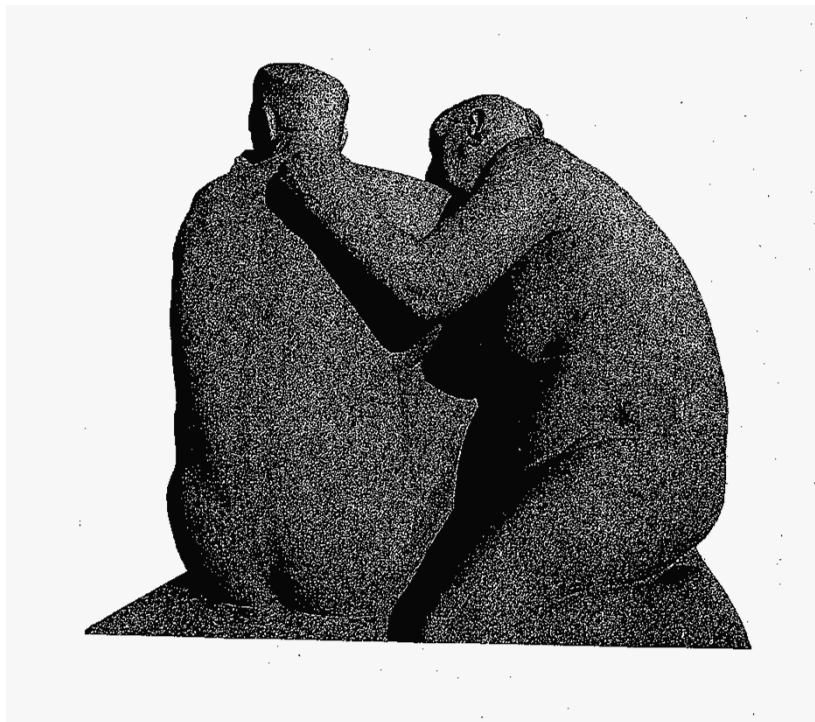


Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2011

Systemrevisjon: Behandling av eldre pasienter med hjerneslag



Godkjent av Lars E. Hanssen 7. desember 2010

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1. Bakgrunn	4
1.2. Hva tilsynet skal handle om	4
1.3. Rettslig grunnlag	6
1.4. Hvordan veilederen skal forstås og brukes	7
2. Internkontroll i behandling av eldre slagpasienter	7
2.1. Organisering og planlegging	8
2.2. Tverrfaglige behandlingsteam (personell- og kompetansestyring)	8
2.3. Tilrettelegging for god praksis og tverrfaglighet	10
2.4. Avviksbehandling	11
2.5. Ledelsens gjennomgang og oppfølging av om behandlingen av eldre slagpasienter er forsvarlig	11
3. Forsvarlig behandling av eldre slagpasienter	11
3.1. Generelt om hjerneslag	11
3.2. Observasjon, utredning og medisinsk behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset	12
3.2.1. <i>Observasjon</i>	13
3.2.2. <i>Utredning</i>	14
3.2.3. <i>Behandling</i>	16
3.3. Tidlig rehabilitering	16
3.3.1. <i>Generelt</i>	16
3.3.2. <i>Tidlig mobilisering og rehabilitering</i>	16
3.4. Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag	19
3.4.1. <i>Generelt</i>	19
3.4.2. <i>Komplikasjoner som følge av svelgvansker (ernæringsproblemer og aspirasjonspneumoni)</i>	19
3.4.3. <i>Trykksår (decubitus)</i>	20
3.4.4. <i>Sekundærforebyggende behandling</i>	21
4. Revisjonskriterier	22
4.1. Generelt	22
4.2. Revisjonskriterier	24
5. Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet	28
5.1. Generelt	28
5.2. Tilsynsmetodikk	28
5.3. Tilsynslagene	28
5.4. Tilsynets tidsramme og omfang	29
5.5. Valg av virksomheter	29
5.6. Adressat for varsel om tilsyn og tilsynsrapporter	29
5.7. Forberedelser og dokumentinnhenting	29

5.8. Intervjuobjekter, intervjuer og stikkprøver	30
5.9. Oppfølging av avvik	30
6. Tilsynsrapporter	31
6.1. Tilsynsrapport fra det enkelte tilsyn	31
6.2. Regional oppsummeringsrapport	31
6.3. Nasjonal oppsummeringsrapport	32
7. Referanser.....	32

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Statens helsetilsyn har valgt tjenester til eldre som satsingsområde fra 2009 til 2012. Det er besluttet at det skal gjennomføres landsomfattende tilsyn på følgende områder:

- 2010: kommunale sosial- og helsetjenester til eldre
- 2011: spesialisthelsetjenester til eldre
- 2012: samhandlingen mellom nivåene om helsetjenester til eldre

Som en del av planleggingen av tilsynene i 2011, gjennomførte Statens helsetilsyn en risikovurdering for å identifisere inntil 15 av de viktigste risikoområdene innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre (1). Resultatene fra risikovurderingen er lagt til grunn for valg av tema: Akutt hjerneslag og hoftebrudd. Denne veilederen handler om tilsyn med behandling av eldre med akutt hjerneslag.

Hjerneslag er en alvorlig sykdom som kan gi betydelige negative konsekvenser for de som rammes. I Norge er det ca. 15 000 tilfeller av hjerneslag hvert år. Forekomsten øker betydelig med alder. To tredjedeler av slagtilfellene rammer pasienter over 75 år (2).

