

Barn med bronkial obstruksjon i allmennpraksis

Behov for bedre oppfølging

Asthma bronchiale er en hyppig og økende funksjonshemming hos barn. For å gi disse barna god omsorg og behandling er det viktig å stille diagnosen tidlig.

Formålet med undersøkelsen var å vurdere hvordan barn med bronkial obstruksjon og mulig astma ble fanget opp og behandlet i allmennpraksis.

Materialet var barn med bronkial obstruksjon registrert i allmennpraksis, supplert med data fra barn med astma før de fikk stilt denne diagnosen.

Få barn i allmennpraksismaterialet hadde fått diagnosen asthma bronchiale. Ikke alle som hadde fått denne diagnosen, ble henvist til spesialist. De fleste av barna som hadde hatt flere legekontakter på grunn av sannsynlig bronkial obstruksjon, hadde vært hos forskjellige leger, og bare sjelden ble det avtalt oppfølging av barnet. Fler-tallet av barna hadde fått antibiotika, men også antastmatika og/eller profylaktisk medikasjon var gitt til mange. Barn med bronkial obstruksjon og mulig astma har behov for en bedre og mer systematisk oppfølging i allmennpraksis enn disse barna fikk.

Asthma bronchiale er en av de hyppigste årsaker til funksjonshemming hos barn, og det ser ut til å være en reell økning i prevalens (1–3). Det er rapportert om underdiagnostikk og underbehandling av barn med astma (4, 5). Det blir ofte forordnet antibiotika der det virker riktigere med antastmatisk medikasjon (4).

Diagnosen asthma bronchiale bør stilles etter tre episoder med bronkial obstruksjon, hvorav én episode i løpet av det siste året (6–9). Diagnosen stilles uavhengig av utløsende årsak, og omfatter også lettere og forbigående former for astma. Å stille diagnosen tidlig vil bidra til at anfallsbehandlingen blir bedre, det kan gis forebyggende terskelhevende medikasjon, og saneringstiltak

Se redaksjonell kommentar side 608

Turid Lingaas Holmen

Barneavdelingen
Innherred sykehus
7600 Levanger

og

Senter for Samfunnsmedisinsk Forskning
Statens Institutt for Folkehelse
Postboks 234
7650 Verdal

Kjell Aas

Voksentoppen/Rikshospitalet
Norges Røde Kors institutt
for barn med astma og allergi
Ullveien 14
0394 Oslo

Peter F. Hjort

Avdeling for Samfunnsmedisin
Statens Institutt for Folkehelse
0462 Oslo

Jostein Holmen

Senter for Samfunnsmedisinsk Forskning
Statens Institutt for Folkehelse
7650 Verdal

Holmen T Lingaas, Aas K, Hjort PF, Holmen J.

Children with bronchopulmonary obstruction seen in general practice

The need for better follow-up routines

Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 625–7

Early diagnosis and adequate follow-up routines are important in giving children with bronchial asthma good care and treatment. The aim of this study was to evaluate how children with bronchial obstruction and possible asthma were detected and treated in general practice.

Children with bronchial obstruction (78) were registered in two municipalities in Nord-Trøndelag county, Norway. The data were supplemented by data from children with asthma (392) describing the situation before they received the diagnosis.

In regard to frequency of symptoms and symptoms without infection, too few reported having bronchial asthma. Most children with repeated contacts because of bronchial obstruction had been examined by different doctors, and only seldom was a follow-up appointment made. Not all children with bronchial asthma had been referred to a paediatrician.

The study shows that follow-up routines for children with bronchial obstruction are inadequate.

med betydning for bronkial hyperreaktivitet kan iverksettes. Foreldre og barn får bedre innsikt i sykdommen og føler større trygghet.

Formålet med denne artikkelen er å vurdere hvordan barn med episoder med bronkial obstruksjon og mulig astma ble diagnostisert, behandlet og fulgt i allmennpraksis.

