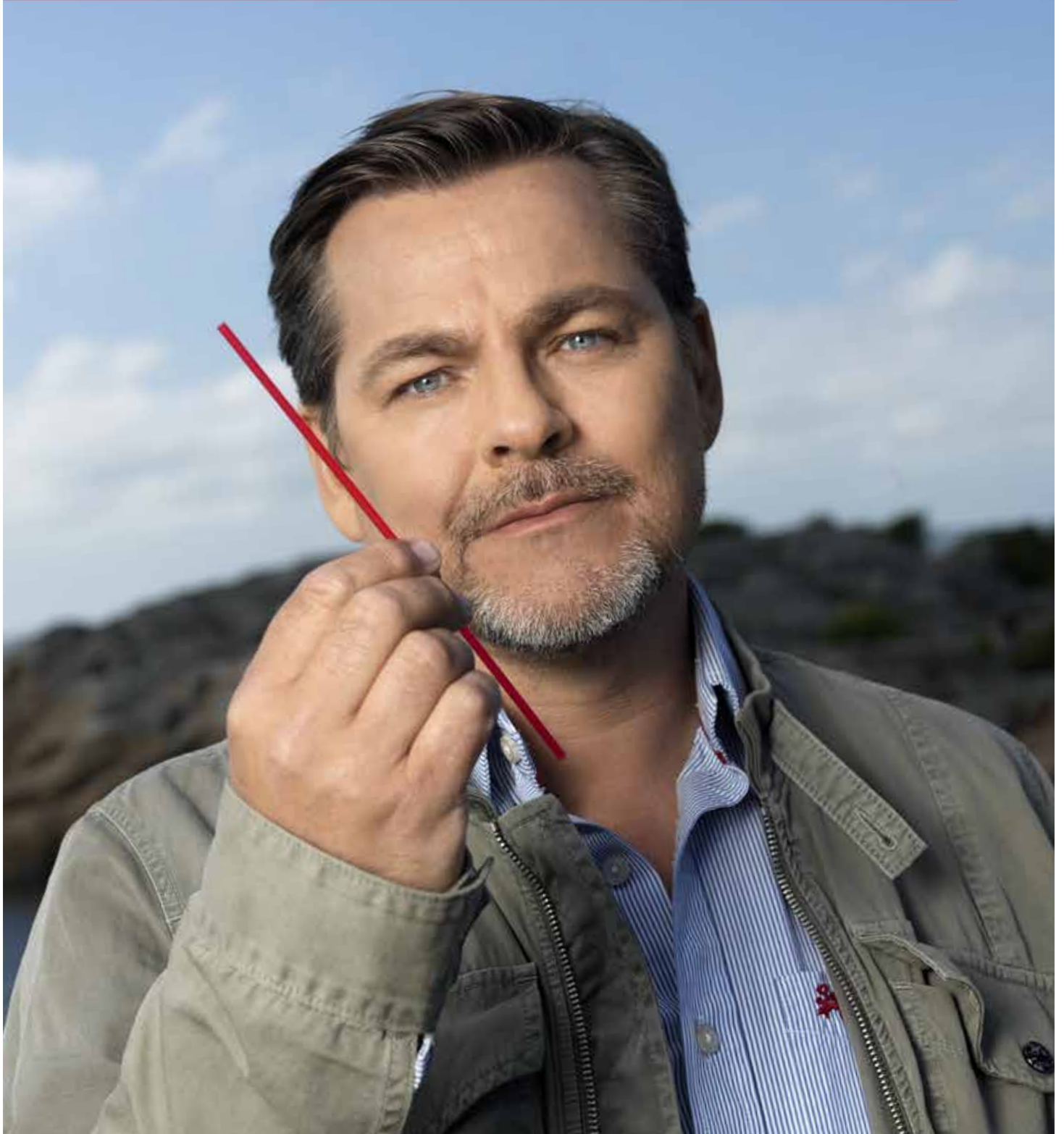


KOL-rapport 2015

– om svensk forskning kring lungsjukdomen KOL



Innehåll

Förord	3
Kort om KOL	4
Att leva med KOL	5
Kroppen får för lite luft	5
KOL-sjuka mår allt bättre	5
Ökad risk för andra sjukdomar	6
Den svenska KOL-vården	7
Tidig upptäckt viktigt	7
Kunskap och träning	7
Forskning – vägen framåt	9
Ökad kunskap om KOL	9
Forskningens utmaningar	10
KOL – den okända folksjukdomen	12
400 000 vet inte att de har KOL	12
Inte bara rökare	12
Vanlig dödsorsak	12
Kvinnor dör tidigare	12
Dödligheten sjunker i Europa	13
Tredje vanligaste dödsorsaken i världen	14
Hjärt-Lungfondens arbete med KOL	15
Forskningsrådet	15
Forskningsprojekt inom KOL	15
Om rapporten	17
Övriga källor	17
Sätt att bidra till forskningen	17

Bild framsida: Joakim Geigert förlorade sin pappa Hagge i KOL och är idag ambassadör för Hjärt-Lungfonden. Att ha KOL kan kännas som att andas genom ett litet sugrör. Foto: Mårten Levin

Förord

Hjärt-Lungfonden grundades redan 1904 under namnet Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos. Då var målet att bekämpa den stora folksjukdomen tuberkulos. Tack vare stödet kunde många avgörande forskningsframsteg uppnås. 1942 kom vaccinet mot tuberkulos, och på 50-talet var sjukdomen nästintill utrotad. I dag arbetar Hjärt-Lungfonden för att besegra vår tids största folksjukdomar – hjärt- och lungsjukdomar.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, är en av de stora folksjukdomarna med minst en halv miljon drabbade i Sverige. Av dem är det bara var femte person som har fått rätt diagnos. Det innebär att minst 400 000 svenskar lever med KOL utan att veta om det.

