonomiska uträkningar visar att vård av dessa patienter kostar cirka 20 000 kronor mindre per patient och år, jämfört med patienter som tillhör en enhet utan astma-, allergi- och KOL-mottagning (Lisspers

Remissversion

et al. Resp Med. 2014). Därför bedöms vårdförloppet på längre sikt kunna minska kostnaderna för regionerna, samtidigt som det på kort sikt (enligt Socialstyrelsen: under de första två åren) kan kräva vissa investeringar.

De områden som kan skapa kostnadsökningar är ett ökat antal utredningar för KOL, utökad interprofessionell samverkan och ett ökat antal återbesök för de som vid utredning också diagnosticeras. Utbildning av personal, och uppbyggnad av astma-, allergi- och KOL-mottagningar i primärvården är en faktor som initialt kommer att driva kostnader.

De kostnadsbesparingar som förutspås på längre sikt (enligt Socialstyrelsen: tre år och framåt) härrör bland annat från att fler personer med KOL upptäcks och behandlas i en tidigare fas av sjukdomen och att de rekommenderade åtgärderna då väntas ge en ökad sjukdomskontroll och färre exacerbationer. Detta kan i sin tur innebära mycket stora besparingar för hälso- och sjukvården i form av färre akutbesök och sjukhusinläggningar. För att uppnå dessa besparingar är särskilt åtgärder som rökstopp, interprofessionell samverkan och bättre uppföljning genom återbesök viktiga.

Tabell 3. Översikt över hur kostnader kan påverkas av det standardiserade vårdförloppet

Område för kostnadsförändring	Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt
Lokaler och material	Oförändrade
Utrustning	Marginell ökning av kostnader till följd av ökat behov av screeningutrustning (förenklad lungfunktionsmätning) i kommunal hemsjukvård, primärvård och specialistvård (FEV_1/FEV_6). FEV_1/FEV_6-mätning är en billigare metod än dynamisk spirometri, och användning av metoden kan leda till ekonomiska besparingar eftersom den kan identifiera det mindre andel personer som är i behov av att utredas med hjälp av dynamisk spirometri.
IT-system	Behandlingsplanen bör integreras i journalsystemen vilket kan leda till initiala kostnader. Direktöverföring av data från journalsystemet till Luftvägsregistret skulle förbättra möjligheter till relevant uppföljning. Idag finns det tekniska lösningar som är uppbyggda med nationella fackspråk för journalens sökord.
Personal	Ökning av personalkostnader till följd av ökat antal utredningar och ökat behov av samordning i vårdförloppet. Minskning av personalkostnader till följd av minskat behov av sjukhusinläggningar och akutvård. Sammantaget uppskattas personalkostnaderna minska på längre sikt.
Utbildning	Kompetens kommer behövas gällande diplomerade tobaksavvänjare, nationell spirometriutbildning (framförallt läkare, sjuksköterskor) samt vidareutbildningar för astma- allergi- och KOL-sjuksköterskor (15 högskolepoäng; för fysioterapeuter finns vidareutbildning om 7,5 högskolepoäng) och utbildning för läkare.

Remissversion

Utredning och diagnossättning	Fler patienter kommer genomgå FEV_1/FEV_6-mätning (eller andra former av förenklad lungfunktionsmätning) samt dynamisk spirometri vilket till att börja med kan öka kostnaderna (undersökningar samt personaltid). Men vid en ordentlig utredning och diagnossättning kan oplanerade vårdbesök bland annat på grund av att luftvägsinfektioner minska, vilket kan leda till minskade kostnader på sikt.
Behandling	Antalet patienter i behandling väntas öka vilket kan leda till högre kostnader initialt, men dessa förväntas minska med färre exacerbationer och ökad egenvård.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka, dock förväntas vinster i form av färre akutbesök och minskat lidande för den enskilde.
Akutbesök och sjukhusinläggningar	Förväntas minska efter implementering av vårdförloppet.
Andra kostnader	Behöver utredas regionalt.

Remissversion

Tabell 4. Ekonomiska konsekvenser från Socialstyrelsens riktlinjer Vård vid astma och KOL, 2018.