Materiale og metode

Materialet er innhentet på to måter:

Allmennpraksismaterialet

I kommunene Verdal (2 943 barn 0–16 år) og Steinkjer (4 176 barn 0–16 år) ble alle allmennpraktiserende leger (n = 21) bedt om å registrere barn i alderen 0–16 år som oppsøkte dem på grunn av luftveislager i tiden 22.2. til 23.4. 1988. Følgende inklusjonskriterier ble brukt:

- Ved auskultasjon påvist patologiske lungefysikalia som obstruksjon (sibili, rhonchi), ukarakteristiske «slimyder», bronkitt eller pneumonifysikalia, svekket respirasjonslyd
- Normale lungefysikalia ved auskultasjon, men anamnestic mistanke om to eller flere tidligere episoder med bronkial obstruksjon.

Pasientene ble spurt om de var villige til å delta i undersøkelsen.

90 pasienter ble registrert. Ti pasienter som var registrert ved sykehuset under diagnosen asthma bronchiale og som allerede hadde fått tilsendt spørreskjema fra denne undersøkelsen, ble ikke tatt med i materialet. De resterende 80 pasientene fikk tilsendt spørreskjema, som inneholdt spørsmål om symptomer, legekontakt, behandling, sosiale forandringer på grunn av luftveislager og familieanamnese.

78 pasienter (98%) returnerte skjemaet; 23 fra Steinkjer kommune; 55 fra Verdal kommune og én med bosted i Levanger kommune.

Barna ble inndelt etter hyppighet av symptomer de siste 12 månedene. Følgende symptomer ble vurdert på lik linje: bronkitt eller lungebetennelse; piping, surkling i brystet eller tung pust ved forkjølelse; plagsom hoste om dagen eller natten uten forkjølelse; hoste, tung pust eller piping i brystet ved anstrengelse; tung pust eller piping i brystet

utenom anstrengelse og forkjølelse, bronkitt eller lungebetennelse (for eksempel i kontakt med dyr, sigarettøyk eller annet).

Sykehusmaterialet

Spørreskjema ble sendt til alle barn under 16 år fra søndre del av fylket (Innherredsregionen) som var registrert ved barneavdelingen ved Innherred sykehus under diagnosen asthma bronchiale, bronchitis asthmatica eller bronchitis acuta asthmatica (ICD versjon 8, 493.0, 490.01 og 466.02) i perioden 1982–1987. 437 pasienter ble registrert. Seks barn hadde flyttet fra fylket. 392 pasienter/foreldre (90%) besvarte spørreskjemaet.

I denne artikkelen drøftes resultatene fra den delen av spørreskjemaet som omhandlet tiden før diagnosen asthma bronchiale ble

stilt. Denne delen inneholdt spørsmål likelydende med spørreskjemaet for allmennpraksis.

Resultater

Allmennpraksismaterialet

Alder, kjønn og symptomer. Flest barn (49) var under tre år (tab 1). Den største andelen (41 barn) hadde forut for den aktuelle undersøkelsen hatt tre eller flere episoder med sannsynlig bronkial obstruksjon i løpet av de siste 12 månedene (tab 1). 45 barn (65%) hadde hatt symptomer på sannsynlig bronkial obstruksjon uten samtidig forkjølelse, bronkitt eller lungebetennelse.

For 15 barn (19%) ble det oppgitt at de hadde fått diagnosen asthma bronchiale.

Antibiotika. 49 barn (78% av dem som tidligere hadde hatt legekontakt) hadde fått

antibiotika på grunn av langvarig hoste, bronkitt, lungebetennelse, eller piping i brystet ved forkjølelser.

Antastmatika, profylaktisk medikasjon. 44 barn (65% av dem som tidligere hadde hatt legekontakt) hadde fått antastmatika (β_2 -agonist, teofyllin) og/eller profylaktisk medisin (antihistamin, inkludert bromfeniramin, efedrin, kromoglykat). Av alle som forut for undersøkelsen hadde hatt tre eller flere episoder med symptomer, hadde 28 barn (68%) fått slik medikasjon, mens 13 (46%) av dem med mindre enn tre episoder hadde fått dette.

Legekontakt og oppfølging. 63 barn (81%) hadde hatt legekontakt på grunn av sannsynlig bronkial obstruksjon mer enn én gang de siste 12 måneder. De fleste hadde vært i kontakt med forskjellige leger (tab 2) og hadde ikke hatt kontrollavtale (tab 3). 27 barn (73% av dem som hadde fått antastmatisk eller profylaktisk medikasjon) hadde ikke kontrollavtale.

Seks av de 15 barna som oppgav å ha astma, var henvist til spesialist.

