

Prosjektrapport

Hvordan har pasienten det etter at CPAP er tilpasset?

Jorun Helgesen og Berit Grønvold
Glittrelinikken 2007



INNHold

1.0	BAKGRUNN	2
1.1	Obstruktiv søvnapné	2
1.2	CPAP	2
2.0	VÅR PRAKSIS	3
2.1	Hensikten med undersøkelsen	4
3.0	METODEVALG	5
3.1	Utvalg av pasienter	5
4.0	RESULTATER OG DISKUSJON	6
4.1	Bruk av CPAP	6
4.2	Opplevelse av endring i forhold til før CPAP	7
4.3	Problemer forbundet med bruk av maskin eller maske	8
4.4	Oppfølging	10
4.5	Ros og ris til opplegget ved Glittreklinikken	11
5.0	KONKLUSJON	11
6.0	TANKER FOR VIDERE PRAKSIS	12
6.1	Andre oppgaver	13
6.2	Ressurser	14
	Referanseliste	15
	Vedlegg 1	

1.0 BAKGRUNN.

Januar 2006 ble vi to ansatt ved Glittrelinikken for å bygge opp et tilbud om søvnregistrering, og CPAP-tilpasning på våre pasienter som fikk påvist obstruktiv søvnapné syndrom(OSAS). Vi fikk hver avsatt en 50 % stilling til dette arbeidet. Berit Grønvold er hjelpepleier, og hadde på det tidspunkt jobbet ca. 6 år ved klinikken. Jorun Helgesen er sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie, og ble ansatt da, men har jobbet her i perioden 1997 – 99. Jorun hadde erfaring med bruk av CPAP til akutt og kritisk syke pasienter, men ingen av oss hadde tilpasset CPAP for hjemmebruk før. Vi skaffet oss kompetanse gjennom hospitering, deltok på kurs og opparbeidet gradvis praktisk kunnskap.

1.1 OBSTRUKTIV SØVNAPNÉ

Under søvn skjer et sammenfall i de øvre luftveier, slik at luftstrømmen til lungene helt eller delvis blokkeres(1). Dette fører til en redusert gassutveksling, og oksygeninnholdet i blodet faller – det blir en desaturasjon. Hjernen registrerer dette, og sørger for å vekke personen såpass at luften kan trekkes ned i lungene. En apné – pustestopp og hypopné – redusert luftstrøm må vare minst 10 sek. for å bli definert som en obstruktiv hendelse(2). Apné-hypopnéindex(AHI) er antall apnéer og hypopnéer pr. times søvn. Hvis OSA påvises defineres alvorlighetsgraden slik:

Mild OSA AHI: 5 – 15

Moderat OSA AHI: 15 – 30

Alvorlig OSA AHI: > 30

Gjentatte avbrytelser i det normale søvnmønsteret gir dårlig søvnkvalitet. Det gir økt trøtthet på dagtid, og tendens til ufrivillige søvnepisoder. Dessuten gir OSA økt risiko for utvikling av hjerte – og karsykdom, inklusive hjerneslag(3). Ca. 4 % av befolkningen har OSAS. Så vidt vi vet er det ikke sikkert påvist at OSAS er mer vanlig blant lungesyke. Her ved Glittrelinikken har man erfart at obstruktiv søvnapné er såpass utbredt, at man har valgt å gi de pasientene som måtte trenge det, et tilbud om utredning og behandling.

1.2 CPAP

Det er en forkortelse for continuous positive airway pressure. CPAP er uten tvil den behandling som er mest effektiv og gir minst bivirkninger for denne pasientgruppen(2). Maskinen gir et kontinuerlig økt luftveistrykk som sørger for å holde øvre luftveier åpne under søvn. Luften gis i et lukket system, og pasienten må puste i en maske som sitter tett rundt nesen(nesemaske) eller rundt nese og munn(helmaske).

CPAP kan innstilles på fast trykk eller autoset. Autoset betyr at det innstilles en minimums – og en maksimalgrense for trykket, og maskinen gir det trykk som til en hver tid er nødvendig for å holde åpne luftveier. Autofunksjonen brukes stadig mer, og er ment å gi pasienten en bedre tilpasset behandling enn CPAP med fast trykk. Flere undersøkelser viser at det gjennomsnittelige behandlingstrykket blir lavere med autoset enn fast trykk. Blant pasienter som har prøvd begge typer, er det et tydelig flertall som foretrekker auto-CPAP(3).

