

Respiratorbehandling er nødvendig når barn har mangelfullt utviklet lungefunksjon eller nevrologiske sykdommer eller symptomer som gjør at barnet ikke er i stand til å puste selv. Hos de fleste premature barn født etter svangerskapsuke 28 vil det være mulig å understøtte pustearbeidet enten med ekstra oksygentilførsel eller ved hjelp av såkalt CPAP, hvor man blåser en konstant luftstrøm inn i barnets nese tilstrekkelig til å unngå at lungene faller sammen. Barnet puster da selv uten aktiv hjelp av respirator.

### Bakgrunn

Det er almen faglig konsensus om at pustestøtte med CPAP er å foretrekke fremfor respiratorbehandling dersom man greier å ivareta tilfredsstillende gassutveksling. Respiratorbehandling er også forbundet med alvorlige komplikasjoner, uavhengig av sykkelighet for øvrig.

I dag vil de aller fleste barn født etter svangerskapsuke 28 klare seg med CPAP uten respiratorbehandling, i motsetning til for 10 – 15 år siden. De fleste barn i nyfødtavdelinger trenger ikke respiratorbehandling, likevel ble slik behandling gitt i 9,1 % av alle innleggelser og 5,6 % av alle behandlingsdøgn i perioden 2009-2014.

### Resultater

Blant moderat premature barn (gestasjonsalder 28 til 37 uker) er det betydelig variasjon mellom boområdene i bruk av respiratorbehandling. Boområde UNN/Finnmark respiratorbehandler 2,5 ganger så mange moderat premature barn som boområde Vestre Viken (Fig.1). For terminfødte barn gis det respiratorbehandling til nesten tre ganger så mange barn i boområde Møre og Romsdal som i boområde Vestre Viken (se rapport).

Antall døgn med respiratorbehandling varierer enda mer mellom boområdene. For moderat premature barn gis barn i boområde Sørlandet over fem ganger så mange behandlingsdøgn som barn i boområdet Vestre Viken (Fig.2). For terminfødte barn gis det 3,4 ganger så mange behandlingsdøgn med respirator i boområde Telemark som i boområde Vestfold (se rapport).

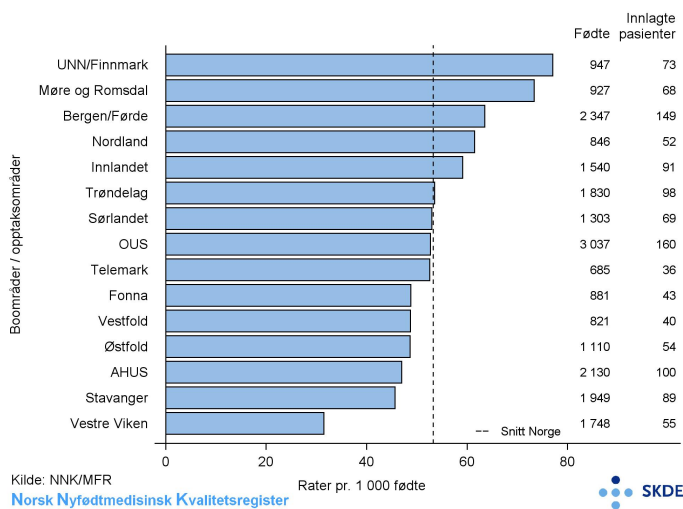


Fig.1. Respiratorbehandling, antall pasienter pr. 1 000 fødte, gestasjonsalder 28 - 37 uker

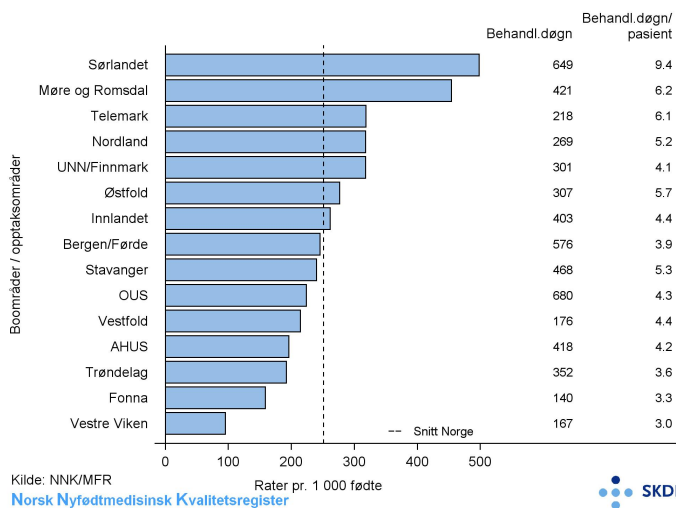


Fig.2. Respiratorbehandling, antall behandlingsdøgn pr. 1 000 fødte, gestasjonsalder 28 - 37 uker

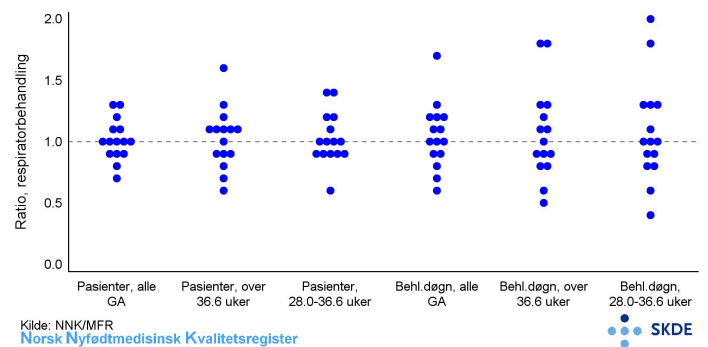


Fig.3. Variasjonsprofil, respiratorbehandling, pasienter og behandlingsdøgn. Ratio=Rate for boområde/nasjonal rate. Ratio for et boområde er lik én når raten for boområdet er lik nasjonal rate. Variasjonen er liten når mange boområder har ratio lik eller nært én.

### Kommentarer

Det er betydelig variasjon i antall barn som respiratorbehandles og i antall behandlingsdøgn for barn i alle gestasjonsaldre (Fig.3).

Det er grunn til konkludere med at det foreligger uberettiget variasjon både for antall barn behandlet med respirator og for antall døgn respiratorbehandlingen varer for moderat premature barn og terminfødte. Det er grunn til å spørre om ulike strategier for behandling av premature barn med lungesvikt bidrar til den store variasjonen. Det er ingen holdepunkter for at høye behandlingstater gir bedre resultater med henblikk på overlevelse eller sykkelighet.

En systematisk gjennomgang av praksisforskjeller mellom avdelinger kan bidra til å avklare betydningen av variasjon i bruk av forebyggende behandlingsstrategier for den observerte variasjonen i respiratorbruk.