Helsedirektoratet publiserte nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i april 2010 (3). Denne veilederen bygger i betydelig grad på disse retningslinjene.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter gjeldende prosedyre.

Veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av: Seniorrådgiver Anne Christine Breivik (til 13.09.2010), ass. fylkeslege Jo Kåre Herfjord, seniorrådgiver Elin Kværnø (fra 13.09.2010), seniorrådgiver Berit Holthe Munkeby, seniorrådgiver Kurt I. Myhre, seniorrådgiver Wenche Skjær og seniorrådgiver Aud Frøysa Åsprang (oppgaveansvarlig).

1.2. Hva tilsynet skal handle om

Dette tilsynet har som hovedmål å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig behandling av eldre med diagnosen hjerneslag, uavhengig av om årsaken til hjerneslaget er infarkt eller blødning.

Med eldre menes i denne veilederen personer over 80 år.

Pasientgruppen tilsynet omhandler er skrøpelige eldre¹ som trenger bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasientgrupper. Det må fokuseres på pasientens totale helsetilstand, og ikke bare på selve hjerneslaget. Prinsippene for å ivareta skrøpelige eldre med akutt

¹ "Frailty is a physiological syndrome, characterized by decreased reserve and diminished resistance to stressors, resulting from cumulative declines across multiple physiologic systems, and causing vulnerability to adverse health outcomes including falls, hospitalization, institutionalization and mortality." (4)

sykdom er i stor grad sammenfallende med prinsippene for tverrfaglig slagbehandling. Et grunnleggende prinsipp i slagbehandling er at rehabiliteringstiltak og funksjonstrening settes i gang samtidig med akutt observasjon, utredning og medisinsk behandling. Samtidig må komplikasjoner forebygges.

Eldre pasienter som innlegges med akutt hjerneslag kan komme fra ulike boformer, som for eksempel eget opprinnelig hjem, omsorgsbolig og sykehjem. Uavhengig av boform skal pasienten ha samme forsvarlige slagbehandling.

WHO definerer hjerneslag som plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak, som varer i mer enn 24 timer (eller fører til død).

Blodgjennomstrømningen kan være hindret på grunn av blodpropp (hjerneinfarkt) eller blødning² (5). En tilstand som kan ligne på hjerneslag er transitorisk ischemisk anfall (TIA). Dette er en tilstand med forbigående nedsatt blodforsyning til hjernen, ofte kalt drypp. TIA har definisjonsmessig symptomvarighet under 24 timer og faller således utenfor det kliniske begrepet av hjerneslag. Spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter med TIA er derfor ikke en del av dette tilsynet.

I nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefales det at alle pasienter med hjerneslag skal behandles i slagenheter som kombinerer akuttbehandling og rehabilitering. Retningslinjene beskriver en slik kombinert slagenhet på denne måten:

”en organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering”. Ved dette tilsynet skal det undersøkes om sykehuset sikrer at eldre pasienter med hjerneslag får forsvarlig behandling og rehabilitering, uavhengig av om det foregår på en enhet som benevnes som slagenhet eller i en annen type sengeavdeling.

For å avgrense tilsynets omfang er det valgt ut følgende områder hvor det kan være fare for svikt som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient:

- Observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
- Tidlig rehabilitering
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Vi har valgt å se på observasjon, utredning og behandling i hovedsak de første 24 timene etter innleggelse fordi det er den mest kritiske fasen. For et par av tilsynets temaer strekker den kritiske fasen seg utover 24 timer, og følgelig gjør også tilsynets fokus det.

Tilsynet skal omfatte tidsperioden fra pasienten forlater akuttmottaket og fram til utskrivning. Hvis pasienten flyttes mellom ulike sengeavdelinger på sykehuset, skal tilsynet følge hele forløpet. Hvis pasienten derimot overflyttes til annen avdeling fordi det har oppstått et medisinsk tilleggsproblem som må behandles annet sted, skal tilsynet ikke følge forløpet videre. Som eksempel kan nevnes en pasient som har pådratt seg et hoftebrudd etter fall på sykehuset, og overflyttes til ortopedisk/kirurgisk avdeling for

² Stroke is defined as rapidly developing clinical signs of focal (or global) disturbance of cerebral function, lasting more than 24 hours or leading to death with no apparent cause other than that of vascular origin”

behandling av dette. Tilsynets undersøkelser stopper da ved overføring til ortopedisk/kirurgisk avdeling. Behandling prehospitalt og/eller i akuttmottak er følgelig ikke en del av dette tilsynet. Sykehusene kan imidlertid være noe ulikt organisert, noe som vil kunne innebære ulik ansvars- og oppgavefordeling mellom akuttmottaket, intensivavdeling, eventuell observasjonspost og slagenheten/sengeavdelingen. Det vil derfor kunne forekomme at oppgaver som skal undersøkes i dette tilsynet på noen sykehus utføres i akuttmottak og andre steder i sengeavdelingen. Eksempler på dette kan være blodprøvetaking og oppstart med intravenøs væsketilførsel. Slike oppgaver vil da likevel være omfattet av tilsynet. Oppgavene er av en slik art at det skal være forholdsvis enkelt å finne dokumentasjon på om de er gjennomført eller ikke i den enkelte pasients journal, selv om de er utført i akuttmottaket. Det skal dermed ikke være nødvendig med intervju eller annen verifikasjon i akuttmottaket. Derimot vil det være hensiktsmessig å intervju den som har overordnet ansvar for slagbehandlingen vedrørende oppgavefordelingen mellom slagenheten/sengeposten og akuttmottaket.