Tabell 7. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Central rekommendation hänvisar till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 2

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
Diagnostik			
Diagnostik vid misstänkt astma	D00.04, D00.07a-b, D00.16–D00.18	↗	↘
Diagnostik vid misstänkt KOL	D00.19–D00.21	↗	↘
Interprofessionell samverkan			
Interprofessionell samverkan vid astma och KOL	A03.01, K03.01	↗	↘
Rökstopp			
Rökstopp vid astma och KOL	A03.08a–b, K03.05	→	↘
Läkemedelsrelaterad behandling vid astma			
Behandling med inhalationssteroider hos barn	A02.04	↗	↘
Behandling med inhalationssteroider och kombinationsläkemedel	A01.02–A01.03	↘	↘
Administrering av bronkdilaterare med spray/spacer eller nebulisator	A01.20–A01.21	→	↘
Mätning av fysisk kapacitet samt träning och nutritionsbehandling vid KOL			
Mätning av fysisk kapacitet med gångtest	K04.09	↗	↘
Konditions- och styrketräning	K03.12, K03.15	↗	↘
Nutritionsbehandling vid lågt BMI	K03.06	↗	→
Patientutbildning och egenvård			
Utbildning, stöd till egenvård, behandlingsplan och träningsråd vid astma	A03.02, A03.03, A03.05, A03.07, A03.12	→	↘
Patientutbildning, stöd till egenvård och behandlingsplan vid KOL	K03.02, K03.03	→	↘
Symtombedömning			
Bedömning av hälsostatus med ACT vid astma	A04.01, A04.02	→	↘
Bedömning av hälsostatus med CAT vid KOL	K04.05	→	↘
Återbesök			
Uppföljning och återbesök vid astma	A04.07–A04.11, A04.13–A04.17	↗	↘
Uppföljning och återbesök vid KOL	K04.11–K04.17	↗	↘

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘.

2.6 Kompetensförsörjning

För att arbeta enligt vårdförloppet krävs att regionerna säkerställer att personalen har adekvat kompetens gällande FEV_1/FEV_6-mätning samt dynamisk spirometri. Detta kan säkerställas genom att regionerna utbildar personal enligt strukturen för nationellt spirometrikörkort. För att säkerställa att individer med KOL behandlas och vårdas enligt nationella och internationella riktlinjer kommer det finnas ett behov av att via universiteten utbilda sjuksköterskor till astma-, allergi- och KOL-sjuksköterskor. Även fysioterapeuter och till viss del arbetsterapeuter kommer behöva fördjupad utbildning. Vidare finns fortutbildningsbehov för läkare, då det är läkaren som ställer diagnos och ordinerar medicinering: feldiagnostisering och felmedicinering leder till onödigt lidande för patienten och ineffektivt utnyttjande av vårdens resurser.

Remiss version

Tabell 5. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp.

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för KOL?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen nationellt om vårdförlopp för KOL	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på läkare, sjuksköterskor och andra relevanta parter i professionen	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om spirometriundersökning (FEV_1/FEV_6 samt dynamisk spirometri)	• Utbilda utbildare i nationellt spriometrikörkort • Genomföra nationell spirometrikörtkortsutbildning regelbundet för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med fler	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om sjukdomen KOL	• Universitetsutbildning för sjuksköterskor 15.0 hp • Universitetsutbildning för fysioterapeuter, arbetsterapeuter 7.5 hp	Universiteteten samt sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om sjukdomen KOL	• Läkare	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om sjukdomen KOL	Regelbunden fortutbildning för astma-allergi- och KOL-teamet	Sjukvårdsregionerna

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförloppet för KOL hänvisar till nationella riktlinjer (Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid astma och KOL, 2018 och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer, 2015) samt till internationella riktlinjer (GOLD; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Det finns ett behov av att uppdatera Läkemedelverkets behandlingsriktlinjer eftersom dessa är från 2015.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet KOL verkar i linje med omställningen till nära vård då det syftar till att ge fler personer med KOL goda förutsättningar för egenvård samt tillgång till tidigt insatt behandling utifrån nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer (vilket kan motverka behovet av sjukhustung vård och onödig konsumtion av akutsjukvård). Vårdförloppets åtgärder kan bromsa sjukdomsutveckling och hindra att patienten drabbas av funktionsnedsättningar, vilket stärker patientens framtida möjlighet att leva ett självständigt liv. Rekommendationen om att strukturera vården i astma-, allergi-och KOL-mottagning innebär därtill att patientens behov sätts i centrum, samtidigt som den skriftliga behandlingsplanen tillsammans med patientutbildning skapar förutsättningar för egenvård.

