

Allergirond på Nollåtta Sport och Rehab 100125

Närvarande: 4 sjukgymnaster, 1 läkare från Lung-allergikliniken SöS, 2 läkare från primärvård, 6 ssk/dsk från primärvård och 1 ssk från Lung-allergikliniken Karolinska Huddinge

Ronden denna gång ägde rum på sjukgymnast Ingrid Hemström Nordgrens klinik, Nollåtta Sport och rehab på Södermalm.

Spirometri:

Överläkare Barbro Olsson från Södersjukhusets Lung och allergiklinik visade en spirometrikurva från en man i 35-årsåldern som upplever sig må ganska bra men hostar en hel del. FEV1 ligger på 53 % av förväntat normalvärde och FVC på 79 % av förväntat. Kvoten FEV1/FVC som på många spirometrar benämns FEV % blir 55, d.v.s. tydlig obstruktivitet, trångt i luftrören i förhållande till lungvolymen. Reversibiliteten 12 % inte signifikant pga. låga volymer, kvarstående obstruktivitet trots all behandling. Denna man är utredd och det finns inga andra orsaker till hans tillstånd än att han röker ca 2 pkt/dygn. Inga allergier el annan bakomliggande sjd. Han har inte förbättrats på ett par år trots full behandling och försök med cortisonkurer per os. Diagnosen blir KOL.

Diskussion:

Symtom kontra lungfunktion – denna man upplever sig inte må så dåligt. Detta kan ofta förklaras med anpassning dvs. man slutar att utföra ansträngning som är jobbig som att motionera eller gå uppför trapporna. Detta är vanligt även bland barn med astma som t.ex. kan sluta med idrott eller välja att stå i mål istället för att spela på plan.

Vissa patienter med svår KOL kan verka mer opåverkade än patienter med betydligt lindrigare KOL. Flera förklaringar finns troligen – slembildning, syresättning, allmän kondition, psykisk status mm.

Sjukgymnast Ingrid Hemström Nordgren berättar att när hon frågar KOL-patienter om de har slem - så svarar många nej, men när de blåser i spirometern så hörs det tydligt att de har det. Återigen anpassning – man tycker att det är normalstatus.

Rutiner kring spirometriutförande diskuteras också. Ska patienten alltid uppmanas att avhålla sig från medicinering innan? Det beror på vad man är ute efter att se. Ibland vill man veta hur patientens lungfunktion ser ut under medicinering, ibland vill man se om reversibilitet fortfarande finns. Ska man alltid utföra reverstest? Inte nödvändigtvis enligt Barbro Olsson om man har en välkänd, behandlad patient. KOL-patienter som slutat röka och har fungerande behandling behöver man inte heller utföra spirometrier på halvårs eller ens årsvis.

Hur lång tid sätter vi av för spirometrier på vårdcentralerna? Ser mkt olika ut beroende på vad besöket inkluderar. Vissa sätter av en timme och har undervisning och uppföljning av patienten, samt inkluderar dokumentation. Vissa har hård press på sig att ”pinna” besöken och har 20 minuter per patient, screening-us där resultatet är bra behöver inte ta lång tid.

Dagens ämne – Nebulisering:

Ingrid H berättar att hon och ssk Åsa Ahlkvist från Ringens VC inom ett projekt granskar KOL-journaler i primärvård. De har reagerat på att det nästan aldrig står något om nebulisatorer, trots att det uppenbarligen finns många ute bland patienterna. De nebulisatorer som dyker upp ibland på mottagningarna kan vara mkt undermåligt skötta, t.ex. igenkalkade, kladdiga och ur funktion. Detta bekräftas av flera av deltagarna.

Delarna på en nebulisator måste kokas en gång per dag och helst läggas i ättikslösning en gång per vecka för avkalkning. Ett tips är också att efter varje nebulisering köra igenom systemet med vatten för att få bort kladdet efter läkemedel.

Apparaterna behöver regelbunden service. Tillvägagångssätten är då olika för olika företag. Active Care som tillhandahåller Pari har ett servicekort med kodnummer [se hemsida](#). Man skickar in detta och får en apparat skickat till sig på posten med en retursedel. Man skickar tillbaka sin egen apparat i lådan tillsammans med retursedeln och får sedan behålla apparaten man fått.

Aiolos skickar en lånemaskin, man skickar in sin egen och får den tillbaka, skickar sedan tillbaka lånemaskinen.

Det finns även servicesatser med filter etc. att beställa på hjälpmedelskort.

Diskussion: Den stora frågan är dock – vem ser till att allt detta fungerar? Många patienter klarar inte det själva. I Stockholm tillhandahölls och sköttes apparaturen av hjälpmedelscentralerna tidigare, men numera ägs apparaten av patienten och ärvs av anhöriga. Detta för med sig att anhöriga ofta kommer upp på vårdcentralerna och lämnar nebulisatorn när patienten avlidit. Tips från en deltagare på rondan är att skänka dessa till ”Läkare utan gränser” eller dylikt. Ett annat tips är att ha dem som låneapparater när man hjälper patienten serva den egna eller för att låta någon prova nebulisator i hemmet.

Nebulisatorer skrivs oftast ut från sjukhusen och man har inte alltid i primärvården klart för sig vilka patienter som har nebulisatorer. Ansvaret för dem hamnar ”mellan stolarna” eller läggs helt på patienten eller anhöriga. En vanskött apparat kan bli en allvarlig hälsorisk istället för ett hjälpmedel. En del astmasköterskor på vårdcentral tar på sig att försöka upprätta register över nebulisatorer och hålla koll på när de behöver service. Detta är dock inte alltid heltäckande. All personal i hemsjukvård är inte bekant med apparaturen och skötselkraven.

Vilka patienter ska ha nebulisator och vilken är bäst? Barbro Olsson berättar att man på SöS för enkelhetens skull bestämt sig för att alltid skriva ut en och samma apparat. Man har valt Pari därför att man bedömer den enklast att sköta. Kriterierna är patient med mycket andningsbesvär, täta akutbesök och god effekt av nebulisering. Obs! Combivent behövs inte alltid, ofta har enbart Ventoline lika stor effekt. Detta är speciellt viktigt om patienten står på Spiriva som innehåller samma typ av substans som finns i Combivent – att tänka på även vid akut nebulisering! Muntorrhet av antikolinergika förekommer! Alternativ till nebulisering kan vara aerosol och spacer. Nebunette är för tillfället indragen, men återkommer snart i ny skepnad. Annars finns Opti Chamber och Vortex som också fungerar mycket bra.

När man inhalerar i nebulisator ska man andas i vanlig takt i max 10 minuter. Man behöver inte dra in hårt eller djupandas onormalt. Deponeringen av läkemedlet beror på partikelstorleken som kan variera mellan olika nebulisatorer.

Kan man träna upp sin lungvolym? Många patienter har den uppfattningen, men det man tränar är syreupptag och kondition. Vissa nyare studier har dock visat att man med viss teknik ”lungpackning” eller ”grodandning” kan öka lungvolymen något åtminstone

tillfälligt. Studier pågår för att se om man kan träna inandningsteknik genom motstånd på inandningen.

Slutligen tipsar Ingrid om en syrgasutbildning för de som håller på mer med detta. Man kan gå in på [Swedevox – syrgasföreningens hemsida](#) och hitta den.

Nästa allergirond planeras äga rum på Farsta VC i mitten av mars. Exakt datum kommer på mail och/eller på www.allergicentrumstockholm.se

/Marianne Eduards