



– partnerskab
for sundhed

Mål og midler i indsatsen over for KOL

Lifs sundhedspolitiske udspil om kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL



Ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme.

Indholdsfortegnelse

Resumé	3
Del 1: Mål og handlinger	6
1.1 Formål	6
1.2 Behov for en national handlingsplan	7
1.3 Sundhedspolitiske mål	8
1.4 Initiativer til opfyldelse af målene	8
1.4.1 Lovgivningsmæssige initiativer	8
1.4.2 Tidlig og systematisk opsporing	8
1.4.3 Styrket sekundær forebyggelse og behandling	10
1.4.4 Bedre dokumentation	10
Del 2: Baggrundsviden	11
2.1 Danskernes helbred	11
2.2 Hyppigheden af KOL	12
2.3 Dødelighed som følge af KOL	12
2.4 Årsagerne til KOL	14
2.5 Afdækning af risiko og diagnosticering af KOL	14
2.6 Behandling af KOL	15
2.7 Omkostninger forbundet med KOL	15



Resumé

430.000 danskere skønnes at lide af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), heraf 230.000 i moderat grad og 40.000 i svær grad. KOL er en kronisk sygdom i lungerne, som indebærer, at lungevævet langsomt nedbrydes, og at patienten får problemer med at trække vejret. Sygdommen skyldes i 85-90 % af tilfældene tobaksrygning.

Hver dag dør 10 danskere på grund af KOL, der er en hyppigere dødsårsag end lungekræft, ligesom KOL indebærer mange leveår med forringet livskvalitet. Hvert år indlægges næsten 25.000 danskere på grund af KOL. Indlæggelser for KOL er den hyppigste enkelt diagnose på de medicinske afdelinger. Samtidig udgør KOL en massiv økonomisk belastning for det danske sundhedsvæsen, idet den årlige økonomiske byrde er opgjort til mindst 3 mia. kr.

KOL er en af de store folkesygdomme i lighed med hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, allergier og psykiske sygdomme. Det er

sygdomme, som i mange tilfælde kunne være undgået eller have fået et mindre alvorligt forløb, hvis de var blevet opdaget og behandlet i tide. Der er derfor brug for, at sundhedsvæsenet langt mere målrettet og systematisk sætter ind over for disse "stille dræbere", hvor symptomerne ofte først mærkes, når situationen er alvorlig.

I en typisk kommune med 50.000 borgere er der cirka:

2.000	borgere med KOL
2.000 - 3.000	borgere med type 2-diabetes
2.000	borgere med hjertekarsygdomme
2.300	borgere med kræft
8.000	borgere med muskel- og skeletsygdomme
2.000	borgere med depression

I forhold til KOL foreslår Lif i dette sundhedspolitiske udspil, at der udarbejdes en national forpligtende handlingsplan med betydelig vægt på forebyggelse og tidlig opsporing. Mange danskere går rundt med symptomer på KOL uden at reagere på det, og mange har mistet halvdelen af deres lungefunktion, inden de diagnosticeres. Lif mener, at det bør være et sundhedspolitisk mål, at antallet af nye tilfælde af KOL reduceres med 15 % over de næste 10 år som følge af en forstærket indsats over for tobaksrygning.

Derudover mener Lif, at alle danskere, der har røget i mere end 10 år, skal tilbydes at blive udredt for eventuel begyndende KOL. Det skal ske som led i en forstærket, systematisk opsporingsindsats. For alle med begyndende eller konstateret KOL skal der iværksættes relevant behandling og rehabilitering, som svarer til de kliniske retningslinjer. Det sker ikke i dag.

Målet er, at antallet af KOL-indlæggelser om 10 år er reduceret til 19.000 om året, og at danskernes middellevetid i løbet af 10 år forlænges med ½ år som følge af reduktion af dødsrisikoen ved KOL.

” Lif mener, at det bør være et sundhedspolitisk mål, at antallet af **nye tilfælde af KOL reduceres med 15 %** over de næste 10 år som følge af en forstærket indsats over for tobaksrygning.



Del 1:

Mål og handlinger

1.1 – Formål

Dette sundhedspolitiske udspil om KOL er et led i Lifs løbende bestræbelser på at få øget kvaliteten i det danske sundhedsvæsen med udgangspunkt i de resultater, som sundhedsvæsenets indsats skaber. Det er Lifs holdning, at danskerne har krav på en ambitiøs og klart formuleret sundhedspolitik, som baserer sig på systematiske vurderinger af hidtidige resultater og klare mål for, hvor den fremtidige indsats skal bringe os hen.

Udspillet om KOL er Lifs fjerde i rækken. Tidligere er udkommet Lifs sundhedspolitiske udspil om indsatsen over for forhøjet blodtryk¹, om helbredstjek² og om type 2-diabetes³; udspillene kan alle læses på Lifs hjemmeside www.lifdk.dk.

