
Når er ventilasjonsstøtte nødvendig?

LEDER

GUTTORM BRATTEBØ

guttorm.brattebo@helse-bergen.no

Guttorm Brattebø er seksjonsoverlege ved Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus, og professor i traumatologi ved Universitetet i Bergen. Han er også Norsk anesthesiologisk forenings representant i European Board of Anaesthesiology (EBA UEMS). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vi bør kanskje være mer tilbakeholdne med å gi invasiv ventilasjonsstøtte til covid-19-pasienter med alvorlig respirasjonssvikt.

Spanskesyken som herjet i 1918–19 og krevde om lag 50 millioner liv, var en av verdens dødeligste pandemier [\(1\)](#). Mange har advart mot nye og lignende pandemier, men få hadde vel tenkt at verden skulle oppleve en situasjon som den vi har hatt det siste halvåret.

Covid-19 angriper de fleste av kroppens organsystemer, og respirasjonssvikt er fremtredende. Mange pasienter blir kritisk syke og krever intensivbehandling og ventilasjonsstøtte. Belastningen på sykehusene blir dermed meget stor. Lombardia-regionen i Italia, som i utgangspunktet hadde en godt utbygd spesialisthelsetjeneste, opplevde at kapasiteten ble fullstendig sprengt på grunn av svært mange intensivkrevene pasienter [\(2\)](#).

Det har vært påpekt at vi i Norge langt fra har den nødvendige kapasiteten ved våre intensivavdelinger, og at vi faktisk er blant de europeiske landene som har lavest antall intensivplasser i forhold til innbyggertallet [\(3\)](#). Derfor er det også viktig å finne ut hvordan vi best kan behandle pasienter med covid-19 og respirasjonssvikt, slik at vi ikke iverksetter invasiv behandling hos pasienter som kan klare seg med enklere tiltak.

I Tidsskriftet presenterer nå Gudem og medarbeidere resultater fra behandlingen av 26 intensivpasienter med covid-19 og respirasjonssvikt ved Oslo universitetssykehus [\(4\)](#). Hovedfunnet er at de som fikk

oksygenbehandling uten intubasjon klarte seg godt, og at dødeligheten hos alle pasienter var lav. Dette var en observasjonsstudie og ikke en vitenskapelig sammenligning av ulike behandlingstiltak. Funnene er likevel interessante. Selv om pasienter som ble behandlet med mekanisk ventilasjon, var noe dårligere enn de andre, så hadde likevel pasientene med bare oksygenbehandling eller ikke-invasiv ventilasjonsstøtte (NIV) også ganske alvorlig respirasjonssvikt.

Som forfatterne diskuterer, har det vært postulert at respirasjonssvikt hos pasienter med covid-19 kan arte seg på to måter: enten som tap av perfusjonsregulering og hypoksisk vasokonstriksjon, men med forholdsvis intakt lungeettergivbarhet (compliance), eller som et bilde med mer uttalt ødem, lavt gassvolum, høy lungestivhet og dermed lav ettergivbarhet (5).

Spørsmålet er om invasiv behandling hos pasienter med hovedsakelig den førstnevnte lungepatologien øker risikoen for at pasientene også utvikler den andre, mer alvorlige tilstanden? Tidlig i pandemien var det en rådende oppfatning om at man raskt burde legge disse pasientene på respirator uten å forsøke f.eks. ikke-invasiv ventilasjonsstøtte. Nå, etter at vi har fått mer erfaring med sykdommen, er spørsmålet derimot om tidlig invasiv ventilerer øker risikoen for å utvikle et mer alvorlig sykdomsforløp og andre komplikasjoner (6). Dette har også vært debattert fordi det er stor forskjell på ressursbehovet til en selvpustende og en sedert og ventilert pasient (7).

«Spørsmålet er nå om tidlig invasiv ventilerer øker risikoen for å utvikle et mer alvorlig sykdomsforløp og andre komplikasjoner»

Bukleie benyttes ofte ved alvorlig lungesvikt hos ventilerte pasienter, men er nok like viktig hos selvpustende pasienter. Britiske Intensive Care Society anbefaler derfor såkalt selvproning der pasienten selv legger seg på magen (8). Uansett er behandling av pasienter med covid-19 ressurskrevende. Også selvpustende pasienter må overvåkes kontinuerlig for å oppdage en eventuell forverring av tilstanden og dermed behov for mer omfattende behandling. Derfor er det viktig med godt samarbeid mellom de som behandler slike pasienter, både i og utenfor intensivavdelingene. Dette poengteres også av Gundem og medarbeidere, sammen med behovet for leieendring, aktiv fysioterapi, behandling av dyspné og god smertelindring.

Det er fortjenstfullt at kolleger ved Oslo universitetssykehus midt i den første, krevende fasen av covid-19-pandemien samlet data og studerte pasientforløp for å lære. Det er viktig at vi nå studerer de nasjonale data som er samlet i Norsk intensiv- og pandemiregister, for å bekrefte funnene til Gundem og medarbeidere.

Fremover må vi bruke tiden til å forberede oss på en eventuell ny bølge av covid-19-pasienter og neste pandemi. Her kan nevnes behovet for smittevernutstyr, intensivmedisinsk kapasitet (både senger, utstyr og personell), medikamenter og rutiner. Etter fugleinfluentaen i 2009 hadde vi en mulighet for å forberede oss på neste pandemi. Denne brukte vi dessverre ikke godt nok (9). La oss utnytte denne anledning bedre.

LITTERATUR

1. Honigsbaum M. Spanish influenza redux: revisiting the mother of all pandemics. *Lancet* 2018; 391: 2492–5. [PubMed][CrossRef]
2. Boccia S, Ricciardi W, Ioannidis JPA. What other countries can learn from Italy during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med* 2020; 180: 927–8. [PubMed][CrossRef]
3. Flaatten H, Almeland SK, Strand K. Helseberedskap mellom to pandemier: alltid beredt? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0341. [PubMed][CrossRef]
4. Gudem T, Olasveengen TM, Hovda KE et al. Ventilasjonsstøtte for hypoksemiske intensivpasienter med covid-19. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0445. [CrossRef]
5. Gattinoni L, Chiumello D, Caironi P et al. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes? *Intensive Care Med* 2020; 46: 1099–102. [PubMed][CrossRef]
6. Tobin MJ, Laghi F, Jubran A. Caution about early intubation and mechanical ventilation in COVID-19. *Ann Intensive Care* 2020; 10: 78. [PubMed][CrossRef]
7. Pfeifer M, Ewig S, Voshaar T et al. Position paper for the state-of-the-art application of respiratory support in patients with COVID-19. *Respiration* 2020; 99: 1–21. [PubMed][CrossRef]
8. Bamford P, Bentley A, Dean J et al. ICS guidance for prone positioning of the conscious COVID patient 2020. <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-12-Guidance-for-conscious-proning.pdf> Lest 22.7.2020.
9. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. <https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/ny-influensa-a-h1n1-2009.pdf> Lest 22.7.2020.

Publisert: 17. august 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0584
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.