

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.: 20/19119

Vår ref: HSAK202100179

Dato: 01-10-2021

Høring - Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til høringen "Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)."

Høringen tar først for seg generelle betraktninger om retningslinjen, deretter kommenteres kapitlene.

Generelle betraktninger

Legeforeningen mener at retningslinjen gir en nyttig oppdatering, og håper innspillene vil være hensiktsmessige, slik at retningslinjen blir lett anvendelig i en klinisk hverdag. Det faglige innholdet i emnene som dekkes er godt, med klare anbefalinger rettet mot primærhelsetjenesten. Det bærer preg av grundig arbeid, og vekker tillit til tiltakene. Selv om målgruppen, med noen få unntak, er helsepersonell i primærhelsetjenesten, vil Legeforeningen bemerke at en *nasjonal* retningslinje også burde dekke utredning- og behandlingsanbefalinger for spesialisthelsetjenesten. Helseatlas for Kols har tidligere påvist betydelig ulikhet i helse-tilbudet til denne pasientgruppen, også i spesialisthelsetjenesten. Behovet for norske retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten er betydelig, for eksempel omtale av oksygenbehandling ved respirasjonssvikt, ambulant oksygenbehandling og behandling med ventilasjonsstøtte både i akutt og kronisk fase. Disse begrensninger gjør retningslinjen dessverre lite relevant for leger i spesialisthelsetjenesten. Det bør fremkomme i tittelen, som bør endres til "Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling i *primærhelsetjenesten* av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)".

For den enkelte kliniker er det svært mange anbefalinger og retningslinjer å forholde seg til. For at slike retningslinjer skal bli brukt med mål om mer korrekt diagnostikk og behandling, må en tilstrebe å gjøre retningslinjene så kortfattet som mulig, samt at de må være enkle å gjøre oppslag i.

Det foreliggende forslaget er kortet betydelig ned i forhold til den forrige utgaven som var på over 170 sider mot knapt 50 sider, og dette vurderes som en stor fordel. Ved å tilstrebe praktiske og anvendbare retningslinjer, øker man sannsynligheten for at så mange klinikere som mulig bruker den, og at pasientene dermed får et mest mulig likeverdig oppfølgingstilbud. Legeforeningen mener at det er viktig å ha oppdaterte retningslinjer for diagnostisering og behandling av denne store pasientgruppen, men det forutsetter hyppig revidering for å få med ny forskning som kan implementeres i en klinisk hverdag.

Retningslinjene bør være digitalt tilgjengelige og helst være linket direkte opp til legenes

journalssystemer for beslutningsstøtte. Videre anbefales det at scoringsverktøy og skjema har direkte klikkbare lenker i teksten, for lettere tilgjengelighet i en hektisk hverdag.

Noen deler av teksten som gjelder for eksempel diagnosekriterier og graderinger av alvorlighet, er såpass viktige at de burde vært uthevet. Slik som setningen på side 10 om at to eller flere behandlingstrengende forverringer i løpet av et år er den sterkeste prediktoren for framtidige forverringer med behov for annen behandling etc. For å gjøre teksten mindre voluminøs, bør det vurderes å plassere referansene kapittelvis helt til slutt i anbefalingen, eller at de «skjules» bak en klikkbar boks på slutten av hvert kapittel.

Legeforeningen vil også bemerke at antallet nasjonale retningslinjer og pakkeforløp for ulike diagnoser øker. De fleste av slike forutsetter involvering av radiologisk kompetanse ('kreftkontroller' med CT, MR etc). Radiologisk kompetanse er en begrenset ressurs, og vi minner om utfordringen med kloke valg også i denne settingen. Forløp bør definere ikke bare oppstart, men også avslutning, og - når mulig - justering av frekvens og kontrolldesign.

Tilbakemeldinger på hvert høringskapittel

Kapittel 1:

Det bør presiseres at diagnosen skal stilles etter at det er gjort minst to spirometrimålinger ved to separate konsultasjoner. Dette er i tråd med det som står i sammendrag på side 5. Det bør også understrekes at diagnostisering skal gjøres med pasienten i stabil fase. Dette er viktig for å unngå overdiagnostikk dersom pasienten blir undersøkt i forbindelse med en akutt, forbigående infeksjon eller liknende.