Remissversion

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för KOL leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. Samtliga regioner i Sverige är anslutna till Luftvägsregistret, men ännu saknas direktöverföring i flera regioner, framförallt i norra Sverige. I väntan på journalbyte som möjliggör direktöverföring och för att minska bördan med manuellregistrering, kan enheter välja att endast registrera de indikatorer som hör till vårdförloppet. Indikatorn ”andel som fått återbesök inom sex veckor vid akut exacerbation” är en ny indikator. Den finns i Luftvägsregistret som en variabel och kan bli en indikator, men i nuläget har endast Skåne och Halland sökordet valbart i journal. Det kommer därför behövas ett beslut och ett uppstartsarbete om den ska etableras. Eftersom tillgång på data för uppföljning är osäker och/eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta under 2020.

Mätning och återrapportering för dessa indikatorer kommer att ske via Luftvägsregistret, och kontakter om indikatorerna och frågor om dataleverans till Vården i Siffror behöver tas med ansvariga vid registret. Detsamma gäller för eventuella beställningar till Socialstyrelsen.

2.10 Övriga konsekvenser

Inga övriga relevanta konsekvenser tillkommer vid införandet av vårdförloppet för KOL.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och att öka tillgängligheten till effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer. Detta väntas i sin tur ge flera positiva konsekvenser för individen, bland annat genom att såväl ohälsa som onödig akutsjukvård kan förebyggas. För regionerna väntas vårdförloppet på cirka tre års sikt leda till en bättre kostnadseffektivitet genom tidigare diagnos, ökad behandlingsgrad vilket ger en förbättrad prognos och/eller lindrigare sjukdom över tid. Detta leder i sin tur till besparingar på många plan, bland annat inom akutsjukvården. Genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om KOL i hela landet, kommer omotiverade skillnader att minska. Detta berör särskilt frågor kopplade till väntetider till utförande av lungfunktionsundersökning och vård utifrån interprofessionell samverkan samt skriftlig behandlingsplan som även inkluderar planerad uppföljning.

För att åstadkomma dessa positiva konsekvenser kan vissa initiala investeringar för screening, förändrad organisation och kompetenshöjning behövas. Vårdförloppet kommer kräva satsningar som inkludera ökade kostnader och personalresurser. Antalet lungfunktionsundersökningar kommer att öka och därmed diagnostiken av KOL. För att hantera eventuella undanträngningseffekter och kostnader för detta rekommenderas att använda FEV_1/FEV_6-mätning för screening, så att färre patienter behöver genomgå dynamisk spirometri (en mer kostsam undersökning som tar längre tid att utföra). För att kunna arbeta med vårdförloppet på bästa sätt rekommenderas att vården organiseras i så kallade astma-, allergi- och KOL-mottagningar. Vid dessa mottagningar ges vården interprofessionellt, vilket betyder att kompetenser som läkare, astma-, allergi- och KOL-sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och kurator/psykolog samverkar utifrån sjukdomens svårighetsgrad och patientens behov. Detta arbetssätt kan skapa behov av kompetensutvecklingsinsatser för framförallt sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter.

Remissversion

Innehållsförteckning

1 Om konsekvensbeskrivningen 3
2 Konsekvenser 3
2.1 Omfattning 3
2.2 Nytta eller risker för individen 3
2.3 Etiska aspekter 6
2.4 Verksamhet och organisation 7
2.5 Kostnader 7
2.6 Kompetensförsörjning 10
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 11
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 11
2.9 Uppföljning 12
2.10 Övriga konsekvenser 12