2.0 VÅR PRAKSIS

Ved mistanke om OSA, får vi henvist pasienten for å få tatt en Embletta søvnregistrering. Da registreres pustebevegelser, luftflow inn i nesen og pulsoxymetri. En automatisk analyse blir alltid kontrollert manuelt. Hvis OSA blir påvist, og lege mener at pasienten kan ha nytte av CPAP-behandling, får vi oppgaven med å tilpasse utstyret.

- Først tas en samtale med pasienten hvor det forklares hva OSA er, og hvilke symptomer det gir i kroppen. Pasienten forteller hvordan han/hun opplever sitt søvnproblem. Vi gir også vedkommende et informasjonshefte. ("Søvnåpne" – utgitt av foreningen for søvnsykdommer.)
- Vi demonstrerer CPAP-maskinen, og forteller hvordan den virker. Så tilpasser vi en nese – eller helmaske, og pasienten får prøve hvordan det er å puste med maskinen. Noen er ikke klare for å starte behandlingen med en gang – da avtaler vi et senere møte.
- Pasienten oppfordres til å prøve maskinen på dagtid, og tar den på når de legger seg til å sove for natten. Det varierer hvor lang tid som trengs for å bli komfortabel med maske og maskin. Vi prøver å følge opp pasientene daglig, tar en samtale om hvordan det går, prøver evt. en ny maske eller kobler til en vannfukter hvis luftveiene blir tørre av behandlingen.
- Etter ca. 3 netters bruk lastes bruksdata ned på pc. Det gir en oversikt over hvor mye maskinen har vært brukt, og om behandlingen har vært effektiv. Det idéelle er å få AHI < 5. Vi starter med forholdsvis lave trykk; vanligvis autoset 4 – 8. Ofte er det nok, men hvis pasienten opplever å ikke få nok luft, eller hvis avlesningen viser for mange obstruktive episoder, må trykket titreres opp.
- Våre pasienter har fått 4 – 8 døgner på å tilpasse seg utstyret. I samarbeid med lege, pleiere på teamet og pasienten, blir behandlingen evaluert, og det bestemmes om CPAP-utstyr skal bestilles til hjemmebruk.
- Før hjemreise får pasienten en siste samtale hvor bruk av utstyret gjennomgås, og pasienten viser praktisk at det kan håndteres. Gjennomgang av rengjøring hører også med, og vi gir også ut skriftlig informasjon om rengjøringsrutiner. Det sjekkes at pasienten greier å sette sammen masken etter rengjøring.

Å komme dit hen at en har lært hva søvnapné er, skjønner hva det betyr for egen helse og mestrer CPAP – behandlingen, kan være vanskelig. Mange har ikke hørt om dette syndromet før, og aldri sett en CPAP. Umiddelbart høres det skummelt ut å skulle sove med en tett maske over munnen. Gjennom samhandling og kommunikasjon er målet at pasienten skal få kunnskap til å mestre behandlingen(4). Vi legger vekt på å bruke god tid, skape trygghet og fremme motivasjon.

Noen overrasker seg selv ved å takle dette raskere enn de hadde trodd, og etter en natts søvn med CPAP kjenner de energi de ikke har opplevd på lenge. Andre sliter med å få dette til, og blir frustrert og lei seg. Vi støtter og hjelper pasienten på hans premisser. For noen pasienter er det nok å ha fått prøvd CPAP, ikke alle er klare for å mestre bruken selv ennå.

2.1 HENSIKTEN MED UNDERSØKELSEN

Vi har ikke oppfølging av CPAP-brukere ved klinikken, de som får tilpasset utstyr av oss, blir henvist til oppfølging på hjemsted. Vi anbefaler at de får 1. kontroll 3 måneder etter utskrivning fra Glittre. Hvordan går det med disse pasientene? Bruker de maskinen, og opplever de effekt av den?

