

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL)

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	3
Mätmetoder	4
Restriktioner	4
Uppföljning/vårdkedja	5
Referenser	6

Författare

- Eeva Europe, Gun Faager, Susanne Karlsson, Pernilla Sönnerfors
- Reviderat av: Gun Faager, Pernilla Sönnerfors och Eeva Europe

Kontaktinformation

eeva.europe@karolinska.se, gun.faager@karolinska.se

Sökvägar

- Databaser: PubMed, PEDro, Socialstyrelsen: www.sos.se
SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering: www.sbu.se
Nationellt vårdprogram: SLMF Svensk Lungmedicinsk Förening www.slmf.se
- Sökord: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), exercise, physical activity, inspiratory muscle training, smoking cessation, grip strength, breathing technique, huffing, Positive Expiratory Pressure (PEP), Pursed Lips Breathing (PLB).

Produktionsår

- 2007

Revideringsår

- 2014

Introduktion

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är ett tillstånd som innefattar kronisk bronkit, bronkiolit och emfysem i olika grad. Symtomen är hosta och ibland slembildning, onormal ansträngningsdyspné, upprepade luftvägsinfektioner och allmän trötthet. Vissa patienter lider också av undervikt och osteoporos. I ett långt framskridet stadium kan sjukdomen leda till kronisk respiratorisk insufficiens. Symtomen vid KOL kommer smygande under flera år och patientens fysiska förmåga försämras successivt (1- 3). Sjukdomen KOL har ett starkt samband med tobaksrökning. Genom rökstopp kan sjukdomens progredierande förlopp bromsas betydligt (4, 5) . Enligt beräkningar har idag ca 500 000 personer i Sverige diagnosen KOL. Enligt WHO kommer diagnosen KOL vara på tredje plats år 2020 som orsak till död i världen.

Sjukdomen går inte att bota men det går att lindra symtom och bibehålla viktiga funktioner. Fysioterapeutens behandling innefattar fysisk träning, inandningsmuskelträning, andnings- och inhalationsteknik, tekniker i sekreteliminering, avspänning och patientutbildning. Forskning har visat att patienter med KOL kan öka sin fysiska prestationsförmåga, minska dyspné och förbättra sin livskvalitet genom att delta i rehabilitering (1-3, 6).

Målsättning

- Att uppnå en förbättrad fysisk prestationsförmåga
- Att uppnå förbättrad styrka i bäckenbottenmuskulatur hos kvinnor
- Att uppnå en förbättrad styrka i inandningsmuskulatur
- Att uppnå en förbättrad andningsteknik
- Att uppnå förbättrad sekreteliminering
- Att uppnå en förbättrad inhalationsteknik
- Att uppnå förbättrad avspänningsförmåga.
- Att uppnå ökad kunskap om sjukdomen och dess behandlingsmetoder
- Att uppnå förbättrad livskvalitet
- Att uppnå rökstopp

Intervention

Intervention	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Konditionsträning	Förbättrad kondition	x	x	
Inandningsmuskelträning	Minskad dyspné	x	x	
Styrketräning	Ökad styrka i skelettmuskulaturen	x	x	
Rörlighetsträning	Bibehålla rörlighet i thorax och intilliggande leder	x		
Bäckenbottenträning	Minskat urinläckage	x	x	
Andningsteknikträning Ex sluten läppandning	Minskat andningsarbete	x		
Träning av andningsställningar	Avlastat andningsarbete	x		
Utprovning av gånghjälpmedel	Ökad gångsträcka Minskad dyspné		x	x
Utprovning av andningshjälpmedel	Individuellt anpassat hjälpmedel		x	
Inhalationsteknik, PEP host/huffteknik	Förbättrad sekreteliminering	x		
Utprovning av nebulisator	Individuellt anpassat hjälpmedel		x	
Avspänningsträning	Minskad muskelspänning	x		
Patientutbildning	Ökad kunskap i att hantera sjukdomen		x	x
Stödjande samtal om rökstopp	Minskad risk för ytterligare lungskada	x		
FaR	Bibehålla/öka fysisk aktivitetsnivå	x	x	x

Mätmetoder

Mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
6 minuters gångtest (7)	Mäta fysisk förmåga	x	x	
MIP test (8)	Mäta inandningsmuskelstyrka	x		
Grip test (9)	Bedöma generell muskelstyrka	x	x	
Borg CR10, Borg RPE(10,11)	Mäta dyspné, bentrötthet och ansträngning	x		
Pulsoximetri (12)	Perifer syremättnad och puls	x		
MRC-dyspné skala(13)	Bedöma grad av dyspné	x	x	
CAT(14)	Inverkan av sjukdomen i det dagliga livet		x	x
SGRQ (15)	Mäta livskvalitet		x	x
Spirometri	Mäta lungfunktion	x		
PEF- mätning	Mäta obstruktivitet	x		
Turbutester	Mäta inhalationsflöde	x		
Patientrapportering	Sekretmängd, hosta, inhalationsförmåga, muskelspänning, tobaksberoende,	x x x x		
Träningsdagbok (16)	Öka följsamhet till FaR	x	x	x

Restriktioner

Finns inga restriktioner för fysioterapeutens intervention och KOL. Behandlingen doseras alltid individuellt dvs utifrån patientens status.

Uppföljning/vårdkedja

1. Planerade återbesök till Fysioterapikliniken
2. Uppföljande telefonkontakt
3. Från fysioterapeut på Karolinska Universitetssjukhuset till primärvårdsenhet och/eller träningsgrupp i Hjärt- och Lungsjukas lokala föreningsverksamhet

Referenser

1. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) 2004, <http://www.socialstyrelsen.se>
2. SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering: www.sbu.se
3. Nationellt vårdprogram: SLMF, Svensk Lungmedicinsk Förening: www.slmf.se
4. SBU rapport 138, metoder för rökavvänjning.
5. Stepan MB, Beeken J. Biofeedback and relaxation therapy: symptom control in individuals with lung disease. 33rd Annual Communicating Nursing Research Conference/14th Annual WIN Assembly, "Building on a Legacy of Excellence in Nursing Research," held April 13-15, 2000 at the Adam's Mark Hotel, Denver, Colorado. [Journal Article, Abstract, Research] *Communicating Nursing Research*. 2000 Spring; 33:192. AN: 2001012287.
6. Gosselink R., et al., Impact of inspiratory muscle training in patients with COPD What is the evidence? *Eur Respir J*, 2011. 37(2): p. 416-25.
7. Butland RJA, Pang J, Gross ER, Woodcock AA, Geddes DM. Two-, six-, and 12-minute walking test in respiratory disease. *BMJ* 1982;284:1607-8.
8. Moxham J. Respiratory muscle testing, *Monat Arch Chest Dis* 1996;51(6):483-8
9. Mathiowetz V, Vizenor L, Melander D. 2000. Comparison of Baseline instruments to the Jamar dynamometer and the B and L Engineering pinch gauge. *Occ Ther J Research*, 20:147-62.
10. Borg scale with ratio properties for intermodel and interindividual comparisons. Amsterdam: North-Holland Publ Co; 1982
11. Borg, (1970). Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scand J Rehabil Med*, 2, 92-98.
12. Wahr JA, Tremper KK, Diab M. Pulse oximetry. *Respir Care Clin N Am* 1995; 1: 77-105.
13. Medical Research Council Committee on the aetiology of chronic bronchitis: Standardized questionnaires on respiratory symptoms *Br.Med.J* 1960; 2; 1665-
14. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009;34(3):648-54.
15. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis* 1992;145(6):1321-7.
16. Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML, Ståhle A. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*. 2008 Apr;18(2):154-61.