

Forløpsgruppe
Slagrammede

August 2009

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
1. Innledning	4
1.1 Gruppens mandat	4
1.2 Organisering av arbeidet	4
2. Helhet i behandlingsskjeden	5
3. Forebygging.....	7
3.1 Brudd i kjeden.....	7
3.2 Tiltak og positive erfaringer	7
4. Diagnose / tidlig og rask intervensjon.....	7
4.1 Brudd i kjeden.....	7
4.2 Forslag til tiltak og positive erfaringer	8
5. Akutt behandling og rehabilitering i slagenhet	8
5.1 Brudd i kjeden.....	8
5.2 Tiltak og positive erfaringer	9
6. Rehabilitering, oppfølging og avlastning	10
6.1 Brudd i kjeden.....	10
6.2 Tiltak og positive erfaringer	11
7. Om systemrettede tiltak	12
8. Relevante faglige retningslinjer, rapporter og veiledere	13
9. Andre nyttige linker	14
10. Litteratur.....	14
Slagenheter	14
Ambulant team og ”hjemmebasert rehabilitering”	14
Trene i dagliglivets aktiviteter eks. til pkt. 6,1 ”trening i dagliglivets...”:	15
Livsstilsgrupper for eldre	15
Oppfølging av psykiske sensfølger etter hjerneslag	15
Vedlegg.....	16

Forord

Denne rapporten er laget som den del av Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Samhandlingsreformen legger vekt på at pasienter og brukere skal motta koordinerte tjenester i et helhetlig forløp. I stortingsmeldingen legges det vekt på at brukere, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommunale og statlige organer kan utvikle felles forståelse av gode pasientforløp og hvilke krav dette bør medføre til systemutvikling og samhandling.

Som et element i en slik arbeidsform, og for å vinne erfaring med arbeidsformen, ble det våren 2009 etablert 13 arbeidsgrupper som på sine respektive områder skulle gi tilbakemeldinger om pasientforløp. I mandatet ble det tatt inn en spørsmålsliste der søkelyset ble satt på hva som er gode pasientforløp, hvor godt disse realiseres i dagens helse- og omsorgstjeneste og i hvilken grad det oppfattes å være brudd eller risiko for brudd i forløpene. I mandatet ble det lagt opp til et standardisert med møteopplegg, med tre møter i den enkelte gruppen. Det ble valgt å sette kort tidsfrist for arbeidet, med erkjennelse av at bruksmåten av rapportene måtte ta hensyn til denne forutsetningen. Siktemålet med arbeidet var todelt:

- Å bringe fram synspunkter om pasientforløp og bruddproblematikk på det aktuelle området.
- Å vinne erfaring med bruk av en arbeidsform der organisasjonene til pasienter/brukere, til ansatte og til øvrige aktørgrupper i fellesskap arbeider med å utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp, både med sikte på å utvikle forståelse for hverandres posisjoner og for å identifisere hva som kan være aktuelle utviklingstiltak.

De 13 utvalgte områdene er ikke fullstendig dekkende for grupper der samhandlingsbehov gjør seg gjeldende. I denne omgang var poenget at en viss bredde av pasient- og brukergrupper skulle være representert, vel vitende om at flere andre grupper ville vært like aktuelle.

I stortingsmeldingen er det på generell basis orientert om arbeidet og tilbakemeldinger. Arbeidet som er gjennomført er å betrakte som starten på et arbeid der det skal fokuseres på gode pasientforløp og ulike utviklingstiltak som kan understøtte dette. I tillegg til den bruk av rapportene som er gjort i stortingsmeldingen vil arbeidet og rapportene gi innspill til forståelser og utviklingstiltak på de aktuelle områdene som det kan gjøres bruk av i videre utviklingsarbeid om pasientforløp. Stikkord for det videre arbeidet vil både være kvalitetssikring og forankring som følge av den begrensede tid som har vært tilgjengelig. De korte tidsfristene for arbeidet ga begrensede muligheter for deltakerne for drøftinger i sine organisasjoner.

1. Innledning

Hjerneslag er en av vår tids største folkesykdommer og en av de hyppigste årsaker til død og funksjonshemming, og en betydelig belastning for de som rammes, de pårørende og for samfunnet. Vi antar at mellom 15 000 og 16 000 personer rammes hvert år. Tre av fire som rammes er over 70 år. Antall hjerneslag vil kunne øke med 50 pst. de neste 20 årene, først og fremst som følge av økningen i antall eldre. Antall hjerneslag kan reduseres betraktelig hvis den enkeltes risikofaktorer oppdages og behandles optimalt. Behovet for effektiv rehabilitering etter hjerneslag er stort, og vil øke¹. Ny kunnskap om optimal behandling av hjerneslag er ikke tatt i bruk fullt ut i Norge og det er store variasjoner i behandlingstilbudet til slagpasienter.