Dödligheten i KOL har ökat sedan 1970-talet och i dag avlider närmare 3 000 svenskar årligen i sjukdomen. Så många skulle inte behöva drabbas. KOL går nämligen att upptäcka med ett enkelt test och kan bromsas om man får diagnosen tidigt.

Lungforskarna har kommit en bra bit på vägen. I dag vet vi mer om vilka som riskerar att få KOL, hur vi tidigt kan diagnostisera sjukdomen och hur vi på ett effektivt sätt behandlar den. Men det är fortfarande mycket som vi inte vet. Kunskapsluckorna är många och det behövs mer forskning.

Hjärt-Lungfonden är den största fristående finansiären av svensk lungforskning och 2014 beviljades glädjande nog stöd till lungforskning med nästan 70 miljoner kronor.

Med forskningens hjälp vill Hjärt-Lungfonden förstå KOL samt utveckla ny individanpassad behandling som bromsar sjukdomen och minskar lidande. Där-

för informerar vi om KOL och samlar in pengar till forskning så att vi tillsammans kan utrota även den här sjukdomen. Utmaningar och uppslag för forskningen saknas alltså inte – det som behövs är mer pengar till forskning.



Foto: Hjärt-Lungfonden/Anna Molander

Kristina Sparreljung

Generalsekreterare Hjärt-Lungfonden

Kort om KOL

- KOL står för kroniskt obstruktiv lungsjukdom och är en av våra stora folksjukdomar. Minst en halv miljon människor lever med KOL i Sverige.
- Bara var femte KOL-drabbad har fått en diagnos. Det innebär att minst 400 000 svenskar lever med sjukdomen utan att själva veta om det.
- KOL är en obotlig sjukdom. Varje år dör närmare 3 000 personer av KOL i Sverige, fler kvinnor än män.
- De flesta som får KOL i Sverige har länge varit rökare. Men 20 procent har aldrig rökt.
- KOL bryter långsamt ner luftvägar och lungor. Det försvårar luftflödet till och från lungorna och upplevs till en början av de drabbade som andfåddhet och dålig ork.
- Hjärt-Lungfonden vill med forskningens hjälp bättre förstå sjukdomen samt utveckla ny individanpassad behandling som bromsar sjukdomen och minskar lidande och för tidig död.

Att leva med KOL

Kroppen får för lite luft

KOL är en långsamt förloppande inflammatorisk sjukdom i luftvägar och lungor. Inflammationen förtränger lungans minsta luftrör, bryter ner lungblåsorna och smälter ihop dem till större blåsor. Detta försvårar luftflödet till och från lungorna och upplevs av de drabbade som andfåddhet och dålig ork. Inflammationen i de små luftrören kallas för bronkiolit och processen i lungblåsorna för emfysem. Bronkiolit och emfysem är de sjukdomsprocesser som tillsammans formar sjukdomen KOL

KOL upptäcks ofta efter många år av trötthet, dålig ork och andfåddhet även vid liten fysisk ansträngning och i bland även i vila. Att ha KOL innebär att lungfunktionen långsamt bryts ned. Diagnosen KOL innebär en bestående funktionsnedsättning. Det är en kronisk sjukdom som inte går att bota och som kan medföra stora svårigheter att klara av vardagen.

Hos en frisk person går 2-3 procent av kroppens energi till andningen i vila, men för en svårt KOL-sjuk kan uppemot 20 procent av den totala energiförbrukningen gå åt till andning i vila. Svårt KOL ger andnöd som kan bli invalidiserande. När man inte ens i vila kan syresätta sig måste man ha syrgas.

KOL-sjuka mår allt bättre

De flesta har KOL i lindrig form och många lever med sjukdomen länge utan att ha fått en

De vanligaste symptomen

- Andnöd vid ansträngning
- Slemhosta
- Rosslände och pipande ljud vid andning
- Luftvägsinfektioner
- Avmagring
- Trötthet

diagnos. KOL går dock att upptäcka tidigt med ett enkelt test och kan bromsas om man får diagnosen i ett tidigt stadium.

Den som drabbats av KOL har ofta behov av stöd och behandlingar i flera olika former, så väl fysiskt som psykiskt. Den viktigaste åtgärden är rökstopp, men även motion och kost påverkar sjukdomsförloppet.

