

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

og oplæring. Der var en større andel, der i 2003 havde oplevet indlæggelsen som for kort. Det er muligt, at dette delvis hænger sammen med bedre fysiske rammer.

Det havde været hensigtsmæssigt, om bl.a. sociodemografiske variable og viden om udsættelse for tvangsforanstaltninger havde været til rådighed. Vi må antage, at respondenterne på grund af anonymiteten har haft maksimal frihed til at give deres mening til kende. Overordnet var det en erfaring, at det er vanskeligt at opnå en tilfredsstillende besvarelsesprocent, når undersøgelsen former sig som en del af de almindelige kliniske rutiner ved udskrivelse. På baggrund af især den lave besvarelsesprocent og vores manglende mulighed for at karakterisere undersøgelsespopulationen og bortfaldspopulationen må det konstateres, at undersøgelsen ikke kan tilgodese strenge krav om repræsentativitet. Resultaterne bør derfor fortolkes i dette lys.

Korrespondance: *Bjarne Hansen*, Digevej 110, DK-2300 København S.
E-mail bgh@dadlnet.dk

Antaget: 10. august 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Vi takker alle, der tog del i undersøgelsen. Særlig tak til klinisk over- sygeplejerske *Lone Kvist*, og afdelingssygeplejerske *Anni Rosenquist* for hjælp med dataindsamlingen.

Litteratur

1. Tingsgård P, Lotz M. Et forsøg på at vurdere, hvorledes patienter oplever en psykiatrisk modtageafdeling. *Ugeskr Læger* 1972;134:19-23.
2. Tonsgaard M, Vendsborg PB. »Sig din mening om Sct. Hans hospital«. En undersøgelse af patienttilfredshed på et psykiatrisk hospital. *Ugeskr Læger* 1987;149:2555-60.
3. Stender AK, Aggernæs KH. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital i perioden 1. nov. 1987 til 30. sep. 1989. 2. Patienternes vurdering og oplevelse af tvangsindlæggelser. *Ugeskr Læger* 1992;154:1844-7.
4. Raben H, Stender AK, Aggernæs KH et al. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital efter den nye psykiatrilovs indførelse sammenlignet med perioden umiddelbart før lovændringen. *Ugeskr Læger* 1994;156:5528-32.
5. Middelboe T, Schjødt T, Byrting K et al. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:212-9.
6. The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organisation, 2001.
7. Blais MA, Matthews J, Lipkis-Orlando R. Development and application of a brief multi-faceted tool for evaluation inpatient psychiatric care. *Adm Policy Men Health* 2002;30:159-72.
8. Newcombe RG. Interval estimation for the difference between independent proportions: comparison of eleven methods. *Stat Med* 1998;17:873-90.

Allergiudredning i almen praksis i Århus Amt. Kvalitetsvurdering af diagnostik, behandling og patientinstruktion

I. Astma

Overlæge Jens Korsgaard Jensen &
alment praktiserende læge Mogens Klitgaard Jakobsen

Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus,
Lungemedicinsk Afdeling E, og
Almen praksis, Sankt Clemensstræde 7, Århus

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at evaluere udredningen af voksne patienter, der primært var færdigudredt i almen praksis på mistanke om astma.

Materiale og metoder: I alt 46 patienter, der var under mistanke for at lide af astma, blev supplerende vurderet af en allergolog. Otteogtyve patienter havde en slutdiagnose med astma. Ved interview af patienterne og spørgeskemaer til egen læge blev elementerne i udredninger, sygdomsdiagnoser, givne behandlinger i almen praksis og patienternes basale viden om astma belyst.

Resultater: Hos 65% af patienterne, der var udredt for astma, var

den supplerende allergologvurdering uden forslag til større ændringer, mens en tredjedel af de 46 patienter, der var udredt for mulig astma, ville have gavn af supplerende allergologvurdering. Den største gruppe var på syv ud af 18 patienter, der ikke fik slutdiagnosen astma ved allergologvurdering, men som havde kroniske eller recidiverende symptomer. En fjerdedel af de patienter, der havde astma som slutdiagnose, ville have gavn af allergologvurdering på grund af uklar diagnose, sygdommens sværhedsgrad eller muligheden for allergenspecific behandling. Den medicinske behandling af astma i almen praksis fulgte de moderne behandlingsprincipper. Over halvdelen af patienterne med astma kendte basale sygdomsmekanismer og almindelige principper for behandling, men kun få regulerede selv den medicinske behandling.