1.1 Gruppens mandat

Gruppens mandat har vært å besvare åtte spørsmål i en rapport på inntil ti sider. Fokuset skal ligge på systemnivå. Det er bedt om å identifisere brudd i forløpskjeden og vise hvordan lovgivning, finansiering og andre systemforhold bidrar til brudd. Gruppen er videre bedt om å spille inn på områder med muligheter for forbedringer og vise hvordan tilbudet til pasienter med behov for koordinerte tjenester kan styrkes. Spørsmålene vil bli besvart gjennom å identifisere brudd i ulike faser i et pasientforløp og peke på forslag til tiltak og gode eksempler. Vi har delt forløpet inn i fire faser (forebygging, diagnose/rask intervensjon, akuttbehandling og rehabilitering, samt oppfølging og avlastning i kommunene). I siste kapittel peker vi på overordnede systemrettede tiltak.

1.2 Organisering av arbeidet

Gruppen har avholdt to halvdags- og ett heldagsmøte. På første møte ble det orientert om arbeidet og gruppen hadde en åpen diskusjon om sentrale problemstillinger. På andremøte ble gruppen invitert til å holde innlegg om problemstillingen sett ut fra sine ståsteder. Gruppen har også blitt invitert til å gi skriftlige innspill som har blitt sendt ut til alle som utgangspunkt for videre diskusjon. Gruppen har hatt utkast til rapport på gjennomlesing to ganger for å kunne kommentere det endelige utkastet.

I tillegg til innspill fra gruppens medlemmer har vi sett hen til Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag (høringsfrist 15.10.2009). Mange av problemstillingene som løftes i denne rapporten behandles utførlig i retningslinjene.

Gruppen har vært bredt sammensatt med representanter fra pasient-/brugerorganisasjoner, fagforeninger og Helsedirektoratet. Vi vil takke følgende for aktiv og konstruktiv deltakelse i gruppen:

Torunn Askim, Norsk fysioterapeutforbund

Hilde Bergersen, Norsk psykologforening

Liv Anita Brekke, Nasjonalforeningen for folkehelsen

Jan Arne England, Fellesorganisasjonen

¹ Utviklingstreksrapporten 2007, Helsedirektoratet

Marit Førlandsås, KS
Lisa Ha, Kliniske ernæringsfysiologers forening/Forskerforbundet
Arne Hagen, Norsk forening for slagrammede
Björg Halvorsen, Helsedirektoratet
Ingjerd Haukeland, FFO/Afasiforbundet i Norge
Ole-Andreas Holmsen, Norsk logopedlag
Morten Jensvold, kommunelege, Ørlandet kommune
Christian Lund, Den norske legeförening
Randi Nesje, Norges handikapforbund/Landsforeningen for slagrammede
Anne Mabel Nybakk, Fagforbundet
Gunhild Rolandsen, KS
Unni Sveen, Norsk ergoterapeutforbund
May Sørsdal, Norsk sykepleierforbund