Remissversion

1 Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) lung- och allergisjukdomar ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Den nationella arbetsgruppen (NAG) astma, KOL och luftvägsallergi har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, samt patientföreträdare. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för personcentrerade och sammanhållet vårdförlopp KOL färdigställdes i mitten av januari 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Prevalensen av KOL uppskattas till cirka tio procent av andelen av befolkningen som är över 40 år. Detta innebär att cirka 500 000 invånare i Sverige har sjukdomen, samtidigt har endast en tredjedel av dessa personer fått en diagnos. Underdiagnostiken vid KOL är därmed betydande. Rökning är den absolut vanligaste riskfaktorn för att drabbas av KOL. Under 1980-talet var cirka 30 procent av Sveriges befolkning rökare, men idag har prevalensen av tobakskonsumtion sjunkit till cirka 7 procent. Detta innebär att en stor andel av Sveriges befolkning kommer att inkluderas i vårdförloppet, eftersom det utgår från personer som nu röker eller som har rökt tidigare i livet. Vidare vet vi att cirka 50 procent av personer som röker drabbas av KOL, vilket gör att cirka hälften av alla som inkluderas i vårdförloppet kommer diagnosticeras med KOL och därför kommer att ta del av samtliga insatser i vårdförloppet.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet för KOL medför nytta för individen inom flera områden. Den största nyttan uppstår om fler patienter kan upptäckas tidigt och få behandling som kan bromsa sjukdomsförlopp, funktionsnedsättning och lindra symtom. I tabellen nedanför (Tabell 1) beskrivs de olika områden där kunskapsstödet kan ge nytta för individen, och hur stor den potentiella effekten väntas vara.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför.

Nytta	Kommentar
Individer med KOL blir inte undanträngda i sjukvården	KOL är en undanträngd sjukdomsgrupp jämfört med andra kroniska sjukdomar. Diabetesmottagningar har länge varit en självklarhet inom primärvården, där diabetessjuksköterskor har tillräckligt med tid för att följa upp patienter. Genom vårdförloppet kan omhändertagandet av patienter med KOL förstärkas och ges den plats inom hälso- och

Remissversion

	sjukvården som motsvarar sjukdomens prevalens och svårighetsgrad.
Fler individer erbjuds rökavvänjning	Fler patienter som fortfarande röker erbjuds rökavvänjning både i form av enkla råd till kvalificerad rökavvänjning given av utbildad tobaksavvänjare. Enligt Folkhälsomyndigheten var det år 2018 7 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav daglig tobaksrökning.
Fler individer får utföra FEV_1/FEV_6-mätning vid misstanke om KOL	Fler patienter där tillstånd kan upptäckas tidigt och erbjudas behandling. FEV_1/FEV_6-mätning är en enkel metod för att testa lungfunktionen samt för att identifiera patienter som behöver vidare utredning i form av dynamisk spirometri. Eftersom FEV_1/FEV_6-mätning är lätt att genomföra och mindre resurskrävande än dynamisk spirometri kan den användas som screeningverktyg på alla vårdenheter.
Fler individer får utföra dynamisk spirometri i diagnostiskt syfte inom rimlig tid	Dynamisk spirometri är en nödvändighet vid diagnostik av KOL. Väntetider till dynamisk spirometri varierar i nuläget i stort över landet. Vid en del vårdenheter kan väntetiden vara så lång som 6 månader. Det finns även en stor risk att patienter som får vänta länge inte kommer till besöket när tid för spirometri erbjuds.
Fler individer får handläggning på den vårdnivå som står i paritet med behovet (exempelvis astma-, allergi- och KOL-mottagning inom primärvården)	Väntetiden till behandling varierar i nuläget stort över landet, vilket får konsekvenser för ohälsa hos patienter. Vårdförloppet kan minska skillnaderna på detta område.
Fler individer kan undvika akutsjukvård	Många individer söker upprepade gånger akut med luftvägsbesvär, utan att få en diagnos och vidare handläggning. I dagsläget finns även brister i uppföljning av individer med KOL efter så kallade exacerbationer. Genom att identifiera dessa individer kan vårdförloppet minska onödig akutsjukvård.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer och vårdprogram, vilket även det kan säkras om vården ges via astma-, allergi- och KOL-mottagning.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder samt planerad uppföljning stödjer en mer patientsäker vårdprocess och ger även en större trygghet till patienten. Det berör samtliga patienter i förloppet.

