

Stockholm den 12 augusti 2015

Remissvar: Socialstyrelsens målnivåer för vård vid astma och KOL (remissversion 2015-05-13)

LIF – de forskande läkemedelsföretagen – har givits möjlighet att ta del av och lämna synpunkter på remissversionen av Socialstyrelsens målnivåer för vård vid astma och KOL.

LIF anser att de valda målnivåerna är relevanta och i linje med intentionerna i de nationella riktlinjerna inom området.

Socialstyrelsens val att målnivåerna för spirometri, användning av strukturerade frågeformulär, symptombedömningar och FEV1/FVC ska vara ≥ 95 procent välkomnas av LIF. Det strukturerade omhändertagandet av patienter med astma och KOL är av stor vikt för patienter inom såväl primär- som specialistvård.

Specifika kommentarer

2.3 Symptombedömning med strukturerat frågeformulär ACT vid astma (Asthma Control Test)

Det är bra att denna typ av verktyg lyfts upp och implementeras för ett förbättrat och mer jämlikt omhändertagande av patienter med astma.

4.3 Symptombedömning med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL (COPD Assessment Test)

Det är bra att denna typ av verktyg lyfts upp och implementeras för ett förbättrat och mer jämlikt omhändertagande av patienter med KOL. Vi saknar emellertid ett resonemang kring olika frågeformulär. Exempelvis kan MRC-skalan (Medical Research Council dyspnoea scale) vara ett alternativ eller komplement till CAT. En harmonisering med LV:s riktlinjer bör här dock vara prioriterat.

MRC:

- Till skillnad mot CAT - som har åtta frågor - består MRC av en fråga med fem svarsalternativ. Enligt GOLD går gränsen för symtombesvär vid två poäng eller mer. Alltså finns en tydlig gräns för när en intervention ska göras.
- Vid ny diagnos utgör två poäng eller mer på MRC-skalan grund för att initiera långverkande behandling. Hos en befintlig patient som redan behandlas med långverkande bronkdilaterare i monoterapi och trots detta har två poäng (eller mer) på MRC-skalan finns incitament för dubbel bronkdilaterande behandling.
- Denna enkelhet kan underlätta en implementering i vården.

4.6 Icke-invasiv ventilation för respiratorisk acidosis vid exacerbation av KOL

”Akut exacerbation” bör definieras tydligare för att måloppfyllelsen ska kunna utvärderas. Ett förslag på avgränsning kan vara: ”exacerbationer som leder till sjukhusinläggning”.

Kompletterande målindikatorer

- **Strukturmått:** LIF anser att en utbildad Astma/KOL-sjuksköterska är central i omhändertagandet av KOL-patienten vad gäller diagnos, utbildning och uppföljning. Forskning har tydligt visat på sjuksköterskans värde (Praxisstudien, PATHOS-studien). Tillgång till en utbildad Astma/KOL-sjuksköterska är en resurs som behöver prioriteras och det är viktigt att resursen används för ”rätt” saker (t.ex.: inte göra spirometri på välinställda KOL-patienter för att förbättra den egna kvoten):
 - Astma/KOL-sjuksköterskan behöver mer tid/vecka för arbete med dessa två folksjukdomar.
 - Astma/KOL-sjuksköterskan har en viktig uppgift i att, utöver ovan, identifiera nya patienter ur riskgrupperna.

Förslag till strukturuppföljning/strukturmått: Antal diagnostiserade astma/KOL-patienter per utbildad astma/KOL-sjuksköterska.

- **Screening KOL:** LIF rekommenderar att vikten av screening betonas i målnivådokumentet. En av de viktigaste uppgifterna är att screena kända riskgrupper – t.ex. rökare > 40 år. En metod kan vara s.k. COPD6-mätare. Studier visar att av de rökare som gjort spirometri slutade 17 % röka jämfört med 7 % av de som inte gjort spirometri.

Förslag till uppföljning/processmått: Andel rökare > 40 år som gjort COPD6-mätning och/eller spirometri.

Med vänlig hälsning



Anders Blanck
VD