

## Regional medicinsk riktlinje

# Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL 1.0) – tillämpning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Syfte .....	1
Huvudbudskap .....	1
Vårdnivå och samverkan.....	2
Samverkan - Kommunala perspektivet.....	3
Bakgrund .....	3
Indikatorer och målvärden .....	3
Utredning .....	4
Uppföljning.....	5
Patientmedverkan och kommunikation.....	6
För vårdgivare .....	7
Relaterad information.....	7

## Syfte

RMR ”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp KOL 1.0” är en regional anpassning av det nationella vårdförloppet *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)* som är framtaget av SKR inom *Nationellt systemet för kunskapsstyrning*, se länk: <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

## Huvudbudskap

Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med KOL och öka tillgängligheten till en effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer:

- minska den omfattande under- och feldiagnostiken av KOL

- fler personer med KOL ska få sin sjukdoms svårighetsgrad, och därmed risken för allvarligt sjukdomsförlopp, bedömd
- fler personer med KOL ska få tillgång till personcentrerade insatser för att bromsa sjukdomsförloppet, förhindra exacerbationer och förbättra prognosen
- öka patientens delaktighet i vård och behandling

## Vårdnivå och samverkan

### Vårdnivå

Det stora flertalet personer med KOL diagnostiseras och behandlas inom primärvården. Primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag omfattas av två huvudmän. Till primärvården räknas normalt regionens vårdcentraler, rehabmottagningar och dietistenheter samt primärvårdsinsatser utförda inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Det är av största vikt att vårdövergångar, både inom primärvården och till specialistvården, kännetecknas av enkelhet och med full transparens för patienten som ska ha en god information om sin patientresa. För att uppnå detta krävs ett nära samarbete i vårdkedjan, både mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård.

### Spirometrikörkortet

Enligt Krav- och kvalitetsboken för Vårdval Vårdcentral ska patienter med KOL, förutom läkarkontakt, även erbjudas insatser av sjuksköterska med påbyggnadsutbildning inom astma/KOL om minst 15 högskolepoäng. Det finns ett ”Nationellt spirometrikörkort” som är en certifierad spirometriutbildning som ett flertal regioner redan har implementerat. Det pågår nu ett arbete inom VGR för att kunna erbjuda denna fortbildning regionalt, detta för att säkerställa behovet av kvalitetssäkrade spirometriundersökningar.

### Utökat team

Att bedriva teambaserat arbete är viktigt på alla vårdnivåer, detta innebär att involvera fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och vid behov samtalsstöd i ett tidigt skede. Kontakt med fysioterapeut rekommenderas för mätning av fysisk kapacitet, stöttning med fysisk aktivitet/träning och sekretmobiliserande interventioner. Kontakt med arbetsterapeut rekommenderas för genomgång av energibesparande tekniker, utprovning av hjälpmedel, andningsteknik vid aktivitet och för att se till att vardagsaktiviteter fungerar. Remiss till dietist vid ökad bedömning/behandling av undervikt eller fetma. Vid psykosociala faktorer som påverkar patienten negativt bör psykolog/kurator kontaktas. Utöver det bör patientutbildning i form av KOL-skola erbjudas.

### Millennium care pathway

Vårdförlopp KOL är ett prioriterat vårdförlopp där samverkan har inletts mellan RPT KOL och Millenium-arbetsgrupper i syfte att vårdförloppet från start ska ha en egen *care pathway* i Millenium.

## Samverkan - Kommunala perspektivet

Inom kommunal hälso- och sjukvård har en del patienter svårt att medverka vid en spirometri utifrån olika funktionsnedsättningar och svår sjukdom, vilket kan försvåra diagnossättning. Behandlande primärvårdsläkare kan då utgå från övriga diagnoskriterier för KOL och vid uppenbar misstanke om KOL påbörja behandling som vid en diagnosticerad KOL enligt vårdförloppet. Flertalet patienter i kommunal hälso- och sjukvård har inte förmåga att hantera medicinering på egen hand utan behöver stöd och hjälp från vård- och omsorgspersonal.

## Bakgrund

### Epidemiologi

KOL är en underdiagnostiserad sjukdom i Sverige. En halv miljon av befolkningen över 40 år uppskattas ha KOL men endast runt en tredjedel har fått diagnos. Sjukdomen innebär ett stort lidande och höga kostnader för både individ och samhälle.

I Västra Götaland nydiagnostiserades 7 334 personer 2018–2019 med KOL, därav 5 296 inom primärvården och 2 038 inom specialistvården.