Konklusion: Patienter med kroniske og vedvarende symptomer bør ofte henvises til en allergolog, og det gælder tillige patienter, hos hvem man overvejer allergenspecific behandling. Patientoplæring ved astma bør opprioriteres.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Med baggrund i den stigende forekomst af allergisygdomme i den danske befolkning [1-3] nedsatte Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering i maj 1995 en arbejdsgruppe, der havde til formål at give forslag til tilrettelæggelse af allergiundersøgelser i Danmark. Af denne medicinske teknologivurdering (MTV)-rapport fremgår det [4], at det basale led i allergiudredningen i Danmark er den primære sundhedstjeneste i almen praksis.

Som følge af den nævnte MTV-rapport [4] nedsatte Kvalitetsudviklingsudvalget vedrørende almen praksis i Århus Amt en arbejdsgruppe til at udarbejde forslag til en rationel arbejds- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og speciallægerne i amtet ved allergiudredning. Gruppens anbefalinger [5] er meget identiske med MTV-rapportens, men på baggrund af en teknologisk udvikling af muligheden for påvisning af allergenspecifikt immunglobulin E (IgE) til den såkaldte Phadiatopanalyse (Pharmacia, Sverige) og en automatisering af analysen, hvor omkostningseffektivitetsanalyse gjorde Phadiatopanalysen til et økonomisk alternativ til priktesten (ALK-Abelló, Danmark), anbefalede gruppen Phadiatopanalysen som standard ved allergiudredning i almen praksis med start i juni måned 1999. Analysen er blevet godt modtaget i almen praksis, hvor antallet af foretagne analyser pr. halvår fra starten i efteråret 1999 til foråret 2002 blev knap tredoblet fra 2.414 analyser i efteråret 1999 til 6.493 analyser i foråret 2002 i en befolkningspopulation, der pr. 1. januar 2002 var på 644.666.

Formålet med dette arbejde har været ved en allergolog at efterundersøge knap 50 voksne patienter, der var færdigudredt i almen praksis for mistanke om astma.

Materiale

Da den praktiske speciallægevurdering blev påbegyndt i efteråret 2001, blev undersøgelsens basismateriale defineret som de patienter, der i optageområdet for Silkeborg Centralsygehus (en befolkning, der pr. 1. januar 2002 var på 99.794 personer) i perioden fra den 1. juli 2000 til den 30. juni 2001 havde fået foretaget Phadiatopanalyse hos egen læge på mistanke om astma. I alt 1.390 personer blev testet med Phadiatopanalyse i løbet af et år, 1.072 af disse var voksne patienter over 15 år. Blandt dem var 458 patienter registreret som udredt for astma ved egen læges afkrydsning på rekvisitionen.

Blandt disse 458 patienter blev der ved lodtrækning udvalgt 83 patienter med mulig astma. De blev skriftligt tilbudt supplerende undersøgelse ved en allergolog. To patienter måtte udgå, da de efterfølgende allerede var undersøgt af en allergilæge, og af de resterende 81 patienter deltog 44 (54%) patienter. Yderligere to patienter, der primært var indkaldt til undersøgelse for høfeber [6], havde tillige astma og blev inkluderet i materialet, der således bestod af i alt 46 patienter.

Metode

Allergologvurderinger ved astma omfatter: standardpriktest, Phadiatopanalyse, total IgE, blod-eosinofiltal, vitalografunder-

