



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via
www.manusnett.no

De glemte pasientene

Ikke-invasiv ventilasjonsstøttebehandling brukes stadig mer som førstelinjehandling ved akutt hyperkapnisk respirasjonssvikt hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom i vesteuropeiske land. I Norge er det stor variasjon i dette tilbudet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ikke-invasiv ventilasjonsstøttebehandling gis vanligvis som BiPAP (bilevel positive airway pressure), positivt luftveistrykk med to ulike nivåer. Pasientene ventileres på maske uten sedering som alternativ til konvensjonell respiratorbehandling (1). Behandlingen startes før kriterier for intubasjon foreligger (2). En rekke randomiserte undersøkelser (3–5) har vist at dette reduserer behovet for intubasjon med ca. 70 %, og mortaliteten reduseres. Dermed reduseres liggetiden i intensivavdeling, og det trengs mindre sykepleierressurser. Den første konsensuskonferansen om dette emnet ble holdt i 2000 (6), og i 2002 ble de første internasjonale retningslinjer for behandling publisert av British Thoracic Society (7).

Her anbefales det at alle sykehus som mottar pasienter med akutt respirasjonssvikt, skal kunne tilby dette behandlingsalternativet. Behandlingen skal ikke brukes i stedet for intubasjon der dette er påkrevd, men gjerne startes før kriterier for intubasjon foreligger. Effekten er best dokumentert ved pH 7,25–7,35, men det kommer stadig nye studier hvor dårligere pasienter er blitt vellykket ikke-invasivt behandlet. Hvis intubasjon ikke er aktuelt, kan BiPAP-behandling gis til svært dårlige pasienter i henhold til retningslinjene.

For å kartlegge norske forhold ble det i april 2002 foretatt en landsomfattende spørreundersøkelse, publisert i *Lungeforum* (8). Undersøkelsen viser store variasjoner mellom de ulike helseforetakene. Disse ulikhetene i praksis og behandlingstradisjoner mellom sykehusene resulterer i at mange pasienter ikke får tilgang til et meget

godt, men mindre ressurskrevende behandlingssalternativ som kan være livreddende.

Undersøkelsen avdekker ujevne og uakseptable forskjeller mellom fylker og landsdeler. Eksempelvis var det 12 BiPAP-maskiner i Hordaland, men ingen i Aust-Agder og Sogn og Fjordane. 18 av 49 akuttstusykehus manglet dette behandlingstilbudet. Det var en betydelig underdekning av BiPAP-maskiner i Helse Sør. Dette kom tydelig frem både når man sammenliknet antall BiPAP-maskiner ved sykehusene med folketallet i de enkelte helseregioner, og med antall pasienter innlagt med kronisk obstruktiv lungesykdom i 2002. Siden april 2002 har noen flere sykehus anskaffet BiPAP-maskiner. Men trang økonomi begrenser innkjøp av utstyr. Andre usikkerhetsmomenter er knyttet til strukturendringer og oppgavefordeling. I praksis kan forskjellene ha blitt enda større, da de som bruker denne behandlingsformen mye, stadig får mer kunnskap og erfaring.

Røyking er den viktigste årsaken til kronisk obstruktiv lungesykdom. Det handler altså om en kronikergruppe med «selvforskyldt» sykdom, noe pasientene i stor grad er klar over. De har ingen høy status, verken i det medisinske hierarkiet eller i samfunnet for øvrig. De er heller ikke en slagkraftig pressgruppe med profilerte frontfigurer. Men gruppen er raskt voksende, ikke minst nå som kvinner for alvor opplever konsekvensene av røyking. Behovet for denne behandlingsformen vil øke. I dag er kronisk obstruktiv lungesykdom dødsårsak nummer seks på verdensbasis, mens den i 2020 forventes å bli tredje vanligste dødsårsak (9).

For tiden pågår en intens debatt om oppgavefordeling og akuttfunksjoner. I den forbindelse er det nærliggende å peke på at det vil være lønnsomt å opprette intermediearenheter ved de større sykehusene. En slik enhet har mer overvåkingstutstyr og større sykepleierressurser enn en sengepost, men mindre enn en intensivavdeling. Dette gir et meget godt tilbud til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom samtidig som intensivavdelingene avlastes. British Thoracic Society anbefaler at pasienter med pH < 7,20 observeres i intensivavdeling eller intermediearenhet. I dag finnes det tre inter-

mediearenheter for denne pasientgruppen på landsbasis. Tilbudet må organiseres slik at det er lik tilgjengelighet i hele landet.

Målsettingen er klart formulert av Jørgen Vestbo i en lederartikkel i *Lungeforum* (10). Han påpeker at ikke-invasiv ventilasjon løfter den lungemedisinske behandling opp til samme nivå som den som tilbys hjerteinfarkt-pasienter. Også pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom har krav på rask vurdering av kompetent lege og på tilgang til semiintensiv observasjon og ikke-invasiv behandling inntil situasjonen er stabilisert. Først da innfrir vi de krav pasientene kan stille til oss på bakgrunn av den kunnskap som foreligger. BiPAP-behandling ved akutt hyperkapnisk respirasjonssvikt blir en stor utfordring for de regionale helseforetakene i den nærmeste fremtid.

Anne-Marie Gabrielsen

anne-gab@frisurf.no
Medisinsk klinikk
Sykehuset i Vestfold
3116 Tønsberg
og Nasjonalt kompetansesenter
for hjemmerespiratorbehandling
Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Fonden O, Gabrielsen A-M. Noninvasiv overtrykksventilasjon ved akutt respirasjonssvikt. *Lungeforum* 2003; nr. 2: 6–15.
2. Plant PK. Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards. *Lancet* 2000; 355: 1931–5.
3. Brochard L, Mancebo J, Wysocki M, Lofaso F, Conti G, Rauss A et al. Non-invasive ventilation for acute exacerbations of COPD. *N Engl J Med* 1995; 333: 817–22.
4. Kramer N, Meyer TJ, Meharg J, Cece RD, Hill NS. Randomized prospective trial of noninvasive PPV in ARF. *Am Respir Crit Care Med* 1995; 151: 1799–806.
5. Bott J, Carroll MP, Conway JH, Keilty SE, Ward EM, Paul EA et al. Randomized controlled trial of acute ventilatory failure due to COAD. *Lancet* 1993; 341: 1555–7.
6. Evans TW. International consensus conference in intensive care medicine. *Intensive Care Med* 2001; 27: 166–78.
7. British Thoracic Society Standards of Care Committee. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax* 2002; 57: 192–211.
8. Gabrielsen A-M, Aasland OG. Noninvasiv ventilasjonsstøtte ved akutt respirasjonssvikt hos KOLS-pasienter. *Lungeforum* 2003; nr. 4: 29–32.
9. Gulsvik A. The global burden and impact of chronic obstructive pulmonary disease worldwide. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001; 56: 261–4.
10. Vestbo J. Noninvasiv ventilasjon ved exacerbation i KOL. *Lungeforum* 2003; nr. 2: 4–5.