

# KOL-vårdprogrammet har framtiden för sig



**SVEN A LARSSON**, professor, lungkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg



**CLAES-GÖRAN LÖFDAHL**, professor, avdelningen för lungmedicin och allergologi, Universitetssjukhuset i Lund  
claes-goran.lofdahl@med.lu.se

Johan Berkius' och Sten M Walthers studie av genomslaget för det nationella vårdprogrammet för kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), som presenteras i veckans nummer av Läkartidningen, ger upphov till funderingar; och vi är glada för att vårdprogrammet (som publicerades 2003) [1] uppmärksammas.

En intressant aspekt är den höga frekvensen av behandling med non-invasiv ventilation (NIV) som rapporteras i studiematerialet. Samtidigt bör det kanske påpekas att en del av NIV-behandlingen numera sköts också på vanlig vårdavdelning av intresserade läkare och vårdpersonal. Inom det för studien aktuella upptagningsområdet känner vi till flera lungmedicinska enheter där patienter med akut KOL-exacerbation behandlas med denna metod.

Denna behandling har mycket god effekt. Den medför en halvering av mortaliteten bland patienter som uppfyller de kriterier [2] som också nämns i artikeln i veckans nummer, även då behandlingen görs på ordinära lungmedicinska avdelningar. Behandlingsmetoden förefaller dock ojämnt spridd över landet. Det är därför viktigt att vi i det svenska vårdprogrammets anda ser till att sprida den.

Behandling av svårt sjuka KOL-patienter kräver utvecklat samarbete mellan lungspecialister och intensivvårdsläkare, och de ovan nämnda studierna klarar att en stor andel av KOL-patienter med akut svikt kan NIV-behandlas. Detta kommer också att leda till färre intubationer hos dessa patienter: från 27 till 15 procent, enligt studien av Plant och medarbetare [2]. Därmed kommer antalet intensivvårdsdögn att minska.

## Vårdprogrammet börjar ge effekt

Johan Berkius och Sten M Walther rap-

porterar också lågt utnyttjande av spirometri vid diagnostik av KOL. Även andra punktundersökningar antyder att vi ännu har långt att gå innan vårdprogrammet och Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL [3] är uppfyllda i önskvärd grad. Katarina Lund gjorde år 2004 en genomgång av drygt 100 journaler som slumpmässigt valts ut bland KOL-patienter vårdade på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg på grund av skov av akut försämring, och även hon fann brister [4]. Exempelvis var spirometri utförd hos endast cirka 70 procent; och bara 30 procent av kvinnorna hade profylax eller behandling mot osteoporos, trots att osteoporos eller osteopeni drabbar nästan 100 procent av alla kvinnor vid denna svårighetsgrad av KOL [5].

I veckans nummer inkluderar Johan Bergius och Sten M Walther att vårdprogrammet inte fått någon betydelse för introduktion av spirometri i deras region. Emellertid är uppföljningstiden i deras studie alldeles för kort. Man kan inte förvänta sig dramatiska förändringar redan ett år efter införandet av ett vårdprogram.

Vad gäller spirometri finns dock också glädjande resultat. Från år 2000 till år 2005 har spirometrieförekomsten på vårdcentraler i Uppsala-Örebro-regionen ökat från 76 till 93 procent. Liknande siffror ser man i Västra Götaland. Vårdprogrammet och Socialstyrelsens riktlinjer har säkert haft viss betydelse för denna utveckling. Med stöd av dessa dokument pågår nu arbete med att införa pulsoximetrar i utrustningen på våra vårdcentraler.

## Bör kopplas till nationellt register

Hur implementeras man ett vårdprogram? Flera ansträngningar har gjorts för detta. KOL-vårdprogrammet har försetts med tydliga och bra »lathundar«, som sänts ut till samtliga vårdcentraler i landet. Vårdprogrammet har kontinuerligt uppdaterats, och inom vissa regioner i landet har lokala versioner utarbetats.

Effektivast är troligen om vårdprogrammet kan kopplas till ett nationellt kvalitetsregister så att regionala skillnader i vården kan identifieras och brist-

områden tydliggöras. Ett arbete att skapa ett nationellt kvalitetsregister för KOL har just startats med uppbackning från Svensk lungmedicinsk förening och Svensk förening för allmänmedicin.

Vi tror starkt på idén att skapa ett från början nätanpassat vårdprogram. Vårdprogrammet har därför fått en speciell struktur där man kan slussas från enkla basala fakta till mer omfattande information och välja den detaljnivå man önskar. Detta underlättar också uppdateringar. Vi har även noterat att besöksfrekvensen på vårdprogrammets webbplats <<http://www.slmf.se/kol>> successivt ökat från cirka 10/dag vid introduktionen till cirka 45 idag.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Nationellt vårdprogram för KOL. <http://www.slmf.se/kol>
2. Plant PK, Owen JL, Elliott MW. Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9219):1931-5.
3. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). [http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso\\_sjuk/riktlinjer/astma+index.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/astma+index.htm)
4. Lund K. Granskning av KOLvård i relation till nationellt vårdprogram [examensarbete]. Göteborg: Medicinska fakulteten, Sahlgrenska akademien; 2004.
5. Sin DD, Man JP, Man SF. The risk of osteoporosis in Caucasian men and women with obstructive airways disease. *Am J Med*. 2003;114(1):10-4.

## SAMMANFATTAT

Det nationella vårdprogrammet för KOL kan bidra till att förbättra möjligheterna att genomföra en god standardiserad vård.

**Strukturmässigt** har KOL-vården förbättrats med bl a ökande antal spirometrar i primärvården.

**Akutbehandling** med non-invasiv ventilation vid svåra KOL-exacerbationer har mycket god effekt på morbiditet och mortalitet hos patienter selekterade för denna behandling. Denna behandling bör därför – i det svenska vårdprogrammets anda – användas i ännu större utsträckning.