søgelse og ved normal lungefunktion histaminprovokation med bestemmelse af PC-20. Ved nedsat lungefunktion ($FEV_1 < 70\%$) blev der foretaget reversibilitetstest med prednison i to uger (en patient). En allergisygeplejerske foretog standardiseret patientinterview angående udredningselementer hos den praktiserende læge og patientens opfattelse af egen sygdoms- og allergidiagnose (patientrefererede oplysninger) samt vurdering af patientens viden om egen sygdom. Patienten blev undersøgt af en allergolog, der uden kendskab til resultatet af priktest eller tidligere Phadiatopanalyse, men ud fra sygehistorien og øvrige test foretog en samlet vurdering med sygdomsdiagnose, vurdering af sværhedsgrad og en klinisk baseret allergidiagnose. Sluttelig blev der foretaget en overordnet MTV-vurdering og registrering af de patienter, der efter Århus Amts overordnede anbefalinger [5] kunne have haft gavn af en supplerende allergologvurdering. Fra besvarede spørgeskemaer fra den enkelte praktiserende læge blev der indhentet oplysninger om anvendt diagnostisk fremgangsmåde, sygdoms- og eventuel allergidiagnose (egen læge-meddelte oplysninger).

Allergidiagnostik omfattede gentagelse af Phadiatoptest og priktest med 10 histamin ækvivalent prik (HEP)-styrke af ekstrakter af enkeltallergener (12 standardallergener). Resultaterne af allergidiagnostikken er præsenteret andetsteds [7].

Resultater

I alt 46 patienter blev udredt for mulig astma. Af disse var to patienter, som nævnt ovenfor, primært indkaldt til undersøgelse for høfeber [6], men havde tillige astma. Begge var udiagnosticerede hos egen læge, men de havde begge mild sygdom uden natastma.

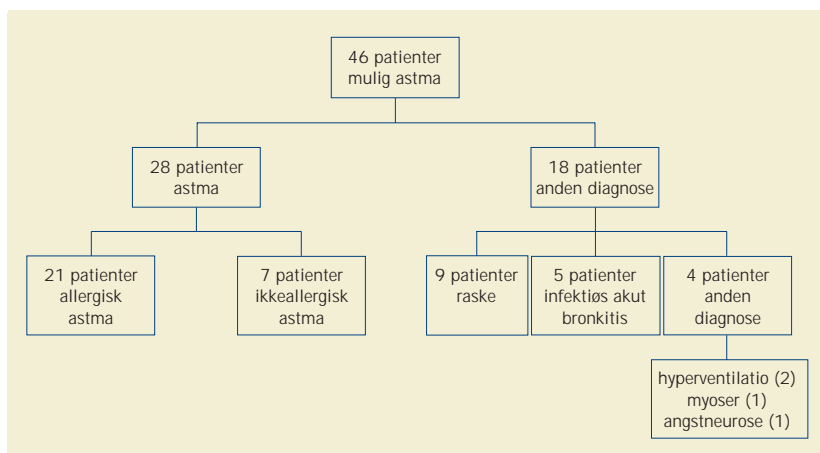
Allergologens endelige diagnose for de 46 patienter var, at 28 patienter havde astma, og 18 patienter ikke havde astma. De to hyppigste diagnoser var rask (ni patienter) og infektionsudløst akut bronkitis (fem patienter) (**Figur 1**).

Ved sammenligning af allergologens slutdiagnose med patientrefereret slutdiagnose og slutdiagnose meddelt af egen læge var der hos flertallet (22 ud af 36, 61%) overensstemmelse mellem allergologens og egen læges diagnose, hos ti patienter var egen læge usikker på slutdiagnosen. Otte af dem havde ikke astma som slutdiagnose ved allergologundersøgelsen. Kun to (6%) patienter blev af egen læge diagnosticeret med astma, hvor diagnosen blev afkræftet ved allergologundersøgelsen (**Tabel 1**). Vedrørende patientrefereret diagnose var der overensstemmelse mellem diagnosen astma hos 26 patienter (59%), mens 12 patienter refererede usikker diagnose, hvoraf igen hovedparten (otte patienter) ved allergologundersøgelsen blev diagnosticeret uden astma. Fem patienter mente, de var diagnosticeret med astma hos egen læge, men havde anden sygdom som slutdiagnose hos allergologen.

Blandt de 46 patienter, der var udredt for mulig astma var det gennemsnitlige antal diagnostiske tiltag pr. patient på 2,8 (patientrefereret) uden forskel på anvendt diagnostisk fremgangsmåde mellem patienter med overensstemmende slut-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Figur 1. Fordeling af slutdiagnoser ved allergolog for 46 patienter, der primært var færdigudredt for mistanke om astma i almen praksis.



diagnoser og patienter, hos hvem der var usikker eller uoverensstemmende slutdiagnoser (**Tabel 2**).

