

## Tidlig opsporing af KOL skal prioriteres højt

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er, som det fremgår af artiklerne i dette temanummer af Ugeskrift for Læger, en meget alvorlig lungesygdom. Desværre er det også en sygdom, hvor forebyggelse, diagnosticering, behandling og rehabilitering ikke gennemføres nær så bredt og systematisk, som de kunne. For alt for mange mennesker betyder det både for høj dødelighed og for dårlig livskvalitet.

Danmark har i mange år ført an i EU, hvad angår højeste forekomst og dødelighed af KOL. KOL er den sygdom, der bidrager mest til ulighed i sundhed. Ca. 430.000 danskere har nedsat lungefunktion pga. KOL, men kun ca. 100.000 er i behandling. Kun 50% af de patienter, der får medicin for KOL, har fået en lungefunktionsundersøgelse. De samlede omkostninger til behandling af KOL er 3,3 mia. kr. pr. år. Hertil kommer kommunale plejeudgifter på 2 mia. kr. pr. år samt overførselsindkomster – primært førtidspension – på 1,3 mia. kr. til patienter med KOL. I en nyligt publiceret engelsk artikel, hvor man fokuserer på sygdomsbyrden i en række industrialiserede lande, bekræftes det, at Danmark også i 2010 lå på den dårligste plads, hvad angik dødelighed og sygelighed af KOL [1].

Det er ikke flatterende for det danske sundhedsvæsen. Specielt fordi det er unødvendigt, at så mange dør tidligt, og at så mange har en dårlig livskvalitet i mange år. For der findes allerede anerkendte guidelines for opsporing og behandling af KOL, men de følges bare ikke. Symptomerne på KOL tilskrives og bortforklares desværre ofte med, at man er blevet ældre, er i dårlig fysisk form på grund af for lidt motion, overvægt og sidst, men ikke mindst, rygning.

Teoretisk er der gode muligheder for at finde KOL tidligt ved hjælp af spirometri. Men mange af de mennesker, som er ved at få svær KOL, får alligevel ikke foretaget undersøgelsen, får ikke tilbudt rygestop og er derfor komplet udvidende om, at de befinder sig i farezonen for at få svær KOL. Tankerne om brugen af lungefunktionsmåling til tidlig opsporing af KOL er ikke nye. Allerede i 2007 anbefalede Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin, at patienter, som er over 35 år, er rygere eller eksrygere og har et eller flere lungesympptomer, bør tilbydes lungefunktionsmåling mhp. at opdage KOL i et tidligt stadium. Det samme gælder for mennesker, som er ansat i erhverv, hvor de udsættes for støv, gasser og dampe.

En intervention kalder på at blive gennemført hurtigst muligt. Derfor skal Sundhedsstyrelsens anbefaling om lungefunktionsmåling hos rygere med lungesympptomer gøres forpligtende og følges op med en informationskampagne, så danskerne får interesse for deres lungefunktion. Anbefalingerne skal udvides, så de også kommer til at omfatte rygere, der ikke selv rapporterer om lungesympptomer, da disse rygere også har en høj risiko for at få KOL. Spirometri skal desuden tilbydes til mennesker, som ikke så tit går til læge, f.eks. på arbejdspladser, socialcentre og kommunernes sundhedscentre. Alle rygere, uanset motivation, bør rådgives og hjælpes til at holde op med at ryge. Og et ambitiøst mål kunne være, at alle rygere og mennesker, som er udsat for lungeskadelige stoffer, fik målt deres lungefunktion omkring 30-40-årsalderen og fik dette lungetjek gentaget hvert femte år.

I Danmarks Lungeforening ved vi godt, at det ikke er nemt for de sundhedsprofessionelle at etablere kontakt til mennesker med KOL. Af samme grund arbejder vi hver dag for at blive en stærkere patientforening, der kan bidrage endnu mere til at nedbryde barriererne til mennesker i risikogruppen. Men uden at tage fat i de menneskelige og holdningsprægede udfordringer, som ligger bag de seneste 30 års kuldsejlede opsporing og behandling af KOL i Danmark, går det næppe.

Alt dette understreger behovet for en samlet indsats, en lungeplan som de danske hjerterplaner og kræftplaner og på linje med indsatsen i f.eks. Finland [2]. Planen skal indeholde bl.a. tidlig opsporing af KOL gennem befolkningsoplysning om vigtigheden af at få foretaget lungefunktionsmåling, og den skal støtte strukturen i almen praksis til at gennemføre disse undersøgelser. Lungeplanen skal sikre systematisk brug af guidelines i alle led og et forpligtende samarbejde mellem de sektorer, som i Danmark varetager behandling af patienter med KOL.

Det er ikke viden, der mangler, men vi forsøger at anvende den viden, der findes.

### LITTERATUR

1. Murray CJL, Richards MA, Newton JN et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;381:997-1020.
2. Kinnulaa VL, Vasankari T, Kontulac V et al. The 10-year COPD programme in Finland: effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. *Prim Care Respir J* 2011;20:178-83.

### LEDER

Johannes Flensted-Jensen & Anne Brandt

### KORRESPONDANCE:

Anne Brandt,  
Danmarks Lungeforening,  
Strandboulevarden 47 B,  
2100 København Ø.  
E-mail: abc@lunge.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk