

KOLS EGENBEHANDLINGSPLAN

Pasientnavn: _____ Født: _____

Medisiner for kols:

--

	SYMPTOMER	MEDISINER	ANDRE TILTAK
Stabil fase	Som vanlig, eller noe variasjon fra dag til dag.	Ta medisiner som anbefalt, korttidsvirkende medisin (SABA*) før trening (1-3,5).	Aktivitet og trening som anbefalt (1-5,22,23).
Begynnende forverring	Økende tung pust, begynnende forkjølelse, økt hoste og du føler deg dårligere enn du pleier (1,2,5). (PEF* er en usikker indikator ved kols (24,25)).	Øk bruken av inhalasjonsmedisiner (SABA (1,2,4-6), og evt korttidsvirkende muskarinreseptorantagonister (SAMA*).	Ro ned tempo ved daglige aktiviteter (14). Oppretthold styrkeøvelser (2,3,22,26). Vurder arbeid og mosjon (14). Slimmobilisering (2,14,27-30). Obs farge og mengde (1). Hvis du ikke er bedre etter maksimum 2 dager i gul sone, gå til rød sone eller kontakt lege (6,14,31).
Forverring	Dårlig effekt av inhalasjonsmedisiner. Du er dårligere enn i gul sone med betydelig pustebesvær (1,2,6).	Ta inhalasjonsmedisiner som i gul sone. Start kur med kortikosteroid; 20-40 mg x 1 i 5-10 dager (tilpasses individuelt) (1,2,4-6,14).	Leppepust. Slimmobilisering (2,14,27-30). Rolig tempo ved daglige aktiviteter (14). Styrkeøvelser: f.eks. knestrek, knebøy, tåhev (2,3,14,22,26). Tilpasses individuelt.
	Gult eller grønt slim. Du kjenner deg syk, evt. feber (1,2,6).	Start med antibiotika: Aminopenicillin eller lavdosert tetrasyklin i 7-10 dager. Andre antibiotika vurderes i særskilte situasjoner (1,2,4-6,14,32).	Kontakt lege (2,6,14,31). (Evt. sykemelding (14)).
	Ingen eller usikker effekt av behandling etter 2-3 dager (6,33).		Kontakt lege eller legevakt (6,33).
Kritisk fase	Virkningen av SABA/SAMA er mindre enn 30 minutter. Tung pust ved lett anstrengelse. Problemer med å snakke i fulle setninger.	Ta SABA hvert 5. minutt inntil du får legehjelp (2). Ta en ekstra dose kortikosteroid 40 mg (14).	Leppepust (2). Hvilestilling (2,14). Kontakt lege eller legevakt som øyeblikkelig hjelp (1,5,6).

Navn og telefon fastlege: _____ Telefon legevakt: _____

Utarbeidende instans, dato: _____ Lege: _____ Sykepleier: _____