Tidig diagnostik och insatta åtgärder, där rökstopp är den viktigaste, medför betydande vinster både vad gäller behandlingseffekter, sjukdomsutveckling och utredning av samsjuklighet.

**ICD-10-SE, förslag:** J449 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, ospecificerad

### Definition

KOL innebär en progressiv kronisk luftvägssjukdom som orsakar inflammationer och strukturella förändringar i de små luftrören, lungvävnaden och lungkärnen.

Luftvägsobstruktionen vid KOL indelas i fyra stadier utifrån FEV1 i % av förväntat värde efter bronkdilatation vid spirometri:

- GOLD 1 –  $\geq 80$  %
- GOLD 2 – 50–79 %
- GOLD 3 – 30–49 %
- GOLD 4 –  $<30$  %.

## Indikatorer och målvärden

Vårdförloppet följs med utvalda indikatorer i kvalitetsregistren *Munin*, *Hugin* och *QregPV* som innehåller data om KOL.

- Andel patienter som fått spirometri utförd inom 6 månader. Målsättning att nå 25% första året och >50% inom tre år.
- Andel patienter av de som sökt rehabmottagning och där fått intervention med sjukdomsförebyggande åtgärder. Målsättning att inom två år ska >50% få adekvata åtgärder.
- Andel patienter som genomfört 6-minuters gångtest. Målsättning att >10% första året och >30% efter tre år ska ha genomfört gångtest.

## Utredning

### Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet ska ske vid misstanke om KOL. Misstanke föreligger om följande kriterier är uppfyllda:

- patienten har luftvägs- eller andningsbesvär som rapporterats eller som framkommer vid riktade frågor samt
- patienten är över 40 år samt
- patienten röker eller har rökt tidigare minst tio paketår.

Ingång i vårdförloppet ska **inte** ske om patienten har:

- en tidigare verifierad KOL med spirometri som visade FEV1/FVC <0,70 efter bronkdilatation
- gjort en dynamisk spirometri det senaste året som visade FEV1/FVC  $\geq$  0,70.

Utgång ur påbörjat vårdförloppet kan ske på något av följande sätt:

- om FEV1/FEV6-mätningen är  $\geq$  0,73 och FEV1 är  $\geq$  80% av förväntat värde
- om dynamisk spirometri visar FEV1/FVC  $\geq$  0,70 och åldersfaktorn har beaktats
- om diagnos KOL uteslutits vid anamnes och sammantagen klinisk bedömning
- när bedömning och handläggning enligt flödesschemat genomförts.

En symptomatisk patient, där KOL uteslutits, bör utredas för astma, funktionella andningsstörningar, annan lung- eller luftvägssjukdom, och hjärt-kärlsjukdom. Svår eller långvarigt underbehandlad astma kan ge luftvägsobstruktion som inte är helt reversibel och vid frånvaro av riskfaktorer för utveckling av KOL bör patienten handläggas enligt gällande riktlinjer för astma. Vid astma och samtidig rökning kan det föreligga en komplex blandbild som kan behöva handläggas för såväl astma som KOL. Personer som haft en avvikande lungutveckling i samband med för tidig födsel kan uppfylla spirometriska kriterier för KOL, men kräver speciell handläggning och utredning, bland annat för bronkopulmonell dysplasi (BPD).

### Utredning vid misstanke om KOL

- Vid misstanke om KOL – utför en FEV1/FEV6-screening

- Vid stark misstanke om KOL, eller god tillgång till dynamisk spirometri – beställ dynamisk spirometri med reversibilitetstest
- Vid aktuell luftvägsinfektion – avvakta minst 4 veckor med spirometrin

### **Laboratorieprover**

Överväg provtagning utifrån differentialdiagnoser och riskfaktorer (t ex anemi, hjärtsvikt, alfa-1-antitrypsinbrist). Kontroll av s-eosinofila kan vara av värde vid differentialdiagnosen eosinofil astma.

### **Undersökningar**

- Lungröntgen – överväg i differentialdiagnostiskt syfte (om ej nyligen gjord), se även SVF lungcancer
- EKG – överväg för värdering av samsjuklighet

### **Diagnoskriterier**

Diagnosen baseras på tre kriterier:

- dynamisk spirometri efter bronkdilatation med kvot FEV1/FVC  $<0,7$
- aktuella luftvägssymtom
- anamnes på riskfaktor

Överväg upprepad spirometri inom ett år om diagnoskriterierna inte uppfylls men fortsatt misstanke om KOL föreligger, särskilt hos rökare.

