Sundhedsvæsenets brug af OCS til patienter med svær astma



MEDICINSKE TIDSSKRIFTER

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion 3

2. Metode 4

3. Brug af OCS til patienter med svær astma 5

4. Identificerede barrierer for reduktion af OCS-brug 7

Systematisk kontrol af OCS i almen praksis 7

Udfordringer med henvisningspraksis 7

Patienterne efterspørger OCS 8

Udredning af svær astma i almen praksis 8

Har almen praksis kendskab til bivirkninger ved OCS? 9

Kendskab til biologisk behandling 9

Kan årskontrol og systematisk opfølgning løse udfordringerne med OCS? 10

Adgang til nye og effektive behandlinger 11

Manglende patientuddannelse 11

5. Løsningsforslag 12

6. Konklusion 14

Denne rapport er udarbejdet af kommunikationsbureauet Decisions og sponsoreret af lægemiddelvirksomheden Sanofi.

1. Introduktion

Mellem 7-11 procent af den danske befolkning lider af astma.[1] Det svarer til mere end 650.000 danskere, og forekomsten er stigende[2]. Af disse lider mellem fire til otte procent af svær astma, hvilket har store konsekvenser for patienternes livskvalitet og for samfundet generelt.

Astma trækker 21.000 fuldtidsbeskæftigede personer ud af arbejdsstyrken. Hver fjerde dansker med astma i den arbejdsdygtige alder er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet, mens det kun er 15 procent af personer uden astma.[3]

En stor del af de patienter, der behandles for svær astma, bliver i henhold til GINA - de internationale vejledninger for behandling af astma – fulgt i almen praksis. Mange af disse patienter behandles med orale kortikosteroider (OCS) i forbindelse med forværringer[4]. Denne behandling giver hurtig lindring, men er forbundet med alvorlige bivirkninger, herunder øget risiko for kroniske sygdomme som osteoporose, diabetes og overvægt[5].

Det er særligt gentagen brug af OCS til behandling af svær astma, som kan være problematisk. OCS, også kaldet orale steroider, binyrebarkhormon eller prednisolon, er en medicin til behandling af svær eller ukontrolleret astma. OCS fås i pille- eller flydende form og er ikke det samme som anabolske steroider eller inhalerede kortikosteroider (ICS).[6] I denne rapport vil begrebet OCS blive anvendt konsekvent.

Sundhedsstyrelsen fastslår, at "vedligeholdelsesbehandling med OCS ikke har plads i behandlingen af astma, men at systemisk OCS-behandling har veldokumenteret effekt ved akutte forværringer." Brug af OCS er altså kun hensigtsmæssigt i akutte situationer og ikke som løbende behandling til patienter med svær astma. Samtidig påpeger astmaeksperter, at selv kortvarige behandlingsforløb med OCS i forbindelse med akutte forværringer kan øge risikoen for alvorlige følgesygdomme.

[1] https://lungemedicin.dk/astma-diagnostik/
[2] https://www.vive.dk/media/pure/5xp51dv7/4615869
[3] https://www.danskerhverv.dk/siteassets/mediafolder/dokumenter/01-analyser/analysenotater-2024/astma- trakker-21.000-fuldtids-beskaftigede-ud-af-arbejdsstyrken.pdf
[4] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35529252/
[5] https://pmc.ncboi.nlm.nih.gov/articles/PMC9291960/
[6] https://allergyasthmanetwork.org/what-is-asthma/how-is-asthma-treated/oral-corticosteroids-for-asthma/

2. Metode

Formålet med denne hvidbog er at afdække, hvordan danske læger anvender OCS i behandlingen af patienter med svær astma samt skabe en bedre forståelse af forbruget af OCS og sikre, at OCS til patienter med svær astma anvendes mere hensigtsmæssigt særligt i almen praksis.

