

Till: Lars Magnus Andersson, Ordf. i
Svenska Infektionsläkarföreningen
lars-magnus.andersson@vgregion.se

Yttrande från Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) gällande
Nationellt vårdprogram COVID-19 V. 3.0

Bäste Lars-Magnus Andersson och vårdprogramgruppen för covid-19!

Vi tackar för möjligheten att inkomma med synpunkter på Nationellt vårdprogram COVID-19 V. 3.0 med utökad deadline till 2021-08-16. Vi välkomnar initiativet och ställer oss bakom innehållet.

Först och främst skulle vi vilja föreslå följande gulmarkerade **förtydliganden och/eller kompletteringar**:

- Sida 9, § Smittfriförklaring. Vi föreslår att ni redan i sammanfattningens sista rad tillägger en hänvisning till sida 13. Det är en central punkt i vårdprogrammet och en tidig hänvisning torde vara av stor nytta för tidspressade kliniker. Således är förslaget att meningen lyder: "Smittfriförklaring: Förutsätter minst 2 dygns feberfrihet (...) med särskilt känsliga individer. **Se även sida 13.**"
- Ang. syrgasbehandling av kroniskt lungsjuka patienter. Målsaturationen är angiven till 88-92% på sidorna 31 och 45. Vi föreslår tillägg av förtydligandet: "**Denna målsaturation gäller i frånvaro av pågående ischemi**".
- Ang. kompletterande provtagning från nedre luftvägar med "BAL" vid bestående covid-19 misstanke men initialt negativ PCR-diagnostik. För lungmedicinare innebär "BAL" utförande av s.k. "bronkoalveolärt lavage", dvs. en sköljning ända ut på alveolär nivå med 100-250 ml buffrat, sterilt, kroppsvarmt koksalt (volymen beror på frågeställningen och patientens status; ofta räcker 100 ml vid infektionsmisstanke) och returerna samlas upp genom lågtrycks aspiration/sug. Gravyt hypoxiska patienter må inte överstå en äkta BAL, med vilken övergående / försämrad hypoxi, feber och frossa samt ökat inflammatoriskt påslag ofta följer som konsekvens av vätskeutträdet som sker till blodbanan på alveolärnivå. BAL och bronksköljning förväxlas ofta av icke-bronkoskoperande lungmedicinare.

Vi önskar ändå följande komplettering/formulering på sida 18: "Vid negativt resultat från övre luftvägsprov och kvarvarande misstanke om covid-19 rekommenderas prov från djupa luftvägar (sputum, bronksekret, bronksköljning, BAL, trachealsekret)".

- Ang. behovet av eventuell radiologisk uppföljning vid covid-19. Stycket är i vår bedömning välformulerat. Vi har två synpunkter.
 - Bifynd i form av solitära eller multipla lungnoduli omnämns inte i aktuell version av ert vårdprogram trots att dessa utgör en vardaglig grund för remiss- och/eller konsultation till landets lungmedicinska enheter. Vi föreslår ett kortfattat tillägg på sida 27, i form av en egen slutparagraf under stycket i slutet av stycket om "Radiologisk diagnostik": "Solitära eller multipla rundhärdar i lungorna är vanliga radiologiska bifynd. Handläggning bör ske enligt nationellt vårdprogram för lungcancer: [Små nodulära förändringar - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se)". Ett sådant tillägg med hänvisning till ett uppdaterat vårdprogram torde vara kliniskt betydelsefullt.
 - Radiologisk uppföljning av pneumoniska infiltrat är så gott som alltid indicerade efter 6-(8)-12 veckor. Vi uppfattar ert budskap på sidan 45, § "Patient med måttligt svår covid-19", § "Patient med svår covid-19", § "Patienter med kritisk covid-19" som varandes väl flexibelt / tillåtande och befarar att detta skulle kunna leda till missade uppföljningar däribland missade tumörer. Vidare kan det vara av värde att tillägga i alla dessa 3 stycken att "Solitära eller multipla rundhärdar i lungorna är vanliga radiologiska bifynd. Handläggning bör ske enligt nationellt vårdprogram för lungcancer: [Små nodulära förändringar - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se)". Ett sådant tillägg skulle med fördel kunna utformas till en fotnot för att inte försämra helhetsintrycket av sida 45.
- Sida 23, "Klinisk bild". I § 2 beskrivs tydligt risken för hypoxi- och pneumonitutveckling samt att det kan föreligga diskrepans mellan patienters mående i vila och vid lättare ansträngning ("får uttalad hypoxi redan vid lättare ansträngning"). Vi föreslår att denna mening följs av: "Ett gångtest eller standardiserat sex-minuters-gångtest (6MWT) kan diagnostisera dessa fall". För bevandrade kliniker är gångtest välkänd diagnostisk metod men våra akutmottagningar bemannas inte allt för sällan av yngre kollegor i behov av vägledning och konkreta tips. Vi bedömer att de skulle gynnas av ett liknande tillägg.
- Sida 45, Sammanfattning, § Indikation för slutenvård: "(...) saturation <94% hos icke-kroniskt lungsjuka (...)"

Vi önskar även att Ni förtydligar följande:

- Sida 49, § Vårdhygieniskt förhållningsätt gällande kommunal vård och omsorg. "Kontinuerlig användning av munskydd eller visir på vårdpersonal kan användas (...)" ; för primärvården (sida 48) anges att "kontinuerlig användning av munskydd eller visir på vårdpersonal bör användas (...)". **Är denna nyansering avsiktlig?**

Slutligen, föreslår vi följande smärre **redaktionella justeringar**:

- Sida 21: Idag saknas kunskap om hur antikropps-nivåer korrelerar med skyddseffekt av vaccin mot covid-19 (...)" .
- Sida 22, § Riskgrupper för svår sjukdom/död: "hög ålder, (...), diabetes, (...)" .
- Sida 24, § Patogenes: "De svåraste fallen har ofta höga nivåer av IL-6, CRP, (...)" .
- Sida 26, § Radiologisk diagnostik. I första meningen har kursiveringen försvunnit för *Svensk Förening för Medicinsk Radiologi*.
- Sida 36, § Ivermectin. Föreslår utbyte i sista meningen av "Både" till "Samtliga EMA, FDA, NIH och WHO avråder från behandling."
- Sida 38, §1: "Saknas idag fullständiga data (...)" .
- Sida 40, §1: "Studiens inklusionskriterier var sjukhusvårdade patienter med lågt syrgasbehov och CRP:"
- Sida 50, § "Ställningstagande till vård på intermediärvårds-/intensivvårdsavdelning".
- Sida 50, § "* konsensusdefinition (...) höglödessyrgasbehandling."

Stockholm, 2021-08-14

Stéphanie Mindus,

Vice ordförande & remissansvarig i Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF)