

Fysisk aktivitet vid KOL

PRIMA Vårdcentral



Bakgrund

- KOL - kroniskt obstruktiv lungsjukdom
- Exacerbationer hos majoriteten av patienterna – risk för sjukhusinläggning, hög mortalitet¹
- Stora skillnader i landet – Västmanland näst flest slutenvårdstillfällen för KOL/100 000 invånare 2022² → Behov av bättre förebyggande arbete
- Fysisk aktivitet minskar risken för exacerbationer och kan leda till förbättrad livskvalitet^{3,4}

1. Rothnie KJ, et al. (2018). Natural History of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations in a General Practice–based Population with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
2. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (2023). (Hämtade från KOL-rapporten 2023, Riksförbundet HjärtLung)
3. Socialstyrelsen (2020). Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning.
4. Wai-San Ko, et al (2020). Effect of short-course exercise training on the frequency of exacerbations and physical activity in patients with COPD: A randomized controlled trial.


Projektet - Start

- Besök KOL-sköterska
- Behov av nutritionsbedömning?
- Bokas till fysioterapeut.

Projektet - Förberedelse

Ditt namn:

Dagens datum:



Hur upplever du din KOL? Utför KOL-testet (COPD Assessment Test™, CAT)

Detta frågeformulär kommer att hjälpa dig och din vårdgivare att mäta den inverkan KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) har på ditt välbefinnande och dagliga liv. Svaren och testresultatet kan användas av dig och din vårdgivare för att hjälpa dig förbättra vården av din KOL och få bästa utbyte av behandlingen.

Placera ett (X) för varje fråga i rutan som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Exempel: Jag är mycket glad 0 1 2 3 4 5 Jag är mycket ledsen

	0	1	2	3	4	5	
Jag hostar aldrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag hostar ständigt
Jag har inte något slem i bröstet alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitt bröst är helt fyllt med slem
Jag känner inte alls något tryck över bröstet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag känner mycket tryck över bröstet
När jag går uppför en backe eller en trappa blir jag inte andfädd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	När jag går uppför en backe eller en trappa blir jag mycket andfädd
Jag är inte begränsad när det gäller att utföra några aktiviteter i hemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag är mycket begränsad när det gäller att utföra aktiviteter i hemmet
Jag känner mig trygg att lämna mitt hem trots mitt lungtillstånd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag känner mig inte alls trygg att lämna mitt hem på grund av mitt lungtillstånd
Jag sover bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag sover inte bra på grund av mitt lungtillstånd
Jag har massor av energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag har inte någon energi alls

POÄNG

COPD Assessment Test and CAT logo is a trademark of the GlaxoSmithKline group of companies. © 2009 GlaxoSmithKline. All rights reserved.

Var vänlig och ringa in siffran för det svar som bäst beskriver hur Du har känt dig under de senaste 7 dagarna.
(Endast ett svar för varje fråga).

	aldrig	nästan aldrig	några gånger	flera gånger	många gånger	väldigt många gånger	nästan hela tiden
I genomsnitt, under de senaste 7 dagarna, hur ofta har Du känt dig:							
Andfädd vid vila?	0	1	2	3	4	5	6
Andfädd vid fysiska aktiviteter?	0	1	2	3	4	5	6
Bekymrad över att Du skall bli förkyld eller att Din andning ska försämrats?	0	1	2	3	4	5	6
Deprimerad (nedstämd) på grund av Dina andningsbesvär?	0	1	2	3	4	5	6
I allmänhet, under de senaste 7 dagarna, hur stor del av tiden:							
Hostade Du?	0	1	2	3	4	5	6
Hostade Du upp slem?	0	1	2	3	4	5	6
I genomsnitt, hur begränsad har Du varit i dessa aktiviteter under de senaste 7 dagarna på grund av Dina andningsbesvär:	inte alls begränsad	väldigt lite begränsad	något begränsad	måttligt begränsad	mycket begränsad	extremt begränsad	totalt begränsad / eller ej möjligt att utföra
Ansträngande fysiska aktiviteter (såsom att gå i trappor, skynda sig, motionera)?	0	1	2	3	4	5	6
Måttliga fysiska aktiviteter (såsom att promenera, hushållsarbete, bära saker)?	0	1	2	3	4	5	6
Dagliga aktiviteter hemma (såsom att klä på sig, tvätta sig)?	0	1	2	3	4	5	6
Sociala aktiviteter (såsom att prata, umgås med barn, besöka vänner/släktingar)?	0	1	2	3	4	5	6

