

# HÖK för kroniskt obstruktiv sjukdom, KOL



## Allmänläkarkonsulterna

### Överenskommelse mellan primärvården och lungsjukvården i Norrbotten

#### När misstänk KOL?

KOL bör övervägas och spirometri genomföras vid långvarig exponering för skadliga ämnen (främst tobaksrök), ålder > 35 år samt något av följande:

- Hosta, slem, andfåddhet och/eller pip i bröstet
- Frekventa och/eller långvariga förkylningar/bronkiter
- Nedsatt fysisk kapacitet
- Vid misstänkt/påvisad hjärtsjukdom med dyspne
- Lungröntgen bild som ger misstanke om KOL

#### Diagnostiska kriterier

- Klinisk bild förenlig med KOL
- Spirometri med obstruktivitet ( $FEV_1/FVC < 0.7$ ) efter bronkdilatation med beta-2-agonist.
- Vid misstanke om astma – peroral steroidtest (25-30mg Prednisolon i 2-3 veckor)
- Spirometritolkning (se [lathund](#))

RTG – ska ingå i utredning för att utesluta andra bakomliggande orsaker till klinisk bild

## Behandling

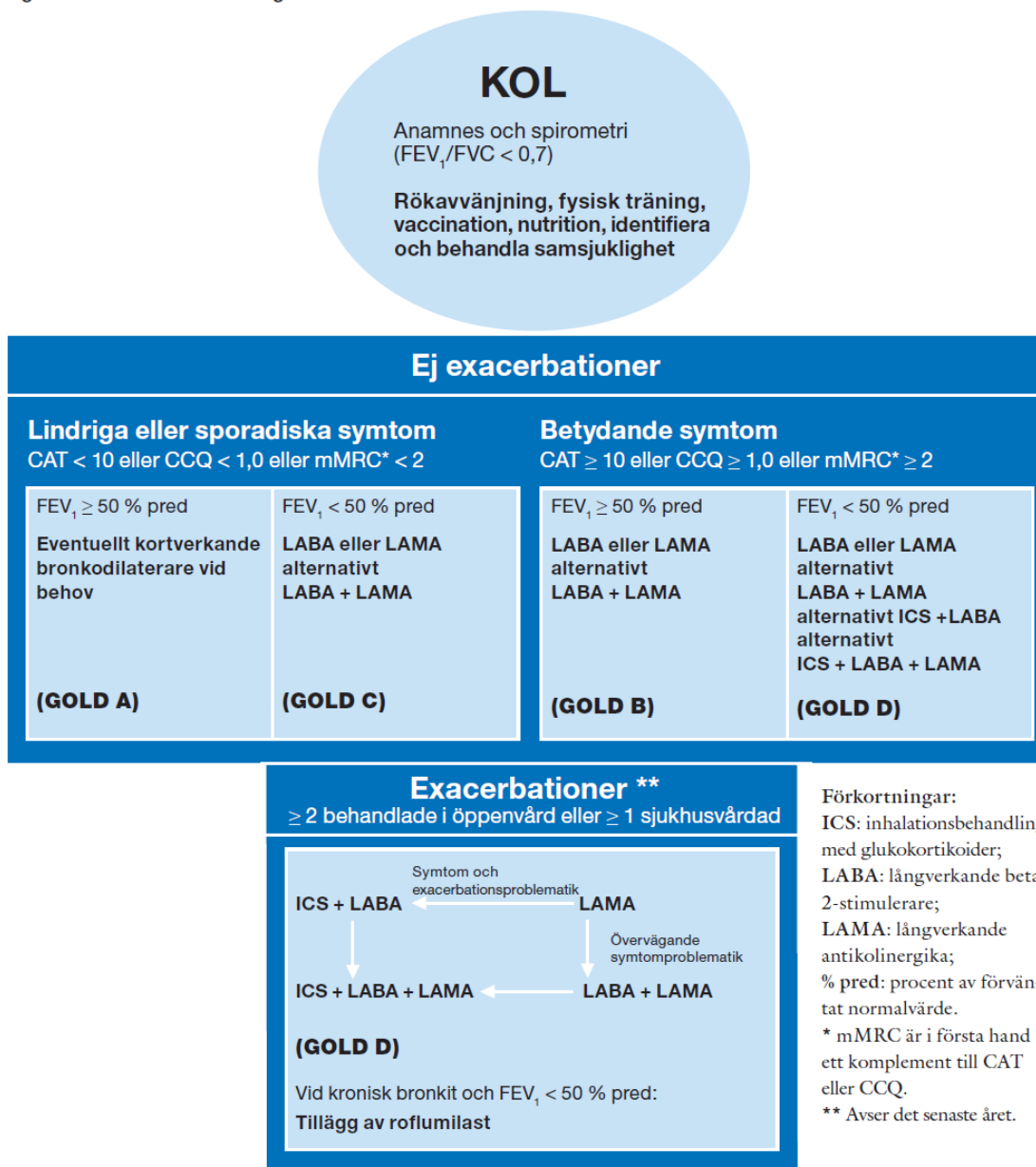
### Icke-farmakologisk behandling – interprofessionell samverkan