Analysen er baseret på to datakilder:

- Otte kvalitative interviews med speciallæger indenfor det lungemedicinske speciale
- En workshop med førende læger indenfor lungemedicin

Formålet med interviewene var at afdække interviewpersonernes forståelse af OCS-brug i almen praksis og på landets lungemedicinske hospitalsafdelinger samt blive klogere på, om patienter med svær astma får den optimale behandling i dag.

Interviewpersonerne blev spurgt ind til deres forståelse af praktiserende lægers henvisningspraksis samt almen praksis' kendskab til bivirkninger forbundet med gentagne behandlinger med OCS.

Endeligt blev interviewpersonerne spurgt ind til gevinster ved årskontrol som løsning til at reducere overforbrug af OCS og til, om de mener, at almen praksis har kendskab til nye behandlingsmuligheder.

Sidste del af interviewene handlede om interviewpersonernes holdninger til, hvordan sundhedsvæsenet kan reducere andelen af patienter med svær astma, der får gentagne kure med OCS, så fremtidens patienter kan få endnu bedre behandling end i dag. Interviewene fandt sted i vinteren 2025.

Workshoppen havde til formål at identificere konkrete barrierer for reduktion af OCS-brug samt udvikle løsningsforslag til at understøtte bedre udredning og behandling. Workshoppen fandt sted i januar 2026.

Deltagerne er anonyme i afrapporteringen.

3. Brug af OCS til patienter med svær astma

Vurdering af OCS-brug i almen praksis

Der eksisterer en gennemgående skepsis blandt de interviewede specialister overfor anvendelsen af OCS til patienter med svær astma i almen praksis.

Størstedelen af de adspurgte læger er uenige eller meget uenige i, at anvendelsen af OCS i almen praksis er velbegrundet, og flere påpeger, at der findes bedre alternativer til OCS-behandling, som bør prioriteres.

> *"Når jeg kigger på registre og laver undersøgelser, ser jeg et voldsomt overforbrug - og det er der også på de lungemedicinske afdelinger*

Enkelte nævner dog, at en enkelt OCS-kur kan være berettiget i forbindelse med akutte forværringer af svær astma, men vedvarende brug anses generelt som uhensigtsmæssigt.

Flere fremhæver en bekymring for overforbrug af OCS i almen praksis og et manglende fokus på korrekt inhalationsteknik og efterlevelse af behandlinger blandt patienterne. En interviewperson fremhæver, at nogle patienter også får OCS som en nem løsning, fordi der mangler systematik og vejledning i almen praksis.

Brug af OCS på lungemedicinske afdelinger

Interviewpersonerne blev også spurgt ind til, om brugen af OCS til patienter med svær astma på lungemedicinske hospitalsafdelinger er velbegrundet.

Her er holdningerne mere delte. Flere interviewpersoner fremhæver, at anvendelsen af OCS på lungemedicinske afdelinger kan være berettiget i specifikke akutte situationer. Men der er generelt enighed om, at OCS bør anvendes restriktivt og kun som sidste udvej.

> *"OCS bør kun bruges i forbindelse med en akut indlæggelse med en astmaforværring. Tiden med OCS-behandling på de lungemedicinske afdelinger på landets sygehuse bør være fortid*

Flere interviewpersoner understreger også, at lungemedicinske afdelinger ofte har adgang til bedre alternativer som biologiske behandlinger til patienter med svær astma, hvilket bør minimere behovet for OCS yderligere.

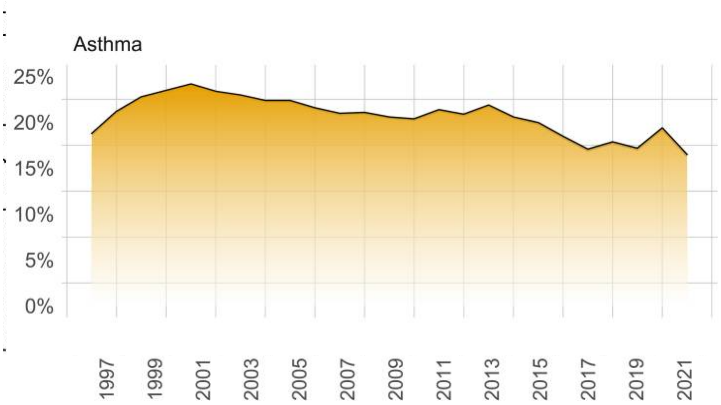
Enkelte understreger, at de også oplever et overforbrug af OCS på lungemedicinske afdelinger.