Remissversion

Individens förutsättningar till delaktighet förbättrats i och med definierade åtgärder för patienter i varje åtgärdsblock samt den skriftliga behandlingsplanen.	Ökad patientdelaktighet ger bättre förutsättningar för att respektera och beakta individens autonomi och integritet för samtliga patienter i förloppet. Den skriftliga behandlingsplanen tillsammans med patientutbildning skapar förutsättningar för egenvård.
Fler individer uppnår nationella målnivåer för indikatorerna uttagna till vårdförloppet för KOL.	Uppnådda nationella målnivåer är ett minimikrav för en god vård och kan förebygga onödiga akuta sjukvårdskontakter.

Tabell 2. Potentiella patientrisker som kunskapsstödet medför

Risker	**Sannolikhet (S)** *1 – 4, där 4 betyder störst sannolikhet och 1 minst*	**Konsekvens** (K) *1 – 4, där 4 betyder störst konsekvens och 1 minst*	**Riskvärde**: *R = S x K*	**Eventuell kommentar eller förslag på åtgärd** *för att eliminera/minska risken*
Ökad sannolikhet för utredningar av patienter som ej visar sig ha diagnos (omotiverad vård)	2	1	2	Inklusionskriterierna kan utvärderas i efterhand. Ifall det bedöms lämpligt så kan dessa snävas åt.
Initialt ökade kostnader relaterat till personal (resursbrist)	1	2	2	Detta kan inte förbises, utan regionerna kommer initialt behöva räkna med ökade kostnader. Dock kommer detta långsiktigt leda till vinster genom korrekt diagnostik, behandling etcetera.
Införande av vårdförloppet kan leda till risk för undanträngningseffekt av astma	1	1	1	Regionerna kan undvika detta genom att satsa på certifierade astma, allergi och KOL-mottagningar och på det sättet säkra personalens kompetens och resurser vilket leder till att patienter med astma inte blir undanträngda.

Remissversion

Risk att riktlinjer inte följs av astma-, allergi- och KOL-sjuksköterskor på grund av tidsbrist	2	2	4	Redan idag har sjuksköterskor inte tillräckligt med tid i sina mottagningar vilket är en förutsättning för evidensbaserat arbete. Regionerna kommer behöva hantera tidsaspekten och följa rekommendationer på uträknad tid.

2.3 Etiska aspekter

Inga negativa effekter avseende autonomi och integritet. Möjligen kan en ökad mängd lungfunktionsundersökningar, förbättrad behandling och uppföljning leda till undanträngningseffekter för andra patienter med kroniska sjukdomar, framförallt inom primärvården. Dock bedöms inklusionskriterierna överensstämma med idag rådande riktlinjer och ökningen av dessa undersökningar är därmed något som regionerna bör förhålla sig till och planera för. Ett sätt att hantera detta är användande av FEV_1/FEV_6-mätning som screening för vilka som behöver vidare utredning. Detta medför i sin tur att en mindre andel patienter behöver genomgå dynamisk spirometri, en undersökning som är mer kostsam och tidskrävande. Att arbeta utifrån astma-, allergi- och KOL-mottagningar med gemensamma kriterier för vilka patienter som ska ingå i vårdförloppet gör att vården blir jämlik för alla personer med KOL oavsett var i landet de bor.

Inga uppbenbara konsekvenser avseende människovärdesprincipen eller behov- och solidaritetsprincipen. Bedömning av varje enskild individ och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras. Gällande ekonomiska effekter förväntas vårdförloppet leda till ökad kostnadseffektivitet över tid med hjälp av tidigare diagnossättning och ökad behandlingsgrad, vilket ger förbättrad prognos och/eller lindrigare sjukdomsutveckling över tid. De direkta kostnaderna kan därmed initialt öka, samtidigt som de indirekta kostnaderna kommer att minska över tid. Den totala kostnaden bedöms därför inte öka på sikt och värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa tillgänglig och jämlik vård för alla personer, oavsett var de befinner sig i landet. Detta har varit utgångspunkten även för vårdförloppet KOL och inga negativa konsekvenser förväntas att föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra de åtgärder som ska gälla alla patienter med misstanke om KOL i hela landet, särskilt i frågor kopplade till väntetider till utförande av lungfunktion och vård utifrån interprofessionell samverkan samt skriftlig behandlingsplan som även inkluderar planerad uppföljning.