Bruk av CPAP 4 t. pr. natt har vist effekt på tretthet og kognitiv funksjon. Men undersøkelser på bruk viser at 30 – 40 % slutter å bruke CPAP(5). 8 – 15 % avslutter behandlingen etter en natt(6). De fleste OSAS – pasienter vil trenge CPAP behandling resten av livet(7). Hvis behandlingen avbrytes, vil symptomer som økt tretthet på dagtid raskt komme tilbake. Vi er kjent med at CPAP - tilpasning på søvnapnépasienter vanligvis gjøres poliklinisk her til lands. Det varierer hvor ofte de blir tatt inn til oppfølging etterpå. Noen tar pasienten inn til kontroll etter en uke, andre etter 3 måneder. Noen steder får de så en årlig kontroll, andre CPAP - brukere får beskjed om selv å ta kontakt hvis de trenger hjelp.

Vi mener at de pasientene vi har gjort tilpasning på, har fått god tid og oppfølging underveis. En skulle tro at en stor andel av disse pasientene vil fortsette å bruke CPAP. Dette vet vi imidlertid ikke, og har derfor gjort denne studien. Vi har bygd opp et tilbud om utredning og behandling til våre lungepasienter som har søvnapné. Siden vi ikke følger opp disse pasientene, får vi heller ikke tilbakemelding om svakheter og mangler ved vår praksis. Denne studien er primært ment som en kvalitetssikring av vårt arbeid. Klinikken har kvalitet som satsingsområde i 2007, og dette arbeidet er gjort for å kvalitetssikre CPAP - tilpasning.

3.0 METODEVALG

Vi har utarbeidet et spørreskjema med både åpne og lukkede spørsmål (vedlegg 1).

Et telefonintervju er gjennomført ca. 6 måneder etter utskrivning fra Glitre. Pasientene er informert om at det er frivillig å delta i undersøkelsen, og at alle opplysninger blir behandlet anonymt. En svakhet med denne undersøkelsen kan være at vi som hadde gjort CPAP – tilpasningen også tok telefonintervjuet. Kanskje noen kviet seg for å gi negative tilbakemeldinger til oss.

3.1 UTVALG AV PASIENTER

Vår første CPAP – tilpasning skjedde i slutten av mars 2006. De første 5 pasientene vi tilpasset CPAP på tas ikke med i studien. Pasienter som er inkludert var innlagt ved klinikken fra juni 2006 til mars 2007. I løpet av denne perioden fikk 32 pasienter tilpasset CPAP, og ble vurdert som motivert og forberedt til å fortsette behandlingen hjemme. CPAP - utstyr bestilles før hjemreise, og innen to uker er det vanligvis utlevert fra behandlingshjelpemidler på hjemsted. Det er disse pasientene vi tar kontakt med og intervjuer pr. telefon.

I samme periode var det i tillegg 13 pasienter som fikk prøvd ut CPAP for sin søvnapné, men som ikke var klar til å fortsette med behandlingen ved utskrivelse. Vi vil ikke her utdype hvorfor de ikke lyktes, men flere av pasientene hadde alvorlig KOLS, og syntes det var tungt og ubehagelig å puste ut mot et positivt trykk. Det er kjent at KOLS – pasienter med OSAS ofte er mer komfortabel med bi-level CPAP, BiPAP (8). Da gis et høyere trykk på inspirasjon enn ekspirasjon. På den tiden pasientene i denne studien var ved klinikken, hadde vi ikke kompetanse og utstyr til å gi slik behandling.

Etter gjentatte forsøk er det 3 pasienter vi ikke får kontakt med på telefonen. De resterende 29 var alle villige til å delta i studien.

Vi har ikke vurdert parametre som alder, vekt og kjønn. Alle pasienter har en lungesykdom i tillegg til at de får påvist OSAS. Den hyppigste diagnosen er KOLS. Vi har ikke gruppert pasienter i forhold diagnose, heller ikke registrert alvorlighetsgrad av OSAS.

4.0 RESULTATER OG DISKUSJON.

4.1 BRUK AV CPAP.

Hvor ofte bruker du din CPAP?

A	Hver natt	17
B	4 – 6 netter pr. uke	2
C	1 – 3 netter pr. uke	6
D	Aldri	4

Hvor lenge sover du vanligvis med maskinen om natten?

A	Mer enn 6 timer	16
B	4 – 5 timer	5
C	Mindre enn 4 timer	4

17 pasienter bruker maskinen hver natt, og av dem er det 13 som bruker den mer enn 6 timer. 4 pasienter bruker den 4 – 5 timer.

2 pasienter bruker CPAP 4 – 6 netter i uka, begge sover med den over 6 timer pr. natt.