Lifs sundhedspolitiske udspil handler om sygdomsområder, der hører til de såkaldte folkesygdomme, dvs. hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL, kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, allergier og psykiske sygdomme. Flere af disse sygdomme er kroniske, og her står Danmark over for enorme sundhedsmæssige problemer og udfordringer, bl.a. fordi den hidtidige forebyggelses- og opspøringsindsats ikke har slået til.

Omkring 1/3 af den danske befolkning lider af en eller flere kroniske sygdomme⁴. I en typisk kommune med 50.000 borgere vil der være ca.⁵:

- 2.000-3.000 borgere med type 2-diabetes,
- 2.000 borgere med hjertekarsygdomme,
- 2.000 borgere med KOL,
- 2.300 borgere med kræft,
- 8.000 borgere med muskel- og skeletsygdomme
- 2.000 borgere med depression.

Efter Lifs mening bør alle sundhedsaktører i Danmark arbejde ud fra en ambitiøs fælles vision om, at ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af sygdomme, der kan forebygges og/eller behandles.

Opfyldelse af visionen vil kræve, at vi ændrer vores opfattelse af sundhedsvæsenets rolle og ansvar ikke mindst i den forebyggende indsats. Det er ikke nok at overlade ansvaret

Sundhedsvision:

Ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af sygdomme, der kan forebygges og/eller behandles.

til den enkelte dansker. Sundhedsvæsenet må i højere grad påtage sig et ansvar og indtage en proaktiv rolle, som understøtter en tidlig, systematisk og målrettet indsats over for folkesygdommene. Der skal etableres faste strukturer og tilbud, som sikrer langt bedre muligheder for at sætte tidligt ind over for risikofaktorer og sygdomme.

Som situationen er i dag, træder sundhedsvæsenets tilbud som alt overvejende hovedregel først i kraft, når den enkelte borger selv har konstateret eller har en mistanke om et sundhedsproblem og søger hjælp. Det betyder, at dialogen mellem den enkelte borger og sundhedssystemet ofte starter langt henne i sygdomsprocessen, og at hjælpen derfor mange gange sættes ind for sent. Det gælder i høj grad også, når man taler om KOL.

Efter Lifs mening bør sundhedsvæsenet langt mere målrettet og systematisk sætte ind over for "de stille dræbere", så det undgås, at sundhedsproblemerne udvikler sig til alvorlige og kroniske sygdomme. Symptomerne mærkes sjældent af den enkelte, før situationen er alvorlig. Derfor skal sundhedsvæsenet tage ansvar og stille sig til rådighed med ajourført viden og moderne sundhedsteknologi, som kan sikre en mere effektiv forebyggelse, risikoopsporing, diagnosticering og behandling.

Lif mener:

- Sundhedsvæsenet skal være proaktivt.
- Sundhedsvæsenet skal understøtte en tidlig, systematisk og målrettet indsats over for folkesygdommene.
- Sundhedsvæsenet skal tage ansvar og stille ajourført viden og moderne teknologi til rådighed med henblik på en mere effektiv forebyggelse, risikoopsporing, diagnosticering og behandling.

” Efter Lifs mening bør sundhedsvæsenet langt mere målrettet og systematisk sætte ind over for **”de stille dræbere”**, så det undgås, at sundhedsproblemerne udvikler sig til alvorlige og kroniske sygdomme.

1.2 – Behov for en national handlingsplan

På verdensplan er KOL en af de vigtigste årsager til sygdom og død, og antallet af personer med sygdommen forventes at stige yderligere fremover. WHO forudsiger, at KOL vil være den tredje-hyppigste dødsårsag i 2020.

Også i Danmark er KOL en folkesygdom. Det er skønnet, at op mod 430.000 danskere på nuværende tidspunkt har sygdommen, heraf 230.000 i moderat grad og 40.000 i svær grad⁶. Hvert år indlægges næsten 25.000 danskere på grund af KOL, og indlæggelser for KOL er den hyppigste enkelt-diagnose på de medicinske afdelinger.

Der dør i gennemsnit omkring 10 danskere hver dag på grund af sygdommen; KOL er i dag en hyppigere dødsårsag end lungekræft.

Faktum er også, at KOL indebærer mange leveår med forringet livskvalitet, før patienterne dør. Ifølge WHO er KOL en af de sygdomme, der påfører det danske samfund den største byrde opgjort i ”disability adjusted living years” (DALY)⁷.

Samtidig udgør KOL en massiv økonomisk belastning for det danske sundhedsvæsen og samfund; den økonomiske byrde er opgjort til mindst 3 mia. kr. årligt⁸.