Fratages de to udiagnosticerede astmapatienter, reterer der 26 patienter, hvor behandling hos allergolog og egen læge (patientrefereret) kan sammenlignes. Her havde allergologen forslag til medicinændring hos 13 patienter (50%), heraf forslag til medicinreduktion hos ni patienter i peroral (tre patienter) eller inhalationssteroidbehandling, mens det kun hos fire patienter var hensigtsmæssig med tillæg af lavdosis inhalationssteroid-behandling til enkeltbehandling med beta-2-agonist. Der var ikke systematisk forskel på forslag til medicinændring efter sygdommens sværhedsgrad hos de to grupper af astmapatienter: dem uden og dem med tilfælde med natastma det seneste år. En patient var i behandling med beta-2-agonist-tabletter, men ingen patienter var i behandling med leukotrienantagonister eller teofyllaminpræparater.

Hos i alt 13 patienter (patientrefereret) havde man som råd om allergenspecifik behandling givet mundtlige råd om min-

dre ændringer i boligen i relation til øget rengøring, udskiftning af gulvbelægning og øget udluftning. Der var aldrig givet råd om indkøb af specielle madrasbetræk eller installation af ventilationsanlæg. Hos en ud af disse 13 patienter var der overensstemmende diagnose af allergi mod katte fra allergologen og egen læge, mens der hos to patienter var patientrefereret og/eller egen læge-meddelt tilfælde af allergi mod husstøvmider, der var i uoverensstemmelse med allergologens slutdiagnose. De resterende ti patienter havde alle en slutdiagnose med allergi mod husstøvmider. Ved allergologundersøgelsen diskuterede man boligændringer med fire patienter, der havde allergisk astma med husstøvmideallergi og en symptomhyppighed med natastma 30 gange pr. måned (tre patienter) eller kroniske, daglige symptomer (en patient). To patienter blev yderligere tilrådet at afskaffe hund, den ene havde natastma to gange hver nat grundet hund, og den anden havde daglige astmasymptomer grundet hund.

MTV-vurderingen omfatter patienter, der på grund af usikker diagnose, astmasygdommens sværhedsgrad eller muligheden for specifik behandling kunne henvises til en allergolog. Den største gruppe er patienter med uklar diagnose (syv ud af 18) i gruppen af patienter, der har anden diagnose som slutdiagnose hos allergologen (**Tabel 3**). Disse 39% af patienterne var gruppen med vedvarende kroniske eller recidiverende symptomer på sygdom, der af en speciallæge blev klassificeret som værende uden astma, mens patienter, der havde kortvarige symptomer og efterfølgende var raske uden medicin ved allergologundersøgelsen, ikke er medtaget. Blandt patienter med astma ville syv ud af 28 kunne have gavn af supplerende allergologundersøgelse i forhold til Århus Amts MTV-anbefalinger enten som følge af en uklar diagnose, sygdommens sværhedsgrad og/eller muligheden for specifik behandling.

Fire patienter (15%) havde alle spørgsmål om basale sygdomsmekanismer ved astma rigtige (**Tabel 4**). Knap halvdelen af patienterne var ikke sikre på, at natlig opvågning med astmasymptomer er udtryk for ustabil sygdom, som ofte kræver øget medicin. Omvendt angav de fleste, at anstrengelses-

Tabel 1. Sammenligning af allergologens slutdiagnose, patientrefereret diagnose og egen læge-refereret diagnose hos henholdsvis 46 patienter (patientrefereret) og 36 patienter (egen læge-refereret) udredt for mulig astma hos såvel egen læge som en allergolog.