- Rökstopp - stöd i att sluta röka
- Rekommendera KOL-skola där resurser finns
- Patientutbildning – sjukdomen, inhalationsteknik, skriftlig behandlingsplan (innehåller regelbunden medicinskbehandling samt åtgärder vid försämring)
- Fysioterapeut – andningsteknik, sekretmobilisering, konditions- och styrketräning
- Samarbete med arbetsterapeut, dietist (remiss om BMI < 22), kurator
- Vaccinationer mot influensa och pneumokock

## Farmakologisk behandling

Underhållsbehandling styrs individuellt utifrån aktuell sjukdomssituation efter symptom, grad av lungfunktionsnedsättning samt förekomst av exacerbationer. Se nedan!

Figur 1. Underhållsbehandling av KOL.



Läkemedelsverket, 2015

[Aktuella rekommenderade läkemedel](#)

[Inhalatorer, översikt](#)

## Behandling av akuta exacerbationer

Efter individuell bedömning kan patienten ha beredskapsrecept i hemmet (kortison och/eller antibiotika).

Tabell II. Behandling av akuta exacerbationer av KOL på vårdcentral/akutmottagning.

Läkemedel	Rekommendation
Salbutamol och/eller ipratropium givet som inhalation	Salbutamol 2,5–5 mg och/eller ipratropium 0,5 mg administrerat med nebulisator. Upprepa behandlingen efter 30–45 minuter om otillfredsställande effekt. Alternativt kan inhalation av spray via inhalationskammare ges med 4–10 puffar beta-2-stimulerare och/eller ipratropium var 20:e minut under sammanlagt en timme.
Oxygen 1–2 liter/min	Titrerad oxygenbehandling med mål 88–92 % i saturation. Det är viktigt att beakta risken för koldioxidretention (hyperkapni).
Prednisolon	30–40 mg peroralt dagligen i fem dagar utom vid lindriga exacerbationer.
Antibiotika: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i första hand amoxicillin eller doxycyklin</li> <li>• i andra hand amoxicillin/klavulansyra, trimetoprim/sulfonamid eller ciprofloxacin. Ovanstående andrahandsalternativ avser då man av annat skäl än behandlingssvikt inte kan använda något av första-handsalternativen.</li> <li>• Vid behandlingssvikt ska val av antibiotika om möjligt ske med ledning av odlingssvar.</li> </ul>	Insätts vid purulenta sputa. Sputumodling bör om möjligt tas innan insättande av antibiotika. Upprepade exacerbationer och terapissvikt stärker indikationen för sputumodling.
Om patienten försämras: akut inläggning.	

Läkemedelsverket, 2015

## Uppföljning/återbesök

- Efter akut exacerbation – uppföljning inom 6 veckor
- Vid upprepade exacerbationer – uppföljning 2ggr/år
- Vid underhållsbehandling – uppföljning 1ggr/år

### Besökens innehåll

- Bedömning av symtom med [CAT](#)
- Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet
- Längd, vikt, inhalationsteknik och saturation
- Uppföljning av behandlingsplan –regelbunden medicinering, vid behov medicinering, åtgärder vid försämring
- Spirometri 1 ggr/år

Se även [Läkemedelsverkets rekommendationer](#)

## Vårdnivå

### Primärvård

- Initial utredning, diagnos
- Uppföljning
- Identifiera behov av interprofessionell samverkan (ssk, sjg, at, dietist, kurator)

### Remiss till sjukhusspecialistvård

- Nyupptäckt svår KOL (GOLD C-D)
- Hastigt sjunkande FEV<sub>1</sub> (rapid decline) / hastig progress av symtom
- Saturation i vila <93%
- Homozygot alfa-1-antitrypsinbrist
- Långtidsoxygen terapi (LTOT): Se [Läkemedelsverkets rekommendation!](#)
- Oklar diagnos eller differential diagnostiska problem
- Otillfredsställande behandlingseffekt inkluderande frekventa exacerbationer

### Remissinnehåll

- Tydlig frågeställning
- Anamnes: yrke, exposition, tobakvanor (pack year), aktuella symtom, komorbiditet, medicinering och funktionsnivå
- Somatisk status, BMI, saturation
- Spirometri med reversibilitetstest
- Lungröntgen som bör vara utförd inom de senaste 6-12 månaderna

### Remiss/epikris från sjukhus till primärvård

- Efter akut exacerbation, rekommenderad uppföljning inom 6 veckor
- Remiss bör innehålla planering för...
  - ...beskrivning av patientens tillstånd
- ...aktuell medicinering
- ...var, när och hur uppföljning rekommenderas
- ...råd om handläggning vid akuta försämringar

Dokumentet framtaget i samarbete mellan lungläkarna Ann Lindberg och Dirk Albrecht, astma/KOL-sköterska Caroline Stridsman och distriktsläkare Lucie Machova.