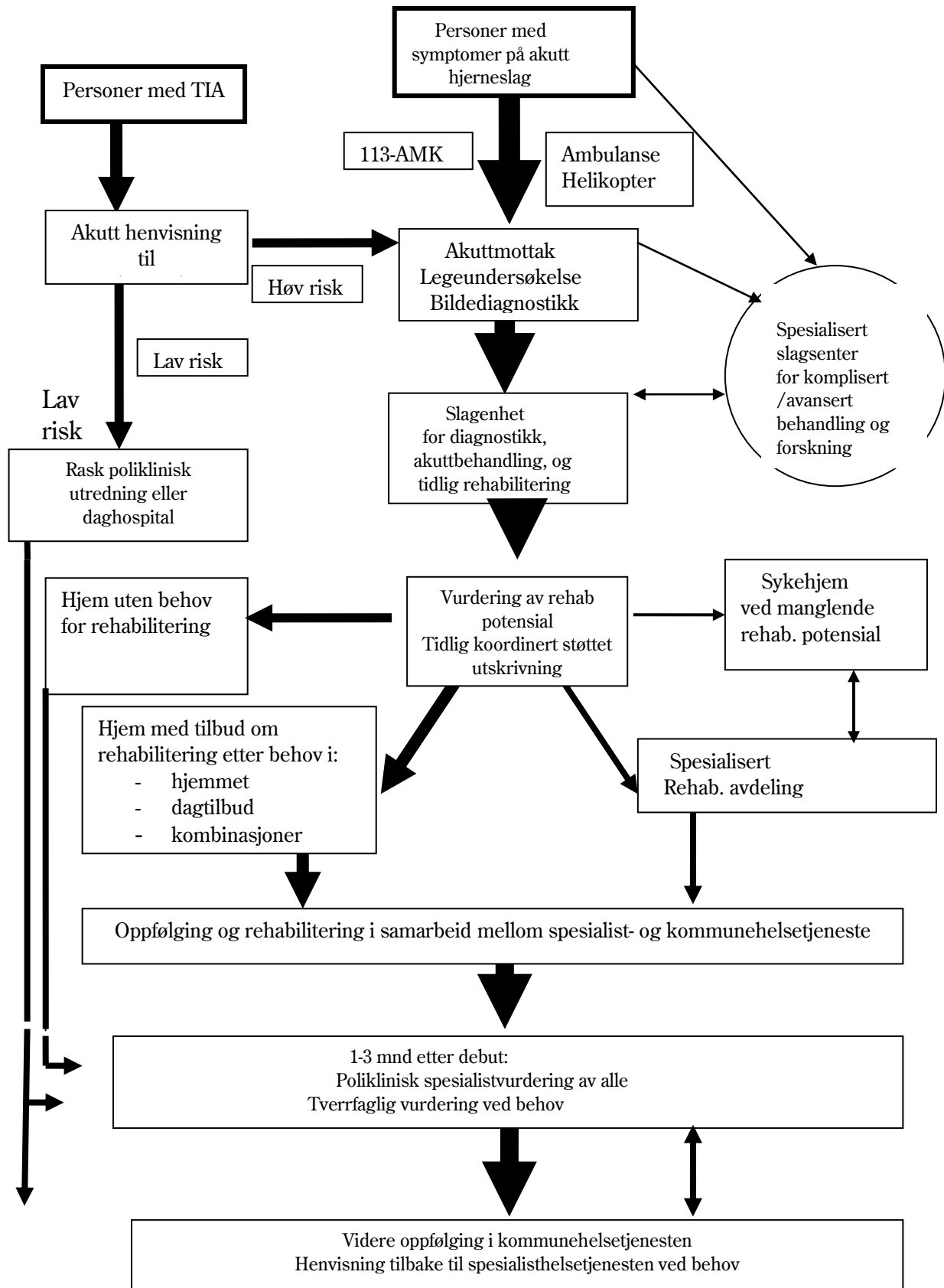
Avdelingsdirektør Synnøve Roald (HOD) har ledet arbeidet i gruppen, mens seniorrådgiver Nuria Barrabés Gørrissen (HOD) har vært sekretær.

2. Helhet i behandlingsskjeden

Som et ledd i arbeidet med en nasjonal faglig retningslinje for forebygging, behandling og rehabilitering² ved hjerneslag har Helsedirektoratet utarbeidet et flytdiagram som viser en ideell organisering av behandlingsskjeden ved hjerneslag/TIA.

² Vi tar forbehold om at det kan komme endringer etter høringsrunden som gjennomføres høsten 2009.

Figur 1. Skjematisk framstilling av behandlingsskjeden ved hjerneslag/TIA. "Bredden" på pilene antyder noe om andelen pasienter som er aktuelle for de ulike ledd i kjeden (bred pil: en stor andel av pasientene, smalere pil: en mindre andel av pasientene).



3. Forebygging

Høyt blodtrykk, hjerteflimmer, røyking, økt fettinnhold i blodet, diabetes, store mengder alkohol, arvelige faktorer, alder og inaktivitet er framholdt i gruppen som kjente risikofaktorer for å få hjerneslag. Flere av disse risikofaktorene kan behandles eller forebygges ved sunt og regelmessig kosthold, regelmessig fysisk aktivitet, røykeslutt, redusert alkoholinntak, samt behandling av høyt blodtrykk, hjerteflimmer, diabetes, høyt kolesterol og kontroll av arvelige faktorer.

3.1 Brudd i kjeden

Forebygging har et betydelig uutnyttet potensiale med hensyn til å redusere antall hjerneslag. Forløpsgruppen har særskilt pekt på mangler når det gjelder:

- informasjon til befolkningen
- tilbud for livsstilsendring/pasientopplæring
- fokus på folkehelseiltak

Forebygging rettet særskilt inn mot mennesker som befinner seg i risikogruppene for å få hjerneslag, behandles i Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Den kommende nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering av hjerneslag fokuserer på forebygging for personer som har hatt slag/symptomer på slag (sekundærforebygging). Nasjonale folkehelseiltak vil også være viktige for forebygging av hjerte- og karlidelser.

3.2 Tiltak og positive erfaringer

Samhandlingsreformen ønsker å flytte fokus i retning av økt forebygging. Mange av de foreslåtte tiltakene er i tråd med budskapet i stortingsmeldingen om samhandling.