Diagnose	Allergologdiagnose, n			
	astma + allergi	astma - allergi	usikker diagnose	anden diagnose
<i>Egen læge-diagnose (n = 36)</i>				
Astma + allergi	15	2	0	0
Astma - allergi	0	1	0	2
Usikker diagnose	1	1	0	8
Anden diagnose	0	0	0	4
Ikke diagnosticeret	1	1	-	-
<i>Patientrefereret diagnose (n = 46)</i>				
Astma + allergi	17	1	0	3
Astma - allergi	0	4	0	2
Usikker diagnose	3	1	0	8
Anden diagnose	0	0	0	5
Ikke diagnosticeret	1	1	-	-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Sammenligning af diagnostisk fremgangsmåde (patientrefereret) hos 46 patienter, der var udredt for mulig astma, og fordelt på 27 patienter, hvor slutdiagnosen (patientrefereret) var overensstemmende, 12 patienter med usikker diagnose og fem patienter, hos hvem der var uoverensstemmelse mellem allergologens slutdiagnose og patientrefereret slutdiagnose. To patienter, der var udiagnosticeret i almen praksis, er ikke medtaget i den sidste analyse. Resultatet er angivet i procent af patienter udredt med forskellige diagnostiske test.

Diagnosemetode	Alle (n = 46) %	Overensstemmende diagnose (n = 27) %	Usikker diagnose (n = 12) %	Uoverensstemmende diagnose (n = 5) %
Familieoplysninger	37	37	50	20
Symptomvariation over tid	54	44	83	80
Effekt af medicin	61	59	75	60
Peak flow-monitorering	33	33	25	60
Vitalograf	50	56	42	60
Beta-2-reversibilitet	24	22	25	40
Inhalationssteroid-reversibilitet	20	26	17	0
Oral steroid-reversibilitet	4	4	8	0
Anstrengelsestest	2	0	8	0

astma er et hyppigt fænomen, ligesom de fleste tilkendegav, at astma ofte forværres ved luftvejsinfektioner. En tredjedel af patienterne kunne ikke angive den bedste måde at behandle anstrengelsesastma på.

De fleste svarede korrekt på de seks spørgsmål om behandling af astma og behandlingserfaring med hurtigtvirkende beta-2-agonist og/eller inhalationssteroid, dog undtaget spørgsmålet om virkningstidspunktet for inhalationssteroid, hvor kun 42% angav bedste virkning efter 1-2 uger, og 37% angav virkning 1-2 timer efter inhalation.

To (7%) ud af 27 patienter med astma var indstillet på, at det var reglen selv at ændre på deres medicinering uden lægekontakt, seks patienter angav, at det godt kunne forekomme en sjælden gang, mens 14 (52%) patienter angav, at dette helst ikke burde ske (fem svarede »ved ikke«).

Diskussion

Ved en stringent omkostningseffektivitetsanalyse af de enkelte elementer i udredningen af patienter, der er under mistanke for at lide af astma, gælder [7], at alene brug af lungefunktionsmåling i diagnostikken er økonomisk givtig, mens eksempelvis værdien af gentagne målinger af lungefunktion, røntgenundersøgelse af lungerne og endog anvendelse af priktest hos astmapatienten aldrig er vurderet i en økonomisk sammenhæng [8].

Allokering af resurser efter definition af hensigtsmæssige udredningsforløb ved allergiudredning er således stadig baseret på ekspertudsagn og derfor principielt varierende.

Nærværende resultater kan således bedst anvendes som basismateriale for eventuelle efterfølgende sammenlignende undersøgelser af udredningsforløb ved eksempelvis auditprojekter eller til afgrænsning af indsatsområder ved udredning i almen praksis, hvor man ved sammenligning med allergologvurderinger kan søge at optimere udredningsforløb hen imod en ekspertdefineret idealudredning. Sidstnævnte er formålet med nærværende diskussion.

Både ved den primære sammenligning af diagnoser hos den alment praktiserende læge og allergologen (Tabel 1) og ved den overordnede MTV-vurdering (Tabel 3) med præcise-

ring af patienter, som med fordel kunne være supplerende speciallægeundersøgt, gælder, at to tredjedele af patienterne var veludredt i almen praksis.

Ved MTV-vurderingen (Tabel 3) af udredningsforløbet ved astma var de to grupper af patienter, der kunne afgrænses som havende gavn af supplerende speciallægevurdering, for det første gruppen af patienter med kroniske eller recidiverende symptomer, men uden astma, og for det andet gruppen af patienter med kroniske daglige symptomer og behov for højdosis medicinsk behandling og/eller allergensanering blandt patienter med astma som slutdiagnose.