God compliance , dvs. behandlings-etterlevelse for CPAP – brukere defineres forskjellig i litteraturen(3,5,6,9). Flere undersøkelser angir heller ikke tidsbruk, men kartlegger hvor mange % som opplever symptomforbedring når compliance beskrives. Enkelte studier viser bare grovt om CPAP brukes eller ikke. Det angis ikke tidsbruk, og bruken knyttes heller ikke opp mot subjektiv symptomforbedring. Vi synes det er nyttig å få et bilde av hvilken tidsbruk som kan forventes å være effektiv. Et vanlig brukt mål er at maskinen må brukes under søvn gjennomsnittelig minst 4 timer pr. natt. 70 % av nettene(9). Vi har også erfart at 4 timers søvn med CPAP ofte er nok til at pasienten kjenner seg mer opplagt på dagtid. Våre to pasienter som bruker maskinen 4 – 6 netter pr. uke, ligger på grensen i forhold til den definisjonen. Siden de sover med den over 6t. om natten, plasserer vi dem i gruppen med god compliance. Begge disse pasientene opplever også å ha blitt mindre trett og mer opplagte på dagtid.

Dette betyr at totalt 19 pasienter (66 %) har god compliance.

6 pasienter bruker sin CPAP 1 -3 netter pr. uke, og 4 av dem har den på < 4 timer pr. natt. De andre 2 sover med den henholdsvis 4 – 5 og mer enn 6 timer om natten.

4 pasienter har på intervju tidspunktet helt sluttet å bruke CPAP.

Det betyr at 10 pasienter(34%) har dårlig compliance.

Våre tall på hvordan pasienten følger opp behandlingen viser at 34 % ikke har tilfredsstillende bruk, og det ligger innenfor det området mange andre undersøkelser har vist – som tidligere nevnt: 30 – 40 %.

Hvis vi ikke hadde gruppert pasientene etter hvor mye de bruker maskinen, og bare spurt om de bruker den eller ikke, ville resultatet blitt annerledes. Siden det i vår studie er bare 4 pasienter som helt har sluttet å bruke CPAP, vil prosentandelen på fortsatt bruk blitt 86%. Vi mener imidlertid at hvor lenge pasienten sover med CPAP er av betydning for god compliance, og grupperer våre pasienter deretter.

Hvor lang tid det er gått siden behandlingen startet, kan også være av betydning for resultatet. I en britisk studie ble 1211 OSAS – pasienter med CPAP fulgt opp regelmessig i 10 år, fra 1986 – 1997(5). Det viste seg at hvor mye pasienten brukte CPAP etter 3 måneder, var meget sammenfallende med de data en fant ved senere kontroller. I vår studie er det gjennomsnittelig gått 6 måneder siden behandlingstart, så en kan anta at vi her også ser mønsteret for langtidsbruk.

De 4 pasientene som ikke bruker CPAP i det hele tatt, svarer ikke på spørsmål nr. 3 og 4. En av dem oppga å ha så store psykiske vanskeligheter at hun ikke hadde hatt overskudd til å starte med maskinen. To av pasientene opplevde så store problemer med behandlingen, at de hadde helt gitt opp. En fikk så mye luft i magen at det ble helt uutholdelig. Den andre opplevde å ikke få nok luft – det var som å bli kvalt. Han hadde vært til oppfølging på sin CPAP – bruk flere ganger, men det ble ikke bedre. Den siste av de 4 hadde bare valgt å ikke bruke CPAP, og oppga ikke noen spesiell grunn.

4.2 OPLEVELSE AV ENDRING I FORHOLD TIL FØR CPAP.

Opplever du noen endring i forhold til før du fikk CPAP?

ja	20
nei	5

Hvis ja. Hvilke endringer merker du?

Samme pasient kan her oppgi flere subjektive data på endring. Alle endringene var av positiv karakter.

- **Mer opplagt og våken på dagtid:** 17 pasienter.

Dette er den hyppigste endringen pasienten merker. 17 pasienter med god compliance merker at de er mindre trøtt om dagen. 2 pasienter opplever en radikal forandring, og sier ”det er som å ha fått et nytt liv” og ”jeg har blitt et nytt menneske”. 4 oppgir at de nå fungerer mye bedre på jobb. Å ha fått mer energi til fysisk aktivitet og et sosialt liv oppgis også av flere.

- **Bedre pust på dagen.:** 2 pasienter.
- **Roligere og mer sammenhengende søvn:** 2 pasienter.