Udviklingen i brug af OCS til patienter med astma

På trods af nye behandlingsmæssige fremskridt er langvarig behandling med OCS stadig udbredt i Danmark. Til workshoppen fremhævede flere læger, at cirka 95 procent af astmapatienter i dag bliver behandlet med forebyggende inhalationsmedicin som standardbehandling. Alligevel får en betydelig del af patienterne gentagne kure med OCS. Det kan være et udtryk for, at patienterne ikke

tager deres forebyggende medicin, fordi de ikke tager den forebyggende medicin korrekt eller fordi, de ikke får den korrekte dosis. Som det fremgår af Figur 1, er der dokumentation for, at OCS-forbruget kun er faldet minimalt over de seneste cirka 25 år i Danmark.

Figur 1: Andelen af danske voksne patienter med astma som dagligt får mindst 5 mg OCS.



Haakansson Journal of asthma and Allergy, 2025. [7]

Konsekvenser ved langvarig behandling med OCS

Langvarig behandling med OCS er blevet problematiseret, da OCS kan resultere i alvorlige bivirkninger såsom søvnløshed, vægtøgning og øget risiko for kroniske sygdomme.[8]

Selv lave doser øger risikoen for steroidrelaterede bivirkninger.[9] Øget risiko ses ved både lav, middel og høj dosis. OCS-forbrug er også associeret med højere dødelighed hos patienter med astma. Over 90 procent af patienter, der opstarter biologisk behandling, har mindst én steroidrelateret komorbiditet.[10,11]

[7] https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JAA.S525508#infos-holder
[8] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9291960/
[9] Inge Skov, ERJ 2022
[10] DSAR-data, Hjortdahl, Lung 2025
[11] Skov et al. Eur Respir J 2022

4. Identificerede barrierer for reduktion af OCS-brug

Systematisk kontrol af OCS i almen praksis

Der er bred enighed om, at den systematiske kontrol med OCS i almen praksis er utilstrækkelig. Flere nævner, at der er mangel på opfølgning og systematik samt stor variation i arbejdsgangene fra praksis til praksis. Det er langt fra alle praktiserende læger, der laver de nødvendige tests eller har kontakt til patienter med svær astma, der har fået mere end én OCS-kur indenfor samme år.

Interviewpersonerne beskriver dog, at nogle læger i almen praksis er grundige og følger op med de nødvendige tests. Men samtidigt er der andre praktiserende læger, der ikke sikrer tilstrækkelig kontrol og opfølgning, og det øger uligheden blandt patienter med svær astma.

En central udfordring er, at patienternes forbrug af OCS ikke monitoreres på tværs af almen praksis og hospitalssektoren. Det betyder, at en patient kan få flere kure i løbet af et år med OCS uden at lægerne er opmærksomme på det.

> *"Når jeg taler med praktiserende læger, siger de næsten alle sammen, at astma fylder stort set intet i deres praksis. Derfor er min mistanke, at for mange patienter ringer og får fornyet deres recepter, uden at blive set. Så jeg vil mene, at der er et forbedringspotentiale med henblik på årskontroller af patienter i behandling for astma*

> *"Kontrol og opfølgning af patienter, der har fået mere end én OCS-kur er meget utilfredsstillende. Der mangler noget systematisk opfølgning, ligesom der skal laves en lang række tests, og det bliver ikke gjort*

Udfordringer med henvisningspraksis

Holdningerne til praktiserende lægers praksis med at henvise patienter til astmaklinikker på landets hospitaler er meget delte.