Den anbefalede overordnede diagnostiske fremgangsmåde ved mistanke om astma er primært diagnostiske tiltag for at stille astmadiagnosen og sekundært, når der er påvist astma, allergiudredning for eventuelt at påvise allergi. I nærværende opgørelse blev 40% (18 ud af 46) af de patienter, der var allergitestet på mistanke om astma, ved allergologundersøgelsen ikke diagnosticeret med den mistænkte sygdom, og det gennemsnitlige antal diagnostiske test (patientrefereret) var på 2,8. Dette tyder på, at allergiudredningen er inddraget i den primære sygdomsdiagnostik. Til dels afhængigt af omkostningseffektivitetsvurderinger kunne man anbefale en mere opdelt diagnostik med primær sygdomsdiagnostik og sekundær allergiudredning. Herved ville man formentlig kunne reducere forbruget af Phadiatopanalyser i almen praksis med en

Tabel 3. Antal patienter i de to diagnostiske hovedgrupper, som af en allergolog blev vurderet til at have brug for allergologisk undersøgelse som supplement til undersøgelsen af egen læge.

Patientkategori	Anden (n = 18) n	Astmaslutdiagnose (n = 28) n
Patienter med uklar diagnose	7	3
Manglende effekt af behandling	–	0
Langvarig behandling (> 0,5 år) med inhalationssteroid > 800 µg/døgn	–	3
Tidligere indlagt med akut svær astma	–	0
Mistanke om arbejdsbetinget astma	–	0
Forud for større ændringer i boligforhold	–	4
Forud for start af immunoterapi	–	0

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 4. Den procentvise fordeling af svar på fire spørgsmål om basale sygdomsmekanismer ved astma blandt 27 (en ubesvaret (Figur 1)) patienter med slutdiagnosen astma stillet af en allergolog.

Spørgsmål	Svar, %							
Hyppig opvågning om natten med astmasymptomer er udtryk for?	Ved ikke	4	Overfølsomhed over for fjer og dun	19	Overfølsomhed over for husstøvmider	37	Ustabil sygdom med behov for øget medicin	41
Symptomer på astma ved fysisk anstrengelse er udtryk for?	Ved ikke	0	Dårlig fysisk kondition med nedsat udholdenhed	11	Tegn på alvorlig astma – et faresignal	7	Symptomer, som næsten alle med astma oplever	81
Hvis man får en luftvejsinfektion som forkølelse, influenza eller bronkitis, er det karakteristisk at ens astma?	Ved ikke	7	Bliver bedre med færre symptomer	4	Er uændret med samme symptomer	15	Bliver forværret med flere symptomer	74
Symptomer på astma ved fysisk anstrengelse behandles bedst med?	Ved ikke	19	Beta-2-agonist som Ventoline og Bricanyl	63	Inhalationssteroid som Spirocort og Flixotide	11	Forsvinder ved træning og god kondition	7
Hvordan tages inhalationssteroider (Spirocort, Pulmicort, Flixotide mfl.) bedst?	Ved ikke	0	Ved behov med symptomer	5	En gang hver aften	9	En gang morgen og aften	84
Hvornår virker en inhalation af steroider (Spirocort, Pulmicort, Flixotide mfl.) bedst?	Ved ikke	5	1-2 timer efter inhalation	37	1-2 dage efter inhalation	16	1-2 uger efter inhalation	42
Hvad er den hyppigste bivirkning ved inhalationssteroider (Spirocort, Pulmicort, Flixotide mfl.)?	Ved ikke	16	En let rysten på hænder og uro i kroppen	11	Blødninger i huden ved små slag	0	Svamp i mund og svælg med hæshed	74
Hvordan tages beta-2-agonister (Ventoline, Bricanyl mfl.) bedst?	Ved ikke	8	Ved behov med symptomer	81	En gang hver aften	4	En gang morgen og aften	8
Hvornår virker en inhalation af beta-2-agonister (Ventoline, Bricanyl mfl.) bedst?	Ved ikke	8	10-15 minutter efter inhalation	88	1-2 timer efter inhalation	4	1-2 dage efter inhalation	0
Hvad er den hyppigste bivirkning ved beta-2-agonister (Ventoline, Bricanyl mfl.)?	Ved ikke	19	En let rysten på hænder og uro i kroppen	62	Blødninger i huden ved små slag	0	Svamp i mund og svælg med hæshed	19

tredjedel, men det ville være nødvendigt med minimum to patientkontakter før Phadiatopanalyse.