Trombolysebehandling kan være aktuell behandling ved hjerneslag som følge av blodpropp i hjernen. Slik behandling forutsetter god samhandling mellom kommunehelsetjenesten, prehospital enhet og akuttmottaket på sykehuset. Samhandling mellom nivåene er ikke i fokus ved dette tilsynet. Behandlingen må igangsettes raskt (maks. 3 timer etter symptomdebut), og er ikke beregnet på pasienter under 18 år eller over 80 år. På denne bakgrunn har vi valgt å utelate trombolysebehandling fra dette tilsynet.

Etter et akutt hjerneslag og den første behandling og tidlig rehabilitering på sykehuset, vil flertallet av pasientene ha behov for videre rehabilitering. Slik rehabilitering kan foregå enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten, og omfattes ikke av dette tilsynet.

Tiltak sykehuset iverksetter for å planlegge utskrivning av en pasient og samhandling med kommunen eller annen enhet i spesialisthelsetjenesten rundt utskrivningen, hører ikke med til dette tilsynet. Vi har likevel i et par tilfeller pekt på epikriser som egnede kilder for å undersøke helseforetakets praksis med å sikre videreføring av nødvendig behandling.

1.3. Rettslig grunnlag

Ved dette tilsynet er det først og fremst kravet til forsvarlig virksomhet jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2 som er sentralt.

Helsetjenesten er pålagt å etablere internkontroll for å sikre faglige forsvarlige tjenester jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften). Kravene i internkontrollforskriften skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Forskrift om habilitering og rehabilitering har en bestemmelse om brukermedvirkning i § 5, jf. lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) §§ 1-3 bokstav b og 3-1, som er relevant for dette tilsynet når det gjelder tidlig rehabilitering.

Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag er utarbeidet i et nært samarbeid mellom helsemyndighetene og relevante fagmiljøer. Klinisk praksis som følger anbefalingene i retningslinjene vil bidra til at pasienter som rammes av hjerneslag får forskningsbasert behandling av god kvalitet. Dersom det velges løsninger som i vesentlig grad avviker fra anbefalingene i retningslinjene, skal dette derfor dokumenteres og begrunnes.

Retningslinjene har også en rekke anbefalinger som gjelder organiseringen av tilbudet. Disse er først og fremst rettet mot ledelsen i tjenesten.

1.4. Hvordan veilederen skal forstås og brukes

I kapittel 3 er kravet om faglig forsvarlighet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 drøftet og konkretisert for aktiviteter og prosesser som tilsynet omhandler. Kravene i internkontrollforskriften til ledelse, organisering og styring er beskrevet i kapittel 2, og drøftet og konkretisert i forhold til tilsynets tema. Konkretiserte krav i kapittel 2 og 3 kobles sammen og presenteres som revisjonskriterier i kapittel 4. Følgelig må kapittel 2, 3 og 4 leses i sammenheng for å få oversikt over hva faglig forsvarlig behandling innebærer for eldre slagpasienter.

Alle revisjonskriteriene med underkriterier må vurderes samlet for å danne et bilde av om pasientbehandlingen er faglig forsvarlig. Først når hele bildet er dannet, vil det være mulig å formulere eventuelle avvik som tydelig viser hva det er i pasientbehandlingen som svikter eller representerer fare for svikt samt hvilke elementer i internkontrollen som ikke fungerer. Se kapittel 4.1.

2. Internkontroll i behandling av eldre slagpasienter

For at behandling av eldre slagpasienter skal være faglig forsvarlig, er det en forutsetning at også myndighetskravene til internkontroll etterleves.

Internkontrollforskriften § 4 første ledd sier at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Internkontrollforskriften § 5 sier at internkontrollen skal dokumenteres i den form, og det omfang, som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dette betyr at det må utøves skjønn i vurderingen av hvilke tiltak som skal kreves, og hvilke prosedyrer som skal kreves å være skriftlige. Forutsetningen er at behandling av eldre slagpasienter skal være underlagt styring, og det skal ikke være tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner at helsetjenestene som ytes, er faglig forsvarlige.

Revisjonskriteriene gir rammen for kravene, men det er handlingsrom for ulike løsninger og tilpasninger. Dette må det tas hensyn til ved gjennomføringen av tilsynet. Eksempelvis gjelder dette bruk av tverrfaglig kompetanse. Det er ikke sikkert alle behandlingssteder har en logoped, men andre yrkesgrupper kan ha spesialopplæring for å ivareta deler av deres funksjon i akuttfasen. Logopedtjenester kan også eventuelt kjøpes.

2.1. Organisering og planlegging

Behandling av eldre slagpasienter kan være ulikt organisert innen de ulike helseforetakene, men alle akutte slagpasienter skal behandles slik at akutt behandling og rehabilitering kombineres med tverrfaglig samarbeid og tidlig mobilisering. Denne pasientbehandlingen samles gjerne i en sengeenhet, ofte kallet slagenhet.

En slik enhet kan bestå av alt fra et pasientrom til en hel avdeling, og den kan også benevnes med andre begreper enn slagenhet. Uansett organisering skal det være et felles organisatorisk ledd som styrer og koordinerer aktivitetene og ressursene knyttet til denne virksomheten i helseforetaket. Dersom helseforetaket har organisert disse helsetjenestene slik at det involverer personell fra flere klinikker, kan det i noen tilfeller innebære at administrerende direktør er dette felles organisatoriske leddet.

