
Hva skal vi med flere handlingsplaner?

KOMMENTAR

SVEIN HØEGH HENRICHSEN

NSAMs referansegruppe for astma og
kronisk obstruktiv lungesykdom
Langbølgen 11
1150 Oslo

Norsk selskap for allmennmedisins referansegruppe for astma og kronisk obstruktiv lungesykdom har i diskusjon med kolleger ofte møtt spørsmålet: Trenger vi flere handlingsplaner? Vi peker her på at disse er verktøy for forbedring og ikke noe man må følge slavisk. Handlingsplanene er gode oppsummeringer av gjeldende kunnskap og gir gode råd som er etterprøvd ved forskning. De avdekker også hvilke råd som er basert på sedvane og bør etterprøves nærmere.

Referansegruppen er opptatt av at forekomsten av kroniske lungesykdommer øker. Det krever bedre diagnostikk med bruk av objektive lungefunksjonsundersøkelser og behandling etter anbefalinger fra handlingsplanene.

Røykeavvenning er viktig som en naturlig del av behandling og forebygging av disse sykdommene. Den store mengden pasienter krever at diagnostikk og behandling må forbedres, og det må skje i allmennpraksis.

Norsk selskap for allmennmedisins (NSAMs) referansegruppe for astma og kronisk obstruktiv lungesykdom har siste år vært i gang med å revidere handlingsplanen fra 1990 (1) og med å utvide den til også å omfatte kronisk obstruktiv lungesykdom. Bakgrunnen for dette arbeidet er tilknytning til Nasjonal plan for astmaskoler og arbeid med et eget opplæringsprogram for bruk i allmennpraksis.

Det produseres årlig ca. 400 nye handlingsplaner på verdensbasis. Bare for astma er det de siste årene blitt laget en mengde handlingsplaner vi kan forholde oss til: NSAMs, Statens legemiddelkontrollers terapianbefaling og nå

sist den nordiske handlingsplanen for astma. De fleste blir lest av entusiastene, men svært få fører til vesentlig forandret atferd blant legene. Det er vel heller ikke meningen.

Et handlingsprogram består i at en gruppe eksperter setter seg ned og blir enige om hva som er gjeldende optimale behandling. Slik får man nedfelt hva man vet og, enda viktigere, hva man antar virker best ved forskjellige tilstander. Handlingsplaner blir således nyttige oppsummeringer av de beste rådene for behandling. Den største gevinsten er at de vurderes vitenskapelig etter modell av kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine) og at de avdekker hvilke råd som er etterprøvd ved forskning, og hvilke som er kvalifisert gjetting. På denne måten kan de bidra til forskning, utvikling og kvalitetssikring av de rådene vi følger.

Det er lov å bruke sunn fornuft

Handlingsplaner etterprøves ved hjelp av metaanalyser med de begrensninger de har. Rådene er stort sett lik dem vi finner i nye lærebøker. Handlingsplanene inneholder således systematisert viten om et problem, og kan hjelpe oss å gjøre ting litt bedre.

I USA og Frankrike kårer mediene de beste sykehusene målt etter tall for dødelighet og reinnleggelser. Sykehusene som sammenliknes skal være relativt like hva angår ressurser og utstyr. I en studie basert på hjertesykdom viste det seg at de "beste" sykehusene, i tråd med råd fra handlingsplanene, oftere brukte sekundærprofylaktiske midler som betablokkere, lipidsenkere og acetylsalisylsyre. Dette førte til en forskjell mellom sykehusene på opptil 16 % i tall for dødelighet etter et akutt hjerteinfarkt.

Hvorfor astma?

Med et stadig voksende utvalg handlingsplaner som vi kan følge i allmennpraksis, bør vi kanskje stille oss spørsmålet om hva som gir størst effekt i form av mindre sykkelighet, færre innleggelser i sykehus, mindre bruk av legevakt og lavere dødelighet. Det er da ikke til å komme fra at den største gevinsten ligger i bedre behandling av sykdom innen de store gruppene: hjerte- og karsykdom, diabetes, kreft og kronisk obstruktiv lungesykdom (astma).

Etter vår mening er de kroniske lungesykdommene og røykeavvenning de områder der vi kan forbedre mest. Mye har skjedd når det gjelder forståelsen av sykdommene og med hensyn til farmakologisk behandling. Det er de eneste store sykdommene der antall tilfeller fortsatt øker.

Helseøkonomisk er det mye å hente på bedre behandling av disse gruppene. I Massachusetts ble astma i 1997 utpekt som den sykdom man med en viss innsats kunne oppnå størst reduksjon i antall innleggelser. Ved et sykehus var variasjonen på 3 154 innleggelser fra ett distrikt til null fra andre distrikter. Potensialet for forbedring i allmennpraksis burde således være til stede.

Astmabehandling er enkelt

Spesialisthelsetjenesten har noe av skylden for at astmabehandling er blitt oppfattet som vanskelig. I Oslo hadde vi lenge tradisjon for at alle med mistenkt astma og allergi ble henvist til poliklinikkene. Det førte til at man kom sent i gang med adekvat behandling, og at allmennlegen mistet sin kompetanse. Pasientene ble gående på poliklinikkene, og allmennlegene så dem ofte bare under anfall og på legevakt.

Skillet mellom astma og kronisk obstruktiv lungesykdom hos voksne med obstruktive besvær er også blitt så komplisert at dette er blitt spesialistarbeid. Flere undersøkelser viser at norske allmennpraktikere oftere stiller diagnosen astma enn kronisk obstruktiv lungesykdom. Trenden i dag er logisk: Spesialistene drukner i køer av pasienter som burde vært behandlet utenfor sykehus. Behandlingen er ikke blitt særlig bedre til tross for den store mengden handlingsplaner. For å bøte på dette ønsker nå spesialisthelsetjenesten å bygge ut egne astmaskoler.

I NSAMs referansegruppe for astma og kronisk obstruktiv lungesykdom tror vi mye kan forbedres med enklere midler. Vi tror at de fleste allmennpraktikere gjør en brukbar jobb med astmatikere, men at det fortsatt er mye å hente ved systematisk bruk av spirometri. Allmennlegene må stille riktig diagnose ved å bruke spirometri ved tungpustethet og røyking like ofte som de bruker blodtrykksmåling ved andre konsultasjoner. Pasientene må følges med regelmessige konsultasjoner, opplæring om sykdommen og egenbehandlingsplaner. Hvis allmennpraktikeren blir flinkere i diagnostiseringen, vil resten av behandlingen gå av seg selv – de fleste kjenner og følger behandlingsrådene ved astma.

LITTERATUR

1. Langhammer A, Holmen T. NSAMs handlingsprogram for astma hos barn og unge. Oslo: Tano, 1990.

Publisert: 20. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2025 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. desember 2025.