Den af egen læge iværksatte behandling for astma fulgte de moderne behandlingsprincipper med brug af korttids- eller langtidsvirkende beta-2-agonister eventuelt i kombination med inhalationssteroid. De foreslåede medicinjusteringer efter kliniske retningslinjer [9] var oftest medicinreduktion hos patienterne et år efter den primære vurdering i almen praksis og var uden systematisk forskel efter sygdommens sværhedsgrad.

Den altdominerende allergenspecifikke behandling, der blev foreslået i almen praksis, var mindre boligændringer med fjernelse af gulvtæpper, øget rengøring m.m. i tilfælde af mistanke om husstøvmideallergi. Disse tiltag er uden klinisk effekt [10], og allergensanering er fortsat en vanskelig opgave, der kun er relevant ved moderat eller svær sygdom og forudsætter en allergologvurdering.

En af de største forbedringer i den moderne behandling af patienter med astma har været introduktionen af patientop læringsprogrammer (astmaskoler) med henblik på at gøre patienten i stand til selv at korrigerer behandlingen efter den aktuelle tilstand. Dette gøres efter individuelt udarbejdede skriftlige behandlingsvejledninger, hvor registrering af symptomer og *peak flow*-målinger gør patienten i stand til selv at

korrigerer egen behandling på et rationelt grundlag. Herved er der dokumenteret [11, 12] en halvering i antallet af akutte besøg i ambulant regi, 42% reduktion i antal sygedage, et lavere forbrug af antibiotika og prednisonkure samtidig med en fordobling i såkaldt livskvalitetsscore i gruppen med selvmedicineringsplaner i forhold til en kontrolgruppe uden dette.

Patienterne var vidende om de basale behandlingsprincipper, og de fleste kunne svare rigtig på de fire basale sygdomsspørgsmål. I forhold til idealet med individuel skriftlig behandlingsplan, som ingen havde fået, og det overordnede princip om selvmedicinerer, hvor 52% angav, at de helst ikke selv måtte ændre på deres medicinerer, synes det at være rimeligt at opprioritere patientuddannelse.

Konklusion

Undersøgelsen viser et stort forbrug af allergiudredning i almen praksis ved mistanke om astma. Hovedkonklusionen er, at to tredjedele af udredningerne er veludførte, mens ca. en tredjedel af patienterne i den daværende diagnostiske situation ville have haft fordel af en supplerende allergologvurdering. Med speciel fokus på sidstnævnte tredjedel kan der afgrænses følgende indsatsområder: 1) Forbruget af Phadiatopanalysen kan formentlig reduceres ved at afgrænse, med

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

hvilken strategi diagnosen astma kan stilles før allergiudredning, 2) de patienter, der vedvarende har kroniske eller recidiverende symptomer, eller som har relativt svær astma og uden behandling har daglige symptomer, kan med fordel tilbydes supplerende vurdering ved en allergolog, 3) patienter med allergi over for husstøvmider, hos hvem man overvejer boligændringer, bør henvises til en allergolog, og 4) patientoplæring ved astma bør opprioriteres.

Korrespondance: Jens Korsgaard Jensen, Lungemedicinsk Afdeling, Aalborg Sygehus Syd, DK-9000 Aalborg.
E-mail: j.korsgaard@dadlnet.dk

Antaget: 6. august 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Nærværende undersøgelse er økonomisk støttet af »Forskningspuljen vedrørende den kliniske udvikling i almen praksis og grænseflader til den øvrige sundhedssektor« under Århus Amt. Kvalitetsvurderingsprojektet er fulgt af en rådgivningsgruppe bestående af: praktiserende læge Klaus Friis Andersen, Silkeborg, overlæge, dr.med. Henrik Sølling, Klinisk Kemisk Afdeling, Silkeborg Centralsygehus, og Birgitte Holm Andersen, Sygesikringen, Århus Amt. Endelig skal Pharmacia, Sverige, takkes for økonomisk støtte til de ekstra Phadiatopanalyser i forbindelse med efterundersøgelse af patienterne.