Flere understreger, at for få patienter udenfor de store byer bliver henvist. I København fremhæver nogle interviewpersoner derimod, at for mange patienter bliver henvist. Det fører til en geografisk ulighed i henvisningspraksis, som går ud over patienter udenfor de store byer.

Flere interviewpersoner fremhæver også, at de patienter, der henvises, ofte ikke er de rette, eller at henvisningerne ikke er fyldestgørende. Og det betyder, at nogle henvisninger bliver afvist, fordi almen praksis blandt andet ikke har optimeret

> *"Det kommer an på, hvor henne i landet, patienterne bor. I København er det nemt at komme til en lungemediciner - i provinsen er det rigtig, rigtig svært. Der bliver viderehenvist for få patienter i provinsen, men hvis der blev henvist flere, ville de ikke blive set. Også København har vi kigget på, og der ved vi godt, at man bruger alt for meget speciallæge til ting, som den praktiserende læge selv skulle klare. Så der er både et over- og et underforbrug*

behandlingen for patienten, inden de har viderehenvist. En henvisning kan fx blive afvist, hvis almen praksis ikke har forsøgt at optimere patientens inhalationsteknik inden henvisningen udarbejdes.

Når kvaliteten af henvisningerne fra almen praksis er så utilfredsstillende eller mangelfulde, at henvisningen bliver afvist, kan det have flere konsekvenser for patienterne. Hvis almen praksis oplever dårlig respons på henvisninger af patienter med svær astma, kan det føre til, at almen praksis bliver mere tilbageholdende med at henvise patienterne i fremtiden.

> *"Det er klart, at hvis man er et sted, hvor man har oplevet, at man har henvist patienter, som man var bekymret for, og man får et dårligt respons fra den lokale lungeafdeling - eller man ingen hjælp får, så henviser man nok ikke igen.*

Patienterne efterspørger OCS

Patienternes tilfredshed med OCS bliver fremhævet både i interviews og til workshoppen som en af årsagerne til, at OCS anvendes hyppigt i almen praksis. Det er en behandling, som patienterne kender og har erfaring med. Men ofte er det også den eneste behandling, som patienterne har stiftet bekendtskab med, så de er ikke nødvendigvis bevidste om andre muligheder for behandling – eller om risikoen for bivirkninger ved gentagne OCS-kure.

Workshopdeltagerne påpegede, at modsat patienter med KOL, oplever patienter med astma ikke daglige symptomer og kan derfor have tendens til at undervurdere sygdommens alvor. Når de har erfaring med, at OCS er et effektivt middel til at få det bedre, falder tilskyndelsen til at tage vedligeholdelsesmedicin og møde op til kontroller i almen praksis.

> *"Dels tror jeg, at patienterne er tilfredse med OCS-behandlingen, dels er ligesom blevet standardrutinen hos nogle af de praktiserende læger. Hvis lægen er i tvivl om, en patient, der har en forværring, bør indlægges, så får de en OCS-kur.*

Nogle interviewpersoner nævner økonomiske hensyn og manglende tid som faktorer, der kan føre til en kortsigtet løsning med OCS. Flere beskriver, at andre behandlingsformer ofte er markant dyrere, hvorfor økonomiske hensyn kan være en af forklaringerne på det høje brug af OCS.

> *"Der er ingen tvivl om, at mange af patienterne ikke er opmærksomme på de potentielle risici, der er ved systemisk kortikosteroid. Det er der givetvis også mange praktiserende læger, der ikke er opmærksomme på.*

Derudover skaber økonomiske incitamenter i pakningsstørrelser en uhensigtsmæssig praksis, idet det bedre kan betale sig at udskrive store pakninger med OCS fremfor små målrettede kure.

Udredning af svær astma i almen praksis

I interviewene blev lægerne spurgt ind til, om de mener, at patienter med symptomer på svær astma bliver udredt godt nok i almen praksis.