Fakta om KOL:

- KOL er en kronisk sygdom i lungerne, som indebærer, at lungevævet langsomt nedbrydes.
- KOL skyldes tobaksrygning hos 85-90 % af patienterne. En mindre del af KOL-tilfældene skyldes støveksposition i forbindelse med erhverv.
- Mindst 25 % af alle rygere udvikler KOL.
- KOL er karakteriseret ved et gradvist tab af lungefunktion, som medfører tiltagende vejrtrækningsbesvær.
- KOL udvikles gradvist med tab af lungefunktion allerede fra omkring 30 års alderen. De vigtigste symptomer er åndenød, hoste og opspyt af slim fra lungerne.
- Symptomerne på KOL udvikler sig snigende, og mange vænner sig til dem, hvorfor lungefunktionen oftest er betydeligt nedsat ved den første kontakt til lægen.
- Sværhedsgraden af sygdommen afhænger af, hvor tidligt i livet man begynder at ryge, hvor meget og hvor længe man har røget.
- KOL er i de sværere stadier en sygdom, som ikke blot inkluderer lungerne, men som påvirker hele kroppen - iltmangel, vægttab, muskelsvækkelse og knogleafkalkning er nogle af følgevirkningerne.
- Den svære KOL-patient kan blive socialt isoleret, udvikle angst og evt. depression, og mange ender med at være bundet til en iltflaske.

1. ”Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk”, Lif, april 2007.
2. ”Helbredstjek som middel til at styrke danskernes sundhed”, Lif, marts 2008.
3. ”Nye mål og midler i indsatsen over for type 2-diabetes”, Lif, juni 2008.
4. ”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb”, Sundhedsstyrelsen, 2005.
5. Tal fra Sundhedsstyrelsen, præsenteret ved KL's Sundhedskonference den 15. januar 2008: ”Kronisk sygdom - kommunerne gør en forskel”.
6. ”Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København”, Løkke, Fabricius, Vestbo, Marrott og Lange, Ugeskrift for Læger 2007;169(46):3956-60.
7. ”The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations”, WHO, 2005. www.euro.who.int. KOL, depression, alkoholmisbrug og hjertesygdom står ifølge WHO hver for 10-20 pct.
8. ”The cost of treating patients with COPD in Denmark”, Bilde, Svenning, Dollerup et al, Respir Med 2007;101:539.

Sundhedsstyrelsen har i 2006 udarbejdet anbefalinger til indsatsen over for KOL i Danmark. Styrelsens anbefalinger⁹ er bestemt skridt i den rigtige retning, men er efter Lifs mening for uambitiøse, når det gælder den vigtige opsporingssindsats. Dertil kommer, at anbefalingerne desværre langt fra er gennemført overalt i Danmark. Det fremgår, at anbefalingerne udgør "sigtepunkter" for den fremtidige KOL-indsats. Dermed er der kun tale om hensigtserklæringer, som kan implementeres i takt med de økonomiske og ressourcemæssige muligheder og prioriteringer, hvilket efter Lifs mening ikke er tilstrækkeligt bindende.

Der er efter Lifs mening behov for en egentlig national handlingsplan, der stiller mere forpligtende krav til indsatsen over for denne udbredte og svære sygdom. Handlingsplanen kan med fordel tage afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men bør lægge betydeligt større vægt på forebyggelse og tidlig opsporing. Handlingsplanen bør indeholde nationale sundhedspolitiske mål for indsatsen, konkrete handlinger og øremærkede økonomiske ressourcer.

Lif mener: Der bør udarbejdes en forpligtende national handlingsplan for indsatsen over for KOL med betydelig vægt på forebyggelse og tidlig opsporing.

1.3 – Sundhedspolitiske mål

Efter Lifs mening bør der systematisk opstilles sundhedspolitiske mål for indsatsen i sundhedsvæsenet, herunder på KOL-området, til brug for en fælles retningsangivelse og evaluering af indsatsen. De overordnede sundhedspolitiske mål i en national handlingsplan om en forstærket indsats over for KOL bør efter Lifs mening bl.a. være følgende¹⁰:

Sundhedspolitiske mål:

- Antallet af nye tilfælde af danskere med KOL skal reduceres med 15 % over de kommende 10 år som følge af en forstærket indsats over for tobaksrygning.

- Alle danskere, som har røget gennem mere end 10 år, skal tilbydes at blive udredt for eventuel begyndende KOL. Det skal ske som led i en forstærket, systematisk opsporingssindsats og inden for en tidshorizont på 5 år.
- For alle med begyndende eller konstateret KOL skal iværksættes relevant behandling og rehabilitering i fuld overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer på området.
- Om 10 år skal antallet af indlæggelser som følge af KOL være reduceret med en fjerdedel fra de nuværende 25.000 om året til omkring 19.000 om året som følge af en forbedret sekundær forebyggelse og rehabilitering.
- I løbet af 10 år skal danskernes middellevetid forlænges med ½ år som følge af en reduktion i dødsrisikoen ved KOL.