För lungsjuka är det viktigt att undvika infektioner, eftersom varje infektion kan skada lungorna ytterligare. Personer med KOL – särskilt de som fortfarande röker och har slemhosta – löper en ökad risk att drabbas av akuta bronkiter, lunginflammationer och andra bakterieinfektioner. Vanligast är så kallade bronkitskov, då uppstår en akut infektion i luftvägarna och den drabbade känner sig sjuk och mer andfådd än vanligt.

KOL-sjuka personer drabbas av försämringsperioder, så kallade exacerbationer, som accelererar sjukdomsförloppet. Flera exacerbationer under loppet av ett år innebär en stor risk för kraftig försämring och förtida död, framför allt om försämringsperioden varit så kraftig att den krävt inläggning på sjukhus.

Antalet försämringsperioder hos KOL-sjuka har de senaste åren minskat, mellan 1999 och 2009 har antalet halverats. Tre bidragande orsaker till förbättringen är bättre hjälp till rökstopp och fysisk träning samt de nya läkemedlen som har tagits fram. En annan framgångsfaktor är att behandlingen alltmer sker inom ramen för vårdteam, så kallade astma/KOL-mottagningar med astma/KOL-sköterska, läkare och sjukgymnast.

Symptomdämpande behandling med luft-rörsvidgande läkemedel är oftast aktuell först

vid medelsvår till svår KOL. I sjukdomsförloppets senare stadium, när andningen börjar svikta och man drabbas av kronisk syrebrist, kan behandling med syrgas och vätskedrivande medel behövas.

Vid behandling av KOL ges läkemedel dels för att lindra de kroniska symptomen, dels för att förebygga akuta försämringsperioder som ofta är kopplade till infektioner. För symptomlindring har luftrörsvidgande mediciner effekt.

Vissa personer med svårt lungemfysem kan opereras. Genom att ta bort de mest skadade delarna av lungorna ger man de friskare delarna mera plats så att de kan fungera bättre.

Ökad risk för andra sjukdomar

I alla stadier av sjukdomen är det vanligt att KOL-sjuka också drabbas av andra sjukdomar. Den som har KOL löper ökad risk för hjärtinfarkt, hjärtsvikt, åderförfattning och stroke. Kopplingen mellan hjärt- och lungsjukdom har de senaste åren blivit allt tydligare. Enligt det nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret har över hälften av alla KOL-drabbade högt blodtryck och 30-40 procent har någon hjärtsjukdom. Dessa sjukdomar är viktiga att identifiera då det ofta är de som orsakar förtida död för KOL-sjuka.

En KOL-diagnos innebär även att risken för en rad andra sjukdomar ökar. Diabetes, som är kopplad till kärlförändringar, drabbar en betydligt större andel av personerna med KOL än befolkningen i stort. Även lungcancer, benskörhet och sömnapné är vanligare bland KOL-drabbade.

Benskörhet skapar problem för många som har KOL. Det medför att man lätt bryter höfter, handleder, armar och lårben om man faller. I dag finns flera möjligheter att förebygga och behandla benskörhet. Trots det är dödligheten i samband med komplikationer vid benskörhet förhöjd för personer med KOL.

Ångest och depression är vanligt hos personer som lider av KOL, uppemot var femte person lider av någon form av depression. Det beror dels på den svåra sociala situation som sjukdomen innebär, med begränsade möjligheter att nå sin omgivning och andra problem i vardagen, och dels att låg syrehalt i blodet i sig kan bidra till kognitiva och depressiva besvär. Många med svår KOL och kronisk andningssvikt isolerar sig. Av rädsla för att plötsligt bli sämre kan det vara svårt att våga sig ut och delta i aktiviteter. Men den främsta orsaken till social isolering är att patienten helt enkelt inte orkar, rent fysiskt, att utföra olika aktiviteter.

På grund ökad energiåtgång, av det ökade andningsarbetet, och minskad aptit magrar KOL-sjuka ofta kraftigt. Att man successivt magrar betyder en ökad risk att få täta försämringar och därmed en förhöjd risk att avlida i sjukdomen. Redan vid en BMI under 22 försämras prognosen.

Den svenska KOL-vården

Tidig upptäckt viktigt

En tidig diagnos av KOL är avgörande för att sjukdomsutvecklingen ska kunna bromsas. Ändå diagnostiseras få personer i tid. Många personer saknar därmed en effektiv behandling med sämre hälsa som följd.

” Att ställa diagnosen vid 47 års ålder eller 17 år senare när man blir pensionär, kan innebära skillnad i form av en golf-spelande pigg resenär mot ett liv i rullstol med syrgas.

*Kjell Larsson,
professor i lungmedicin*

KOL upptäcks enklast genom en enkel lungfunktionsmätning, så kallad spirometriundersökning. I de flesta fall kan KOL diagnostiseras, utredas och behandlas av distriktsläkare på vårdcentraler. Vid svårare fall brukar patienten remitteras till en lungspecialist som kan göra större lungfysiologiska undersökningar och fastställa artärblodets syre- och koldioxidhalt.