De fleste mener, at udredningen i almen praksis er utilstrækkelig. Størstedelen af interviewpersonerne understreger, at udredning af svær astma bør foretages af specialister af flere årsager.

Ifølge interviewpersonerne har almen praksis ikke tilstrækkelige ressourcer, tid eller kompetencer til at udføre den nødvendige og grundige udredning af patienter med svær astma.

> *De skal sendes videre til specialister med ekspertise i svær astma, for det er en svær udredning, der involverer mange prøver og ting, der skal kigges på. Så det skal de ikke rode med i almen praksis*

Udredningen kræver avancerede tests som FeNO, spirometri, reversibilitetstest og bronkial provokation. Det er tests, som kræver specialiseret viden og udstyr, der ikke er tilgængeligt i almen praksis. Derfor er der enighed om, at patienter med svær astma bør henvises til speciallæger tidligt i forløbet.

Enkelte interviewpersoner fremhæver dog, at de har gode erfaringer med almen praksis' udredning af patienter med svær astma. De understreger, at forudsætningen for en tilfredsstillende udredning er at etablere en systematik og god dialog mellem almen praksis og astmaklinikker. Én interviewperson beskriver en model med løbende feedback fra speciallæger som en succesfuld metode til at sikre bedre udredning i almen praksis.

Har almen praksis kendskab til bivirkninger ved OCS?

Almen praksis' kendskab til bivirkningerne ved OCS var et omdrejningspunkt til både workshop og de individuelle interviews.

Der er delte meninger om dette spørgsmål. En gruppe interviewpersoner mener, at der klart mangler viden og opmærksomhed på bivirkningerne af gentagne OCS-kure i almen praksis. Interviewpersonerne fremhæver, at almen praksis ofte betragter korte kure med OCS som harmløse, hvilket kan føre til uhensigtsmæssigt forbrug.

> *Jeg er enig i, at der mangler opmærksomhed på det, ja. Samt viden. For man kan godt have fornemmelsen af, at der bliver tænkt, at det bare er sådan en lille kort kur, så det behøver man ikke være så bekymret for*

Flere interviewpersoner understreger, at der er et behov for mere uddannelse i almen praksis for at øge bevidstheden om bivirkninger ved gentagne OCS-kure samt styrke kendskabet til andre behandlingsmuligheder.

Dette perspektiv går igen hos workshopdeltagerne, som fremhævede, at flere læger mangler alternativer til OCS, når patienter med astma henvender sig med forværringer. Der er behov for både redskaber og viden til at kunne adskille patienter med svær astma fra patienter med mild og moderat astma.

Andre mener, at lægerne i almen praksis allerede er bevidste om bivirkningerne, men at overforbruget skyldes andre faktorer som tidspres, manglende alternativer eller systemiske barrierer.

Kendskab til biologisk behandling

Interviewpersonerne blev også spurgt ind til, hvordan de ser på kendskabet til biologiske behandlingsmuligheder og deres potentiale til at reducere behovet for OCS-behandling.
Der er bred enighed om, at kendskabet til biologiske behandlingsmuligheder er utilstrækkeligt blandt praktiserende læger. Interviewpersonerne fremhæver, at biologiske behandlinger stadig er et relativt nyt område, og mange praktiserende læger har ikke fået tilstrækkelig viden og uddannelse i

gevinster og udfordringer med behandlingen. Flere nævner også, at selv blandt specialister indenfor lungemedicin er der potentiale til at styrke kendskabet til biologisk behandling af svær astma.

Der er dog enighed om, at biologiske behandlinger har stort potentiale til at reducere eksacerbationer og behovet for OCS, og flere understreger, at bedre uddannelse og vejledning vil forbedre implementeringen i praksis.

