

Astma og etterlevelse – kan pasienten styre behandlingen selv?

Et legemiddelfirma har i den siste tiden tatt opp diskusjonen om etterlevelse og astma, og hevder i sin reklame at med bruk av deres medikament løses mye av problemet: «Pasientene opplever effekt etter en til tre minutter og pasientene kan følge sine astmasvingninger med en til fire inhalasjoner daglig.» Pasienten vil regulere medikamentinntaket ut fra sine symptomer.

Etterlevelse (compliance) er et gammelt problem ved all behandling av kronikere og har vært gjenstand for grundige studier, spesielt ved astma. En studie ved Bosley og medarbeidere i 1995 (1) viste at etterlevelse er uavhengig av faktorer som alder, kjønn, sosioøkonomiske faktorer og utdanning. De viste også at pasientens grad av symptomer ikke økte etterlevelsen og at bivirkninger ikke syntes å minske etterlevelsen.

Folk ønsker ikke å være syke og har motforestillinger mot daglig inntak av medikamenter. Vanligvis tar man medisin en kort stund for å bli frisk. Ved astma og andre kroniske sykdommer er det mer komplisert: Pasienten må bruke medisiner fast for å holde tilstanden under kontroll. Dertil er det slik at astmamedisinen som brukes ved anfall, ikke bedrer kontrollen, mens den forebyggende medisinen, inhalasjonssteroidene, ikke gir effekt med det samme. Spesielt vanskelig er dette blant ungdommer, som opplever at astmasykdommen ikke akkurat øker deres attraksjonsverdi. Mange mener dette er en hovedårsak til den høye astmadødeligheten blant ungdommer (2). I alle retningslinjer er dette tatt opp som et viktig element: Pasientene må tilbys regelmessig oppfølging og opplæring i sykdommen, behandlingen og ikke minst bruk av medisiner og inhalator-systemet.

I Norge har Nasjonal Plan for Astmaskoler (3) gjort dette og laget gode undervisningspakker for voksne, barn og ungdom samt et støtteverktøy for allmennlegenes datasystem. Prinsippene er også brukt i Helseilsynets veileder for rehabilitering av mennesker med kroniske lungesykdommer (4).

Til tross for at behandlingen er blitt forenklet og systemene forbedret, ser man at feilbruk, underforbruk og manglende forståelse av når man skal bruke hvilken medisin, fortsatt er et hovedproblem (5). Det er også et problem at mange kommer for sent til med opptrapping av behandlingen ved forverringer, med alvorligere anfall som følge (6). Dette har man prøvd å løse i handlingsplane-

ne ved å anbefale at alle astmatikere får med seg skriftlig egenbehandlingsplan fra legen der man på grunnlag av symptomer eller PEF-måling trapper opp eller ned behandlingen ut fra hvordan man føler seg (5).

Samarbeid mellom lege og pasient

Flere astmastudier (7) har vist at bare 20–60% av pasientene tar medisinen som foreskrevet. Samtidig ser man at pasientene både undervurderer sin egen tilstand og kommer sent til lege ved alvorlige forverringer, og at de overvurderer symptomene, med overforbruk av anfallsmedisinene som følge (7). Dette har mye med angst å gjøre: Har man opplevd et alvorlig anfall vil man nødig havne der igjen. Dette gjør det nødvendig for legen å bli kjent med pasienten og å inngå klare, skriftlige avtaler om behandling, slik at flere når målet om å leve så bra som mulig med minst mulig symptomer. Behandlingen må skje i et samarbeid mellom lege og pasient, der man er enige om målene og får en åpen dialog om behandlingen.

Legemiddelindustrien foreslår at man skal la pasientene selv velge behandling. I en engelsk studie (8) der man spurte mennesker med astma om de ville foretrukket å få en tablett eller en mikstur i tillegg til inhalatoren sin, svarte 58% at de ville foretrukket tablett eller mikstur. Hele 36% svarte at de ville foretrukket tablettbehandling selv om det ville føre til dårligere sykdomskontroll. Her ligger en pedagogisk utfordring. Rasjonalitet for moderne astmabehandling er at astma skyldes en kronisk betennelsesforandring i luftveiene, som kan påvises hos selv symptomfrie individer. Dersom behandlingen styres etter symptomgjennombrudd alene, vil det føre til underbehandling. Woolcock (9) antyder at det tar 18 måneder før bronkial hyperreaktivitet heles. Noe av det samme ser vi hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom: Det tar opptil seks måneder å komme tilbake til samme lungefunksjon etter en forverring. Hvis vi ikke behandler betennelsen med store nok doser over lang nok tid, vil tilstanden vedlikeholdes og pasientene få mer eller mindre kraftige astmaanfall til stadighet. Pasienter med mild sykdom vil ikke oppleve mulighetene som ligger i god kontroll og kan plutselig utvikle et livstruende anfall. Tillegg med symptombehandling gjør kanskje at pasientene får færre anfall, men det bedrer ikke den underliggende inflammasjonen og tilstanden på lengre sikt.

Industrien tar feil når de forfekter at problemet kan løses ved å overlate det hele til pasientene. Uten at vi blir flinkere til å informere om sykdommen og hvorfor man bør velge å forebygge anfall fremfor å dempe tilstanden, vil en slik strategi neppe føre til bedre kontroll. I behandlingen av astma kommer vi ikke utenom å samarbeide med pasientene. Et godt forhold og en god oppfølging fra primærlegen koblet med skriftlige behandlingsplaner er den eneste veien å gå. Verken lege eller pasient kan klare oppgaven alene, men den enkelte kan ved hjelp av opplæring klare å ta ansvar for sin egen behandling og unngå unødige lidelse.

Svein Høegh Henrichsen

shegh@online

NSAMs referansegruppe for astma og kols
Lunger i Praksis
Langbølgen 11
1150 Oslo

Litteratur

1. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 899–904.
2. Khunti K. Issues in adolescent asthma: compliance. *Maternal Child Health* 1996; 2: 36–8.
3. Nasjonal Plan for Astmaskoler. www.astmasurf.com (4.1.2002).
4. Veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
5. GINA – Global strategy for asthma management and diagnosis and prevention. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute/WHO, 1998.
6. Cochrane GM. Therapeutic compliance in asthma; its magnitude and implications. *Eur Respir J* 1992; 5: 122–45.
7. Allegra L. Deliberate non-compliance due to dislike of medication. *Eur Resp Review* 1995; 5: 170–2.
8. Tuggey J, Hosker HSR, Chetkuti P, Brownlee K, Taylor J, MacGowan C. Choice of add-on therapy in asthma – another inhaler or a tablet/syrup? A survey of 1415 UK asthmatics. *Prim Care Resp J* 2001; 10: 27–30. www.gpiag-asthma.org (4.1.2002).
9. Woolcock AJ. What are the important questions in the treatment of asthma? *Clin Exp Allergy Review* 2001; 1: 62–4.

○