Problemer hjemme. Hos ti, henholdsvis 1 barn ble det oppgitt at barnets plager «hadde ført til», eller «kanskje hadde ført til», forandringer hos barnet eller i hjemmet, som foreldrene syntes det var vanskelig å hanskes med. 19 av disse barna hadde hatt tre eller flere episoder med obstruksjon tidligere. Problemer var nattevåk, fravær fra jobb, sure og grinete barn, for liten søskenkontakt, usikkerhet om medisiner og problemer med gymnastikk i skolen.

Sykehusmaterialet

Alder, kjønn, symptomer. De fleste av disse barna (41%) var i aldersgruppen 7–12 år, og 64% var gutter. 350 barn (89%) angav å ha hatt obstruksjonsepisoder før diagnosen asthma bronchiale ble stilt, og 278 (79%) angav å ha hatt flere enn tre episoder før diagnosen ble stilt.

80% av barna hadde hatt episoder med sannsynlig obstruksjon utenom infeksjonsperioder.

Antibiotika. 248 barn (79% av dem med legekontakt før de fikk diagnosen astma) hadde fått antibiotika, 185 barn (75%) flere enn tre ganger.

Antastmatika, profylaktisk medikasjon. 214 barn (68% av dem med legekontakt før de fikk diagnosen astma) hadde fått antastmatika og/eller profylaktisk medikasjon; 70% av de barna som hadde hatt flere enn tre episoder med bronkial obstruksjon, og 56% av barna med tre eller færre episoder.

Legekontakt og oppfølging. 316 barn (81%) hadde vært i kontakt med lege på grunn av sannsynlig bronkial obstruksjon før diagnosen asthma bronchiale ble stilt. Også disse barna hadde oftest vært i kontakt med forskjellige leger (tab 2). Selv om de fleste hadde hatt kontrollavtale av og til, var det et nesten like stort antall som aldri hadde hatt

Tabell 1 Allmennpraksismaterialet. Antall episoder med bronkial obstruksjon (egenrapportert) siste 12 måneder forut for registrering. Aldersfordeling

Alder år	Antall episoder bronkial obstruksjon							
	0		1–2		≥ 3		Totalt	
	Antall barn	(%)	Antall barn	(%)	Antall barn	(%)	Antall barn	(%)
≤ 3	7	(78)	17	(61)	25	(61)	49	(63)
4–6	1	(11)	7	(25)	5	(12)	13	(17)
7–16	1	(11)	4	(14)	11	(27)	16	(20)
Totalt	9	(100)	28	(100)	41	(100)	78	(100)

Tabell 2 Barn som hadde hatt legekontakt mer enn én gang på grunn av sannsynlig bronkial obstruksjon. Barn som hadde hatt kontakt med samme lege eller forskjellig lege

Legekontakt	Allmennpraksismaterialet		Sykehusmaterialet	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Flest ganger samme lege	14	(22)	107	(34)
Flest ganger forskjellige leger	46	(73)	201	(64)
Ubesvart	3	(5)	8	(2)
Totalt	63	(100)	316	(100)

Tabell 3 Barn som hadde hatt legekontakt mer enn én gang på grunn av sannsynlig bronkial obstruksjon. Hyppigheten av kontrollavtaler

Kontrollavtale	Allmennpraksismaterialet		Sykehusmaterialet	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Hver gang	5	(8)	44	(14)
Av og til	19	(30)	136	(43)
Aldri	33	(52)	111	(35)
Ubesvart/husker ikke	6	(10)	25	(8)
Totalt	63	(100)	316	(100)

kontrollavtale (tab 3). Dette gjaldt også for dem som hadde fått antastmatisk og/eller profylaktisk medikasjon.

Diskusjon

Materialiet

Vi ville undersøke hvordan barn med mulig astma ble fanget opp og fulgt av helsetjenesten. Det var derfor naturlig å legge hovedvekten på en registrering i allmennpraksis. Som et supplement inkluderte vi også sykehusdata. Materialene utfylte hverandre og gav mulighet til vurdering av et større antall barn. Samtidig ble vinklingen noe forskjellig, idet ikke alle barna inkludert i allmennpraksismaterialet, kan forventes å ha eller utvikle asthma bronchiale.