> *"Der er mange praktiserende læger - af dem vi har besøg af på sygehuset, og dem vi møder i almen praksis - der ikke har forståelse for, at biologisk behandling er en mulighed til en del af de her patienter.*

> *"Praktiserende læger ved for lidt. Også specialister ved for lidt - Min erfaring er, at alle ved for lidt. Her taler vi om de privatpraktiserende specialister. På sygehusenes lungemedicinske afdelinger er der styr på det. Men jeg har også mødt sundhedspersonale, når jeg har undervist, der ikke engang ved, hvad et biologisk lægemiddel er."*

Kan årskontrol og systematisk opfølgning løse udfordringerne med OCS?

I interviewene blev deltagerne spurgt ind til, om årskontroller og systematisk opfølgning af patienter med astma i gentagne OCS-kure er en god løsning på problemerne med systematisk overforbrug af OCS.

De fleste interviewpersoner er enige i, at årskontroller og systematisk opfølgning er en vigtig del af løsningen. Mange påpeger dog, at løsningerne bør kombineres med andre tiltag som bedre datamonitorering, efteruddannelse af læger og bedre retningslinjer for behandling og henvisningspraksis.

> *"Nej, det er ikke nok med årskontroller og systematisk opfølgning, for hvis der er et overforbrug af OCS, skal det jo fanges meget tidligere, og ikke først til en årskontrol. Overforbrug af OCS skal stoppes langt tidligere i forløbet.*

Endeligt fremhæver flere interviewpersoner, at differentieret opfølgning også er et vigtigt greb til at reducere overforbruget af OCS. Det betyder, at der for patienter med særlige behov skal tilrettelægges en mere detaljeret og tæt opfølgningsplan, mens de velbehandlede patienter ikke har behov for samme opfølgning.

En enkelt interviewperson foreslår også at indføre en ydelse på årskontrol af patienter med svær astma som man allerede har på andre sygdomsområder som diabetes og KOL. Hvis almen praksis får et honorar for en årskontrol af patienter med svær astma, kan det være et greb, som kan motivere almen praksis til at følge patientgruppen mere systematisk.

Adgang til nye og effektive behandlinger

Endeligt blev interviewpersonerne spurgt ind til, om de mener, at patienter med svær astma får tidlig nok adgang til de nyeste og mest effektive behandlinger.

Holdningerne er delte, men majoriteten fremhæver, at patienter med astma ofte får adgang til de nyeste behandlingsmuligheder for sent. Få mener, at patienter med astma ofte, men ikke altid, får adgang til nyere behandlinger i tide.

Flere interviewpersoner fremhæver geografiske forskelle som en afgørende faktor for sen adgang til nye behandlinger. Patienter, der bor tæt på hospitaler med specialiserede lungeafdelinger, har bedre muligheder.

> *"(...) Mulighederne er derimod ringere, hvis patienten bor længere fra en lungemedicinsk klinik. Det afhænger meget af, hvor i landet, man bor. Bliver man som patient med svær astma tilset i almen praksis, må man håbe, at den praktiserende læge sender patienten videre til speciallægerne ved behov, da det er dem, der ordinerer behandlingen*

Nogle interviewpersoner nævner også at systemiske barrierer kan forsinke adgangen til behandling.

Udfordringerne med henvisninger fra almen praksis til astmaklinikkerne på landets hospitaler bliver også en barriere for patienterne, der kunne have gavn af biologisk behandling, da behandlingen kun varetages på astmaklinikker.

Ifølge deltagerne på workshoppen har Danmark cirka halvt så mange lungespecialister per patient sammenlignet med Norge og Sverige. Det betyder, at der er begrænset kapacitet. I Region Sjælland og i Region Nordjylland er der ingen praktiserende lungespecialister. Konsekvenserne er forsinkede eller afviste henvisninger, og en stor andel af patienter, som ikke får rettidigt behandling.

Flere fremhæver også, at biologiske behandlinger kunne implementeres tidligere i forløbet, og at dette kan reducere behovet for OCS og forbedre patienternes sygdomsforløb. Én interviewperson påpeger, at udviklingen går i den rigtige retning, men at der stadig er et betydeligt forbedringspotentiale.