Blant de 6 pasienter som brukte CPAP 1 – 3 netter pr. uke, var det også 3 som merket at de var mindre trøtt på dagen hvis de hadde brukt CPAP på natt.

Av de 5 som ikke merker endring, er det 2 som fortsatt bruker maskinen hver natt. Vi tenker at dette må være tålmodige mennesker som lydlig følger behandlingen. De andre 3 som ikke merket endring, brukte CPAP lite – de tilhører gruppen med dårlig compliance.

Undersøkelser viser at viktigste faktor for god compliance er pasientens subjektive oppfatning av symptomforbedring(10).

Vi synes det kommer tydelig fram i denne studien også, at opplevelse av mindre trøtthet på dag, er en viktig motivasjon for å bruke CPAP.

I ettertid kan vi se at det hadde vært interessant å få flere opplysninger på om CPAP hadde forbedret symptomene på lungesykdommen. Vi tenker da særlig på grad av tungpust, mengde slim og slimmobilisering. 2 pasienter fremhever bedre pust som en viktig endring i dette åpne spørsmålet. De fleste pasientene i studien har KOLS.

4.3 PROBLEMER FORBUNDET MED BRUK AV MASKIN ELLER MASKE.

Har du noen problemer forbundet med bruk av maskin eller maske?

ja	19
nei	6

Hvis ja. Hvilke problemer er det?

Forholdsvis mange pasienter – 66 % opplever slike vanskeligheter. Noen oppga flere problemer.

- **Problemer med vond/ubehagelig maske eller maskelekkasje.** 7 pasienter.
En hadde fått panikkopplevelse i begynnelsen, men det gikk bedre nå.
Nesemasken Mirage swift ga en pasient hodepine, men har også Activa, som var grei å bruke. 2 oppga å ha så stor maskelekkasje, at de sannsynligvis ikke fikk noe effekt av å bruke CPAP.
- **Tørt og sårt i luftveiene:** 4 pasienter.
- **Støy fra maskinen:** 3 pasienter.
- **Opplever å få for lite luft:** 2 pasienter.
- **Vanskelig å bruke ved ekstra tungpust og luftveisinfeksjoner:** 2 pasienter.
- **Problematisk å sovne med maskinen, å finne god sovestilling:** 2 pasienter.

Ellers var det en pasient som fikk hoste av maskinen, og måtte ta den av etter 1 – 2 timer. En annen hadde problem med utslett rundt nesen.

CPAP – behandling byr på problemer som kan være vanskelig å løse uten hjelp fra helsepersonell med spesiell kompetanse. En nordisk rapport om OSA, som bygger på kritisk og systematisk gjennomgang av litteraturen på området, er nylig utgitt(3). Vanlige bivirkninger av behandlingen blir der også oppgitt å være smerter over neseryggen, luftlekkasje, slimhinneirritasjoner i nesen og støy fra maskinen.

Å få masken godt tilpasset er en utfordring. Vi har nå 4 typer nesemasker, og tre typer helmaske for utprøving. De fleste av våre pasienter har fått helmaske, de synes det er mer behagelig enn nesemaske. Det kommer stadig nye produkter som er utviklet for å gi pasienten mest mulig komfort. Vi har nettopp fått en ny type helmaske som ser ut til å være et framskritt i så måte. For flere pasienter hadde det vært en fordel å få to forskjellige masker til hjemmebruk. For eksempel en pasient som primært bruker nesemaske, kunne hatt en helmaske til bruk ved forkjølelse og tett nese. Behandlingshjelpemiddelsentralene er imidlertid jevnt over ikke villige til å gi ut mer enn en maske pr. pasient.

CPAP – behandling gir en høy luftflow som kan gi uttørring og irritasjon i luftveiene. Å koble en vannfukter til maskinen har vist å gi høyere compliance(10). Vi sørger for at det blir bestilt fukter til de som opplever problemer med tørre/såre luftveier under tilpasning. Slike problemer kan tydeligvis komme etter en tids bruk. Dagens CPAP – maskiner er relativt stillegående, men noen mennesker er ekstra vare for støy. Vi er kjent med at en av de mest brukte CPAP – maskinene i dag, også kan leveres med et ekstra støydempende deksel.