- Tverrsektorielt folkehelsesamarbeid
 - o Matvareprising – myndighetstiltak
 - o Holdningskampanjer
 - o Styrke helsepersonellens kunnskap om forebygging, gjennom grunnutdanningen, oppfriskningskurs og etterutdanning.
- Pasientopplæring
 - o lavterskeltilbud om kost- og livsstilsveiledning tidlig i forløpet (fastlegen eller annet helsepersonell). Veiledningen må tilpasses pasientens livssituasjon og sykdomsbilde (Livsstilsgrupper).
 - o Informasjon fra frivillige organisasjoner og pasientforeninger er viktig supplement til helsetjenesten og bør styrkes.
- Positive tiltak
 - o Folkehelse Fosen: miljørettet helsevern, overvektsprosjekt.

4. Diagnose / tidlig og rask intervensjon

4.1 Brudd i kjeden

Tidsfaktoren er kritisk i akutt behandling av hjerneslag. Tidlig intervensjon utført av kvalifisert personell er viktig for overlevelse og videre livskvalitet og funksjonsnivå etter

et hjerneslag. Utilstrekkelig kunnskap om symptomer på hjerneslag i befolkningen, blant fastlegene, ved legevakts- og AMK-sentralen, i legevaktene, og ved pleieinstitusjonene kan føre til sen ankomst og at behandling blir unødvendig forsinket.

4.2 Forslag til tiltak og positive erfaringer

- Alle sykehus bør utarbeide og benytte retningslinjer for primærhåndtering av hjerneslag og kriterier for når ambulanse/luftambulanse skal rekvireres og når pasienter skal legges inn.
- For å sikre helhet i den akuttmedisinske kjede må man styrke kunnskapen om hjerneslag i befolkningen, blant fastlegene, ved legevakts- og AMK-sentralen, i legevaktene, og ved pleieinstitusjonene.
- Akutt slagbehandling bør organiseres i egne slagenheter i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger i den kommende nasjonale faglige retningslinjen.

5. Akutt behandling og rehabilitering i slagenhet

Kunnskap om optimal behandling er ikke tatt i bruk fullt ut i Norge i dag. Det er dokumentert at akutt rammede slagpasienter har langt bedre resultater (overlevelse, funksjonsnivå mv.) når de behandles i slagenhet. En slagenhet defineres som en geografisk avgrenset enhet med faste senger, tverrfaglig spesialisert personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akuttbehandling og tidlig mobilisering/rehabilitering. Teamet kombinerer flere fagdisipliner; medisin, pleie, fysioterapi og ergoterapi, med tilgang til tjenester innen logopedi, psykologi, ernæring samt sosionomtjeneste. De fleste slagrammede vil ha behov for behandling i slagenhet.

Noen pasienter har behov for mer avansert diagnostikk og behandling. Denne type behandlingstilbud foreslås i den kommende retningslinjen organisert i spesialiserte slagsenter. Man ser for seg at disse sentrene vil spille en viktig rolle i forskning og fagutvikling. Slagsentre bør ha en slagenhet som basis for et veldokumentert behandlingstilbud, og et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til å sikre nødvendige erfaring og kompetanseutvikling. Sentrene bør fungere som ressursbase med rådgivning og kompetanseoverføring til de primære slagenhetene. Et bredt spekter av spesialister bør være tilknyttet et slikt senter og et utstrakt tverrfaglig samarbeid vil være nødvendig for at de skal fungere optimalt.

5.1 Brudd i kjeden

Gruppen framholder at det er stor variasjon i kvaliteten på den akutte slagbehandlingen. Noen kjente brudd er:

- Mangelfulle rutiner for rask diagnostisering i akuttmottak og videre overføring til akuttbehandling i slagenhet. Behandling med trombolyse må gis innen 4,5 timer etter symptomdebut og pasienter kan bli liggende uforsvarlig lenge i akuttmottak.
- Mangelfull kunnskap om og mangelfulle rutiner for tidlig mobilisering. Tidlig mobilisering ut av seng er den faktoren som har størst betydning for overlevelse og god funksjon etter akutt hjerneslag.
- Mangelfull kunnskap om og mangelfulle rutiner for effektiv opptrening. En sammenligning av pasientenes aktivitetsnivå ved ulike slagenheter viser at det er

store forskjeller i hvor aktive pasientene er. Det er ofte for knappe ressurser både blant rehabiliteringspersonalet og blant pleiepersonalet til å kunne ivareta behovet for tilstrekkelig mengde trening.