Manglende patientuddannelse

Flere workshopdeltagere understregede, at der findes meget begrænsede undervisningstilbud til patienter med astma i dag. Tidligere astmaskoler er lukket på grund af lavt fremmøde, men behovet vurderes fortsat stort. Der mangler et kommunalt rehabiliteringstilbud til astma svarende til det, man ser på KOL-området. Patienter har behov for gentagen undervisning – både fysisk og digitalt – for at fastholde deres viden og efterlevelse af behandlingen.

5. Løsningsforslag

I det følgende præsenteres en række løsningsforslag til at reducere unødvendigt OCS-forbrug og styrke behandlingen af patienter med svær astma. Løsningsforslagene er baseret på indsigter fra både interviews og workshop.

1. Systematisk efteruddannelse af almen praksis via kvalitetsklynger
Øget efteruddannelse for praktiserende læger om bivirkninger ved gentagne kure med OCS til patienter med svær astma samt undervisning i nyere behandlingsmuligheder, herunder biologiske behandlinger. Efteruddannelsen kan forankres i kvalitetsklynger, hvor svær astma prioriteres, og skal give læger redskaber til at identificere henvisningsbehov samt skelne mellem svær, moderat og mild astma.

2. Vejledning til håndtering af svær astma i almen praksis
Udarbejdelse af en national vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin for håndtering af svær astma i almen praksis. Vejledningen skal sikre ensartet praksis og give klare kriterier for diagnose, henvisning til lungespecialist samt identifikation af patienter, der kandiderer til biologisk behandling.

3. Flere ydernumre og flere lungespecialister
Der er behov for flere ydernumre på lungeområdet for at sikre bedre adgang til specialiseret behandling. Etablering af satellitpraksis i områder med begrænset lungemedicinsk kapacitet kan øge dækningen uden for København.

4. Virtuel screening og fælles stuegang
Styrket samarbejde mellem almen praksis og lungespecialister gennem fysiske eller digitale fælles stuegange. Virtuel screening kan muliggøre, at patientdata vurderes af specialister, som herefter indkalder relevante patienter til videre udredning eller behandling.

5. Retningslinjer for henvisning til specialister
Der er behov for ensartede nationale retningslinjer for, hvornår patienter med svær astma bør viderehenvises fra almen praksis. Patienter, som har modtaget én til to kure med OCS inden for det seneste år, skal henvises til lungespecialist. Der skal dog tages højde for den begrænsede kapacitet på hospitalerne.

6. Implementering af systemalarmer ved gentagen ordination af OCS
Implementering af notifikationer i lægesystemer ved gentagen ordination af OCS, herunder visning af kumulativt OCS-forbrug i Fælles Medicinkort. Tiltaget skal understøtte klinisk refleksion, alternative behandlingsvalg og målrettet opfølgning på klinikker med højt OCS-forbrug.

7. Regulering af receptudskrivning
Indførelse af begrænsninger for, hvor store mængder OCS der kan udskrives ad gangen, for at reducere risikoen for overforbrug.

8. Større involvering af sundhedsmyndighederne
Flere interviewpersoner fremhæver relevansens af Sundhedsstyrelsens tidsskrift Rationel Farmakoterapi, som et relevant medie til at skabe opmærksomhed på overforbruget af OCS.

9. Styrket patientuddannelse
Styrket patientuddannelse om bivirkninger ved OCS og alternative behandlingsmuligheder gennem fleksible astmaskoler. Undervisningen bør fokusere på inhalationsteknik, behandlingsadhærens, ikke-medicinske indsatser og vaccinationer for at forbedre sygdomskontrol.

10. Datafangst og proaktiv identifikation af patienter med svær astma
Anvendelse af datafangst til systematisk identifikation af patienter med astma i kombinationsbehandling og gentagne OCS-kure. Patienter kan proaktivt kontaktes med henblik på vurdering i almen praksis og eventuel viderehenvisning til specialist, herunder med henblik på vurdering for biologisk behandling.