1.4 – Initiativer til opfyldelse af målene

1.4.1 Lovgivningsmæssige initiativer

Op mod 430.000 danskere har KOL, heraf 230.000 i moderat grad og 40.000 i svær grad. For 85-90 % af patienterne skyldes sygdommen tobaksrygning, der også er en væsentlig risikofaktor i forhold til udvikling af en lang række andre livstruende sygdomme, herunder hjertekarsygdomme og kræft. Tobaksrygning forklarer desuden over 40 % af den sociale ulighed i sygdomsbyrde i Danmark¹¹.

Der er fortsat behov for markante tiltag med henblik på at nedbringe antallet af danskere, der ryger, og det er vigtigt i den forbindelse at yde en målrettet indsats over for de unge. Rygeloven¹² og forbud mod salg af tobak til personer under 18 år er efter Lifs mening rigtige skridt på vejen. I lande, hvor lovgivning mod passiv rygning blev iværksat tidligere end i Danmark, har man allerede inden for få år set en 10 til 30 procents reduktion i antallet af hjerteinfarkter som følge af begrænsning af rygning¹³. Lif ser gerne yderligere tiltag ad denne vej, herunder brug af forhøjede skatter og afgifter på tobak.

1.4.2 Tidlig og systematisk opsporing

Det er dokumenteret, at der er en betydelig underdiagnostisering af KOL, og at diagnosen alt for ofte stilles meget sent

” Der er fortsat behov for markante tiltag med henblik på at **nedbringe antallet af danskere, der ryger**, og det er vigtigt i den forbindelse at yde en målrettet indsats over for de unge.



-
9. "Resumé af anbefalinger for KOL. Tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom", Sundhedsstyrelsen, 2006.
 10. Supplerer sundhedspolitiske mål, der er foreslået i Lifs tidligere sundhedspolitiske udspil om hhv. forhøjet blodtryk, helbredstjek og type 2-diabetes.
 11. "De sociale forskelle i sundhed", artikel af Finn Diderichsen og Tine Curtis i "Den tunge ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed", Dagens Medicin, november 2008.
 12. Reference angives.
 13. Kronik i Politiken den 22. april 2008: "Med lov skal sundhed fremmes. Vi er langt bagud med forbud og påbud, der fremmer sundhed. Det koster – i helbred og liv", af Bente Klarlund Pedersen, professor i intern medicin, Rigshospitalet.

i sygdomsforløbet. Mange danskere går rundt med symptomer på KOL uden at vide det - de affinder sig med symptomer som f.eks. hoste og åndenød. Alt for mange har mistet halvdelen af deres lungefunktion, allerede før de diagnosticeres. Det bør vi kunne gøre bedre set i lyset af den omfattende viden, vi har om sygdommen.

” Det er efter Lifs mening på høje tid, at **sundhedsvæsenets opsporingsindsats styrkes markant**, og at den gøres systematisk, bl.a. ved indførelse af tilbud om regelmæssige helbredstjek til en del af den voksne befolkning¹⁴.

Det er efter Lifs mening på høje tid, at sundhedsvæsenets opsporingsindsats styrkes markant, og at den gøres systematisk, bl.a. ved indførelse af tilbud om regelmæssige helbredstjek til en del af den voksne befolkning¹⁴.

Sundhedspersonalet, både på hospitalerne og i almen praksis, bør obligatorisk og systematisk spørge til rygevaner hos alle patienter med henblik på at vurdere risikoen for udvikling af tobaksrelaterede sygdomme, herunder KOL. Resultater af udenlandske afvænningsstrategier viser, at patienter med enkle spørgsmål som "Ryger du?" og "Har du overvejet rygeophør?" kan motiveres til et rygeafvænningsforløb¹⁵.

Alle patienter med risiko for KOL bør have tilbudt en spirometri¹⁶ som grundlag for diagnosticering, helt i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer på området¹⁷. Det er påvist, at gennemførelse af spirometri i almen praksis har positive konsekvenser for korrekt diagnose og behandling af KOL¹⁸. Spirometri er samtidig en ydelse, der er både billig og hurtig at gennemføre. Til trods herfor bruges spirometri alt for sjældent. Det er desuden påvist¹⁹, at der er behov for at styrke diagnosticeringen af KOL i forhold til patienter med hjertesyge, da netop hjertepatienter ofte har uerkendt KOL.