Hvis pasienten opplever å få for lite luft, kan det være en teknisk svikt eller at det er behov for å justere opp trykket som maskinen gir. Pasienten informeres om at det må tas kontakt

med sentralen som har lånt ut utstyret hvis en tror det er en feil med maskinen. Etter en tids bruk kan det bli behov for å justere trykket på maskinen. Dette kontrolleres ved oppfølging av CPAP – brukeren. Det er viktig at pasienten vet hvem som er ansvarlig for oppfølgingen, slik at det kan tas kontakt hvis problemer oppstår.

4.4 OPPFØLGING.

Hvordan fungerer oppfølgingen av din CPAP?

- **Har kommet i gang med oppfølging:** 21 pasienter. De er gjennomgående godt fornøyd med hjelpen de har fått.
- **Ikke fått innkalling til kontroll:** 5 pasienter. Pasientene har heller ikke tatt kontakt med oppfølgingsstedet, så det er ikke godt å si hvorfor de ikke har fått time. Vi er kjent med at det enkelte steder er venteliste for oppfølging av CPAP – brukere, så det er ikke alltid mulig å etterkomme vår oppfordring om 1. kontroll etter ca. 3 måneder.
- **Går til kontroll for sin lungesykdom ved Glitre:** 3 pasienter. I utgangspunktet tenkte vi at de ville få oppfølging på CPAP – behandlingen av lungelegen. Men legen har ikke hatt pc-program til å laste ned og kontrollere data fra maskinen, og disse pasientene syns ikke de har fått god nok kontroll av sin CPAP – bruk der. Derfor har det i praksis blitt slik at vi har tatt oppfølging av disse 3 pasientene i forbindelse med at de har vært til kontroll hos lege på poliklinikken. Det er interessant å kunne følge opp de pasientene en selv har tilpasset, men dette faller utenfor våre oppgaver slik de er definert pr. i dag.

Inkludert de 3 som vi foreløpig har tatt oppfølging på, så har til sammen 24, dvs. 83 % av pasientene fått oppfølging på sin CPAP – bruk. Alle pasienter vet ved utskrivning hvor de skal bli fulgt opp. Vanligvis skjer det ved en Ø.N.H. – eller lungepoliklinikk. Vi vet at oppfølging er meget viktig for at pasienten skal lykkes med behandlingen, så vi avklarer alltid hvilket behandlingssted som kan ta det arbeidet.. Lege henviser pasienten dit, det vedlegges utskrift av søvnregistrering og skjema for CPAP – tilpasning.

Nordisk rapport om Behandling av OSA viser at opp mot 70 % av pasientene i gjennomsnitt bruker apparatet 5 timer pr. natt så fremt utstyret kontrolleres kort tid etter behandlingsstart, og senere minst en gang i året (3). 21 av våre pasienter, dvs. 66 %, får en oppfølging de er fornøyd med. Samtidig tenker vi at det ideelle for oppfølging og kontinuitet i dette arbeidet hadde vært om vi som har tilpasset CPAP, også kunne

fulgt opp pasienten. Det hadde vært praktisk mulig for de pasientene som bor i rimelig nærhet på Østlandet.

4.5 ROS OG RIS TIL OPPLEGGET VED GLITTREKLINIKKEN.

Hva var bra med den tilpasningen og opplæringen i bruk av utstyret du fikk her ved Glittreklinikken?

Alle pasientene var faktisk fornøyd med den hjelpen de hadde fått av oss.

- **Har fått nyttig informasjon og kunnskap:** 12 pasienter
- **God tid til utprøving:** 6 pasienter

Ellers la de vekt på å ha fått prøvd ut flere masker, at de opplevde trygghet og fikk god omsorg.

Hva kan gjøres bedre? Forslag til forbedring?

- **Mer tid til tilpasning, og prøvd flere masker:** 3 pasienter

En pasient ønsket å kunne trent mer på renhold, en annen savnet mer forklaring på årsak til søvnapné. En ville hatt mer informasjon om hva som skjer med maskinen når den har vært i bruk noen timer.

5.0 KONKLUSJON

Det viser seg at en forholdsvis høy andel (66 %) av pasientene som har fått tilpasset CPAP, har god compliance etter ca. 6 måneders behandling. De aller fleste (83 %) har på dette tidspunkt fått oppfølging på bruk av utstyret. Den hjelpen synes de er nyttig. 66% av pasientene har hatt problemer med å bruke maske eller maskin. Pasientene sier de er godt fornøyd med CPAP – tilpasningen de fikk under oppholdet på Glittreklinikken.