> *"Hvis man sender opfordring om at bruge mindre OCS ud til samtlige læger, sker der ikke en skid, for så tænker de fleste nok, at det er de andre læger, der bruger for meget. Man er nødt til at trække data, som viser, hvem der bruger for meget OCS og tage en samtale med dem. Derefter kører man data igen, og taler på ny med dem, der nu bruger for meget OCS, så niveauet hele tiden bliver sænket. Det tyder meget på er en rigtig god måde at gøre det på"*

> *"En anden ting er, at man kunne ønske sig en form for 'alarm [notifikation], der dukker op i systemet, når en læge udskriver recept på OCS - særligt hvis denne patient tidligere har fået en kur. Det er muligt at lave i systemet, for i øjeblikket kommer der sådan en 'alarm' op, hvis patienten får to slags inhalationssteroid. Så dukker der sådan en advarsel op på skærmen om, at man skal være opmærksom på det"*

> *"Datafangst kunne også være en mulighed. Som da man indførte en ny, dyr behandling til nyrepatienter, og man i den sammenhæng trak data på alle de patienter, der havde fået konstateret forhøjet kreatinin. Dem bad man kontakte egen læge for at blive vurderet (eller sendt videre til vurdering) i forbindelse med det nye præparat. På samme måde kunne man eksempelvis trække data på patienter med astma i kombinationsbehandling, som kunne kontakte deres læge for at høre, om de er godt nok behandlet, eller om biologisk behandling kunne være en løsning for dem"*

6. Konklusion

Analysen viser, at der blandt lungemedicinske specialister er en gennemgående skepsis over for anvendelsen af OCS til patienter med svær astma i almen praksis. OCS anvendes ofte som en hurtig og velkendt løsning ved akutte forværringer, men uden tilstrækkelig systematik, opfølgning og overvejelse af alternative behandlingsmuligheder. Gentagne OCS-kure betragtes bredt som uhensigtsmæssige og forbundet med betydelige sundhedsrisici for patienterne.

På lungemedicinske afdelinger vurderes brugen af OCS som mere velbegrundet, idet behandlingen primært anvendes i akutte situationer og som sidste udvej. Samtidig har specialafdelinger adgang til biologiske behandlinger og andre avancerede alternativer, hvilket reducerer behovet for gentagen OCS-anvendelse. Alligevel peger enkelte interviewpersoner også på et potentiale for at reducere OCS-forbruget yderligere i hospitalsregi.

En central udfordring er den manglende systematiske kontrol med OCS-forbrug på tværs af sektorer. Patienter kan modtage flere OCS-kure uden samlet overblik over deres forbrug, hvilket øger risikoen for overbehandling. Der er betydelig variation i almen praksis' opfølgning, udredning og henvisningspraksis, hvilket bidrager til geografisk og strukturel ulighed i behandlingen af patienter med svær astma.

Analysen peger desuden på utilstrækkelig udredning af svær astma i almen praksis, manglende kendskab til bivirkninger ved gentagne OCS-kure samt begrænset viden om biologiske behandlingsmuligheder. Samtidig efterspørger patienter ofte OCS, fordi de oplever hurtig effekt og mangler viden om alternative behandlinger og langsigtede konsekvenser.

Samlet set viser analysen, at reduktion af unødvendigt OCS-forbrug kræver en flerstrenget indsats. Årskontroller og systematisk opfølgning er vigtige redskaber, men kan ikke stå alene. Der er behov for målrettet efteruddannelse af almen praksis, ensartede nationale retningslinjer, tydeligere henvisningskriterier, bedre datamonitorering og styrket samarbejde mellem almen praksis og specialister. Hertil kommer behovet for øget kapacitet på lungeområdet samt en genopbygning af patientuddannelsestilbud.