- Mangelfull kunnskap om og mangelfulle rutiner for å planlegge utskriving. Det er vist at godt planlagt og koordinert utskriving fra sykehus fører til et høyere funksjonsnivå på både kort og lang sikt. Mange sykehus mangler kunnskap og ressurser til å gjennomføre en godt planlagt og koordinert utskriving.
- Kort liggetid medfører lite tid til å planlegge utskriving og utrede funksjonsnivå og behov. En velorganisert slagenhet vil man starte utredning av funksjonsnivå og planlegge utskriving allerede første dag etter innleggelse.
- Pasientene må utredes for kognitive utfall (rammer 75 pst. av alle hjerneslagpasienter). Det får store konsekvenser for dagliglivet for både pasienten og de pårørende om slike problemer ikke avdekkes, behandles og de riktige hjelpetiltakene settes inn. Kognitiv kartlegging utføres i dag ofte av personer uten tilstrekkelig kompetanse til å tilpasse utredningen til den slagrammedes behov eller til å formidle funnene til de berørte.
- Mangelfull ivaretagelse av pasientenes ernæring ved innleggelse, under sykehusoppholdet, og etter at pasienten er utskrevet til sykehjem eller hjemmet.
- Det forekommer dysfagi hos 50 pst. av alle pasienter i akuttfasen. Hyppigheten av utredning og metoder for utredning varierer. Dysfagi øker risikoen for underernæring som igjen er forbundet med dårligere funksjon, økt sykkelighet og økt dødelighet.

5.2 Tiltak og positive erfaringer

- Akuttbehandling av hjerneslag skal skje i slagenheter.
- Nødvendig bemanning må være tilgjengelig 24 timer i døgnet syv dager i uken hele året.
- Gruppen understreker behov for kompetanseoppbygging hos personalet i slagenheten. Ved St. Olavs hospital er det etablert en egen "slagskole".
- Behandling, utredning, tidlig intervensjon og mobilisering skal ha en helhetlig tilnærming og være forankret i faglige retningslinjer og prosedyrer³.
- Standardisert utredning av kognitiv funksjon med en beskrivelse av vansker som foreligger og konsekvenser av disse for aktivitet og deltakelse bør foreligge og meddeles pasient og pårørende.
- Ansvarsforhold må klarlegges og normering av logopeddekning i tverrfaglige team i sykehus som har med slagpasienter å gjøre må gjøres kjent. Det må utarbeides enkle prosedyrer og retningslinjer for sakkyndig vurdering allerede i sykehus. Logoped i sykehus må kartlegge vanskene og definere behovet og formidle dette til opplæringsansvarlig i kommunene ved utskriving fra sykehus.
- Slagenhetene ved sykehusene i Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Høgskolen i Buskerud, avdeling helsefag, utarbeidet en konsensusrapport som foreslår at standardiserte metoder for svelgtesting gjennomføres hos alle

³ Se vedlegg for relevante nasjonale faglige retningslinjer

slagpasienter. Testene skal gjennomføres av sertifisert personale. Dette er et verktøy som bør vurderes innarbeidet nasjonalt.

6. Rehabilitering, oppfølging og avlastning

Alle som bor og oppholder seg i kommunene har rett til nødvendig helsehjelp. Kommunene plikter å legge til rette for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, habilitering og rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester.

Trening og tilrettelegging der folk bor og skal leve er et viktig prinsipp. Nyten av samhandling mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er betydelig og godt dokumentert. I Trondheim kommune har man vist at oppfølging av et koordinerende ambulerende team i forbindelse med utskriving fra en slagenhet fører til økt funksjonsnivå og reduserte kostnader sammenlignet med tradisjonell oppfølging. Dagens organisering og finansiering støtter ikke opp om dette. Tiltak innen økonomi, jus og IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) som skisseres i samhandlingsreformen vil kunne styrke rehabiliteringstilbudet til slagpasienter.

SINTEF Helse har på oppdrag av Helsedirektoratet utarbeidet rapporten ”strategisk samarbeid i papir og i praksis – En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008”. Rapporten viser at alle helseforetak har avtaler med kommuner i sitt opptaksområde innen somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Alle helseforetak har opprettet fora for samarbeid og nesten alle kommuner er representert. Et økende antall helseforetak har avtaler som omfatter samarbeid på systemnivå, tjenestenivå og individnivå i tråd med nasjonale føringer. I følge kommunerepresentantene i forløpsgruppen omfatter disse avtalene også overføring av slagpasienter og andre som trenger rehabilitering i kommunene etter et sykehusopphold.

6.1 Brudd i kjeden

- Forsinkelse i oversendelse av epikrise og ofte mangelfullt innhold gjør det vanskelig for kommunene å iverksette effektive tiltak i en tidlig fase fordi de mangler kunnskap om pasientens historie og spesialisthelsetjenestens vurdering av pasienten. Rehabiliteringen kan således bli fragmentert og ikke individualisert. Gruppen påpeker at epikrisen ofte mangler kartlegging av pasientens rehabiliteringspotensiale og kunnskap om hvilke områder som bør ha fokus i rehabiliteringen.
- Mange kommuner har liten kapasitet og kompetanse om rehabilitering og tjenestene er svakt koordinert (fysioterapi, ergoterapi, logopeditjenester, psykologtjenester, synstrening, ernæring/klinisk ernæringsfysiologi, sosialtjenester, pleietjenester). Dette vanskeliggjør også samhandling med spesialisthelsetjenesten.
- Uten ressurser til rehabilitering kan grunnlaget lagt i den akutte fasen være forgjeves. Det må skje reell trening i hjemmet og/eller i institusjon for alle pasienter tilpasset den enkeltes rehabiliteringspotensiale, ikke kun pleie.