### **Utvidgad bedömning**

- Mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest (protokoll 6-MWT). Bör utföras hos personer med KOL och FEV1  $<80\%$  av förväntat värde och andfåddhet (mMRC  $\geq 2$ ) eller CAT  $\geq 18$  eller annan misstanke om fysiskt nedsatt kapacitet.
- Bedömning av nutritionsstatus. Orsaker till bristande nutrition och ofrivillig viktnedgång bör utredas. Hos personer med KOL och Body Mass Index (BMI)  $<22$  eller risk för undernäring bör nutritionsbehandling skyndsamt påbörjas. Använd ”Verktyg för bedömning av risk för undernäring”.
- Samsjuklighet: Förutom differentialdiagnoser som astma, lungcancer, annan lungsjukdom och hjärt-kärlsjukdom, ta även ställning till obstruktivt sömnapné syndrom, osteoporos, ångest/depression, typ 2 diabetes och metabolt syndrom.
- Pulsoximetri bör tas på samtliga patienter med misstänkt KOL.

### **Uppföljning**

Planerad uppföljning enligt följande:

- KOL med upprepade exacerbationer – minst två gånger årligen, vid akut exacerbation inom sex veckor

- KOL med underhållsbehandling – en gång årligen
- KOL utan underhållsbehandling – vid behov
- Rökare med KOL – en gång årligen

Uppföljning planeras och utförs baserat på patientens behov och KOL-teamets sammansättning, kan ske hos läkare, KOL-sjuksköterska eller fysioterapeut. Gångtest bör utföras i större omfattning än idag.

## Patientmedverkan och kommunikation

För att tidigt kunna identifiera personer med långvarig hosta eller andra symtom som kan vara tecken på KOL så bör primärvården arbeta preventivt med att ställa frågor om rökning, erbjuda rökavvänjning samt utföra COPD6 mätningar i samband andra kontakter med sin vårdgivare.

Vid en exacerbation eller försämring skall patienten veta hur och vem de i första hand kontaktar för snabb hjälp och därigenom kunna undvika sjukhusinläggning.

### Patientutbildning, behandling och uppföljning

Ska utföras inom sex månader efter ingång i vårdförloppet.

#### Rökavvänjning

Kan ske på egen hand eller med stöttning av diplomerad tobaksavvänjare.

#### Patientutbildning

kan ske individuellt eller i grupp och bör innehålla:

- information om sjukdomen
- information om läkemedel
- träning av inhalationsteknik
- andningsteknikträning
- träning av sekretmobilisering
- handlingsstrategier vid exacerbationer
- fördelar med fysisk träning/fysisk aktivitet
- energibesparande arbetssätt, hantering av vardagsaktiviteter
- nutitionsanamnes och insatser vid behov
- handlingsstrategier vid dyspné/ångest, socialmedicinska aspekter på sjukdomen

### Skriftlig behandlingsplan

En viktig del i patientutbildningen är att ge patienten redskap att hantera sin sjukdom genom att förskriva och följa upp en individuell skriftlig behandlingsplan.

#### Icke-farmakologisk behandling

- rökavvänjning, fysisk träning och nutitionsinsatser
- energibesparande arbetssätt, hantering av vardagliga aktiviteter och bedömning av hjälpmedel

- Samtalsstöd, kan vara stödjande eller behandlande insatser.

### **Farmakologisk behandling**

- se ”Regional medicinsk riktlinje – läkemedel, KOL – diagnostik och behandling” (länk under Relaterad information).

### **Personcentrering och patientkontrakt**

Stödja patienten till egenvård och delaktighet genom personcentrerad patientutbildning och kontinuerliga uppföljningar. Organisera och initiera samverkan med till exempel läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, kurator/psykolog. Målsättningen är att patienten upplever stöd och trygghet i att leva med och hantera de symtom som KOL kan förorsaka.

Ett patientkontrakt är ett sätt att säkerställa att patienten blir delaktig i sin egen hälsa och vård samt att stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser. Patientkontrakt ska därför upprättas för alla patienter med KOL för att målsättningarna i vårdförloppet ska uppnås.