Litteratur

1. Weeke ER, Kamper-Jørgensen F, Pedersen PA. Forekomst af astma bronchiale i den voksne danske befolkning. Ugeskr Læger 1980;142:3272-4.
2. Pedersen PA, Kamper-Jørgensen F, Weeke ER. Forekomst af høfeber i den voksne danske befolkning. Ugeskr Læger 1980;142:3268-72.
3. Ulrik CS, Backer V, Hesse B et al. Risikofaktorer for udvikling af asthma hos børn og voksne. Ugeskr Læger 1998;160:2243-8.
4. Central forskningsenhed for almen praksis: Allergiske sygdomme. Forslag til organisation af forebyggelse, diagnostik og behandling. København: Central forskningsenhed for almen praksis, 1996.
5. Sygesikringen, Århus Amt. Udredningen af allergiske sygdomme i Århus Amt. Århus: Sygesikringen, 1997.
6. Korsgaard JK, Jakobsen MK. Allergiudredning i almen praksis i Århus Amt. Kvalitetsvurdering af diagnostik, behandling og patientinstruktion. II. Rinitis. Ugeskr Læger 2006;168:1331-6.
7. Korsgaard JK, Jakobsen MK. Allergiudredning i almen praksis i Århus Amt. Kvalitetsvurdering af diagnostik, behandling og patientinstruktion. III. Allergidiagnostik. Ugeskr Læger 2006;168:1336-40.
8. Van den Boom G, van Schayck CP, van Mollen MP et al. Active detection of chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the general population. Am J Respir Med 1998;158:1730-8.
9. Sullivan SD, Weiss KB. Health economics of asthma and rhinitis. II. Assessing the value of interventions. J Allergy Clin Immunol 2001;107:203-10.
10. GINA guidelines: Workshop on asthma management and prevention in the Caribbean. West Indian Med J 1998;47:133-52.
11. Gøtsche PC, Hammarquist C, Burr M. House dust mite control measures in the management of asthma: meta-analysis. BMJ 1998;317:1105-10.
12. Lahdensuo A, Haahtela T, Herrala J et al. Randomised comparison of guided self management and traditional treatment of asthma over one year. BMJ 1996;312:748-52.

Allergiudredning i almen praksis i Århus Amt. Kvalitetsvurdering af diagnostik, behandling og patientinstruktion

II. Rinitis

Overlæge Jens Korsgaard Jensen &
alment praktiserende læge Mogens Klitgaard Jakobsen

Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus,
Lungemedicinsk Afdeling E, og
Almen praksis, Sankt Clemensstræde 7, Århus

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at evaluere diagnostik og behandling af voksne patienter, der primært var færdigudredt i almen praksis på mistanke om høfeber.

Materiale og metoder: I alt 72 patienter, der var under mistanke for at lide af høfeber, blev supplerende vurderet af en allergolog. Femoghalvtreds patienter havde høfeber som slutdiagnose. Ved interview af patienterne og spørgeskemaer til egen læge blev udredningsstrategi, sygdomsdiagnose, behandling og patientviden om rinitis belyst.

Resultater: En tredjedel af patienterne, der var udredt for mulig høfeber, kunne have gavn af en supplerende allergologvurdering. Det drejer sig dels om patienter med negativ allergitest og kroniske symptomer på enten en anden lidelse eller ikkeallergisk høfeber, dels om patienter, som havde svær sæsonbetinget allergisk høfeber og sandsynligvis ville have gavn af hyposensibilisering. Den medicinske behandling fulgte de moderne behandlingsprincipper. Blandt patienter med høfeber var kun en tredjedel vidende om behandlingsprincipper med inhalationssteroid, mens halvdelen var bekendt med principperne for behandling med antihistamin-tabletter. Patienter med høfeber var ikke indstillet på selvmedicinering.

Konklusion: Patienter med kroniske og vedvarende symptomer bør ofte vurderes af en allergolog, og det gælder tillige patienter, hos hvem man overvejer hyposensibilisering. Patientoplæring ved høfeber bør opprioriteres.