- Lang ventetid på formidling av tekniske hjelpemidler og tilrettelegging av bolig. Konsekvenser: forlenget liggetid i sykehus, eller risiko for uhell i hjemmet.
- Ca. 40 pst. av alle slagpasienter får utfall i form av språk- og talevansker (afasi og dysartri) og andre kognitive kommunikasjonsvansker. Kunnskap om kognitive vansker er for liten i kommunehelsetjenesten.
- Rett til ny opplæring ved ervervede kommunikasjonsvansker, herunder kognitive utfall, er hjemlet i opplæringsloven kap. 4a og er dermed opplæringsetatens ansvar. Samarbeid mellom opplæringssetaten og helsetjenesten oppleves i mange tilfeller som utfordrende. Utredning og rehabiliterings av slike vansker utføres av logopeder. Koordinering, kapasitet og kvalitet på disse tjenestene varierer mellom kommuner. Dette er svært utfordrende for pasientene og deres pårørende.
- Trening i dagliglivets gjøremål og tilbakeføring til arbeid blir ikke prioritert gjerne pga. manglende kapasitet.
- Rutiner for om eller hvordan kognitive egnethet for bilkjøring vurderes varierer i stor grad mellom institusjoner og fastleger. Dette kan føre til uforsvarlighet og ulik behandling av like tilfeller.
- Avlastning er ikke høyt nok prioritert i mange kommuner. Det er få kommuner som gir jevnlig avlastningsopphold, få kommuner planlegger for fremtidig behov, avlastning i eget hjem er lite brukt. Det er viktig at kommunene har tilbud om avlastningsopphold og at dette fortsatt må være vederlagsfritt
- Lov om sosiale tjenester § 4-2 gir rett til avlastning for de som har særlig tyngende omsorgsoppgaver. Manglende tilbud og oppfølging i kommunene av mennesker med kognitiv svikt er vel dokumentert. Nedsatt funksjonsevne og/eller kognitiv svikt kan gjøre pasienten avhengig av hjelp resten av livet. Forløpsgruppen understreker behovet for avlastning både av hensyn til den slagrammede og de pårørende.
- Det må jobbes systematisk for å øke kunnskap og bruk av individuell plan.

6.2 Tiltak og positive erfaringer

- Nasjonale myndigheter må stille krav om at epikrisen skal følge pasienten ved utskrivning. Dette krever endring i sykehusets rutiner og kombineres med melding via Helsennett og telefon.
- Det bør etableres et differensiert rehabiliteringstilbud i kommunene som dekker individuelle behov for opptrening; det vil si tilbud om døgnrehabilitering og dagrehabilitering, tilbud om tverrfaglig opptrening i hjemmet og tilbud om spesifikk opptrening ved fysikalsk institutt.
- Sikre tilstrekkelig grunnbemanning av rehabiliteringspersonale i primærhelsetjenesten: logopedi, fysioterapi, ergoterapi, sosionom, miljøterapeut, sykepleie etc. Der slik bemanning er tilgjengelig (i for eksempel ambulante team) oppnås bedret funksjon og mer aktive personer som er mer tilfreds med dagliglivet.
- Sikre tilstrekkelig intensitet og varighet av tiltak som fremmer funksjon.
- Mennesker som er rammet av hjerneslag har behov for tverrfaglige koordinerte tjenester. Tverrfaglige ambulerende team er en god løsning for å ivareta både fysiske, psykiske, kognitive og sosiale utfordringer pasienten og de pårørende møter. I Trondheim er det utviklet en modell hvor et koordinerende (ikke

behandlende) ambulerende team bestående av sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, samt lege og logoped på konsultasjonsbasis følger opp pasienten de første fire ukene etter utskrivning. Teamet er forankret i slagenheten, men samarbeider tett med kommunehelsetjenesten om å finne fleksible løsninger på tvers av tradisjonelle fagområder. Kontaktpersonen i teamet skal være pasientens kontaktperson/ambassadør⁴ de første fire ukene etter utskrivning fra sykehus. Det bør også etableres egne tverrfaglige team i kommunehelsetjenesten som kan ivareta det videre behovet for rehabilitering.