För att fler personer med misstänkt KOL ska diagnostiseras i ett tidigt stadium bör hälso-

och sjukvården erbjuda spirometri till alla rökare och tidigare rökare samt andra riskgrupper. Tidigare studier har visat att patienter som regelbundet genomgår spirometri är mer benägna att sluta röka. Ändå erbjuds långt i från alla personer som tillhör riskgruppen att göra en spirometrimätning. Endast mellan 30 och 50 procent av de diagnostiserade KOL-patienterna har fått sin diagnos genom en spirometriundersökning.

Trots att många får sin diagnos sent i sjukdomsutvecklingen visare en ny studie att det har skett förbättringar. På elva år har medelåldern för KOL-diagnostisering sjunkit med 7 år, då medelåldern sjönk från 73 år till 66 år mellan 1999 och 2009.

Kunskap och träning

Patientutbildningar kan ge KOL-sjuka en ökad kunskap om sin sjukdom. Kunskapen stärker förmågan att hantera sjukdomen och dess symptom. Enligt Luftvägsregistret ökar antalet som genomgår patientutbildningar både på specialistmottagningarna och inom primärvården. Cirka 30 procent av patienterna på specialistmottagningarna och 39 procent inom primärvården har genomgått någon form av strukturerad KOL-utbildning.

Fysisk träning förbättrar prestationsförmågan och livskvaliteten vid KOL, och träning under ledning av sjukgymnast rekommenderas generellt till personer med KOL. Läkemedelsverket rekommenderar KOL-patienter att vara fysiskt aktiva minst 30 minuter om dagen fem dagar i veckan. Socialstyrelsens nya riktlinjer rekommenderar även hälso- och sjukvården att erbjuda konditions- och styrketräning till personer med KOL i senare stadium av sjukdomen som har nedsatt fysisk kapacitet.

Fysisk träning i samband med en försämringsperiod minskar risken för återinläggning på sjukhus med 78 procent och dödligheten

” Fysisk träning ökar livskvalitet och överlevnad hos KOL-patienter. Ingen medicin i världen kan uppnå samma positiva resultat. Ändå erbjuds bara en bråkdel av de med KOL fysisk träning på sjukhus.

Karin Wadell,
sjukgymnast

med 72 procent. Ändå erbjuds endast 0,3 procent av KOL-patienterna i Sverige rehabilitering på sjukhuset

KOL är en långsamt försämrande sjukdom. För att kunna anpassa behandlingen efter sjukdomsutvecklingen är det viktigt att KOL-sjuka erbjuds uppföljning. Trots det erbjuds bara 38 procent av alla KOL-sjuka uppföljning inom 14 dagar efter besök på akutmottagningen.



KOL-vården i Sverige har blivit bättre, men Socialstyrelsens nya riktlinjer för vård vid astma och KOL i Sverige pekar på flera viktiga förbättringsområden. Tidigare diagnos, bättre sjukdomskunskap och sjukdomskontroll samt fler återbesök är områden som lyfts.

Forskning – vägen framåt

I Sverige ligger vi i framkant inom lungforskning men pengarna från staten räcker inte till all den forskning som behövs. Hjärt-Lungfonden är tack vare sina givare den enskilt största fristående finansiären av lungforskning i Sverige. Under 2014 beviljade Hjärt-Lungfonden stöd till lungforskning med nästan 70 miljoner kronor.

Ökad kunskap om KOL

Tack vare forskningen har kampen mot KOL kommit långt. Kunskapen om de bakomliggande faktorerna har ökat, tillgången på bättre

undersökningsmetoder och mer anpassade tekniska hjälpmedel har förbättrats. Behandlingarna har blivit effektivare och mer individanpassade, och man har en större vetskap om vilka rehabiliteringsmetoder som är verkningsfulla. Dessa framsteg har lett till att fler diagnostiseras tidigare i sjukdomsförloppet och att KOL-sjuka erbjuds bättre vård och rehabilitering vilket förbättrat deras livskvalitet.

I dag vet man att KOL inte är bara EN sjukdom, utan att det finns flera olika subgrupper av sjukdomen. Det finns ett starkt samband mellan hur de olika subgrupperna svarar på



Spirometriundersökning SCAPIS. Foto: Anna Molander

behandling och vilken typ av immunceller de har i de drabbade luftvägarna. Astma-COPD Overlap Syndrome (ACOS) är en samlingsbe-teckning för gruppen som uppvisar tecken på både KOL och astma. Runt 20-25 procent av alla personer med kronisk luftvägsobstruktion anses tillhöra ACOS. Kunskapen om subgrup-perna är avgörande för att kunna urskilja vilka immunmekanismer som skyddar vävnader och därför inte bör angripas av framtida läke-medel, och vilka som leder till symptom och förstörd vävnad, och därmed bör vara mål för framtida behandling. Dessa nya fynd ligger till grund för utvecklandet av nya och mer anpas-sade läkemedel.

KOL har sin grund i de perifera små luft-vägarna och startar långt innan det uppstår symptom och innan sjukdomen går att se med en vanlig lungfunktionsmätning. En ny under-sökningsmetod som forskarna utvecklat gör det möjligt att undersöka de perifera luftvägar-na, så kallade "small airways". Det innebär att det nu går att identifiera personer med risk att utveckla KOL mycket tidigare.