I barnealderen har flere gutter enn piker astma (10, 11). Kjønnsforskjellen finner vi igjen i sykehusmaterialet hvor barna hadde fått diagnosen asthma bronchiale. I materialet fra allmennpraksis var det ingen forskjell.

Materialiet ble samlet inn på et tidspunkt da infeksjoner var hyppige. Fordi infeksjoner ofte er utløsende årsak til bronkial obstruksjon, regnet vi da med å kunne få et høyt antall registrerte barn.

Registreringsprosenten i en slik undersøkelse blir usikker. Til tross for et høyere barnetall i Steinkjer kommune, ble det bare registrert halvparten så mange barn som i Verdal kommune. Om dette skyldes en lokal infeksjonsepidemi i Verdal eller, mest sannsynlig, manglende registrering i Steinkjer, vet vi ikke.

De fleste barna fra undersøkelsen i allmennpraksis var under skolealder, og også under tre år. Dette stemmer overens med en høyere infeksjonstendens og en større tendens til infeksjonsutløst bronkial obstruksjon i de lavere aldersgrupper. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at 80 % av barn med bronkial astma har debut av symptomene før skolealder (7).

Diagnostiseringen – ikke god nok?

Uanlaget for å gi barn med astma god omsorg og behandling er å identifisere disse barna på et tidlig tidspunkt. Dette må gjøres i primærhelsetjenesten. Skal de fanges opp, må det tas ansvar for oppfølging av barn med gjentatte episoder med bronkial obstruksjon. Dette var ikke tilfredsstillende i noen av våre materialer.

I materialet fra allmennpraksis ble det bare hos 15 barn oppgitt at barnet hadde astma. Dette er et for lavt tall dersom tre episoder med bronkial obstruksjon skal være grunnlaget for å stille diagnosen asthma bronchiale. Hele 41 barn oppgav å ha hatt flere episoder. I tillegg oppgav over halvparten av alle i allmennpraksismaterialet å ha symptomer utenom infeksjonsperioder. Dette skulle øke mistanken om astma. Det er mest sannsynlig at allmennpraktiserende leger ikke har brukt tre episoder med bronkial obstruksjon som definisjon på astma, eller at legene ikke har hatt oversikt over tidligere sykehistorie.

Andre muligheter er at foreldrene ikke er informert om diagnosen, eller at spørreskjemaet ikke er korrekt utfylt.

Antibiotika på bekostning av antastmatika/profylakse?

Når diagnosen astma stilles tidlig, er det bedre muligheter for å gi anfallsbehandling og vurdere behov for profylaktisk medikasjon. I begge våre materialer hadde over 70 % av barna fått antibiotika da de kontaktet lege med sannsynlig bronkial obstruksjon. Dette er et høyt tall, fordi virusinfeksjoner er den hyppigste årsaken til bronkial obstruksjon hos barn.

Imidlertid var antastmatika og/eller profylaktisk medikasjon i begge materialene forskrevet til over 60 % av barna som hadde vært hos lege. Slik medisin ble dessuten forskrevet til en større andel av de barna som hadde hatt over tre episoder med sannsynlig obstruksjon enn til dem som hadde hatt inntil tre episoder. Disse tallene tyder på at antastmatika og/eller profylaktisk medikasjon ble gitt uten at diagnosen asthma bronchiale ble stilt eller formidlet til foreldrene.

Våre data sier ikke noe sikkert om det var en underbehandling med antastmatika eller profylaktisk medikasjon ved episoder med bronkial obstruksjon. Det var derimot en klar mangel på oppfølging av disse pasientene i begge materialene. Kontakt med forskjellige leger i akutte situasjoner (legevakt) kan være med på å forklare mangelfull oppfølging.

Det har vært hevdet at mange allmennpraktikere kvier seg for å stille diagnosen astma av hensyn til foreldrene, men undersøkelser har vist at mange foreldre følte lettelse over å få en diagnose på barnets plager (4). Stilles diagnosen, er det samtidig viktig å informere foreldrene om at alvorlighetsgraden kan variere mye og at plagene forsvinner hos mange.

Det har vært reist tvil om hvor mange barn med lett bronkial obstruksjon som profiterer på diagnosen asthma bronchiale og antastmatisk medikasjon i det daglige (12, 13). Oppfølging og behandling sikres imidlertid bedre når diagnosen blir stilt (14).