- Om lag en tredjedel av de slagrammede sliter med psykiske vansker (for eksempel angst eller depresjon) flere år etter slaget. Mange søker ikke hjelp for disse vanskene. Fastlegene bør ta initiativ til å undersøke og følge opp psykisk funksjonshemming hos slagrammede i senfasen.
- Forny utredning etter 1-3 måneder.
- Likemannsarbeid: likemannsbasert opplæringstilbud for pasienter og pårørende som en del av rehabiliteringen (se vedlegg om Mork rehabiliteringssenter, Helse Førde HF).
- Veileder om språk og talevansker hos voksne bør oppdateres og distribueres til kommunene. Dette kan bidra til å sikre en helhetlig kjede i forhold til språkproblematikk.
- Styrke kunnskapen i kommunene om kognitive problem, tilpassing av aktiviteter og økt deltakelse for mennesker med demens.
- Tilbud om omsorgsboliger, akutt plasser og avlastningsplasser må sikres i alle kommuner.
- Økt bruk av personlig koordinator.
- Grundig kartlegging av kognitiv funksjon og tilpasset tilbakemelding og informasjon til både pasient, pårørende og hjelpeapparat gir grunnlag for relevant tilrettelegging og tilpassede tiltak. Det kan bidra til innsikt og aksept av den slagrammede og av situasjonen og hjelpe til å leve videre. Etter 1-4 mnd bør utredningen gjennomføres av fagfolk med nevropsykologisk spisskompetanse⁵.

7. Om systemrettede tiltak

- Folkeopplysningsarbeid om risikofaktorene for slag og hvordan disse kan forebygges må styrkes. Likeledes opplysning om symptomer på slag og at det er nødvendig å søke hjelp raskt.
- Generell styrking av det kommunale legevaktstilbudet (tilgjengelighet og kvalitet).
- For å lykkes med samhandling må det etableres hensiktsmessige samhandlingsarenaer hvor alle involverte aktører møtes. De koordinerende enhetene må bli mer synlige, jf. arbeidet med nasjonal rammeavtale om samhandling mellom HOD og KS.

⁴ Modell er lagt ved som vedlegg

⁵Kjersti Nøkleby, Erik Boland, Hilde Bergersen, Anne-Kristine Schanke, Lasse Farner, Jørgen Wagle, Torgeir Bruun Wyller: "Screening for cognitive deficits after stroke. A comparison of two screening tools." i Clinical rehabilitation 2008, desember 22, 12: 1095-1194.

- Tjenestene må tilstrebe raskere flyt av informasjon: dette krever mer effektive rutiner og økt bruk av IKT.
- Arbeidet med individuell plan må styrkes og være styrende for prosessene på tvers av etater, herunder utdanning. Brukerne må få rett til tiltak, og ikke bare en plan. Samhandlingsansvar må være et tydelig og prioritert lederansvar
- Nasjonale myndigheter bør vurdere om rett til ny opplæring etter sykdom og skade, herunder logopedtjenester, bør flyttes fra opplæringsloven til helselovgivningen. Alternativt bør det vurderes om det i gjeldende lovtekst bør presiseres at loven også gjelder mennesker med behov for ny opplæring etter sykdom eller skade.
- Etablering av interkommunale samarbeid om logopedtjeneste i små kommuner.
- Det kommunale tjenesteapparatet bør styrkes:
 - o Det bør avsettes nasjonale midler til stimulering av kommunale tiltak for forebygging og rehabilitering.
 - o Det bør etableres koordinerende ambulerende team. Dette er eneste veldokumenterte tiltak for rehabilitering i kommunen. Ambulerende team er i dag en utgiftspost for sykehusene som gir besparelser i kommunene.
 - o Det må etableres kommunale tiltak som fanger opp begynnende funksjonssvikt. Det er behov for mer forskning for å utvikle metoder som kan identifisere markører for dette.
 - o Kommunehelsetjenesten må rustes opp med tanke på kvalitet, kompetanse og kapasitet slik at brukerne får likeverdige tjenester uavhengig av bosted.
 - o Det bør etableres kommunale lærings- og mestringssentra med fokus på lokale tilbud.
- Kvalitet og struktur på spesialisthelsetjenestens tilbud:
 - o For å sikre likhet og kvalitet i den akutte behandlingen av hjerneslag må behandlingen skje i slagenheter og spesialiserte slagsenter.

8. Relevante faglige retningslinjer, rapporter og veiledere

- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
- Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer - kortversjon (brosjyre) [IS-1675]
- Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer [IS-1550]
- Individuell plan – veileder [IS-1253]
- Rehabilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap [IS-2715]
- Rehabilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap [IS-2715]
- Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (på høring til 15.10.09)
- Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende (høring under behandling)
- Forebygging og behandling av underernæring (på høring)
- Svelgetesting ved akutt hjerneslag, Konsensusrapport, Slagenhetene ved sykehusene i Helseregion Sør-Øst og Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag (2008).

