



15. september 2021

# KOLS - høringsutkast ny nasjonal faglig retningslinje

## Innledning - generelle kommentarer

Helsedirektoratet har sendt på høring forslag til en ny faglig retningslinje: Kols – diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom. Den forrige retningslinjen er fra 2012 og det er skjedd mange endringer innen fagfeltet siden da, ikke minst når det gjelder legemidler og leveringformer/devices. Norsk forening for allmennmedisin mener derfor dette er en etterlengtet oppdatering av de norske retningslinjene.

Norske allmennleger har 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 korte og konsise 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 med referanser i det foreliggende høringsutkastet. Retningslinjene bør være digitalt tilgjengelige og helst være linket direkte opp til legenes journalsystemer for beslutningsstøtte. Når det anbefales scoringsverktøy og skjema, bør disse ha direkte klikkbare lenker i teksten for lett være tilgjengelige i en hektisk hverdag. Dette er noe det ligger godt til rette for i den nye teksten.

Litt om lay-out: Noen deler av teksten som gjelder feks diagnosekriterier og graderinger av alvorlighet er såpass viktige at teksten kunne vært skrevet i fete typer. Slik som setningen på side 10 om at to eller flere behandlingstrengende forverringer i løpet av et år er den sterkeste prediktoren for framtidige forverrelser med behov for annen behandling etc. Dette vil forenkle lesbarheten og gjøre at nyttige kliniske tips og råd lettere fanges opp.

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 hver kapittel.

## NFA ønsker også å kommentere noen enkeltpunkter i teksten under.

I kapittel 1 om diagnose, utredning og vurdering av alvorlighetsgrad på side 3 bør det 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 understrekes også at diagnostisering skal gjøres med pasienten i stabil fase. Dette er viktig for å unngå overdiagnostikk ved at pasienten blir undersøkt i forbindelse med en akutt, forbigående infeksjon eller liknende.

Vi mener det innledningsvis burde stå noe om at legen bør være oppmerksomme på muligheten for underliggende KOLS når de ser pasienter i risikogruppe på øyhj-time/legevakt med symptomer og tegn på obstruksjon i forbindelse med akutte luftveisinfeksjoner. Disse pasientene bør oppfordres til å ta kontakt med fastlegen for videre utredning i stabil fase.

Under beskrivelsen av spirometri på side 4-5 bør det stå noen ord om smittevern ved potensielt aerosoldannende prosedyrer og at en bør vurdere personlig beskyttelsesutstyr dersom smittesituasjonen i samfunnet tilsier dette.

Blodprøveanalyser som anbefales på side 6 bør kanskje også omfatte TSH og NT-ProBNP. Den siste blir senere omtalt som en nyttig verdi om blodprøvene gir mistanke om hjertesvikt på side 7. ProBNP er vel den eneste enkelt tilgjengelige blodprøven som kan si noe om hjertesvikt.

Pulsoksymeter finnes nå på alle legekontor og listen over basisundersøkelser i forbindelse med diagnostisering bør omfatte også metningsmåling - ikke minst er det nyttig å kjenne pasientens verdi i stabil fase ved undersøkelse i forbindelse med forverrelser utløst av infeksjoner etc slik det er omtalt senere i retningslinjen, blant annet på side 9.

## Vedrørende vurdering av symptombelastning:

Det kunne være ønskelig med en drøfting nytten i allmennpraksis av å bruke valideringsskjema som CCQ eller CAT. Dersom en mener dette er en oppgave som det skal brukes tid på, kunne en kanskje ønske seg at en i

Norge ble enige om å bruke ett av scoringsverktøyene. På side 9 står det riktignok at bruk av ett skjema er tilstrekkelig, men spørsmålet er om en i det hele tatt skal bruke tid på skjemautfylling i forbindelse med kontroll som raskt sprenger rammen for en vanlig konsultasjon i allmennpraksis om alle deler av anbefalingen skal følges. Det er ikke noen utbredt tradisjon for bruk av dette i førstelinjen og i en travel allmennpraksis vil dette ta tid fra andre oppgaver dersom en ikke har enkel tilgang til egenscoring som pasienten selv kan medbringe til konsultasjonen.

Figuren på side 9 er svært illustrerende og gir rask oversikt. Denne kan med hell brukes av EPJ-leverandørene som mal for utkryssing direkte i EPJ for enklere journalføring og bedre oversikt for pasient og lege om hvor pasienten befinner seg.

På side 14 gjentas «stabil kols/fase» som tidligere er definert. For å spare tekst i den elektroniske utgaven, bør dette være en klikkbar lenke/hypertekst til en forklaring på hva dette innebærer.