Remissversion

I syfte att tidigt identifiera patienter med KOL startar det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet vid misstanke om KOL. Inklusionskriterierna medför att uppskattningsvis (efter exkludering av personer som redan har en KOL-diagnos och de som redan har genomfört spirometri) en procent av den vuxna befolkningen kommer att utredas för diagnos KOL årligen. Cirka 50 procent av dessa kommer visa sig ha diagnosen KOL. Denna omotiverade vård ska vägas mot att ett antal patienter i nuläget identifieras för sent och därmed kräver mer omfattande vård och behandling än vad som är medicinskt motiverat, denna fördröjning väntas minska med hjälp av vårdförloppet.

2.4 Verksamhet och organisation

I nuläget finns skillnader över landet avseende hur omhändertagande av personer med KOL är organiserat. Socialstyrelsens utvärdering 2018 visade att så hög andel som 80 procent av landets primärvårdsenheter hade en astma-, allergi- och KOL-mottagning utifrån givna kriterier. Socialstyrelsen menar att resultatet bör tolkas med stor försiktighet eftersom frågan hade ett högt bortfall och andra överskattar sin egen organisation; många enheter rapporterar att de har mottagningar utifrån givna kriterier, men när detta granskas, uppfylls inte kriterierna för godkänd mottagning.

För de orter som har ett systematiskt omhändertagande organiserat i astma-, allergi- och KOL-mottagningar innebär vårdförloppet små förändringar. Exempelvis kan det innebära att se över kompetensen så att minst en sjuksköterska har genomgått en fördjupningskurs i astma, allergi och KOL, då Socialstyrelsens utvärdering visade att 28—43 procent av klinikerna saknar anställda med sådan kompetens. Det kan också betyda att man behöver genomföra en översyn av att personalen har adekvat utbildning för att utföra kvalitetssäkrade spirometrier.

För de orter som saknar ett systematisk omhändertagande av individer med KOL, kommer en översyn av verksamheter att krävas så att rutiner, arbetssätt och processer kan anpassas till vårdförloppet.

Oavsett om den enskilda sjukvårdsenheten har en astma-, allergi- och KOL-mottagning eller inte, så har den nationella arbetsgruppen för astma, KOL och luftvägsallergi arbetat fram en nationell certifiering av astma-, allergi- och KOL-mottagning att använda som ett stöd för regionerna vid implementeringen av vårdförloppet.

Inom regioner med stora avstånd kan delar av vårdförloppet ske digitalt vilket ger ökad krav på digitalisering.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik/indikatorer att behöva utarbetas. Många regioner har direktöverföring till kvalitetsregister, medan andra fortfarande inte har prioriterat detta.

2.5 Kostnader

Det finns studier i Sverige som visar att primärvårdsenheter som arbetar utifrån astma- allergi- och KOL-mottagningar har patienter med färre exacerbationer och sjukhusinläggningar än övriga enheter. Ekonomiska uträkningar visar att vård av dessa patienter kostar cirka 20 000 kronor mindre per patient och år, jämfört med patienter som tillhör en enhet utan astma-, allergi- och KOL-mottagning (Lisspers

Remissversion

et al. Resp Med. 2014). Därför bedöms vårdförloppet på längre sikt kunna minska kostnaderna för regionerna, samtidigt som det på kort sikt (enligt Socialstyrelsen: under de första två åren) kan kräva vissa investeringar.

De områden som kan skapa kostnadsökningar är ett ökat antal utredningar för KOL, utökad interprofessionell samverkan och ett ökat antal återbesök för de som vid utredning också diagnosticeras. Utbildning av personal, och uppbyggnad av astma-, allergi- och KOL-mottagningar i primärvården är en faktor som initialt kommer att driva kostnader.

De kostnadsbesparingar som förutspås på längre sikt (enligt Socialstyrelsen: tre år och framåt) härrör bland annat från att fler personer med KOL upptäcks och behandlas i en tidigare fas av sjukdomen och att de rekommenderade åtgärderna då väntas ge en ökad sjukdomskontroll och färre exacerbationer. Detta kan i sin tur innebära mycket stora besparingar för hälso- och sjukvården i form av färre akutbesök och sjukhusinläggningar. För att uppnå dessa besparingar är särskilt åtgärder som rökstopp, interprofessionell samverkan och bättre uppföljning genom återbesök viktiga.