Selvom almen praksis udgør et afgørende omdrejningspunkt i indsatsen over for de kroniske sygdomme, herunder KOL, er Lif også åben over for, at der som led i opsporingsindsatsen etableres tilbud om diagnosticering i andre regier, herunder f.eks. i de kommunale sundhedscentre, i regi af patientorganisationer mv. Tilstedeværelsen af sådanne tilbud vil formentlig øge tilskyndelsen for de borgere, der mere impulsivt tager initiativ til at få målt deres lungefunktion.

1.4.3 Styrket sekundær forebyggelse og behandling

Der er 230.000 danskere med moderat KOL, for hvem det skal undgås, at sygdommen udvikler sig, og det er nødvendigt, at den sekundære forebyggelse intensiveres og systematiseres. Læger og andre sundhedspersoner skal følge systematisk op og være vedholdende over for KOL-patienterne mht. rygestop, motion, medicinindtagelse osv., og der skal være mål for behandlingen. Ligeledes skal samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren styrkes med henblik på at forbedre informations- og vidensdelingen samt kvaliteten af behandlingen.

Kvaliteten af den medicinske behandling bør sikres gennem en løbende revurdering, opdatering og formidling af gældende nationale, kliniske retningslinjer. Det bør til enhver tid sikres, at flest mulige patienter får den mest optimale behandling set i lyset af den nyeste kliniske evidens.

1.4.4 Bedre dokumentation

Der er en manglende systematisk registrering af sygdomstilfældene i primærsektoren, som medfører ringe dokumentation af problemets omfang og manglende dokumentation af den forebyggende og behandlende indsats og dens resultater. Der er behov for udbygget og systematisk dokumentation mht. KOL-patienter i primærsektoren svarende til anbefalinger i de kliniske retningslinjer²⁰ for området. I Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) indgår KOL som sygdomsområde, men kun med en enkelt indikator for almen praksis – desuden foreligger der endnu ikke offentliggjorte kvalitetsdata fra NIP vedr. KOL. Der bør udvikles enkle, it-baserede redskaber til de praktiserende læger mhp. registrering og målrettet og systematisk opfølgning på KOL-patienter.

Del 2:

Baggrundsviden

2.1 – Danskernes helbred

Det er et faktum, at Danmark har nogle af de dårligste sundhedsresultater i Europa. På trods af at middellevetiden i de senere år er steget, er Danmark fortsat bagud sammenlignet med andre OECD-lande²¹. Det skyldes, at danskernes middellevetid stiger betydeligt langsommere end i vore nabolande. I 2006 udgjorde middellevetiden i Danmark 78,4 år, herunder 75,9 år for mænd og 80,4 år for kvinder. Danske mænd ligger på en 18. plads blandt 20 OECD-lande og danske kvinder på en sidsteplads.

Internationale sammenligninger af dødeligheden viser, at der er en markant overdødelighed i Danmark for aldersgruppen 35-74 årige²². I perioden 1995-1999 døde der således

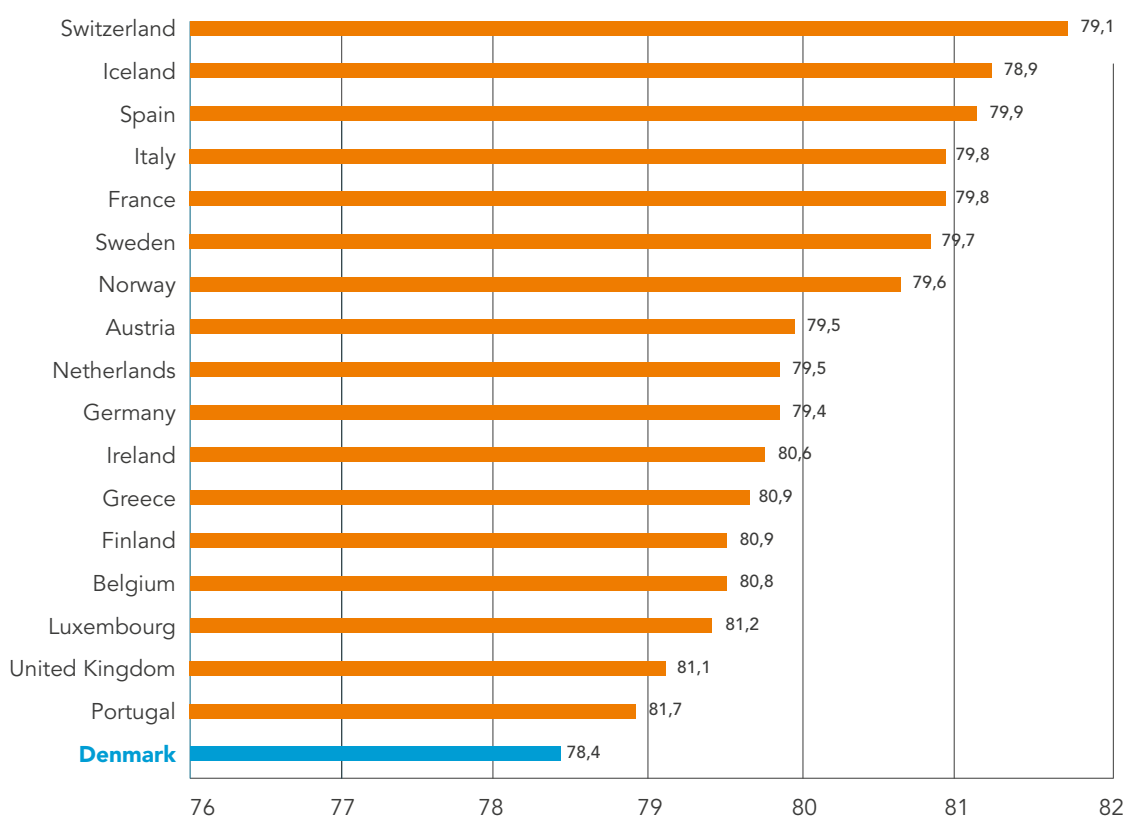
hvert år ca. 8.000 flere 0-74 årige i Danmark, end der ville have gjort, hvis dødeligheden havde været den samme som i Sverige²³. For flere af folkesygdommene er dødeligheden stigende; det gælder bl.a. for lungekræft, diabetes og KOL. For bl.a. hjertekarsygdomme har dødeligheden været faldende²⁴, hvilket skyldes en styrket og målrettet indsats på disse områder, bl.a. som følge af hjerteplanen²⁵.