De läkemedel som i dag finns tillgängliga för KOL-sjuka har genom forskning förfinats och blivit mer långverkande. Kunskapen om hur de olika läkemedlen kan kombineras för bättre effekt har även förbättrats.

Forskningens utmaningar

För att förhindra att fler människor drabbas av KOL och för att ytterligare förbättra livskva-liteten för de som lever med KOL behövs mer kunskap, effektivare behandlingsmetoder och tillvägagångssätt för tidig diagnostisering.

Biomarkörer är ämnen som kan mätas exem-pelvis genom ett blodprov eller ett utandnings-prov. Dessa ämnen kan användas för att iden-tifiera om en person har en ökad risk för en sjukdom eller för att diagnostisera sjukdomen i ett tidigt stadium. I dag finns inga biomarkörer för KOL. Drömscenariot för lungforskarna är att hitta en eller en grupp av biomarkörer som kan visa vilka rökare som kommer att utveckla svår KOL, och vilka som inte kommer att göra det. Hittar man sådana markörer skulle det bli möjligt att sätta in tidig behandling, men också att utveckla nya läkemedel som skulle kunna förbättra prognosen vid svår KOL.

Kopplingen mellan hjärt- och lungsjuk-dom är i dag tydlig och för att bättre och mer effektivt kunna hjälpa de drabbade behöver kunskapen om de olika samsjukligheterna och hur de kan förebyggas stärkas. Det pågår i dag flertalet studier inom den nationella studien SCAPIS där patientgrupper undersöks med hänsyn av både lung- och hjärtfunktioner.

En av dessa studier genomförs på SCAPIS-mottagningen vid Skånes universitets-sjukhus i Malmö där en ny undersökningsme-tod nu testas. Det är ett ut- och inandnings-prov som kan öka möjligheten att upptäcka lungsjukdom. För att hitta och kunna hjälpa KOL-drabbade tidigare tittar man även på möjligheterna att diagnostisera via exempelvis blod- och urinprov. Det övergripande målet för studien är att hitta metoder som individuali-serar riskbedömningen för hjärt- och lung-

sjukdom, och att kunna sätta in korrekt och individanpassad behandling. En tydlig vision är att i framtiden utifrån biomarkörer kunna se vilka som har en förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom. Vid förhöjd risk är målet att man ska få genomgå ytterligare undersökningar och utifrån resultatet få relevant förebyggande behandling.

Inom SCAPIS pågår även två omfattande studier med målsättningen att identifiera varför de som aldrig rökt får KOL och att upptäcka nya och effektivare behandlingssätt för KOL-drabbade som aldrig rökt.

Kunskapen om att KOL inte är en sjukdom utan består av fler subgrupper är nu etablerade. Men för att behandlingen av KOL-sjuka ska bli bättre och mer effektiv måste fler grupper av sjukdomen identifieras. I dag svarar vissa personer med KOL bra på sin behandling samtidigt som vissa inte svarar alls. Studier på individanpassade behandlingar saknas helt i dag. Om fler subgrupper identifieras kan mer anpassade läkemedel och behandlingsprogram utvecklas.

Om SCAPIS

SCAPIS står för Swedish CardioPulmonary biomarker Study och är ett världsunikt forskningsprojekt inom hjärta, kärl och lungor. Studien leds av en nationell forskargrupp och drivs av universitetssjukhusen i Sverige med Hjärt-Lungfonden som huvudfinansiär.

30 000 personer från hela landet kommer att medverka i SCAPIS. Studien kommer att genomföras på sex orter i landet under tre år.

De personer som medverkar i studien får hjärta, kärl och lungor undersökta. De genomgår bland annat skiktröntgen, ultraljudsundersökningar, lungfunktionstester och tester av blodsocker- och kolesterolnivåer.

Den data-, bild- och biobank som byggs upp blir en kunskapsbank och en nationell resurs för svenska forskare under många tiotals år framöver.

” SCAPIS innebär fantastiska möjligheter. Här får vi möjlighet att identifiera och undersöka aldrig-rökande patienter med kronisk luftvägsobstruktion. Alla tidigare studier har varit inriktade på rökare. Nu får vi möjlighet att bryta ny mark.

Magnus Sköld,
professor i lungmedicin

Trots att KOL är en betydande folksjukdom saknas fullvärdiga kartläggningar av de individer som faktiskt har fått en diagnos. Socialstyrelsen slår i sin utvärdering av vården vid astma och KOL fast att patientutfall och vårdens kvalitet är svår att bedöma eftersom det i dagsläget saknas dataunderlag. Till skillnad från när det gäller t ex diabetes är registreringen till kvalitetsregister undermålig. 2013 års Luftvägsregister omfattar endast 10 procent av KOL-patienterna i Sverige och rapporteringen mellan landstingen varierar kraftigt. Det finns även anledning att tro att de vårdenheter som registrerat sina patienter har ett större intresse för KOL och därför även en bättre KOL-vård. Således finns i dag mycket begränsad kunskap om hur vårdkedjan för individer med KOL ser ut, och vad de har för utfall i form av försämringsskov, akutinläggningar, slutenvårdsutnyttjande och överlevnad.