Tabell 3. Översikt över hur kostnader kan påverkas av det standardiserade vårdförloppet

Område för kostnadsförändring	Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt
Lokaler och material	Oförändrade
Utrustning	Marginell ökning av kostnader till följd av ökat behov av screeningutrustning (förenklad lungfunktionsmätning) i kommunal hemsjukvård, primärvård och specialistvård (FEV_1/FEV_6). FEV_1/FEV_6-mätning är en billigare metod än dynamisk spirometri, och användning av metoden kan leda till ekonomiska besparingar eftersom den kan identifiera det mindre andel personer som är i behov av att utredas med hjälp av dynamisk spirometri.
IT-system	Behandlingsplanen bör integreras i journalsystemen vilket kan leda till initiala kostnader. Direktöverföring av data från journalsystemet till Luftvägsregistret skulle förbättra möjligheter till relevant uppföljning. Idag finns det tekniska lösningar som är uppbyggda med nationella fackspråk för journalens sökord.
Personal	Ökning av personalkostnader till följd av ökat antal utredningar och ökat behov av samordning i vårdförloppet. Minskning av personalkostnader till följd av minskat behov av sjukhusinläggningar och akutvård. Sammantaget uppskattas personalkostnaderna minska på längre sikt.
Utbildning	Kompetens kommer behövas gällande diplomerade tobaksavvänjare, nationell spirometriutbildning (framförallt läkare, sjuksköterskor) samt vidareutbildningar för astma- allergi- och KOL-sjuksköterskor (15 högskolepoäng; för fysioterapeuter finns vidareutbildning om 7,5 högskolepoäng) och utbildning för läkare.

Remissversion

Utredning och diagnossättning	Fler patienter kommer genomgå FEV_1/FEV_6-mätning (eller andra former av förenklad lungfunktionsmätning) samt dynamisk spirometri vilket till att börja med kan öka kostnaderna (undersökningar samt personaltid). Men vid en ordentlig utredning och diagnossättning kan oplanerade vårdbesök bland annat på grund av att luftvägsinfektioner minska, vilket kan leda till minskade kostnader på sikt.
Behandling	Antalet patienter i behandling väntas öka vilket kan leda till högre kostnader initialt, men dessa förväntas minska med färre exacerbationer och ökad egenvård.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka, dock förväntas vinster i form av färre akutbesök och minskat lidande för den enskilde.
Akutbesök och sjukhusinläggningar	Förväntas minska efter implementering av vårdförloppet.
Andra kostnader	Behöver utredas regionalt.

Remissversion

Tabell 4. Ekonomiska konsekvenser från Socialstyrelsens riktlinjer Vård vid astma och KOL, 2018.

Tabell 7. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Central rekommendation hänvisar till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 2

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
Diagnostik			
Diagnostik vid misstänkt astma	D00.04, D00.07a-b, D00.16–D00.18	↗	↘
Diagnostik vid misstänkt KOL	D00.19–D00.21	↗	↘
Interprofessionell samverkan			
Interprofessionell samverkan vid astma och KOL	A03.01, K03.01	↗	↘
Rökstopp			
Rökstopp vid astma och KOL	A03.08a–b, K03.05	→	↘
Läkemedelsrelaterad behandling vid astma			
Behandling med inhalationssteroider hos barn	A02.04	↗	↘
Behandling med inhalationssteroider och kombinationsläkemedel	A01.02–A01.03	↘	↘
Administrering av bronkdilaterare med spray/spacer eller nebulisator	A01.20–A01.21	→	↘
Mätning av fysisk kapacitet samt träning och nutritionsbehandling vid KOL			
Mätning av fysisk kapacitet med gångtest	K04.09	↗	↘
Konditions- och styrketräning	K03.12, K03.15	↗	↘
Nutritionsbehandling vid lågt BMI	K03.06	↗	→
Patientutbildning och egenvård			
Utbildning, stöd till egenvård, behandlingsplan och träningsråd vid astma	A03.02, A03.03, A03.05, A03.07, A03.12	→	↘
Patientutbildning, stöd till egenvård och behandlingsplan vid KOL	K03.02, K03.03	→	↘
Symtombedömning			
Bedömning av hälsostatus med ACT vid astma	A04.01, A04.02	→	↘
Bedömning av hälsostatus med CAT vid KOL	K04.05	→	↘
Återbesök			
Uppföljning och återbesök vid astma	A04.07–A04.11, A04.13–A04.17	↗	↘
Uppföljning och återbesök vid KOL	K04.11–K04.17	↗	↘

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘.