Knap 40 % af de voksne danskere oplyste i 2005, at de havde en eller flere langvarige sygdomme, og den selvrapporterede sygelighed er steget støt siden 1987²⁶.

Der findes ingen enkel forklaring på de dårlige sundhedsresultater. Det er imidlertid et faktum, at de danske sundhedsudgifter gennem 30 år kun er øget halvt så meget som

-
14. Se "Helbredstjek som middel til at styrke danskernes sundhed", Lif, marts 2008.
 15. "KOL i almen praksis; diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning af Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.
 16. Lungefunktionsmåling.
 17. "Retningslinjer for KOL i almen praksis", Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.
 18. "Kvaliteten af diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom i almen praksis" af Lange, Vejlbø Rasmussen, Borgeskov, Dollerup, Skov Jensen, Roslind og Moll Nielsen, Ugeskrift For Læger, 25. august 2008, 170/35.
 19. "Chronic obstructive pulmonary disease in patients admitted with heart failure" af Kjærgaard, Akkan, Kober, Torp-Pedersen, Hassager, Vestbo, Kjølner og The ECHOS-Lung Function Study Group, Journal of Internal Medicine, doi:10.1111/j.1365-2796.2008.01975.x.
 20. "KOL i almen praksis; diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.
 21. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed.
 22. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed.
 23. "Statistisk årbog 2006", Danmarks Statistik.
 24. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed.
 25. Se bl.a. "Diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom i Danmark – KAG, PCI, By-pass- og klappkirurgi", Sundhedsstyrelsen, 2005.
 26. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed.

Tabel 1: Kort dansk levetid
Forventet middellevetid i en række europæiske lande, 2006



Kilde: OECD HEALTH DATA 2008, October 08

i resten af OECD-landene, og at middellevetiden og sundhedsudgifterne har udviklet sig overensstemmende gennem årene²⁷. Det er desuden fakta, at vi i Danmark har et markant lavere medicinforbrug og er langsommere til at ibrugtage ny sundhedsteknologi end de andre europæiske lande.

2.2 – Hyppigheden af KOL

Det vurderes, at op mod 430.000 danskere lider af KOL²⁸ svarende til en samlet prævalens på 14,3 %. Af det samlede antal skønnes 230.000 at have moderat²⁹ KOL, mens 40.000

