



Dato 23-12-2015

Sagsnr. 1-1010-186/1

Baggrundsnotat – forudsætninger for anbefalinger for tidlig opsporing af KOL

Formål

Sundhedsstyrelsen opdaterer anbefalingerne vedrørende tværsektorielle patientforløb for mennesker med KOL. Heri indgår anbefalinger for tidlig opsporing af KOL i almen praksis. I dette notat uddybes centrale forudsætninger for disse anbefalinger i almen praksis, herunder:

- 1) hvor mange der forventes at blive identificeret med KOL
- 2) hvor mange der forventes at blive behandlet for KOL
- 3) prognosen for disse mennesker

Baggrund

Det vurderes i KOL-anbefalingerne, at det vil styrke den tidlige opsporing af personer med KOL, at tilbyde spirometri opportunistisk til målgruppen:

- Personer over 35 år der enten
 - ryger eller er udsat for lungeskadelige stoffer på arbejdspladsen dog under hensyntagen til vurdering af risikoeksponeringeller
 - har et eller flere vedvarende lungesymptomer (hoste, åndenød, hvæsen, opspyt eller hyppige luftvejsinfektioner), også selv om de ikke har været udsat for skadelig eksponering (rygning eller arbejdsmæssig udsættelse for lungeskadelige stoffer)

Baggrunden for at målrette den tidlige opsporing til ovenstående målgrupper er:

- Personer, som ryger, er i risikogruppen for at udvikle KOL, især hvis de fortsætter med at ryge, og de bør derfor undersøges. Danske undersøgelser viser, at 35 pct. af vedvarende rygere udvikler KOL over en tidsperiode på 25 år¹.
- Personer, som har vedvarende lungesymptomer, kan have det blandt andet på grund af KOL eller astma og bør derfor undersøges med spirometri².
- Personer, som er holdt op med at ryge og ikke har lungesymptomer, har en meget mindre risiko for at udvikle KOL, da de er ophørt med den eksposition, som er ansvar-

¹ Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J, Developing COPD – a 25 years follow-up study of the general population. Thorax 2006; 61:935-9).

² Medicinsk Kompendium, Lungesygdomme

lig for sygdomsprogressionen^{3,4}. De bør kun undersøges, hvis de har lungesymptomer eller gentagne lungesymptomer.

- Rygere uden lungesymptomer medtages i målgruppen, fordi man kan få en betydende lungefunktionsnedsættelse som følge af KOL, uden nødvendigvis at have irritative symptomer fra luftvejene⁵ og nogle ryger underreporterer symptomer, hvilket kan være en medvirkende faktor til en forsinket diagnose i almen praksis⁶.
- Patienter med symptomer er med i målgruppen, fordi de kan have KOL eller astma som eks-ryger eller som aldrig-ryger⁷.
- Personer, som er holdt op med at ryge (alternativt eks-rygere) og ikke har lungesymptomer, har en lavere risiko for at have KOL, end personer der aldrig har røget (alternativt aldrig-rygere) der har lungesymptomer og rygere uden lungesymptomer, og er derfor undtaget⁴.

Spørgsmål 1. Hvor mange identificeres med KOL som følge af anbefalingerne?

Med denne afgrænsning kommer målgruppen for tidlig opsporing baseret på nedenstående skøn at omfatte i alt omkring 1 mio. personer fordelt på:

- *Cirka 67.000 personer i aldersgruppen 35-40 år der enten ryger eller har et lungesymptom.* Aldersgruppen mellem 35-40 år skønnes at være på 350.000 personer⁸. Heraf konsulterer knap 80 pct. egen læge i løbet af ét år, det vil sige 270.000. Af dem er cirka 25 pct. rygere eller har et lungesymptom, det vil sige cirka 67.000 personer. Af dem skønnes 7-8 pct., svarende til cirka 5.000 personer, at have enten astma eller KOL.
- *Cirka 860.000 personer i aldersgruppen 40 og 80 år, der enten ryger eller har et lungesymptom.* Aldersgruppen mellem 40 og 80 år skønnes at være på 2,6 mio⁹. personer. Cirka 80 pct. heraf konsulterer egen læge i løbet af ét år, det vil sige 2,15 mio. personer. Blandt dem er der cirka 20 pct., der ryger og 30 pct., som har et lungesymptom, men da der er et stort overlap mellem disse grupper skønnes det, at cirka 40 pct. enten ryger eller har et lungesymptom, det vil sige 860.000 personer. Heraf skønnes cirka 25 pct., svarende til 215.000 personer, at have en kronisk lungesygdom fordelt på cirka 150.000 personer med KOL, cirka 35.000 med astma og cirka 30.000 med blandings-tilstanden KOL/astma (ACOS).

³ Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J, Developing COPD – a 25 years follow-up study of the general population. Thorax 2006; 61:935-9

⁴ Lyngsø AM, Gottlieb V, Backer V, Nybo B, Østergaard MS, Jørgensen HL, Frølich A. Early detection of COPD in primary care: the Copenhagen COPD screening project. COPD. 2013 Apr;10(2):208-15)

⁵ Agustí A, Calverley PM, Celli B, Coxson HO, Edwards LD, Lomas DA, MacNee W, Miller BE, Rennard S, Silverman EK, Tal-Singer R, Wouters E, Yates JC, Vestbo J; Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) investigators. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. Respir Res. 2010;11:122

⁶ Walters JA1, Hansen EC, Walters EH, Wood-Baker R Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in primary care. Respir Med. 2008 May;102(5):738-43.

