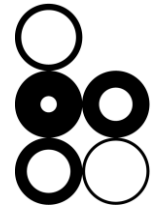


Dansk Selskab for Almen Medicin  
Stockholmsgade 55, st.  
2100 København Ø

DANSKE  
REGIONER



29-06-2016

Sag nr. 15/2524

Dokumentnr. 32625/16

### **Høringssvar vedr. klinisk vejledning om KOL i almen praksis**

Danske Regioner modtog den 1. juni 2016 høringsbrev fra DSAM vedrørende klinisk vejledning om KOL i almen praksis. Danske Regioner takker for muligheden for at komme med bemærkninger.

Høringen har været ude i regionerne, og Danske Regioner har på baggrund af input fra regionerne udarbejdet følgende høringssvar.

Generelt finder Danske Regioner, at vejledningen kan være et nyttigt redskab for almen praksis. Det bør dog overvejes, om der er afsnit, der kan udelades, da vejledningen er meget omfangsrig, og en del af det, der står i vejledningen ikke har specifik klinisk relevans, men mere har karakter af at være samfundsmæssig baggrundsviden.

Danske Regioner har desuden følgende specifikke bemærkninger til vejledningen.

#### Side 7, "Forord"

Der står: "*Siden kommunalreformen i 2007 er antallet af rygestopklinikker på landets hospitaler imidlertid minimeret*". Danske Regioner vil gerne pointere, at dette er en konsekvens af kommunalreformen, da Danske Regioner anser rygestopklinikker for at høre ind under den borgerrettede forebyggelse, og dermed er en kommunal opgave.

#### Side 16, "Hvad er den patoanatomiske baggrund for KOL?"

For læseren er det forvirrende, at der anvendes en sammenblanding af medicinske og danske betegnelser. Det er som om, forfatteren ikke har gjort sig klart, hvem målgruppen for vejledningen er.

#### Side 36, afsnittet "*Kan lungefunktionen bedres ved rygestop?*"

Der bør evt. stå en tilføjelse om, at patienterne umiddelbart efter rygestop får øget hoste.

Side 2

#### Side 36, "Nikotinens biologi"

Der står: *"Surhedsgraden i tobak er meget afgørende for smagen og optagelsen af nikotin i organismen. Røgen fra cigaretter er normalt let sur, hvilket betyder, at nikotin, som er basisk" bliver ioniseret. Cigarettrøgen kan derfor inhaleres ned i lungerne, hvor nikotinen neutraliseres, optages over alveolemembranen og føres til blodbanen på 8-10 sekunder."* Dette afsnit virker uforståeligt for læseren.

Der skulle formentlig have stået følgende: *"...Årsagen til dette fænomen skal findes i nikotinmolekylets evne til at passere cellemembranen. I et surt miljø vil nikotinmolekylet være ioniseret (et ekstra H<sup>+</sup>), og kan kun vanskeligt passere cellemembraner. Det betyder, at stoffet kun langsomt optages i kroppen. I basisk miljø vil molekylet ikke være ioniseret og passerer derfor let over cellemembraner. ....Cigarer, pibetobak, skrå samt nikotintyggegummi er neutrale til basiske (pH 7-8) og kan derfor optages allerede over mundhulens cellemembraner til videre transport i blodet. Tobakken i cigaretter er derimod let sur (pH 5-6,5), hvorfor det meste af nikotinen er ioniseret. Dette betyder, at meget lidt optages i mundhulen, hvorfor cigaret-røg oftest inhaleres....Alveolernes overfladeslim vil med sin pH på ca. 7,4 omdanne nikotinmolekylet til den ikke ioniserede form, som derefter meget hurtigt optages i blodet."* (Kilde: Falk, Jørgen, (1994), "Tobakkens Biologi", Tobakskaderådet.

#### Side 38, "Hvilket rygeafvænningsmiddel hjælper patienten bedst?"

Det virker forvirrende, at nikotinpræparater nævnes i både anden og tredje afsnit. Det kan læses som om, at godt nok er både nikotinpræparater, Vareniclin og Bupronion alle tre førstevalgspræparater, men nikotinpræparater rangerer alligevel højere end de to andre, når man skal vælge et førstevalgspræparat?

#### Side 41, "Hvilket rygeafvænningsmiddel hjælper patienten bedst?"

Der står: *"E-cigaretter med nikotin er ulovlige at sælge i Danmark"*. Danske Regioner vil her gerne gøre opmærksom på, at loven er ændret, så det nu er blevet lovligt. Loven blev vedtaget den 18. maj 2016.

#### Side 44, "Hvordan behandles KOL i stabil fase?"

RADS konkluderer, at evidensen for LAMA og LABA er ligeværdige. Det bør afspejle sig i behandlingsskemaet, så der er et alternativ i det tilfælde, at

der er behov for at skifte præparat på grund af manglende subjektiv effekt. Det gør skemaet mere anvendeligt for eksempelvis sygeplejersker, der taler med patienterne herom.

