
Obstruktiv lungesykdom i sykehus

REDAKSJONELT

GULSVIK A

Nordiske studier antyder at 6-11% av den voksne befolkning har obstruktiv lungesykdom (1). Nærmere to tredeler av disse pasientene har lettere grader av irreversibel og/eller variabel luftstrømsobstruksjon, mens nesten halvparten av den gjenværende tredel har en meget alvorlig sykdom som til tider kan være livstruende. Disse pasientene med akuttalvorlig astma eller en akutt forverring av en kronisk luftveisobstruksjon, med eller uten respirasjonssvikt, blir innlagt ved lokal-, sentral- og regionsykehus når de trenger øyeblikkelig hjelp.

Primærlegens inndeling av obstruktiv lungesykdom etter International Classification of Primary Care (ICPC) med kodenumrene R91, R95 og R96 er ofte ikke ioverensstemmelse med sykehuslegenes gruppering etter International Classification of Disease (ICD) med kodenumrene 490-496.

Det er de indremedisinske avdelingene, med eller uten tilknyttet spesialist i lungesykdommer, og barneavdelingene som i første rekke tar hånd om disse pasientene. Ved sykehusinnleggelsen graderes pasientenes funksjonsnivå ut fra luftveisobstruksjon målt som toppstrøms hastighet (PEF), ett sekunds forsert ekspirasjonsvolum (FEV₁), respirasjons-, pulsfrekvens og arterielle blodgasser. Røntgenbilde av thorax og bestemmelse av inflammasjonsmarkører i blod som C-reaktivt protein kan bidra til å avklare andre årsaker til pasientenes pustebesvær.

PASIENTOPPHOLD

Antall sykehusopphold for pasienter med obstruktiv lungesykdom har vært økende i Skandinavia i femårsperioden 1987-92 (1). I Norge var det i 1995 ved norske sykehus i alt 15391 opphold av pasienter med diagnose ICD-9 490-496 (B. Kalseth, Norsk institutt for sykehusforskning, personlig meddelelse). Det er vår erfaring at 85-90% av disse pasientene kommer direkte til sykehuset på egen hånd eller blir lagt inn av primærlegen som øyeblikkelig hjelp. Dette vil være 3,6 sykehusopphold for slike pasienter per 1000 innbyggere per år i Norge. Aldersfordelingen i 1995 blant disse pasientene var 22, 7, 19 og 53% for aldersgruppene 0-19 år, 20-44 år, 45-64 år og 65 år eller mer. Majoriteten av pasientene er således i de to ekstreme endene av aldersspennet, nemlig de som er yngre enn fem år (15%) og de som er eldre enn 70 år (25%). Sykehusene med

det største antall pasientopphold for obstruktiv lungesykdom i 1995 var Haukeland Sykehus (1157opphold), Ullevål sykehus (938 opphold), Regionsykehuset i Trondheim (853 opphold), Sentralsykehuset i Akershus (828opphold) og Sentralsjukehuset i Rogaland (721 opphold). Denne pasientkategorien representerer ca. 2-3% av det totaleantall pasientopphold ved disse sykehusene.

LIGGETID

I dette nummer av Tidsskriftet viser Holten & Tofte ved Vest-Agder Sentralsykehus at de lungesyke i en19-års-periode frem til 1988 har halvert antall liggedager per opphold (2). Samme tendens er tidligere vist i Danmark og Sverige, men ikke i Finland (1). I 1995 var det gjennomsnittlige sykehusoppholdet for disse pasientene 7,9 døgn iNorge. Det er imidlertid stor spredning når det gjelder antall liggedøgn, med et standardavvik på 10 døgn framiddelverdien. Pasienter med obstruktiv lungesykdom bosatt i Sogn og Fjordane og Vest-Agder har nærmere 40% kortereopphold i sykehus sammenliknet med pasienter i Østfold, Vestfold, Oslo, Hedmark og Oppland. (B. Kalseth, Norsk institutt for sykehusforskning, personlig meddelelse). Årsakene til disse forskjellene og hvilken innflytelse dette har på hyppigheten av reinnleggelser er ikke analysert.

