
Hvordan behandles barn med astma?

LEDER

TOR OLAV BRØVIG AASEN

tor.aasen@gmail.com

Tor Olav Brøvig Aasen (f. 1946) er spesialist i indremedisin og i lungesykdommer, med spesiell kompetanse innen arbeidsrelaterte lungesykdommer. Han er tidligere avdelingsoverlege og avdelingsdirektør, nå spesialrådgiver og pensjonist. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Astmabehandling hos barn varierer betydelig mellom fylkene.

Variasjon i helsetjenester til befolkningen har vært et viktig tema i helsetjenesteforskningen i flere tiår. Allerede i 1938 fant James Alison Glover påfallende stor variasjon i tonsillektomifrekvens mellom ulike sykehus i England (1). Wennberg & Gitttelsohn kom til samme konklusjon da de i 1973 undersøkte frekvensen av ulike kirurgiske inngrep i Vermont, USA (2). I sistnevnte studie fant man blant annet at frekvensen av tonsillektomi kunne variere med en faktor på 12 mellom nærliggende distrikter.

Et viktig premiss for vurderingen av slike studier har vært at når forskjellige leger anbefaler forskjellig utredning eller behandling for nøyaktig samme pasienter, er det ikke mulig at de alle kan ha rett (3). Det er derfor gjort mange forsøk på å forklare den observerte variasjonen (4). Flere forfattere har identifisert *usikkerhet* som en viktig årsak (5). Usikkerhet kan ha betydning for både diagnostikk og behandling via flere mekanismer (6). Av disse kan nevnes mangelfull evidens fordi aktuelle forskningsdata mangler, tvil om at tilgjengelige data er relevante for den kliniske situasjonen eller usikkerhet om hvordan data skal tolkes.

Det er tvilsomt om all variasjon og usikkerhet i medisinen vil kunne elimineres, men evidensbasert medisin har vært lansert som et botemiddel mot uakseptabel variasjon (7). Denne tilnærmingen til medisinsk behandling

handler dels om å sikre generelle standarder for diagnostikk og behandling og dels om at man ønsker å gi et bedre beslutningsgrunnlag for den enkelte lege som arbeider med et praktisk medisinsk problem (8, 9).

Astma er en folkesykdom som antas å starte i barnealderen hos halvdel av alle astmapasienter (10). Risiko for utvikling av kols hos voksne er også betydelig økt hos pasienter som har hatt astma som barn (11). Mikalsen og medarbeidere tar for seg et viktig problem og påviser fylkesvis variasjon i astmabehandling av barn i Norge (12). Forfatterne har brukt data fra Reseptregisteret, der informasjon om alle utskrevne resepter siden 2004 er lagret. Hovedfunnene i studien var at det foreligger en betydelig variasjon mellom fylkene i forskrivning av legemidler mot astma til barn og at få barn brukte astmamedisiner (spesielt inhalasjonssteroider) kontinuerlig over lengre tidsperioder. Sistnevnte funn avviker fra hva man skulle forvente ut fra dagens retningslinjer.

Det finnes en rekke forskjellige internasjonale retningslinjer for behandling av barn med astma i tillegg til våre nasjonale retningslinjer. Global Initiative for Asthma (GINA)-retningslinjene, som oppdateres hyppig, er lett tilgjengelig på nettet med informasjon om diagnose, behandling og forebygging av astma i alle aldersgrupper (13). Imidlertid gir ikke retningslinjene svar på alle spørsmål. I Storbritannia foreligger det nå to forskjellige retningslinjer for astma som er delvis motstridende. Begge er utarbeidet lege artis av kompetente organisasjoner, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og British Thoracic Society (BTS) and the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). De to retningslinjene har blant annet ulikt syn på behovet for objektiv diagnostikk hos barn. Dette har naturlig nok skapt frustrasjon blant britiske allmennpraktikere (14).

Den foreliggende studien demonstrerer hvordan rutinemessig innhentede data som oversikt over utleverte resepter kan brukes til å studere legemiddelbruk i befolkningen og indirekte til å evaluere behandlingskvalitet. Metoden er imidlertid i mindre grad egnet til å si noe om årsakene til avvikene som ble observert. Forfatterne finner det vanskelig å forklare variasjonen på bakgrunn av forekomsten av astma blant barn i Norge, som er kartlagt i andre studier. Man kan spørre seg om leger generelt har godt nok kjennskap til tilgjengelige behandlingsretningslinjer. Funnene i undersøkelsen tyder på at disse i alle fall ikke etterleves. Spørsmålet er også om retningslinjene for behandling av barn med astma er adekvate, selv om de er evidensbaserte. Er retningslinjene tilstrekkelig godt dokumentert og gir de praktiske anvisninger som er operasjonelle?

Mikalsen og medarbeideres studie reiser flere spørsmål som bør følges opp videre. Resultatene tyder blant annet på at mange pasienter behandles unødvendig, mens andre som trenger behandling unndras denne. Feil bruk av medisiner har helsemessige konsekvenser og også mulige økonomiske følger med en uønsket ekstrabelastning for blåreseptordningen. Dette vet vi foreløpig for lite om.

LITTERATUR

1. Glover JA. The Incidence of Tonsillectomy in School Children: (Section of Epidemiology and State Medicine). *Proc R Soc Med* 1938; 31: 1219 - 36. [PubMed]
2. Wennberg J, Gittelsohn J. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182: 1102 - 8. [PubMed][CrossRef]
3. Eddy DM. Evidence-based medicine: a unified approach. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24: 9 - 17. [PubMed][CrossRef]
4. Appleby J, Raleigh V, Frosini F. Variations in health care: the good, the bad, the inexplicable. London: King's Fund, 2011.
5. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff (Millwood)* 1984; 3: 74 - 89. [PubMed][CrossRef]
6. McNeil BJ. Shattuck Lecture—Hidden barriers to improvement in the quality of care. *N Engl J Med* 2001; 345: 1612 - 20. [PubMed][CrossRef]
7. Guyatt G, Cairns J, Churchill D et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420 - 5. [PubMed][CrossRef]
8. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71 - 2. [PubMed][CrossRef]
9. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet* 2017; 390: 415 - 23. [PubMed][CrossRef]
10. Simpson CR, Sheikh A. Trends in the epidemiology of asthma in England: a national study of 333,294 patients. *J R Soc Med* 2010; 103: 98 - 106. [PubMed][CrossRef]
11. Svanes C, Sunyer J, Plana E et al. Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2010; 65: 14 - 20. [PubMed][CrossRef]
12. Mikalsen IB, Karlstad Ø, Furu K et al. Forskrivning av legemidler mot astma til barn i perioden 2004–15. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018. doi: 10.4045/tidsskr.17.0227. [CrossRef]
13. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). www.ginasthma.org (17.1.2018).
14. Keeley D, Baxter N. Conflicting asthma guidelines cause confusion in primary care. *BMJ* 2018; 360: k29. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 19. februar 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0069
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juni 2026.