KOL – den okända folksjukdomen

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, är en av vår tids stora folksjukdomar men få känner till hur allvarlig den är och hur många som drabbas varje år.

400 000 vet inte att de har KOL

I Sverige lever över en halv miljon personer med KOL, vilket motsvarar cirka fem procent av befolkningen. Av dem är 150 000 personer så svårt sjuka att medicinsk behandling behövs. De allra flesta, uppskattningsvis 400 000 svenskar, vet inte om att de har KOL. Antingen har de fått en felaktig diagnos eller så har de inte alls varit i kontakt med sjukvården.

Inte bara rökare

De flesta som får KOL i Sverige har länge varit rökare. Men många som röker får aldrig KOL. Omkring hälften av alla rökare i 75-årsaldern har inte sjukdomen.

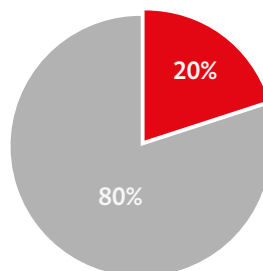
” Jag blev chockad, det var inget jag ens hade kunnat ana.”

*Christopher Harling 50 år,
har aldrig rökt och fick diagnosen KOL.*

Forskare har kunnat visa att det finns en ärftlig allmän ökad känslighet för KOL. Ärftlighet kan vara en förklaring till att vissa rökare utvecklar KOL och andra inte. Exakt vad det är som skyddar vissa rökare mot KOL vet man inte. Det går heller inte att i det enskilda fallet säga hur många års rökning och vilken omfattning som krävs för att det ska leda till kronisk lungsjukdom. Även måttligt rökande under en längre tid kan i bland medföra kroniska lungbesvär.

Den som har haft astma sedan barndomen och därefter varit rökare löper stor risk att som äldre även drabbas av KOL.

Många med KOL som röker eller har rökt upplever en känsla av skam, att man får skylla sig själv, på grund av att sjukdomen till stor del är orsakad av rökningen.



Men man kan drabbas av KOL även om man inte har rökt. Uppemot 20 procent av de som får sjukdomen har aldrig rökt. Kunskapen om varför den gruppen får KOL är fortfarande låg. För tidig födsel, låg födelsevikt och luftföroreningar är kända riskfaktorer.

Vanlig dödsorsak

KOL är en vanlig dödsorsak i Sverige. Varje år dör nästan 3 000 personer till följd av sjukdomen.

Sedan 1997 har antalet personer som dör i KOL i Sverige ökat med 43 procent, enligt Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. År 1997 var det 1 926 svenskar som dog av KOL, år 2013 var det 2 757 personer som dog.

För första gången kan man nu se en förändring av dödligheten i KOL i Sverige, antalet döda ökade inte mellan 2012 och 2013. Förhoppningsvis är det ett första tecken på att den långa perioden av ökad dödlighet har avstannat.

Kvinnor dör tidigare

I Sverige är KOL nästan lika vanligt bland kvinnor som bland män, men kvinnor drabbas hårdare av sjukdomen. Kvinnor blir oftast sjukare

” Kan vi identifiera de verkliga bakomliggande orsakerna till lungproblemen hoppas vi på sikt kunna hitta nya angreppspunkter för behandling.

Magnus Sköld,
professor i lungmedicin

än män, vilket innebär att deras tillstånd kräver fler dagar på sjukhus och fler läkarbesök.

Sjukdomsförloppet är även aggressivare hos kvinnor och de dör tidigare än män. Kvinnor med KOL förlorar i genomsnitt två levnadsår mer än män med samma diagnos. Medan manliga KOL-drabbade i snitt dör sju år tidigare än män utan KOL förlorar kvinnor som har KOL ytterligare två år av sina liv och dör nio år tidigare än övriga kvinnor i befolkningen.

Sverige är ett av de få länder där fler kvinnor än män dör i KOL. År 2013 dog 1 499 kvinnor. Motsvarande siffra för män var 1 258. Räknet per 100 000 invånare har antalet kvinnor som dör i sjukdomen ökat från 17,28 till 31,16 från 1997 till 2013 – en ökning med 80 procent. Under samma tid har andelen män som dör i KOL minskat med 0,4 procent, från 26,38 till 26,26 per 100 000 invånare. Det visar Hjärt-Lungfondens sammanställning baserad på statistik från Socialstyrelsen.

Antal döda i KOL per 100 000 invånare	1997	2013	För- ändring
Kvinnor	17,28	31,16	+80%
Män	26,38	26,26	-0,4%

Rökande kvinnor insjuknar tidigare i livet i KOL än män, och sjukdomen leder tidigare till kronisk andningssvikt. En kvinna som röker samma antal cigaretter som en man har en snabbare sänkning av lungfunktionen. Kvinnor som röker riskerar även tidigare klimakterium, vilket ökar risken för benskörhet, högt blodtryck och sjukdomar i hjärta och kärl.