Våre pasienter har altså fått 4 – 8 døgn på å tilpasse seg utstyret, og det ser ut som de aller fleste har fått nok tid. Majoriteten av pasientene ved Glittre har et 4 ukers opphold. Det er viktig at pasienter med mistanke om OSA blir oppdaget tidlig, slik at vi får tatt en søvnregistrering. Etter at dette tilbudet ble etablert og gjort kjent blant klinikkens leger og pleiere, har vi stort sett fått henvist pasienten tidlig i oppholdet. Det har imidlertid i perioder vært henvist forholdsvis mange pasienter. Siden vi bare har et søvnregistreringsapparat har det vært ventetid på opp til en uke for å få tatt undersøkelsen. Det har ført til at enkelte pasienter kommer forholdsvis sent i gang med behandling. Noen pasienter som kanskje fikk 4 døgn til tilpasning mot slutten av oppholdet, kunne nok trengt lengre tid.

Hensikten med denne studien var å få en evaluering av vår praksis med tilpasning av CPAP – utstyr. Tilbakemeldingene fra pasientene forteller oss at kvaliteten på dette arbeidet er bra, men samtidig er vi opptatt av hva som kan forbedres. Vurderingen av resultatene har gitt oss kunnskap om hvilke endringer som kan være gunstige.

6.0 TANKER FOR VIDERE PRAKSIS.

Det er ca. 1.5 år siden vi startet etableringen av et tilbud om søvnregistrering og CPAP – tilpasning. Etter oppstartfasen, som tok ca. 3 måneder, har vi jevnt hatt 1 – 3 pasienter som tilpasses CPAP p.g.a. OSAS. Så fremt det ikke skjer vesentlige endringer i driften, kan det forventes at behovet fremover også vil ligge på det nivået.

Tid for tilpasning. Våre pasienter brukte 4 – 8 dager på å tilpasse seg utstyret. Det er ikke rimelig å tro at det kan gjøres på kortere tid. Pasientene oppga som positivt at de fikk god tid, noen syntes tiden for tilpasning også kunne vært lengre. Vi må være oppmerksomme på individuelle behov. 8 dager er ingen maksimalgrense for bruk av tid til tilpasning.

Kartlegge behovet tidlig. Det er viktig tidligst mulig å få kartlagt de pasientene som trenger behandling med CPAP. Det betyr at ved mistanke om OSA må vi først få tatt søvnregistreringen. Når vi får henvist mange pasienter, må vi bli flinkere til å prioritere hvem vi skal undersøke først. Her må vi samarbeide mer med leger og pleiere på de ulike teamene, slik at de pasientene med sterk mistanke om OSA blir undersøkt først.

Masketilpasning. Vond maske og/eller for stor maskelekkasje er et problem for mange CPAP – brukere. Vi må bruke tilpasningstiden optimalt. Hvis sykepleiere og hjelpepleiere i avdelingen fikk mer kunnskap om masketilpasning og kunne bistå raskt når problemer oppstår, ville det trolig forbedre tilbudet til pasienten. Det er dager, særlig i helgene hvor vi ikke er på jobb.

Fukting. Flere pasienter ble plaget med tørre og såre slimhinner. Sannsynligvis ville det være en fordel om alle pasienter som får bestilt CPAP rutinemessig også får en fukter.

Oppfølging. De rutinene vi har fulgt viser seg å fungere bra. Vi må imidlertid oppfordre pasienten til å kontakte sitt oppfølgingssted hvis vedkommende ikke har blitt innkalt til kontroll etter 3 måneder.

Vurdering av evne og motivasjon for behandling. Dette er et tema vi kontinuerlig må jobbe med, og som vi kan forbedre oss i. 4 av pasientene i undersøkelsen bruker ikke lenger CPAP. Sannsynligvis gjorde vi i løpet av tilpasningsperioden en feilvurdering av deres evne til å mestre CPAP – behandling. Vi må samarbeide tett med pleiere og lege på teamet, slik at vi får best mulig kjennskap til hele sykdomsbildet, og hvilke områder pasienten ellers skal arbeide med under oppholdet. Pasienten må også kjenne på at han har ressurser til å jobbe med endring i forhold til flere helseproblemer. Hos pasienter med begrensede ressurser, må de som jobber i teamet gi pasienten støtte på hvilke oppgaver som bør prioriteres. Det er ikke nødvendigvis riktig å tilpasse CPAP hvis det går på bekostning av tid og energi til andre oppgaver; for eksempel røykeavvenning.