⁷ GOLD og GINA referencer, samt Thomsen M, Vestbo J, Nordestgaard BG, Lange P. Characteristics and prognosis of never-smokers with COPD in Denmark. Lancet Respiratory Medicine 2013; 1: 543-50

⁸ Danmarks Statistik

⁹ Danmarks Statistik

- Cirka 115.000 personer i aldersgruppen 80+ der enten ryger eller har et lungesymptom. Aldersgruppen 80+ skønnes at være cirka 230.000 personer¹⁰. De kommer næsten alle til egen læge i løbet af et år. Af dem er cirka 50 pct., svarende til 115.000 personer, enten rygere eller har et lungesymptom. Her skønnes cirka 30 pct. at have KOL eller astma, svarende til cirka 35.000 personer.

Dette betyder samlet set, at såfremt hele målgruppen tilbydes spirometri og tager imod det, at der skal laves i alt cirka 1 mio. spirometrier for at finde cirka 250.000 personer med enten KOL og/eller astma.

Det er imidlertid ikke realistisk, at alle modtager og accepterer tilbuddet. Det forventes, at højst halvdelen bliver tilbudt undersøgelsen, og højst halvdelen af dem forventes at tage imod tilbuddet. Det vil sige, at der skal laves cirka 250.000 spirometrier i almen praksis om året mhp. tidlig opsporing af KOL. Heraf vil 25 pct., eller godt 60.000 personer, blive identificeret med KOL og/eller astma.

Spørgsmål 2. Hvor mange behandles for KOL efter tidlig opsporing?

Patienter med nydiagnosticeret KOL bør tilbydes følgende indsatser:

- Information om diagnosen og drøftelse af konsekvenserne heraf
- Relevant medicinsk behandling: På baggrund af en dansk undersøgelse¹¹ forventes fordeling af nyopdagede personer med KOL af være følgende: 30 pct. vil have mild KOL (GOLD 1), 50 pct. vil have moderat KOL (GOLD 2) og 20 pct. vil have svær/meget svær KOL (GOLD 3+4). Af dem vil medicinsk behandling være relevant blandt ca. 60 pct., det vil sige ca. 36 000 personer af de 60.000 nyopdagede tilfælde.
- Henvisning til patientrettet forebyggelse (rehabiliteringsindsatser) herunder rygeafvænning: cirka 75 % af de 60.000 nyopdagede dvs. 45.000 (alle som ryger og er motiveret), øvrige tilbud: cirka 20.000 (patienter med åndenød svarende til MRC 3 eller højere) vil have gavn af at blive henvist til rehabilitering.

Spørgsmål 3. Prognose efter tidlig opsporing

Der er ikke lavet studier på populationsniveau, der har undersøgt effekten af programmer til at opspore patienter med KOL tidligt. Dog kendes effekten af de enkeltindsatser, der iværksættes, når diagnosen stilles.

Rygestop vil i de fleste tilfælde nedsætte risikoen for, at KOL progredierer og bliver så svær, at patientens funktionsevne nedsættes i betydelig grad, og får behov for hospitalsindlæggelse(r) som følge heraf og på grund af eksacerbationer og i sidste ende dør på grund af KOL, lungekræft eller kardiovaskulær sygdom^{12,13}. Effekten af rygestop på forløbet af de kroniske

¹⁰ Danmarks Statistik

¹¹ Ulrik CS, Løkke A, Dahl R et al. Early detection of COPD in general practice. Int J COPD 2011;6:123-7

¹² Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Available at: www.goldcopd.org

lungesygdomme vil i høj grad afhænge af, i hvilken alder det gennemføres, men for alle vil rygestop nedsætte risikoen for at udvikle flere kræftformer og hjerte-karsygdomme. Hvad angår astma vil rygestop føre til, at astma bliver mildere: det vil sige mere stabil og med nedsat risiko for forværring og progression til ACOS¹⁴

Medicinsk behandling af KOL vil foruden at reducere symptomerne hos den enkelte også nedsætte risikoen for hospitalsindlæggelse med cirka 25 pct.¹⁵

Rehabilitering nedsætter samlet set signifikant åndenød og træthed og øger livskvaliteten og patientens evne til at kunne mestre sygdommen¹⁶¹⁷ og fører på sigt til færre indlæggelsesdage.¹⁸

Prognosen efter tidlig opsporing er imidlertid afhængig af gennemførelsesgraden af forebyggelsestilbud og en efterfølgende fastholdelse af en sund livsstil, herunder særligt rygestop, samt af adhærens til den iværksatte medicinske behandling.

Samlet set forventes anbefalingerne for tidlig opsporing således at indebære, at patienter med KOL får en bedre funktionsevne, færre komplicerede indlæggelser for eksacerbation, bedre muligheder for at mestre sygdommen og en højere livskvalitet.

¹³ Anthonisen NR1, Connett JE, Enright PL, Manfreda J; Lung Health Study Research Group. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 Aug 1;166(3):333-9, Sundhedsstyrelsen. Behandling af tobakafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. Sundhedsstyrelsen 2011

¹⁴ Çolak Y, Afzal S, Nordestgaard BG, Lange P. Characteristics and Prognosis of Never-Smokers and Smokers with Asthma in the Copenhagen General Population Study. A Prospective Cohort Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 Jul 15;192(2):172-81

¹⁵ Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Available at: www.goldcopd.org, og RADS. Baggrundsnotat for medicinsk behandling af patienter med KOL.

¹⁶ McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23;2:CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3.

¹⁷ Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2014

¹⁸ Griffiths TL, Phillips CJ, Davies S, Burr ML, Campbell IA. Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. *Thorax*. 2001 Oct;56(10):779-84