Varför dödligheten är högre bland kvinnor än bland män är ännu oklart. En förklaring kan vara att effekten av rökning är större hos kvinnor vilket i sig kan bero på att kvinnor generellt sett har mindre kroppsstorlek, mindre hjärta, smalare kranskärl, mindre lungvävnadsyta och trängre luftrör än männen. En annan bidragande faktor är sannolikt att flickor i större utsträckning än pojkar röker i tonåren.

Dödligheten sjunker i Europa

En ny sammanställning med data från 27 länder visar att dödligheten i KOL sjunker i Europa. Förändringen är dock tydligast hos män.

Antal döda i KOL i Europa per 100 000 invånare	1994	2010	För- ändring
Kvinnor	27	25	-0,7%
Män	90	61	-30%

Dödligheten i KOL bland män i Europa har mellan 1994 och 2010 sjunkit med 30 procent, från 90 personer per 100 000 invånare år 1994 till 61 personer per 100 000 invånare år 2010. Hos kvinnor var dödligheten i princip oförändrad under samma tidsperiod, 27 personer per 100 000 invånare år 1994 och 25 personer per 100 000 invånare år 2010.

Tredje vanligaste dödsorsaken i världen

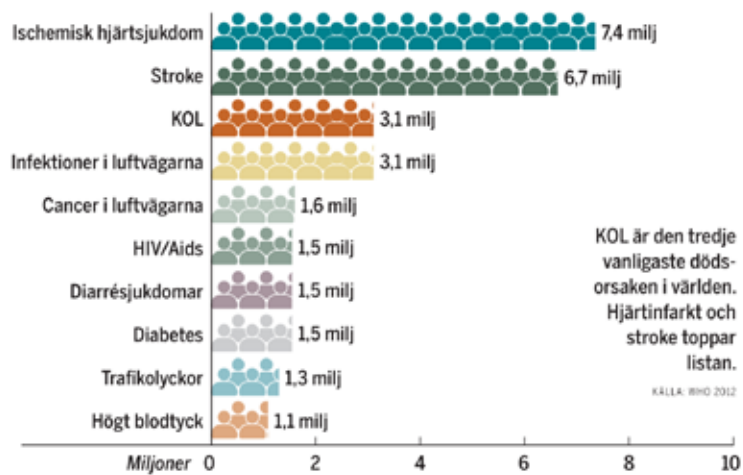
Statistik från Världshälsoorganisationen, WHO, visar att KOL är den tredje vanligaste dödsorsaken i världen. År 2012 dog mer än tre miljoner människor av sjukdomen, vilket motsvarar sex procent av alla dödsfall i världen det året. WHO bedömer att 65 miljoner människor runt om i världen är drabbade av KOL.

Nästan 90 procent av alla dödsfall i KOL sker i låg- och medelinkomstländer, där det förebyggande arbetet och kontrollen ofta är

undermålig. Förutom aktiv och passiv rökning är riskfaktorerna luftföroreningar, damm och kemikalier samt att som barn ha täta luftvägsinfektioner.

Risken för kvinnor att drabbas ökar globalt, men orsakerna varierar. I höginkomstländer beror det på att fler kvinnor röker, medan det i låg- och medelinkomstländer beror på luftföroreningar inomhus, genom till exempel matlagning över öppen eld eller med bibränsle i dålig ventilation.

DE TIO VANLIGASTE DÖDSORSAKNA I VÄRLDEN



KOL är den tredje vanligaste dödsorsaken i världen. Hjärtinfarkt och stroke toppar listan.

KÄLLA: WHO 2012

Källa: WHO

Hjärt-Lungfondens arbete med KOL

Forskningsrådet

Hjärt-Lungfonden har ett särskilt organ för bedömning av forskningsansökningar. Rådet arbetar efter en strukturerad poängsättningsmodell där kvalitet och nytänkande är viktiga faktorer. Forskningsrådet bedömer forskningsansökningar och lämnar sedan ett förslag till Hjärt-Lungfondens styrelse som fattar beslut om tilldelning av medel.

Forskningsrådets ledamöter sitter på bestämda mandatperioder och utses på förslag från landets olika medicinska fakulteter samt Svenska Läkaresällskapet, Svenska Kardiologföreningen och Svensk Lungmedicinsk förening. Hjärt-Lungfonden strävar efter att ha ett forskningsråd med högsta möjliga kompetens inom hjärt- och lungområdet.

Forskningsprojekt inom KOL

Hjärt-Lungfonden uppmärksammar regelbundet KOL genom att informera om sjukdomen och samla in pengar till forskning. Målet är att med forskningens hjälp på tio år bättre förstå sjukdomen samt utveckla ny individanpassad behandling som bromsar sjukdomen och minskar lidande och för tidig död.

Tack vare svenska folkets bidrag stödjer vi just nu följande projekt:

ANNE LINDBERG docent, överläkare, driver en forskningsstudie som studerar sjukdomsförloppet vid KOL för att belysa skillnader vid olika sjukdomsstadier. Studien bidrar till ökad möjlighet för tidig diagnos, riskbedömning och förebyggande insatser.