Projektet - Fysisk aktivitet

1 (2)
Blankettnummer-Utgåva
36315-3

Region Västmanland

FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT - FAR

Patient

Personnummer	Namn	Telefon
--------------	------	---------

Patientens egen målsättning

Ordination av fysisk träning/aktivitet i samråd med patient

Kondition
 Rörlighet
 Styrka
 Balans
 Övrigt

Aktivitet 1

Dosering (antal minuter gånger/vecka)

Ordination av fysisk träning/aktivitet i samråd med patient

Kondition
 Rörlighet
 Styrka
 Balans
 Övrigt

Aktivitet 2

Dosering (antal minuter gånger/vecka)

Ordination av fysisk träning/aktivitet i samråd med patient

Kondition
 Rörlighet
 Styrka
 Balans
 Övrigt

Aktivitet 3

Dosering (antal minuter gånger/vecka)

Uppföljning

Uppföljning kommer att ske via

Telefon
 Återbesök
 Datum

Receptutfärdarens sjukvårdsinrättning, telefonnummer, klinik, namnförtydligande, yrke

Sjukvårdsinrättning, klinik	Telefonnummer
-----------------------------	---------------

Underskrift

Datum	Namnförtydligande	Yrke
Receptutfärdarens namnteckning		

Protokoll för framtaget av Margareta Emmert, Mats Arne och Karin Wadell enligt rekommendationer från BRS/ATS 2014. Redigerat i februari 2017.

Namn: _____ Personnummer: _____

Datum: _____ Test nr: _____ Klockan: _____ Signatur: _____

Syrgas: Ja Nej Om syrgas, flöde/minut: _____

Gånghjälpmedel: Ja Nej Viket: _____

Sätt ett x i rutan för varje fullföljd 30 m skyttel

= 30m

+ _____ m Total gångsträcka (m): _____

	Före testet	Efter 2 min	Efter 4 min	Efter 6 min
SpO ₂ %				
Puls (slag/min)		Mäts ej	Mäts ej	
Blodtryck		Mäts ej	Mäts ej	Mäts ej
Andfärdhet, CR-10		Mäts ej	Mäts ej	
Benrötthet, CR-10		Mäts ej	Mäts ej	

Lägsta saturation under testet: _____ %

Andfärdhet/Benrötthet (Borg CR-10)

0	Ingen alls	Kommentar till testet:
0,5	Extremt svag	
1	Mycket svag	
2	Svag	
3	Måttlig	
4	Ganska stark	
5	Stark	
6		
7	Mycket stark	
8		
9		
10	Extremt stark	
•	Maximal	

Hur långt har vi kommit?

- 6 patienter har fullföljt 3 månader, 2 har avbrutit, flera har haft ett första besök.
- 6-minuters gångtest (350 m⁵, kliniskt relevant skillnad 30 m⁶): Vid start hälften under 350 m. Vid uppföljning 5/6 över.
- CCQ: Ingen större skillnad på symtampoäng, men tendens till förbättring avseende funktion och mental status.

5. Celli, et al (2016). The 6-Minute-Walk Distance Test as a Chronic Obstructive Pulmonary Disease Stratification Tool. Insights from the COPD Biomarker Qualification Consortium

6. Polkey, et al (2013). Six-minute-walk test in chronic obstructive pulmonary disease: minimal clinically important difference for death or hospitalization.

Vad gör vi framöver?

- Utvärdering efter 10 patienter.
- Då avgöra hur arbetet ska fortgå framöver och vilka justeringar som behöver göras.
 - Troligen frikostigt erbjuda 6 minuters gångtest. Aktiv uppföljning om gångsträcka är < 350 m.

**Tack för er
uppmärksamhet!**

Lästips: kolwebben.se

