

Vejle, d. 15. maj 2026

Høringssvar fra Region Syddanmark, SydKIP

DSAM's kliniske vejledning: Astma og KOL i almen praksis 2026

Overordnet set er vejledningen et solidt og velstruktureret bidrag til det almenmedicinske arbejde med astma og KOL. Nedenstående kommentarer er afgivet i konstruktiv ånd med henblik på at styrke vejledningens kliniske anvendelighed og læsevenlighed.

Diagnostik

P. 12: Flowchart (figur 2) Flowchartet over diagnostik af astma og KOL opleves som meget avanceret og svært at anvende i klinisk hverdag. Det foreslås, at diagrammet forenkles og overvejes i et nyt visuelt design – fx med separate farvekoderoder for astma og KOL for at lette aflæsning i en travl hverdag.

p. 13 Spirometri – beskrivelse af FEV1% Det foreslås, at beskrivelsen af FEV1% omformuleres til: *"Patientens lungefunktion angives som FEV1 i procent af den forventede værdi for raske personer med samme alder, køn og højde (FEV1%). Denne værdi beregnes automatisk af spirometret. En FEV1% på 100 svarer til gennemsnittet for raske personer, og værdier over 100% ses derfor hyppigt. Hos voksne betragtes FEV1% < 80 som nedsat lungefunktion."*

Figur til spirometri (figur 3) Det overvejes, om der kan tilføjes en QR-kode til en instruktionsvideo, evt. fra sundhed.dk.

FEV1/FVC-ratio Afsnittet opfattes som tungt at læse. Det foreslås, at det forkortes og præciseres. Det bør overvejes, om begrebet "Tiffeneau-indeks" skal nævnes, da mange klinikere kender det under dette navn.

p. 15 Restriktiv nedsat lungefunktion Det foreslås, at det tydeligt fremgår, at diagnosen ikke kan stilles i almen praksis, men at den kan *mistænkes* ved lav FVC og høj FEV1/FVC-ratio, og at patienten da bør henvises til speciallæge.

p. 16 Z-score Det foreslås at vende rækkefølgen i afsnittet: Indled med at vejledningen anvender den kendte FEV1/FVC < 0,7-grænse, men at fremtiden forventes at bevæge sig mod Z-score – og forklar derefter hvad Z-score er. Det giver en mere naturlig læseflow for den praktiserende læge.

p. 17 Responstest – to definitioner Afsnittet præsenterer to samtidige definitioner (GINA og Dansk Lungefunktionsstandard), hvilket kan skabe forvirring. Det foreslås, at én definition fremhæves som anbefalet, og den anden præsenteres som alternativ med en kort begrundelse for valget.

p. 18 Steroid-responstest – dosering Den angivne dosis på 37,5 mg prednisolon dagligt i 7-10 dage synes som en højdosis. Det foreslås, at det kommenteres kort, om der findes evidens for lavere dosering, eller om doseringen begrundes mere eksplicit.

Bronkodilatator-responstest ved opfølgning I behandlingsafsnittet nævnes, at responstesten kan bruges ved opfølgning, men i diagnostikafsnittet antydes, at den primært er til diagnosetidspunktet.

Det foreslås, at vejledningen præciserer, hvornår responstesten er indiceret efter diagnosen, er stillet.

p. 18-19 Peak flow-skema Det foreslås at indsætte et eksempel på et peak flow-målingsskema, svarende til de spirometri-figurer der er i vejledningen.

p. 19/20 Anstrengelsesudløst astma Det foreslås, at det overvejes, om der skal tilføjes et afsnit om anstrengelsesudløst astma under diagnostik, da dette kan præsentere sig anderledes og kræver specifik opmærksomhed.

p. 21/22 GOLD ABE-klassifikation (figur 5)