MAGNUS SKÖLD professor, överläkare, leder ett projekt som studerar lungförändringar i vuxen ålder hos för tidigt födda barn och patienter med KOL orsakad av tobaksrökning. Målet är att ta reda på varför patienter drabbas av kronisk luftvägsobstruktion, och att jämföra mekanismer mellan tobaksorsakad sjukdom och av sjukdom orsakad av för tidig födsel.

KARIN WADELL Med Dr, Leg sjukgymnast, utvärderar kort- och långtidseffekt av motiverande samtal med och utan webbaserade system beträffande fysisk aktivitetsnivå, fysisk förmåga, balans, livskvalitet och sjukvårds-konsumtion. Målsättningen är att ta fram strategier för att öka graden av fysisk aktivitet bland personer med KOL.

ANDERS BLOMBERG professor, överläkare, studerar åldrandets och långvariga inflammationers påverkan på utvecklingen av KOL. Målsättning är därför att genom ökad kunskap utveckla nya och förbättrade möjligheter att behandla sjukdomen.

JONAS ERJEFÄLT professor, PhD, driver ett projekt med målsättningen att öka kunskapen om betydelsen av de immunologiska processerna i den sjuka lungan som leder till faktiska vävnadsskador och symptom. Och därefter utveckla nya och förbättrade möjligheter att behandla sjukdomen.

ARNE EGESTEN professor, driver en forskningsstudie som undersöker varför inflammationen vid KOL, astma och cystisk fibros blir kronisk och okontrollerad och därmed leder till andningsproblem och ökad infektionskänslighet. Mekanismerna som leder till ett kroniskt inflammationstillstånd i luftvägarna och samtidigt ett nedsatt infektionsförsvar är till stora delar fortfarande okända. Kunskapen som genereras i projektet utgör en bas för utveckling av nya behandlingsprinciper, specifika för KOL, astma och cystisk fibros.

ÅSA WHELOCK PhD, undersöker olika subgrupper av KOL och tittar på skillnaderna mellan könen. Målsättningen är att ta reda på varför kvinnor drabbas hårdare än män, att utveckla

metoder för att säkrare kunna diagnostisera KOL på ett tidigt stadium och skapa förutsättningar för utveckling av effektivare behandling.

LENNART PERSSON docent, överläkare, studerar effekten av vitamin D på muskelfunktion och metabolism, fysisk prestationsförmåga, biologiska markörer och livskvalitet. Syftet är att förbättra rehabiliteringen av äldre och kroniskt svårt lungsjuka KOL-patienter.

MAGNUS EKSTRÖM dr, forskar på dödlighet, samsjuklighet och nya möjliga behandlingar vid svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom och lungfibros. Studien kommer att hjälpa oss att identifiera vilka patienter som har risk att utveckla svårbehandlade symptom och som kräver mer hjälp och behandling i livets slutskede.

Om rapporten

Hjärt-Lungfondens rapport om sjukdomen KOL och svensk forskning kring KOL bygger i huvudsak på intervjuer med svenska forskare:

KJELL LARSSON professor vid Karolinska Institutet och vice ordförande i Hjärt-Lungfondens Forskningsråd.

CHRISTER JANSON professor i lungmedicin vid Uppsala Universitet och ledamot i Hjärt-Lungfondens Forskningsråd.

MAGNUS SKÖLD professor i lungmedicin vid Karolinska Institutet och överläkare vid lungallergikliniken på Karolinska universitetssjukhuset.

KARIN WADELL medicine doktor och lektor vid Umeå universitet samt legitimerad sjukgymnast.

Övriga källor

- Nationella KOL-registret Luftvägsregistret:s årsrapport 2013 års resultat.
- Världshälsoorganisationen WHO:s faktablad nr. 315, 2015: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>
- Hjärt-Lungfondens skrift "KOL". Skriften finns att beställa och ladda ned från www.hjart-lungfonden.se

- Socialstyrelsens nya riktlinjer för vård vid astma och KOL i Sverige (2014) <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/nationella-riktlinjer-astma-kol>

- Forskning för Hälsa nr. 3 - 2015.

- Hjärt-Lungfondens sammanställning; Forskningsrapporten 2015.

- Studie av Sofia Sveréus; Kartläggning av registerbaserad KOL-prevalens, vårdutnyttjande och möjligheter till kvalitetsstyrning i Stockholms läns landsting.

Du kan också bidra till forskningen

Webbsida: www.hjart-lungfonden.se/kol

Swish: 123 90 91 92 7

Plusgiro: 90 91 92-7

Bankgiro: 909-1927

Gåvoservice

Öppet: helgfria vardagar 08.00 - 18.00

Telefon: 0200-88 24 00

E-post: gava@hjart-lungfonden.se

Hjärt Lungfonden

Box 5413, Biblioteksgatan 29, 114 84 Stockholm.

Tel 08-566 24 200. Fax 08-566 24 229

Insamlingskonto pg 90 91 92-7, bg 909 - 1927.

www.hjart-lungfonden.se