En dårlig oppfølging fører lettere til feil medikamentbruk, manglende sykdomsforståelse og usikkerhet hos foreldrene. I allmennpraksismaterialet syntes da også over halvparten av foreldrene til de barna som hadde hatt mer enn tre episoder med sannsynlig bronkial obstruksjon, at barnets plager «sikkert», eller «kanskje» hadde ført til problemer hjemme.

Oppfølging

Det er viktig at ansvaret for oppfølging av barn med gjentatte episoder med bronkial obstruksjon og mulig asthma bronchiale klargjøres. Legevaktsleger, helsestasjonsleger og skoleleger må sørge for videre oppfølging hos allmennpraktikere. Foreldrene må informeres om betydningen av god oppfølging av barnet.

Det er diskusjon om alle barn som får diagnosen asthma bronchiale, skal henvises til spesialistvurdering. I allmennpraksismaterialet var ikke alle henvist. I sykehusmaterialet var litt over halvparten av pasientene henvist til utredning fra allmennpraksis.

Vi har ikke fullstendige data for hvordan barn som har fått diagnosen asthma bronchiale, behandles og følges i allmennpraksis. Data fra sykehusmaterialet viste at 37 % av de barna som hadde hatt symptomer siste 12 måneder, gikk til regelmessige kontroller. Bare 17 % gikk til regelmessig kontroll hos allmennpraktikere (Lingaaas Holmen T, upubliserte data).

En viktig forutsetning for behandling av alle pasienter med gjentatte episoder med bronkial obstruksjon er at de blir sikret oppfølging.

Vi takker styringsgruppen i prosjektet Bedre omsorg for barn med astma: Sigurd Børsting, Kirsten Flekstad og Dagfinn Thorsvik for råd og veiledning i planleggingsfasen av prosjektet, Inger Duvsete Holbø og Aina Enes for registrering, punching og skriving av materialet. Vi takker også legene i Verdal og Steinkjer for registrering av pasienter og ikke minst alle foresatte som fylte ut skjemaet. Prosjektet er støttet av Sosialdepartementet, Norges Astma- og Allergiforbund og Nord-Trøndelag fylke.

Litteratur

1. Burr ML, Butland BK, King S, Vaughan-Williams E. Changes in asthma prevalence: two surveys 15 years apart. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1452–6.
2. Haahtela T, Lindholm H, Björkstén F, Koskenvuo K, Laitinen LA. Prevalence of asthma in Finnish young men. *BMJ* 1990; 301: 266–8.
3. Burney PGJ, Chinn S, Rona RJ. Has the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the national study of health and growth 1973–86. *BMJ* 1990; 300: 1306–10.
4. Speight ANP, Lee DA, Hey EN. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in childhood. *BMJ* 1983; 286: 1253–6.
5. Hay IFC, Higenbottam TW. Has the management of asthma improved? *Lancet* 1987; 2: 609–11.
6. Langhammer A, Holmen TL, Gericke A, Thorsvik D, Alme A, Havnen J et al. Bronkial astma hos barn og unge. NSAM's handlingsprogram for allmennpraksis. Oslo: Tano, 1991.
7. Aas K. Praksisboken om eksem og astma hos barn. Oslo: Team Trykk, 1987: 54–76.
8. Brasher GW. Clinical aspects of infantile asthma. *Ann Allergy* 1975; 35: 216–20.
9. Tabachnik E, Levison H. Infantile bronchial asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1981; 67: 339–47.
10. Skarpaas IJK, Gulsvik A. Prevalence of bronchial asthma and respiratory symptoms in schoolchildren in Oslo. *Allergy* 1985; 40: 295–9.
11. Anderson HR, Bland JM, Patel S, Peckham C. The natural history of asthma in childhood. *J Epidemiol Community Health* 1986; 40: 121–9.
12. Bråbäck L, Kälvesten L. Asthma in schoolchildren. *Acta Paediatr Scand* 1988; 77: 826–30.
13. Usherwood TP. Factors affecting estimates of the prevalence of asthma and wheezing in childhood. *Fam Pract* 1987; 4: 318–21.
14. Anderson HR, Bailey PA, Cooper JS, Palmer JC, West S. Medical care of asthma and wheezing illness in children: a community survey. *J Epidemiol Community Health* 1983; 37: 180–6.