2.6 Kompetensförsörjning

För att arbeta enligt vårdförloppet krävs att regionerna säkerställer att personalen har adekvat kompetens gällande FEV_1/FEV_6-mätning samt dynamisk spirometri. Detta kan säkerställas genom att regionerna utbildar personal enligt strukturen för nationellt spirometrikörkort. För att säkerställa att individer med KOL behandlas och vårdas enligt nationella och internationella riktlinjer kommer det finnas ett behov av att via universiteten utbilda sjuksköterskor till astma-, allergi- och KOL-sjuksköterskor. Även fysioterapeuter och till viss del arbetsterapeuter kommer behöva fördjupad utbildning. Vidare finns fortutbildningsbehov för läkare, då det är läkaren som ställer diagnos och ordinerar medicinering: feldiagnostisering och felmedicinering leder till onödigt lidande för patienten och ineffektivt utnyttjande av vårdens resurser.

Tabell 5. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp.

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för KOL?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos professionen nationellt om vårdförlopp för KOL	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på läkare, sjuksköterskor och andra relevanta parter i professionen	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om spirometriundersökning (FEV_1/FEV_6 samt dynamisk spirometri)	• Utbilda utbildare i nationellt spriometrikörkort • Genomföra nationell spirometrikörtkortsutbildning regelbundet för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med fler	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om sjukdomen KOL	• Universitetsutbildning för sjuksköterskor 15.0 hp • Universitetsutbildning för fysioterapeuter, arbetsterapeuter 7.5 hp	Universiteteten samt sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om sjukdomen KOL	• Läkare	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskapen om sjukdomen KOL	Regelbunden fortutbildning för astma-allergi- och KOL-teamet	Sjukvårdsregionerna

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförloppet för KOL hänvisar till nationella riktlinjer (Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid astma och KOL, 2018 och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer, 2015) samt till internationella riktlinjer (GOLD; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Det finns ett behov av att uppdatera Läkemedelverkets behandlingsriktlinjer eftersom dessa är från 2015.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet KOL verkar i linje med omställningen till nära vård då det syftar till att ge fler personer med KOL goda förutsättningar för egenvård samt tillgång till tidigt insatt behandling utifrån nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer (vilket kan motverka behovet av sjukhustung vård och onödig konsumtion av akutsjukvård). Vårdförloppets åtgärder kan bromsa sjukdomsutveckling och hindra att patienten drabbas av funktionsnedsättningar, vilket stärker patientens framtida möjlighet att leva ett självständigt liv. Rekommendationen om att strukturera vården i astma-, allergi-och KOL-mottagning innebär därtill att patientens behov sätts i centrum, samtidigt som den skriftliga behandlingsplanen tillsammans med patientutbildning skapar förutsättningar för egenvård.

Remissversion

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för KOL leder till vissa förändringar i behov av uppföljning. Samtliga regioner i Sverige är anslutna till Luftvägsregistret, men ännu saknas direktöverföring i flera regioner, framförallt i norra Sverige. I väntan på journalbyte som möjliggör direktöverföring och för att minska bördan med manuellregistrering, kan enheter välja att endast registrera de indikatorer som hör till vårdförloppet. Indikatorn ”andel som fått återbesök inom sex veckor vid akut exacerbation” är en ny indikator. Den finns i Luftvägsregistret som en variabel och kan bli en indikator, men i nuläget har endast Skåne och Halland sökordet valbart i journal. Det kommer därför behövas ett beslut och ett uppstartsarbete om den ska etableras. Eftersom tillgång på data för uppföljning är osäker och/eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta under 2020.

Mätning och återrapportering för dessa indikatorer kommer att ske via Luftvägsregistret, och kontakter om indikatorerna och frågor om dataleverans till Vården i Siffror behöver tas med ansvariga vid registret. Detsamma gäller för eventuella beställningar till Socialstyrelsen.

2.10 Övriga konsekvenser

Inga övriga relevanta konsekvenser tillkommer vid införandet av vårdförloppet för KOL.

Remissversion