Nederst på samme siden omtales behandlingsvalg for kols ved samtidig astma. Her burde det også være en liten forklarende tekst som beskriver denne spesielle varianten hvor behandlingsalgoritmene for astma får fortrinn.

Den trinnvise opptrappingen av medisiner som beskrives, kan med hell følges av figur med klikkbar tekst hvor en kan gjøre oppslag og få oversikt over de ulike behandlingsvalg med ulike byttbare legemidler og devices. Pga bytteordningene har det blitt stadig vanskeligere å holde oversikten over likeverdige preparater i bruk.

Vi er glade for at overforbruket av ICS i flere land er omtalt på s 16. ICS ser ut til å kunne øke risiko for pneumoni med så mye som 50% i tillegg til en rekke andre negative effekter på kroppen. Også kriterier for deponering av ICS er omtalt. Gjerne henvisning til Gjør Kloke Valg-kampanjens råd fra for eksempel lungelegene.

### Kap. 3 Behandling ved forverrelser

Stort sett greie råd for oppstart av per orale steroider og antibiotika som før vurdere ved CRP over 40.

Når det gjelder valg av dosering av steroider versere det utallige regimer rundt om i landet - ofte styrt av hva slags regime lokalsykehusene bruker i det aktuelle området. 5 dagers kur med 30 MG er enkelt og greit, men det kunne kanskje vært lurt om det i alle fall var en kort omtale av valg av akkurat denne doseringen og varighet av kur.

På s 22 er det beskrevet at ved forverrelser bør SABA og SAMA administreres på kammer og at forstøver ikke gir noen ytterligere effekt. Det er alltid et spørsmål om hvor langt med i detaljene en skal gå, men dersom en ønsker å ha en ganske så praktisk veileder, kunne en kanskje sagt noe om hvor mange inhalasjoner/pust på kammeret for optimalt opptak av legemidlet.

Under vurdering av innleggelse i sykehus, er det beskrevet at blodgassfunn kan inngå i vurdering. Det er svært få legevakter som har blodgassanalyser tilgjengelig. Å angi metning under 92% som grense for å vurdere innleggelse, er nok langt mer relevant.

Støtter at veileder er tydelig på kontroll innen 4 uker - enten hos fastlege eller på sykehus, avhengig av alvorlighetsgrad.

### 4 Lungerehabilitering

Pasienter som er «Symptombegrenset av kols» bør tilbys tverrfaglig rehabilitering, heter det i anbefalingen. Dessverre er tilbudet ute i kommunene begrenset når det gjelder tverrfaglig rehab, men de fleste kommuner kan i alle fall tilby rehabopphold på sykehjem, i regi av Frisklivssentralene med mulighet for tilpasset opplegg eller hos interesserte fysioterapeuter. Kapittel 4 kunne kanskje vært innledet med det kapittelet som nå står til slutt og hvor det manglende tilbudet omtales.

Kartlegging som anbefales gjort iflg veilederen er såpass omfattende at det er vanskelig å få tid nok innen rammene av kontrollkonsultasjonen etter innleggelse der en i tillegg til klinisk us og kontroll av lab skal gjennomgå medisinalister etc. En del av kartleggingen om pasientens habitualtilstand kan gjøres ved å intervju pasientens under innleggelse og sørge for at denne infoen kommer med i epikrisen. Alternativt må en sette opp en egen konsultasjon for å få på plass de ønskede målinger og scoringer for henvisning - i alle fall ved henvisning til institusjonsbasert rehab. Noen steder vil sykehusene gjøre slik vurdering selv pga knapphet på plasser.

Med henvisning til det som er skrevet over, burde en i retningslinjen vurdere å flytte frem kapittel 5 som beskriver hva leger og annet helsepersonell bør gi av anbefalinger for den enkelte pasient. Dette er noe alle pasienter kan ha nytte av. De vil sannsynlig trengte hjelp til oppstart i regi av fysioterapeut, treningsterapeut e.l.

På side 40 omtales det nyttige hjelpemiddelet PEP-fløyte hvor får en bestilt dette og en lenke til en utskrivbar pasientinstruksjon ville være nyttig. Hadde levering av slikt utstyr til pasienter vært enklere ved bestilling i førstelinjen, ville trolig bruken vært enda større blant pasienter som kan ha nytte av PEP-fløyte

NFA vil konkludere med at alt i alt er dette en nyttig oppdatering av retningslinjene. Vi håper våre innspill til forbedringer vil være til nytte og vi ser frem til snarlig å få en oppdatert retningslinje som er lett å bruke i den kliniske hverdagen.

Med vennlig hilsen

Torgeir Hoff Skavøy  
Nestleder NFA

Ståle Onsgård Sagabråten  
Styremedlem NFA