### **Patientinformation**

Länk till information på 1177: [KOL- kroniskt obstruktiv lungsjukdom](#)

Länk till Riksförbundet HjärtLung: [Kroniskt obstruktiv lungsjukdom](#)

### **Utbildning och stöd**

Länkar till utbildningar för patient/närstående/vårdpersonal: [Aktiv med KOL](#) och [Koll på KOL](#)

Länk till Västra Götalandsregionen: [KOLinfo](#)

## **För vårdgivare**

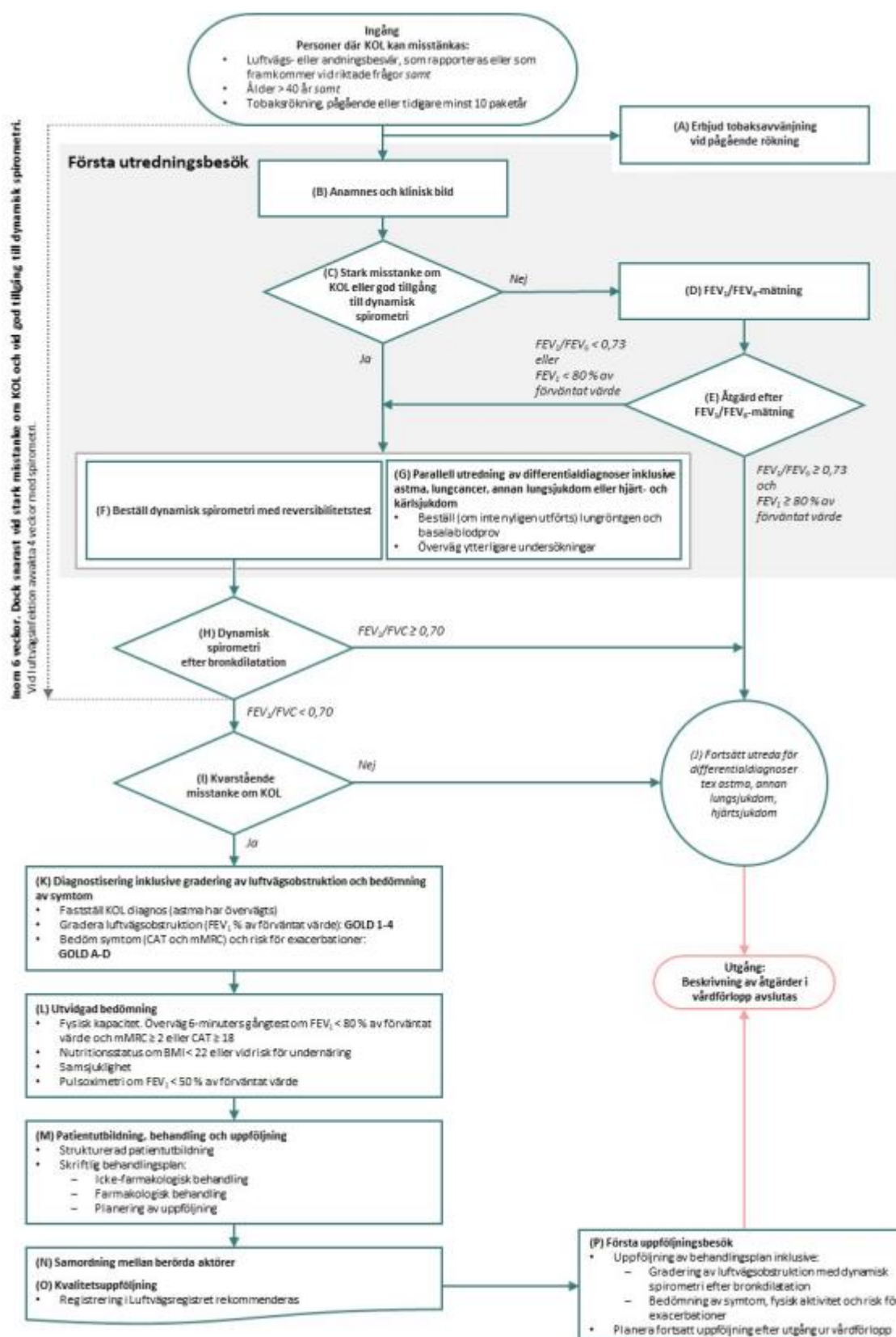
Det nationella vårdförloppet Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp *Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)* är framtaget av SKR inom Nationellt system för kunskapsstyrning, se länk: [Kroniskt obstruktiv lungsjukdom \(KOL\) | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)

## **Relaterad information**

[Regional medicinsk riktlinje – läkemedel, KOL – diagnostik och behandling](#)

[Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom \(KOL\)](#)

I flödesschemat beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1, se länk till dokumentet under referenser.





OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Fig. 1 (hämtat ur Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) sidan 7.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Carl-Peter Anderberg, (capan1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN11800-2140136717-408

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2023-05-08

**Giltig till:** 2025-05-08