Uavhengig av organisering og benevnelse skal slagenheten framstå som en lett identifiserbar struktur med dedikert personale, avklart ledelse, etablerte prosedyrer og nødvendig kompetanse.

Helseforetakets ledelse skal gjennom et fungerende internkontrollsystem sikre at kravene i helselovgivningen etterleves slik at eldre slagpasienter får forsvarlige helsetjenester.

Helseforetaket skal ha etablert kvalitets- og aktivitetsmål for behandling av eldre slagpasienter. Det skal være kjente mål som gjenspeiles i helsetjenestene som ytes til denne pasientgruppen. Et kvalitetsmål kan for eksempel være at alle eldre med hjerneslag skal behandles av et tverrfaglig team som ivaretar medisinsk behandling og rehabilitering parallelt. Et eksempel på aktivitetsmål kan være at det er kjent hvor mange pasienter det er kapasitet til, og hvordan situasjonen skal håndteres dersom pasienttilgangen overstiger denne kapasiteten.

2.2. Tverrfaglige behandlingsteam (personell- og kompetansestyring)

For å kunne ivareta eldre slagpasienter i akutfasen på en forsvarlig måte, er det behov for et godt tverrfaglig samarbeid i alle faser av behandlingen. Alle eldre slagpasienter skal vurderes av et tverrfaglig team som definerer mål i samarbeid med pasient og/eller pårørende, og utarbeider og gjennomfører en plan for behandling og rehabilitering.

Teamet må ha etablert møtестruktur og samhandlingsformer som ivaretar tverrfaglig samarbeid om behandling og rehabilitering. Møtестruktur og andre samhandlingsformer må være kjent og bli fulgt opp av alle i det tverrfaglige teamet. Videre må det være avklart hvem i teamet som har ansvar for og myndighet til å beslutte, starte og følge opp ulike behandlingstiltak, inkludert rehabiliteringstiltak. Alle i teamet må være kjent med hvem som gjør hva, til hvilken tid. Beslutninger og relevant informasjon fra det tverrfaglige teamet om mål og behandling for den enkelte pasient må videreformidles til personell som er involvert i arbeidet.

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler at følgende faggrupper deltar i det tverrfaglige teamet:

- overlege (nevrolog, geriater, indremedisiner)
- sykepleiere, inkludert slagsykepleier
- fysioterapeut
- ergoterapeut
- logoped

Det kan også være aktuelt å ha med hjelpepleiere/helsearbeidere eller andre faggrupper i teamet dersom de er involvert i denne behandlingen. Tilsynet skal ha fokus på om oppgavene beskrevet i kapittel 3 løses på en forsvarlig måte. Det innebærer blant annet god samhandling mellom de ulike faggruppene. Dersom det for eksempel mangler logoped, skal det undersøkes om noen andre er spesialopplært til å ivareta deler av en logopeds oppgaver eller om logopedtjenester kjøpes.

Bemanningen skal gjennom hele døgnet og hele uka, også i ferier og høytider, være tilpasset de oppgavene som skal ivaretas. Dette inkluderer både antall personell og deres kompetanse til å mestre aktuelle og pålagte oppgaver. Tverrfagligheten må ivaretas også ut over dagtid på hverdager. Dette er spesielt viktig ved behandling av den aktuelle pasientgruppen, fordi det kreves vurderinger av et tverrfaglig team. Det kan ikke forventes helt samme tilgangen på kompetanse på kveld, helger, høytider og ferier, men tverrfagligheten må allikevel ivaretas. For eksempel vil fysio- og ergoterapeutressursene ofte være redusert på disse tidspunktene, slik at de må prioritere pasienter med størst behov for deres spesialkompetanse. Det vil da kunne være aktuelt at andre fagpersoner overtar noen av fysio- og ergoterapeutenes oppgaver, som for eksempel igangsatte rehabiliteringstiltak. Hvis pleiepersonalet ivaretar konkrete oppgaver for fysio- eller ergoterapeuter, må de få opplæring i hvordan dette skal gjøres.

Om tverrfagligheten ivaretas, må forventes å framkomme i for eksempel journalnotat, referat/oppsummering fra møter i det tverrfaglige teamet og plan for rehabilitering.

Sykepleiere i slike team har mange oppgaver knyttet til akutt behandling, observasjon, forebygging av komplikasjoner, pleie av pasienter med til dels stort hjelpebehov, stimulering, tidlig mobilisering og rehabilitering. Alle disse oppgavene må løses for å tilby effektiv slagbehandling. Derfor anbefales det også at enheten disponerer en slagsykepleier med ansvar for kontinuitet, kompetanseheving og koordinering av pleievirksomheten. Alternativt kan det være andre som har et slikt ansvar. Det vesentlige er at de ulike funksjonene ivaretas.

Personalet må ha spesialopplæring/spesialkompetanse om behandling og rehabilitering av slagpasienter, og det må være en plan for internopplæring og annen kompetanseutvikling, også tverrfaglig. Det må videre være klart hvem som har ansvaret for å sikre denne kompetansen. Det skal være definerte kompetansekrav for ulike funksjoner, og personellet skal ha gjennomgått opplæring for sine oppgaver. Det må foreligge en plan for opplæring og oppfølging av nyansatte og vikarer. Alle skal ha nødvendig innsikt i vedtatte rutiner, også avvikssystemet, før de kan yte helsetjenester på egen hånd. Nyansatte og vikarer må få ekstra oppfølging.