6.1 ANDRE OPPGAVER.

Hjelp til pasienter som har med egen CPAP eller BiPAP. Det er pasienter som har problemer med bruk av maske og /eller maskin. Her er det et økende antall. Vi har den senere tid fått 2 – 3 henvendelser i uka vedrørende denne pasientgruppen. Det vi gir bistand med, er masketilpasning, utprøving av fukter og gjennomgang på bruk og rengjøring av utstyret. Hvis det er apparater vi er kjent med, kan vi laste ned bruksdata, slik at også lege får et bilde av hvordan behandlingen har vært. Det kan bli aktuelt å justere innstillinger, noe vi kan gjøre etter leges ordinasjon.

På mange måter er dette arbeidet likt det vi gjør under CPAP – tilpasning. Vi har fått inntrykk av at det rundt i landet er stor forskjell på kvaliteten på den tilpasning og oppfølging disse pasientene får. Mangel på hjelp fører til at pasienten ikke greier behandlingen. Ofte lykkes vi med å hjelpe pasienten i gang igjen.

Etablerer tilbud om tilpasning av BiPAP Dette er vi, i samarbeid med lege, i ferd med å bygge opp nå. Aktuell pasientgruppe for slik behandling kan være KOLS – pasienter med OSA som ikke tolerer CPAP, og i hvert fall hvis de trenger et behandlingstrykk over 10 cm H₂O. Primært vil nok dette bli et tilbud for pasienter med alvorlig kronisk respirasjonssvikt som trenger respirasjonsstøtte på natt og i tunge perioder også på dagtid. Det er mer ressurskrevende å tilpasse en BiPAP enn en CPAP. Apparatet er mer avansert, flere innstillinger må justeres underveis, og pasientgruppen er generelt dårligere.

Vi har en ny BiPAP (VPAP fra Resmed) . Så langt har vi hatt 3 tilpasninger, en pasient har fått bestilt apparatet til hjemmebruk. En pasient prøver ut apparatet nå.

6.2 RESSURSER

Med 50 % stilling hver, så administrerer vi søvnregistreringen, ca. 3 pr. uke, tilpasser jevnlig CPAP på 1 – 3 pasienter, og gir assistanse til ca. 2 pasienter som har problemer med medbrakt utstyr pr. uke. I tillegg har vi opparbeidet kompetanse slik at vi er kommet i gang med BiPAP – behandling. Dette fyller den tiden vi har til rådighet.

Hvis behovet for disse tjenestene øker, er kapasiteten for liten. Vi har vektlagt kvalitet i dette arbeidet. Det er faglig spennende og utviklende å være med på å etablere nye behandlingstilbud ved klinikken. Samtidig er det viktig at tilbudet holder høy kvalitet. Denne praksisstudien har gitt oss svar på at vi i hovedsak gjør en bra jobb med CPAP - tilpasning, men at den med noen endringer kan bli enda bedre.

REFERANSER.

1. "Søvnapné" Informasjonshefte fra foreningen for søvnsykdommer.
2. Skatvedt O. m.fl. Utredning og behandling av søvnrelatert respirasjonsbevær hos voksne og barn. Legeforeningen.no. 2002
3. Franklin K. m.fl. Nordisk rapport. Obstruktivt søvnapné syndrom – diagnostik och behandling. Kunnskapssenteret.no. 2007.
4. Vifladt E. Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring. 2004
5. Mc. Ardle N. m.fl. Long-term use of CPAP therapy for SAHS. PubMed. 1999
6. Hannifa M. m.fl. Interventions to improve compliance with CPAP for obstructive sleep apnoea. Cochrane. 2004
7. Lehmann S. m.fl. Behandling av obstruktiv søvnapné. Tidsskriftet norsk lægefor. 2006
8. Gabrielsen A.M. NIV – behandling av KOLS I hjemmet. Polarmed seminar. 2007.
9. Akre H. m.fl. CPAP compliance, forbedring av livskvalitet etter 3 mnd.ers bruk av CPAP. Polarmed seminar. 2005.
10. Engleman HM Improving CPAP use by patients with SAHS. PubMed. 2003.