9. Andre nyttige linker

[http://burns.idium.net/nasjonalforeningen.no/no/Hjerte- og karsykdom/](http://burns.idium.net/nasjonalforeningen.no/no/Hjerte-og_karsykdom/)

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Nasjonal rammeavtale om samhandling pa helse- og omsorgsomraadet.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Nasjonal_rammeavtale_om_samhandling_pa_helse-og_omsorgsomraadet.pdf)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009.html?id=567201>

10. Litteratur

Slagenheter

The Stroke Unit Trialists' Collaboration. A systematic review of organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002:CD000197.

Langhorne P, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age Aging 2002; 31:365-71.

Langhorne P, Dey P, Woodman M et al. Is stroke unit care portable? A systematic review of the clinical trials. Age Aging 2005; 34:324-30.

Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit. A randomized controlled trial. Stroke 1991; 22:1026-1031.

Indredavik B, Bakke F, Slørdal S, Rokseth R, Haaheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important? Stroke 1999; 30:917-923.

Indredavik B. En effektiv slagenhet – hva er det? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 9,2007;1214-18.

Ambulant team og "hjemmebasert rehabilitering"

Early supported discharge trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. The Cochrane database of Systematic reviews 2005, Issue 2.

Langhorne P, Taylor G, Murray G et al. Early supported discharge for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2005; 365:501-06.

Indredavik B, Fjærtøft H, Ekeberg G, Løge A, Mørk B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized controlled trial. Stroke 2000;31:2989-2994.

Fjærtøft H, Indredavik B, Magnussen J, Johnsen R. Early supported discharge for stroke patients improves clinical outcome. Does it also reduce use of health services and costs? Cerebrovasc Dis 2005; 19:376-383

Fjærtøft H, Indredavik B. Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 9,2007;127:442-5

Trening i dagliglivets aktiviteter eks. til pkt. 6,1 "trening i dagliglivets...":

Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, Gladman JR, Corr S, Donkervoort M, Edmans J, Gilbertson L, Jongbloed L, Logan P, Sackley C, Walker M, Langhorne P: "Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. BMJ. 2007 Nov 3; 335(7626):922. Epub 2007 Sep 27".

Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, Langhorne P, Dewey M, Corr S, et al.: "Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. Stroke 2004;35(9):2226-2232".

Outpatient Service. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD002925. Ref ID: 200.

Til punkt 6.2

Langhorne P, Wagenaar R, Partridge C. Physiotherapy after stroke: more is better? Physiother Res Int 1996; 1:75-88

Kwakkel G, van Peppen R, Wagenaar RC, Wood Dauphinee S, Richards C, Ashburn A, et al. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta-analysis. Stroke 2004; 35:1146-1152

Livsstilsgrupper for eldre

Clark F, Azen SP, Carlson M, et al. Embedded Health -Promoting Changes into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-term Follow up of Occupational Therapy intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2001;56b:60-63.

Oppfølging av psykiske senfølger etter hjerneslag

Eystein Stordal, Ingvar Bjelland, Alv A. Dahl og Arnstein Mykletun: "Anxiety and depression in individuals with somatic health problems. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)" i *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 136-141.

Hilde Bergersen, Kathrine Frey Frøslie, Katharina Stibrant Sunnerhagen, Anne-Kristine Schanke: "Anxiety, depression and psychological well being two to five years post stroke" (kommer i "Journal of Stroke and cerebrovascular diseases").

Ann-Cathrin Jönsson: doktoravhandling 2007, Lund Universitet: "Life after stroke. Outcome and views of patients and carers"

Bente Thommessen, Dag Årslund, Anne Brækhus, Anne Rita Oksengård, Knut Engedal og Knut Låke: "The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke,

dementia and Parkinson's disease", International journal of geriatric psychiatry 2002; 17: 78-84.)

Vedlegg

Mork rehabiliteringssenter

Opplæringstilbud: likemannsarbeid, tverrfaglige helsepedagogiske prinsipper
Mork rehabiliteringssenter, Helse Førde HF har et likemannsbasert opplæringstilbud for pasienter og pårørende som en del av rehabiliteringen. Brukerkonsulenten, en tidligere hjerneslagpasient, er ansatt og arbeider med likemannsarbeid. Gjennom diskusjon, refleksjon og deling av erfaring tilegner den enkelte seg ny kunnskap som forebygger vansker i pasientforløpet og hindrer ytterligere brudd. Opplegget baserer seg på likeverdig dialog. Et pasientmiljø preget av kommunikasjon, medvirkning og sosialt felleskap styrker tilpassningen og forståelsen for egen livssituasjon. Tverrfaglig samarbeid om opplæring i gruppe og individuelt sikrer at opplæring og informasjon er forstått, og at den slagramma og pårørende har samme kunnskap.

Ambulerende team Trondheim

Ambulerende team