Figuren opleves som uklar og svær at aflæse i klinisk brug. Det foreslås, at den redesignes, så det er umiddelbart tydeligt, hvilken ABE-gruppe patienten tilhører, og hvad det medfører af behandling. En tydelig visuel løsning fra internationale retningslinjer kan evt. tilpasses. Man kan lade sig inspirere af medicinal-industriens.

p. 24 MRC-score Det foreslås at overveje, om MRC-scoren fortsat bør indgå i vejledningen, da CAT anbefales som primært redskab, og MRC kun dækker åndenød. Hvis MRC bevares, bør det begrundes tydeligere.

p. 28 Erhvervsmæssig eksponering Det foreslås at tilføje en kort bemærkning om, at erhvervsmæssig eksponering kan give anledning til anmeldelse som arbejdsskade, og at patienten evt. bør vejledes herom.

Behandling

p. 31 + fig 7 ICS ved astma – livslang behandling? Det foreslås, at vejledningen forholder sig eksplicit til, om astmabehandling med ICS er livslang, eller om det er muligt at trappe ud af behandlingen ved langvarig sygdomskontrol. Dette er et hyppigt spørgsmål fra patienter.

p. 32 Seponering af ICS ved astma (figur 7) Det foreslås, at det første flowchart (figur 7) ligesom figur 9 (seponering af ICS ved KOL) gives et mere visuelt og farverigt udtryk, der letter brugen i hverdagen.

p. 38 Farvekort ved KOL-eksacerbation Det foreslås at tydeliggøre, om patienterne i dag fortsat anvender farvekort til vurdering af sputum, eller om dette er erstattet af mere objektive kriterier som CRP og purulens. Mange klinikere kender farvekort som redskab, men vejledningen bør klarlægge status.

p. 44 Rehabilitering – kommunale tilbud Under indikationer for henvisning nævnes rehabilitering, astmaskole og rygestoptilbud. Det foreslås at tydeliggøre at dette dækker kommunale tilbud, og om almen praksis bør kende til disse og anvende.

Opfølgning

p. 45 Astma – kan patienten trappe ud af behandling? Under astmaopfølgning savnes en mere eksplicit beskrivelse af, under hvilke omstændigheder det er muligt at seponere astmabehandling helt, herunder hvilke kriterier der skal være opfyldt.

p. 47 KOL-opfølgning – CAT vs. MRC Da CAT anbefales som primær symptomscore, og MRC omtales som sekundær, bør det overvejes at forenkle opfølgningsskemaet, så CAT tydeligt er det anbefalede redskab og MRC blot nævnes som alternativ.

Øvrige kommentarer

Vejledningens lix-tal og sproglige tilgængelighed I afsnittet om spirometri og FVC-beregning opleves sproget steder som tungt og på et lavt niveau: *"Spirometri er en lungefunktionsundersøgelse, der måler luftstrømmen over tid. Testen består i, at patienten fylder sine lunger helt, og derefter tømmer dem så hurtigt og fuldstændigt som muligt"*

Spacer ved bronkodilatator-responstest Det bør fremgå tydeligt, om spacer skal anvendes ved udførelsen af bronkodilatator-responsetesten i praksis.

Der findes 4 typer af inhalatorer:

Pulverinhalatorer (kapsel/blister): De er ofte nemme at bruge, men kræver god sugekraft. Kunne læses som om, at pulverinh. altid har kapsler/blister, hvilket jo ikke er korrekt.

Der skal være en figur 10, som hedder valg af inhalator. Det er jo ikke helt til at vide, hvordan den er udformet. Kan vi evt. foreslå, at der henvises til regionernes inhalationsoversigt (selvfølgelig lidt upraktisk, at den ikke ligger på en national hjemmeside).

Lige nu er der forskellige versioner, men det ændres jo, når vi får en fælles regional Basisliste. Link til RSyd's inhalationsoversigt, [Inhalationsmedicin til astma og KOL](#)

Med venlig hilsen

Rasmus Dahl-Larsen

Praksis Konsulent, SYDKIP

Speciallæge i almen medicin,