Knapphet på ressurser vil alltid være en risikofaktor. For å ivareta en forsvarlig ressursdisponering, må variasjoner i arbeidsbelastningen være kjent og fulgt opp gjennom turnusplanlegging og andre nødvendige aktiviteter.

Vaktskifter kan true kontinuitet i arbeidet, og må derfor foregå på en styrt måte slik at all nødvendig informasjon og alle nødvendige oppgaver videreføres. Dette gjelder alle personellgrupper.

Det må være avklart hvem som skal koordinere og følge opp personell som organisatorisk tilhører en annen enhet, og det skal være klare kriterier for når det må tilkalles mer personell og/eller personell med annen eller høyere kompetanse. Dette er viktig også der noe av slagbehandlingen foregår i akuttmottaket, denne behandlingen må også være underlagt faglig styring fra den/de som har ansvaret for helseforetakets slagbehandling.

2.3. Tilrettelegging for god praksis og tverrfaglighet

Sykehus er store organisasjoner med drift hele døgnet og hele året. Akutt hjerneslag må behandles raskt og uavhengig av når på døgnet det skjer. Behandlingen involverer flere faggrupper og flere enheter på sykehuset. Også nyansatt helsepersonell og innleide vikarer må vite hvordan akutt hjerneslag skal behandles, se kapittel 2.2, også hvis noe av behandlingen foregår i akuttmottaket, se kapittel 3.2. For å sørge for at eldre slagpasienter får forsvarlig behandling, må sykehuset ha skriftlige rutiner som sikrer de mest kritiske trinnene ved diagnostikk, utredning, observasjon, akutt behandling, tidlig rehabilitering og forebygging av komplikasjoner.

Dette fordrer at kritiske trinn i behandlings- og rehabiliteringsforløpet skal være identifisert, både generelt og for den enkelte pasient. Utfordringer knyttet til behandling av eldre slagpasienter skal være en del av fokuset i en slik risikovurdering. Vurderingene vil både kunne være basert på fagkunnskap om hvilke utfordringer denne typen tjenester er utsatt for, og problemstillinger som er særegne for den aktuelle pasientgruppen. For eksempel må det gjøres en risikovurdering av om tidlig rehabilitering kan iverksettes som planlagt.

Nødvendige tiltak skal være iverksatt for i størst mulig grad å redusere faren for svikt. Tiltakene kan eksempelvis være skriftlige prosedyrer, opplæring, omrokering av personell, tilrettelegging av lokaler, kontrolltiltak som for eksempel interne revisjoner, endrede rutiner. Det må sikres at de riktige prioriteringene gjøres, og da i henhold til helseforetakets resultat- og aktivitetsmål for behandling av eldre slagpasienter. Videre må det sikres at rett helsefaglig kompetanse benyttes.

Alt personell skal være kjent med sine arbeidsoppgaver, og ha klare fullmakter med tydelig ansvar og myndighet. Funksjonsbeskrivelser bør være skriftlige, i alle fall for de arbeidsoppgaver som anses som kritiske trinn i pasientbehandlingen, der det er fare for svikt.

Det skal etableres rutiner, prosedyrer og andre nødvendige tiltak som bygger på nasjonale faglige retningslinjer. Praksis som avviker fra dette må være velbegrunnet. Rutiner, prosedyrer og andre nødvendige tiltak skal være entydige og tilpasset kompetansen til involvert personell. Vedtatte rutiner og prosedyrer skal være kjent og bli etterlevd av personalet, og skal fungere uavhengig av hvem som er på vakt. Risikovurderinger basert på arbeidsprosessens kompleksitet og hastegrad, personellens utdanning og erfaring, intern

opplæring og utskiftning av personell, vil avgjøre om prosedyrer må være skriftlige eller ikke. Dette skal virksomheten selv ha gjort seg opp en mening om.

2.4. Avviksbehandling

Helseforetaket skal ha et fungerende avvikssystem som fanger opp, retter opp og forebygger svikt og fare for svikt i behandlingen av eldre slagpasienter. Et slikt avvikssystem kan bestå av for eksempel avviksskjemaer, forbedringsskjemaer, rapporteringsbøker, evalueringer eller møter. Kunnskap om svikt skal føre til forbedring av pasientbehandlingen, og må håndteres på en systematisk måte slik at helseforetaket kan lære av feil. Det er ikke bare de alvorlige pasientskadene som skal meldes eller tas opp, men også svikt i daglige rutiner.

Det er en utfordring å få til en kultur i virksomheten for åpenhet om svikt, feil og mangler. Avviksbehandling skal prioriteres og jobbes med kontinuerlig for å sikre forsvarlige tjenester. Alle som yter helsetjenester til eldre slagpasienter skal være kjent med slagenhetens/ sengeavdelingens avviksrutiner, og melde fra om avvik. Lederne skal følge opp at avvikene korrigeres, at korrigerende tiltak har ønsket effekt og at prosedyrer endres om nødvendig. Avvik som ikke lukkes innen akseptabel tid på aktuelle nivå eller som involverer flere enheter/aktører, må løftes opp i organisasjonen.