Innledningsvis i kapittelet bør det skrives at leger må være oppmerksomme på muligheten for underliggende kols når de møter pasienter i risikogruppen på for eksempel legevakt med symptomer og tegn på obstruksjon i forbindelse med akutte luftveisinfeksjoner. I disse tilfellene bør pasientene oppfordres til å ta kontakt med fastlege for videre utredning i stabil fase.

På side 4-5 under beskrivelsen av spirometri, bør anbefalinger om smittevern ved potensielt aerosoldannende prosedyrer omtales.

I tillegg til de anbefalte blodprøveanalysene på side 6 foreslår Legeforeningen å inkludere TSH og NT-proBNP. Særlig på grunn av proBNPs rolle i diagnostisering av hjertesvikt.

Måling av oksygenmetning bør inngå som en del av utredningen forbindelse med diagnostisering av kols, i tillegg til å være et nyttig monitoreringsverktøy i stabil fase.

I primærhelsetjenesten vil det være et kapasitetsspørsmål med hensyn til å bruke valideringsskjema som CCQ eller CAT.

Figuren på side 9 gir god oversikt og denne kan med fordel brukes av EPJ-leverandørene som mal for utkrysning direkte i EPJ.

Den trinnvise opptrappingen av medisiner som beskrives, kan med hell følges av figur med klikkbar tekst for oversikt over de ulike behandlingsvalg med ulike byttbare legemidler og utstyr. På grunn av bytteordningene har det blitt stadig mer utfordrende å holde oversikten over likeverdige preparater.

Etter Legeforeningens vurdering er det fint at overforbruket av ICS i flere land er omtalt på side 16. ICS ser ut til å kunne øke risiko for pneumoni med så mye som 50% i tillegg til en rekke andre negative helseeffekter. Også kriterier for deponering av ICS er omtalt. I retningslinjene kan man gjerne henvise til Gjør Kloke Valg-kampanjens råd fra for eksempel Norsk forening for lungemedisin.

Kapittel 3:

Når det gjelder valg av dosering av steroider er det her et stort sprik i rutiner og tradisjon, særlig styrt av det regimet som brukes ved lokalsykehusene i det aktuelle området.

Legeforeningen ville sett det fordelaktig om retningslinjen omtalte valg av dosering og kurens varighet.

På side 22 er det beskrevet at ved kols-forverring bør SABA og SAMA administreres på kammer, og at forstøver ikke gir noen ytterligere effekt. Man kan også vurdere å kommentere hvor mange inhalasjoner/pust på kammeret man skal ha for optimalt opptak av legemidlet.

Når det gjelder vurdering av innleggelse i sykehus, vil Legeforeningen påpeke at det er flere legevakter som ikke har blodgassanalyser tilgjengelig. Man bør kanskje heller vurdere om oksygenmetning som indikasjon for innleggelse er mer hensiktsmessig.

Legeforeningen støtter at retningslinjen gir tydelig anbefaling om kontroll innen fire uker, enten hos fastlege eller på sykehus, avhengig av alvorlighetsgrad.

Kapittel 4:

Når det gjelder tverrfaglig rehabilitering, er dessverre tilbudet i de enkelte kommuner relativt begrenset. Kapittel 4 kunne muligens vært innledet med det avsnitt som nå står til slutt, hvor det manglende tilbudet omtales.

Omtrent halvparten av kommunene er små. For disse kommunene er anbefalingen om tverrfaglig rehabilitering på kommunalt nivå ikke et reelt alternativ, da disse kommunene verken har kapasitet eller får bygget nok kompetanse for denne spesifikke lidelsen. Det er derfor langt viktigere at kapasiteten for tverrfaglig rehabilitering i andrelinjetjenesten økes, og at flere pasienter kan motta slikt tilbud, uavhengig av helseregion og bosted.

Kartlegging som anbefales gjort i henhold til retningslinjen er såpass omfattende at det kan være vanskelig å rekke alt i løpet av en konsultasjon, hvor man også må ha tid til klinisk undersøkelser og gjennomgang av labsvar, blant annet. En mulighet er at deler av denne kartleggingen kan gjøres i forbindelse med innleggelse på sykehus, slik at informasjonen inkluderes i epikrisen. Eventuelt bør det settes opp egen konsultasjon hos fastlege for dette.

Kapittel 6:

Legeforeningen mener at bestilling og levering av utstyr som PEP-fløyte bør være enklere i primærhelsetjenesten, for å øke bruken av slike gode, nyttige verktøy.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien

Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning

Fagdirektør

Maria Tønne

Rådgiver/lege



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Dokumentet er godkjent elektronisk