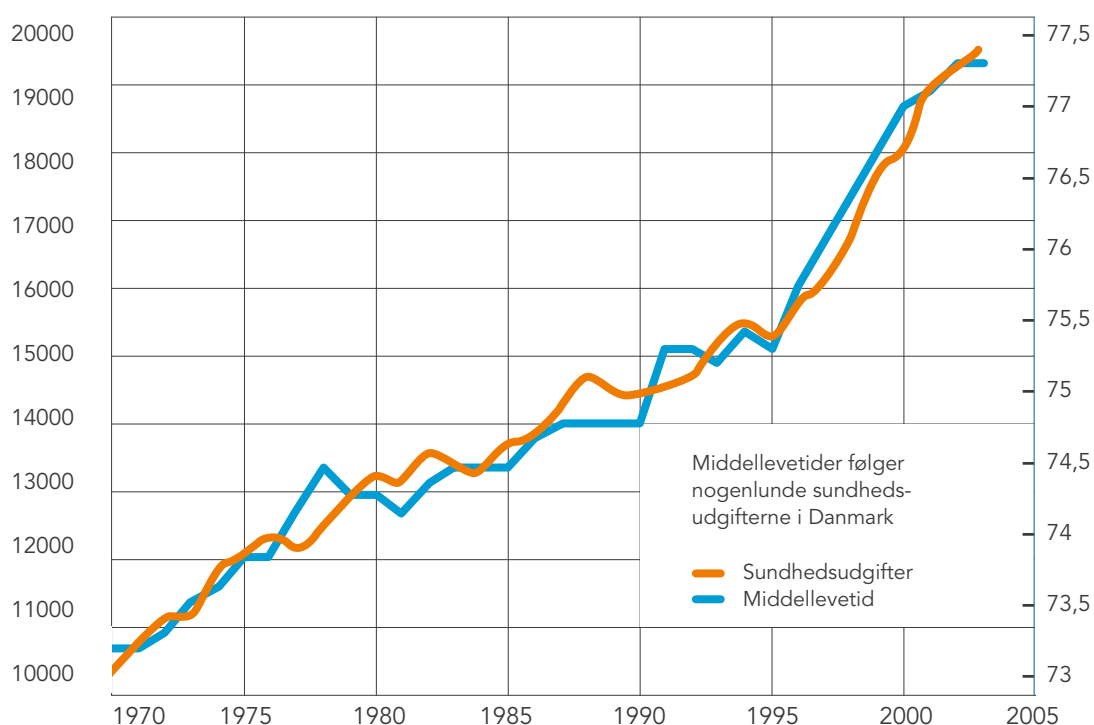
skønnes at have svær eller meget svær³⁰ KOL. Prævalensen for danske mænd skønnes at være 16,0 % og for danske kvinder 12,8 %³¹.

2.3 – Dødelighed som følge af KOL

På verdensplan regner man med, at næsten 3 millioner mennesker årligt dør af KOL³². I Danmark dør hvert år omkring 3.600 personer af sygdommen³³, svarende til et gennemsnit på 10 personer om dagen. Dødeligheden er steget meget markant siden 1960'erne, særligt for de danske kvinder, og

” Der findes ingen enkel forklaring på de dårlige sundhedsresultater. Det er imidlertid et faktum, at de danske sundhedsudgifter gennem 30 år kun er øget halvt så meget som i resten af OECD-landene, og at middellevetiden og sundhedsudgifterne har udviklet sig overensstemmende gennem årene.

Tabel 2: Danske middellevetider og sundhedsudgifter følges
Middellevetid og sundhedsudgifter pr. indbygger i kr. 1970-2003 i Danmark



Kilde: OECD Health Data 2005 og DSI

27. "Nye mål og midler i indsatsen over for forhøjet blodtryk", Lægemedellindustriforeningen, april 2007.
28. "Forekomst af kronisk lungesygdom i København", Løkke, Fabricius, Vestbo, Marrott og Lange, Ugeskrift for Læger 2007;169(46):3956-60.
29. FEV1: 50 – 80 % af forventet, se også afsnit 2.5.
30. FEV1 < 50 % af forventet, se også afsnit 2.5.
31. "Forekomst af kronisk lungesygdom i København", Løkke, Fabricius, Vestbo, Marrott og Lange, Ugeskrift for Læger 2007;169(46):3956-60.
32. www.KOL.dk, Danmarks Lungeforening.
33. "Dødeligheden i Danmark gennem 100 år", Statens Institut for Folkesundhed, 2004.



der er nu flest dødsfald blandt kvinder³⁴. Dødeligheden af KOL er høj i Danmark sammenlignet med andre lande, jf. tabel 1.

2.4 – Årsagerne til KOL

De to vigtigste årsager til KOL er rygning og erhverv. 85–90 % af alle KOL-tilfælde i Danmark skyldes rygning. Symptombgivende KOL debuterer oftest efter 25 "pakkår"³⁷, men der er meget stor individuel variation i følsomheden over for rygning³⁸. Kvinder påvirkes mere end mænd af rygning.

En mindre del af KOL-tilfældene skyldes støveksplosion i forbindelse med erhverv, som f.eks. arbejde i svinestalde, korn- og foderstofindustri m.m.

I visse familier er der en øget forekomst af KOL grundet tilstedeværelsen af en genetisk abnormitet (Alfa-1-antitrypsinmangel). Det er dog kun 1-2 % af alle KOL-patienter, der lider af denne arvelige sygdom³⁹. Der er imidlertid utvivlsomt en væsentlig genetisk baggrund for den varierende betydning af rygning for den enkelte. Der pågår megen forskning på dette område, som forhåbentlig vil kunne hjælpe til en bedre sygdomsforståelse og mulige nye behandlinger.