2.5. Ledelsens gjennomgang og oppfølging av om behandlingen av eldre slagpasienter er forsvarlig

Helseforetakets øverste ledernivå har ansvar for å tilse at rammebetingelsene muliggjør at eldre slagpasienter ivaretas i tråd med kravene i helselovgivningen og at overordnede mål for behandling etterlevs. Klinik- og avdelingsledere skal følge opp og ha oversikt over den faktiske driftssituasjonen, og iverksette eventuelle tiltak dersom det er nødvendig. Det skal føres systematisk kontroll med at vedtatte mål og rutiner etterlevs slik at denne pasientgruppen får faglig forsvarlig behandling. Dette kan gjøres ved å gjennomføre stikkprøver, evalueringer, interne revisjoner, ledelsens gjennomgang (strategisk møte) eller på andre måter. Et godt fungerende avvikssystem er også en del av en slik oppfølging.

3. Forsvarlig behandling av eldre slagpasienter

3.1. Generelt om hjerneslag

I Norge er det knapt 15.000 nye hjerneslag hvert år, fordelt på ca. 11.000 førstegangsslag og ca. 3.500 recidivslag. I 2007 ble 11.056 pasienter innlagt med akutt hjerneslag, gjennomsnittlig liggetid var 11,5 døgn mens median liggetid var 5-6 døgn (6).

Dødelighet i befolkningen på grunn av slag er redusert de siste tiårene, men den aldersrelaterte forekomsten av nye slag synes ganske stabil. Antall slagtilfeller vil stige de nærmeste årene på grunn av økt antall eldre, det vil sannsynligvis bli en 50 % økning av antall nye hjerneslag fram mot 2030 (7).

Omtrent 85 % av slagtilfellene skyldes hjerneinfarkt (ICD-10 kode I63)³, og ca. 10 % skyldes hjerneblødning (ICD-10 kode I61). Disse to kategoriene omtales i denne veilederen.

Risikofaktorer

Forekomsten av hjerneslag øker betydelig med alder, 65 % av slagtilfellene rammer pasienter over 75 år. Risikoen er noe høyere for menn enn for kvinner, likevel rammes flere kvinner enn menn i absolutte tall fordi kvinner lever lenger.

Den viktigste modifiserbare risikofaktoren for slag er høyt blodtrykk. Andre risikofaktorer er bl.a. røyking, diabetes, overvekt, atrieflimmer, hyperlipemi (for hjerneinfarkt), carotisstenose (forsnevring av halspulsåren), lav sosioøkonomisk status og høyt alkoholkonsum. Det er sannsynlig at genetiske faktorer har betydning. Studier har vist at førstegradsslektning med slag gir 30 % økt risiko for selv å få slag (8).

Prognose

Dødelighet første måned etter slag er på 15-20 % (2), og opptil 20 % blir sykehjemspasienter. Av dem som overlever vil ca. en tredjedel få en betydelig funksjonssvikt som gjør dem avhengige av hjelp fra andre i aktiviteter i dagliglivet (ADL), ca. en tredjedel vil få redusert funksjon, men forblir stort sett selvhjulpne, mens ca. en tredjedel vil bli helt eller nesten helt restituert (3).

Senfølgene av slaget vil i stor grad være avhengige av hjerneskadens størrelse og lokalisasjon. Vanlig er lammelser i ulike deler av kroppen, taleforstyrrelser og kognitive forstyrrelser (forstyrrelser i sansning, erkjennelse og tenkning). En viktig hensikt med rehabiliteringen er å begrense senfølgene ved å hjelpe pasienten til å ta i bruk sin restfunksjon på best mulig måte.

Etter gjennomgått hjerneslag er det en betydelig risiko for å få et nytt slag. For hjerneinfarkt er risikoen omtrent 10 % det første året og deretter 5 % årlig, altså 30 % i løpet av en 5-års periode (3).

Pasienter med hjerneinfarkt har også økt risiko for andre vaskulære hendelser som for eksempel hjerteinfarkt. Det er vist at sekundærforebygging av hjerneslag kan ha stor nytteverdi, med risikoreduksjon opp mot 50-70 % (9).

3.2. Observasjon, utredning og medisinsk behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset

Som omtalt i kapittel 1.2 er ikke den behandlingen som slagpasienter får i akuttmottak tema ved dette tilsynet, men sykehusets organisering kan likevel tilsi at man må se på visse oppgaver utført i akuttmottaket, som en del av journalgjennomgangen. Det skal ikke være nødvendig med intervju eller annen verifikasjon i akuttmottaket. Det vil derimot være hensiktsmessig å intervju den som har overordnet ansvar for slagbehandlingen vedrørende oppgavefordelingen mellom slagenheten/sengeposten og akuttmottaket.

³ ICD-10 er en internasjonal klassifikasjon av diagnoser. Obligatorisk i bruk i spesialisthelsetjenesten som grunnlag for statistikk.

Det er av vesentlig betydning at det enkelte sykehus har tydelige skriftlige og innarbeidede retningslinjer/prosedyrer for hvor ansvaret for de ulike oppgavene er plassert, og for hvordan samhandlingen mellom akuttmottaket og slagenheten/sengeavdelingen skal foregå. Se kapittel 2.2 og 2.3.

En del av den medisinske behandlingen og utredningen er lik ved hjerneinfarkt og hjerneblødning. Der det er forskjeller vil dette komme tydelig fram i teksten.