BEHANDLING

Under sykehusoppholdet vektlegger helsepersonalet akuttbehandlingen, med legemidler som selektive adrenergika, antikolinergika, steroider, teofyllin, antibiotika og oksygenrik inhalasjonsluft. Forstøverbehandling med adenergebeta₂-agonister og ipratropiumbromid har bred anvendelse, likeledes peroral eller parenteral tilførsel av steroider og væske. Ventilasjonssøtte uten intubasjon er aktuell behandling hos stadig flere pasienter med akuttrespirasjonssvikt. Det blir imidlertid liten tid til opplæring i egenomsorg før pasienten må utskrives på grunn av den generelt store plassmangel ved våre indremedisinske avdelinger og lungeavdelinger. Det blir ikke tid til veiledning om røykestopp, deltakelse i undervisningsprogrammer for astmatikere og pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom, opplæring i bruk av oksygen i hjemmet og hjemmeventilasjon. Mangelfull stabilisering av pasientens sykdommer førutskrivelse er sannsynligvis en hovedårsak til det store antall reinnleggelser (2). Data fra hele den somatiske fylkeshelsetjenesten i 1995 (3) viser også en økning av reinnleggelser pga. obstruktiv lungesykdom fra 1991 til 1995 ved våre sykehus.

UTVIKLING

Antall døde på grunn av obstruktiv lungesykdom har vært jevnt økende de siste 40 år i Norge, og utviklingen må primært tilskrives røykevanene i befolkningen de siste 60 årene. Iøynefallende er imidlertid at den tidligere høyemann-kvinne-ratioen i dødelighetsstatistikken for sykdommen er i ferd med å forsvinne. I aldersgruppen 50-54 år dør nålike mange kvinner som menn. Samtidig med at prevalensen av astma og astmaliknende symptomer blant skolebarn har økt (4), har antall døde på grunn av obstruktiv lungesykdom blant barn under fem år vist en gledelig reduksjon fra 1960 og frem til i dag (5). De nye antiastmatiske legemidler, anvendelse av riktige behandlingsprinsipper og større kunnskap om sykdommen blant helsepersonell, pasienter og legfolk må være årsaker til denne utviklingen.

Mange undersøkelser i Norden viser at en stadig større andel av befolkningen har astma og astmaliknende symptomer(6). Når befolkningens gjennomsnittsalder blir høyere, vil stadig flere individer få begrensninger i sin aktivitet på grunn av luftveisobstruksjon. Voksne pasienter med FEV₁ mindre enn 1,5 l vil ved forverring nesten alltid ha behov for medisinsk og sykepleiefaglig tilsyn, og det er behov for kontrollert oksygen-behandling. De lokalesykehus og sykehjem må få bedre faglig kompetanse og nødvendig utstyr for behandling av akutte eksaserbasjoner av obstruktiv lungesykdom. Helsepersonell må gis undervisning og de må få erfaring under veiledning i moderne behandling, slik at de kan ta hånd om pasientene i sitt lokale nedslagsfelt. Spesielt trenger vi sentre som kan gi opplæring i egenomsorg, hjelp til røykestopp og veiledning og kontroll i bruk av teknisk utstyr etter at pasienter med obstruktiv lungesykdom er utskrevet fra sykehuset.

Amund Gulsvik

LITTERATUR

1. Bakke P, Bløndal T, Haathela T, Lundgren R, Rasmussen FV, Walstad R. Care of obstructive lung disease in the Nordic countries. *Eur Respir Rev* 1995; 53: 350-5.
2. Holten K, Tofte T. Obstruktiv lungesykdom i en lungeavdeling i perioden 1970-1988. *Tidsskrift Nor Lægeforen* 1997; 117: 1585-9.
3. Kinseth O, Solstad K. Samdata sykehus. Sammenlikningsdata fra somatisk fylkeshelsetjeneste. Trondheim: Sintef, Norsk institutt for sykehusforskning, 1995.
4. Skjønberg OH, Clench-Aas J, Leegaard J, Skarpaas IJK, Giæver P, Bartonova A et al. Prevalence of bronchial asthma in schoolchildren in Oslo, Norway. Comparison of data obtained in 1993 and 1981. *Allergy* 1995; 50: 860-70.
5. Aas K. Handlingsplan for barn og ungdom med allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer. Helsedirektoratets utredningshøring 2-1991. Oslo: Helsedirektoratet, 1994.
6. Lundbäck B. Asthma, chronic bronchitis and respiratory symptoms: prevalence and important determinants. Umeå: National Institute of Occupational Health, Medical Division, 1993.

Publisert: 30. april 1997. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. februar 2026.