Side 3

Side 50, ”Skal patienter med KOL pneumokok vaccineres?”

Forkortelsen IPS mangler i listen over forkortelser og definitioner.

Side 56, ”Hvor kan rehabiliteringen foregå?”

I afsnittet om ”hvordan kan rehabiliteringen foregå” afsnit to, kan det med fordel præciseres, at:

*”Lungerehabilitering er primært en kommunal opgave (fraset den specialiserede ambulante genoptræning efter udskrivning fra hospital), men andet kan aftales i sundhedsaftalerne og forløbsprogrammer mellem regioner og kommuner.”*

Side 57, ”Hvad betyder BMI for KOL-patientens prognose?”

Afsnittet vedr. vejledning i forbindelse med ernæringsindsatsen kan med fordel oplyse om reglerne for praktiserende læges ordination af ernæringspræparater til patienter, der er alvorligt syge eller så svækkede, at de ikke kan synke eller optage almindelig kost.

Side 58, ”Hvad indebærer ernæringsintervention for patienter med KOL?”

Der står: *”Ved fremskreden KOL og underernæring bør ernæringstilskud generelt anbefales....”* Reglerne for tilskud til ernæringspræparater bør skitses her, da det kun er nogle patienter med KOL, der vil være berettigede til at få tilskud til ernæringspræparater, og generelt er der erfaring for, at der er mange i almen praksis, der er usikre på, hvem der kan få tilskud, og hvem der ikke kan.

Side 64, ”Får patienter med KOL osteoporose?”

Der står: *”Patienter med KOL har en øget risikoprofil som følge af rygning, nedsat motionsevne og måske usund kost.”* Det er uklart, hvad man forstår ved usund kost i denne forbindelse, da det ikke er et entydigt begreb for denne patientgruppe, da en undervægtig patient med KOL skal leve efter ”den omvendte kostpyramide”, mens en normalvægtig skal leve efter den almindelige kostpyramide, og en svært overvægtig patient med KOL måske skal leve endnu sundere.

Side 66, ”Får patienten med KOL angst og depression?”

Der står: *"Benzodiazepiner har anxiolytisk effekt hos patienter med KOL, men kan forårsage respiratorisk depression og bør således kun anvendes i kortere tid"*. Det er måske også værd at nævne, at årsagen til, at man fra de centrale myndigheders side kun anbefaler at anvende benzodiazepiner i kortere tid, skyldes, at de er vanedannende.

#### Side 82, "Hvem tager vare på patienten med KOL i sygdommens forskellige faser?"

Afsnittet vurderes særligt relevant og kunne med fordel uddybes, i henhold til de regionale forløbsprogrammer for mennesker med KOL, og gives en mere fremtrædende rolle sammen med afsnittet om samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

#### Side 84, "Hvordan sikrer vi det gode samarbejde omkring patienten med KOL, og hvem der er vore samarbejdspartnere?"

Afsnittet kunne med fordel indeholde en illustration og deloverskrifter, som synliggør det interne samarbejde i almen praksis og samarbejdet med andre aktører i patientens behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Der kunne med fordel gøres opmærksom på, at udover de regionale forløbsprogrammer og årskontroltydelsen, så kan der være lokale aftaler i hver region, der understøtter almen praksis i rollen som tovholder, fx i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse eller den palliative indsats.

Det er vigtigt at være opmærksomme på, at apotekerne også er en samarbejdspart i patientens behandlings- og rehabiliteringsforløb. Bl.a. tilbyder apotekerne "medicinsamtale" og "tjek på inhalationen".

#### Telemedicin

Det kan påpeges, at der bør være mere oplysning/information vedrørende telemedicinsk opfølgning af KOL patienter. Telemedicin er alene nævnt i sidste afsnit på side 84. Der kunne med fordel indgå et specifikt afsnit omhandlende telemedicinske løsninger for KOL patienter eventuelt med anbefalinger fra Lunge Medicinsk Selskab og en vurdering af værdien i relation til fagligheden og ud fra et sundhedsøkonomisk aspekt og ift. patienttryghed. Ligeledes vil en afgrænsning af, hvilke patienter, der med fordel kan anvende telemedicin og den praktiske gennemførelse og afgrænsning af, hvem der aflæser patienternes indberetninger være en fordel.

Telemedicin er endnu ikke lige udbredt i alle regioner, men det må forventes fremover at få øget opmærksomhed, hvorfor der bør være mere fokus herpå i DSAM's vejledning.

Side 5

Venlig hilsen

Rikke Agergaard  
Chefrådgiver/teamleder  
Danske Regioner