3.2.1. Observasjon

Fysiologisk homøostase

I følge de nasjonale faglige retningslinjene har generell observasjon og behandling i akuttfasen som mål å optimalisere den fysiologiske homøostasen, noe som innebærer likevekt i kroppens indre miljø. Det vil si at basale funksjoner som respirasjon, oksygenmetning, blodtrykk, puls, væskebalanse, elektrolyttbalanse, pH og blodsukker er i normalområdet. Ved akutt hjerneslag er det spesielt viktig å opprettholde denne likevekten. Optimal tilførsel av oksygen, næringsstoffer osv. til hjernen vil bidra til at celler i randsonen av skaden blir bevart.

Respirasjon, oksygenmetning, blodtrykk, puls, væskebalanse, temperatur og blodsukker skal observeres hos alle nye slagpasienter i hvert fall de første 12-24 timer, lenger hos ustabile pasienter. De nasjonale faglige retningslinjene gir ikke klare føringer for hvor intenst og hvor langvarig en slik observasjon skal være. Ved dette tilsynet er det observasjoner som gjøres de første 24 timene som skal undersøkes.

Respirasjon og oksygenmetning

Det er vanlig med respirasjonsproblemer ved akutt hjerneslag. Ca. 60 % av alle med akutt hjerneslag utvikler hypoksi (oksygenmetning i blodet <95 %) i løpet av det første døgnet. Oksygenmetningen i blodet må måles og vurderes flere ganger i døgnet hos pasienter med akutt hjerneslag.

Sirkulasjon (blodtrykk og puls)

Optimalisering av blodsirkulasjonen i hjernen er viktig i akuttfasen. Regelmessig måling av blodtrykk og puls er derfor sentralt i observasjonen. Både for høyt og for lavt blodtrykk er uheldig og er assosiert med reduksjon i funksjonsnivå. Eksisterende studier gir ikke holdepunkt for å senke blodtrykk rutinemessig hos alle pasienter med akutt hjerneslag. Blodtrykk må overvåkes hos alle pasienter med akutt hjerneslag.

Væskebalanse

Omtrent halvparten av alle slagpasienter er dehydrert ved innleggelse eller kort tid etter. Dehydrering øker dødeligheten etter hjerneslag. Væskebalanse må sikres ved intravenøs væsketilførsel første døgnet.

Temperatur

Kroppstemperaturen må måles og vurderes flere ganger i døgnet. Kroppstemperatur > 37,5 °C innen 24-48 timer etter de første symptomene på hjerneslag er assosiert med økt dødelighet og nedsatt funksjonsnivå.

Blodsukker

Forhøyet blodsukker hos pasienter både med og uten diagnosen diabetes (sukkersyke) er assosiert med dårligere enderesultat. Blodsukkeret må derfor kontrolleres og vurderes regelmessig, minst fire ganger det første døgnet anbefales det i retningslinjene, og oftere hos pasienter med svært høye eller lave verdier.

Nevrologisk status

Raskt etter innleggelse i sykehuset må det gjennomføres en undersøkelse av nevrologiske utfall. Det kan være ulikt mellom sykehusene hvor denne undersøkelsen gjennomføres, enten i akuttmottaket eller i slagenheten/sengeavdelingen. Det må benyttes kartleggingsverktøy slik at det ikke blir opp til den enkelte hvordan kartleggingen skal gjøres.

Det er flere kartleggingsverktøy i bruk som alle inkluderer kjerneelementene: Bevissthet, tale og motorisk funksjon. Med det enkle verktøyet SSS (Scandinavian Stroke Scale) tar kartleggingen mindre enn fem minutter (10). NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) er litt mer omfattende (11). Verktøyene kan anvendes av både leger, sykepleiere og andre terapeuter. Det er ikke noe krav om at akkurat disse verktøyene skal brukes, men de som benyttes, må være faglig forankret og anerkjent.

3.2.2. Utredning

Hjernen og hjernens blodforsyning

Pasienter som kommer inn på sykehuset med symptomer på akutt hjerneslag, må undersøkes umiddelbart med Computertomografi (CT) eller Magnetresonanstomografi (MR) så fremt de er i stand til å gjennomgå undersøkelsen, i første omgang for å skille mellom infarkt eller blødning. Det kan være vanskelig å gjennomføre CT og spesielt MR på pasienter som for eksempel er urolige, har klaustrofobi eller problemer med å ligge på ryggen.

Bildene må vurderes med det samme av radiolog eller lege med erfaring fra slagbehandling. Dette gjelder hele døgnet, hele uka og også i høytider og ferier. Slik vurdering skjer noen steder ved hjelp av telemedisin. En rask og korrekt diagnostisering av hjerneslag krever tett samarbeid mellom mottakende lege, radiolog og lege med spesialkompetanse i behandling av hjerneslag. Det forutsetter at det er klare og innarbeidede prosedyrer og/eller praksis for hvordan samarbeidet skal være.

Hjertet

Elektrokardiogram (EKG) skal gjøres på alle pasienter.

Hjerterytmen skal observeres regelmessig på alle pasienter med akutt hjerneslag den første tiden. Tiltak må tilpasses pasientens tilstand, alt fra registrering av puls til kontinuerlig EKG overvåking. Ved mistanke om atrieflimmer anbefales det at hjerterytmen overvåkes minst 24 timer.

Ytterligere hjerteundersøkelser gjøres ut fra vurdering av den enkelte pasients behov.