2.5 – Afdækning af risiko og diagnosticering af KOL

KOL udvikler sig oftest snigende og over mange år. Mange patienter har allerede halveret lungefunktion på det tidspunkt, hvor de første gang henvender sig til lægen pga. symptomer. Symptomerne er ofte åndenød, hoste og ekspektoration⁴⁰ og hyppige luftvejsinfektioner. Hvis sygdommen udvikler sig, tiltager åndenøden gradvist, og der ses ofte vægttab, perifere ødemer⁴¹, træthed, koncentrationsbesvær, depression og angst samt social isolation⁴².

KOL diagnosticeres på baggrund af viden om rygevaner, andre ekspositioner, symptomer og lungefunktionstest, en såkaldt spirometri. En test af lungefunktionen bekræfter diagnosen og kan også i nogen grad bruges til at skelne mellem KOL og astma. En lungefunktionstest er hurtig og billig og kan udføres af forskelligt sundhedspersonale efter kort oplæring.

Ved lungefunktionsundersøgelse opnås forskellige mål, bl.a. et lungefunktionstal (FEV1). Raske personer har et lungefunktionstal på 3-5 liter afhængigt af køn, alder, højde og race. Hos KOL-patienter er FEV1 nedsat. Nedsættelsen angives i pct. af den forventede normale værdi. FEV1 anses for normalt, hvis det er over 80 % af den forventede normale værdi.

2.6 – Behandling af KOL

Ifølge de kliniske retningslinjer på området⁴³ udgør rygeophør det første trin i behandlingen. Hvis patienten ikke holder op med at ryge, vil sygdommen forværres uanset andre behandlingstiltag. Formålet med rygeophør hos KOL-patienter er at bremse det fremadskridende tab i lungefunktion. Tabt lungefunktion kan ikke genvindes, men rygestop vil betyde, at den hastighed, hvormed lungefunktionen falder, vil blive normaliseret.

Korrekt medicinsk behandling af patienter med svær KOL kan mindske faldet i lungefunktion, reducere antallet af

hospitalsindlæggelser, forbedre livskvaliteten og med stor sandsynlighed forlænge levetiden⁴⁴. Hensigtsmæssig medicinsk behandling, herunder i de forskellige faser af sygdommen, er beskrevet i den kliniske vejledning for området⁴⁵.

2.7 – Omkostninger forbundet med KOL

Ud over udgifterne til medicin koster KOL op mod 3 mia. kr. om året i sygesikrings- og sygehusudgifter, hvilket svarer til omkring 10 % af de samlede udgifter til personer over 40 år⁴⁶.

Tabel 3: Danmarks placering mht. dødeligheden af KOL³⁵ blandt 20 lande
1: laveste dødelighed, 20: højeste dødelighed³⁶

	1971-1980	1981-1990	1991-1995	1996-2000
Mænd	10	16	18	18(2)*
Kvinder	13	18	20	20 (10)*

Note: Aldersgruppen 35-74 år, aldersstandardiserede rater pr. 100.000. *Sveriges placering til sammenligning

34. "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007", Statens Institut for Folkesundhed.

35. Tallene indbefatter også dødsfald som følge af astma, der dog kun udgør omkring 5 %.

36. "Dødeligheden i Danmark gennem 100 år", Statens Institut for Folkesundhed, 2004.

37. 1 pakkeår svarer til 20 cigaretter dagligt i 1 år.

38. "KOL i almen praksis, diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

39. "KOL i almen praksis, diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

40. Eksspektoration betyder, at man hoster slim op.

41. Væskeophobning.

42. "KOL i almen praksis, diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

43. "KOL i almen praksis; diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

44. "Nytænkning og KOL", Jørgen Vestbo i Ugeskrift for Læger 2003;165(45):4319.

45. "KOL i almen praksis; diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering", Klinisk vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin, 2008.

46. www.KOL.dk – Danmarks Lungeforening.



– partnerskab
for sundhed

Lægemiddel
Industri
Foreningen

Lersø Parkallé 101
2100 København Ø
Tlf: 39 27 60 60
Fax: 39 27 60 70

info@lif.dk
www.lif.dk

Danmark er det land i Europa, hvor flest mennesker dør af sygdomme, der kunne have været forebygget. Der er tale om folkesygdommene, der også kaldes de "stille dræbere":

Hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL (kronisk obstruktiv lungesyndrom), kræft, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme og psykiske sygdomme. Disse lidelser kan, hvis de opdages og behandles i tide, helt undgås eller mindskes.

Lifs vision for den danske folkesundhed er, at ingen danskere skal leve kortere eller have nedsat livskvalitet på grund af forebyggelige sygdomme.