Svelgvansker

Slagpasienters svelgfunksjon må rutinemessig kartlegges raskt etter innleggelse, og før mat og drikke gis via munnen (peroralt). Screening av svelgfunksjonen kan utføres på ulike måter. På det enkelte sykehus/avdeling må det imidlertid være en standardisert og innarbeidet rutine for hvordan dette skal gjøres, slik at det ikke er opp til den enkelte ansatte. Det må være klart hvem som har ansvar for å utføre screeningen og de som utfører den må ha tilstrekkelig opplæring til å utføre oppgaven. For videre oppfølging av svelgvansker, se kapittel 3.4.2.

Språk- og talevansker

Screening og utredning av språk- og talefunksjonen er noe som i stor grad skjer etter 24 timer, men temaet er så viktig at det likevel skal være med i tilsynet.

Språk- og talevansker oppstår forholdsvis ofte hos pasienter med hjerneslag. Hos en del pasienter skjer en spontan bedring de første dagene etter hjerneslaget. Det er ulike typer språk- og talevansker, to vanlige typer er afasi og dysartri.

Afasi er språklige funksjonsvansker som oppstår etter ervervet hjerneskade, og forekommer hos ca. 25 % av slagpasientene. Afasi skyldes skade i områder i hjernen som styrer språkfunksjonen, og kjennetegnes av vansker med å forstå og bruke tale og skriftspråk på en normal måte.

Dysartri er en fellesbetegnelse for talevansker som skyldes lammelser, svakhet eller manglende koordinering av muskulatur involvert i taleproduksjon. Dysartri gir pasientene problem med å uttale ordene tydelig. Ofte vil pasienter med dysartri kunne kommunisere skriftlig.

Alle pasienter med hjerneslag må tidlig i forløpet screenes med tanke på språk- og talevansker. Det kan gjøres ved å prate med pasienten og ved hjelp av egnet kartleggingsverktøy. Tidligere nevnte verktøy som SSS og NIHSS inneholder begge også enkel kartlegging av språk- og talevansker, men det er ikke noe krav om at akkurat disse verktøyene brukes. På det enkelte sykehus/avdeling må det imidlertid være en standardisert og innarbeidet rutine for hvordan screeningen skal gjøres, slik at det ikke er opp til den enkelte ansatte. Ved en slik screening fanges det opp om pasienten har forstyrrelser i språk- og talefunksjonen som ikke var til stede tidligere. Det er ikke krav om logoped for å foreta en slik screening. Den kan ivaretas av andre faggrupper som for eksempel sykepleiere og ergoterapeuter med opplæring i hvordan screeningen gjennomføres.

Pasienter hvor det observeres språk- og/eller talevansker som vedvarer ut over de første dagene, må henvises til logoped for videre kartlegging av språk- og talefunksjon. Annet personell med spesialopplæring kan i noen grad ivareta deler av dette, men kan ikke erstatte en logoped fullt ut. Hvis sykehuset ikke har logoped og derfor ikke kommer i gang med videre kartlegging, må dette formidles til den instansen som overtar ansvaret for oppfølging av pasienten etter utskrivning. Denne informasjonen må kunne finnes igjen i epikriser som sykehuset sender fastlegen og andre samarbeidspartnere.

3.2.3. Behandling

Antitrombotisk behandling

Før det settes i gang antitrombotisk behandling må det utelukkes at hjerneslaget skyldes en hjerneblødning. Dette gjøres ved en CT- eller MR-undersøkelse.

Aktuelle medikamenter for antitrombotisk behandling kan deles inn i platehemmende midler (acetylsalisylsyre (ASA), dipyridamol, klopidogrel) og antikoagulerende midler (hepariner og warfarin). Imidlertid gir disse medikamentene også økt risiko for blødning. Gevinsten ved den antitrombotiske behandlingen må derfor veies opp mot risikoen for blødning.

Platehemmende midler (vanligst brukt er ASA) anbefales brukt initialt ved akutt hjerneslag. Behandling med ASA innen 48 timer, reduserer sannsynligheten for residiv av hjerneinfarkt med 30 %, uten at risikoen for blødning (både i og utenfor hjernen) øker tilsvarende.

Alle pasienter med akutt hjerneinfarkt skal behandles med en engangsdose ASA (inntil 300 mg), hvis det ikke foreligger kontraindikasjoner. Behandlingen bør gis tidligst mulig. De nasjonale faglige retningslinjene anbefaler innen 48 timer. Dette gjelder også pasienter som brukte ASA før hjerneslaget inntraff. (Se også om antitrombotisk behandling under sekundærforebyggende tiltak, se kapittel 3.4.4.)

3.3. Tidlig rehabilitering

3.3.1. Generelt

Tidlig rehabilitering er en sammensatt prosess, og tverrfaglig samarbeid er viktig for å oppnå gode resultater.

Tidlig mobilisering og rehabilitering har forebyggende effekt på flere komplikasjoner som er forbundet med immobilitet (dyp venetrombose, lungeemboli, pneumoni, trykksår).

Eldre pasienter med hjerneslag som ikke får plass i en slagenhet, men for kortere eller lengre periode legges på en annen sengeavdeling, skal også ha tidlig mobilisering og rehabilitering fra et tverrfaglig team på samme nivå som i en slagenhet.

Ved dette tilsynet er det tidlig mobilisering og rehabilitering under det første oppholdet på sykehuset etter et akutt hjerneslag som skal undersøkes. Innholdet i senere rehabilitering faller utenfor tilsynets rammer.

3.3.2. Tidlig mobilisering og rehabilitering

Tidlig mobilisering er en av grunnpilarene i hjerneslagsrehabilitering, og må skje uavhengig av om hjerneslaget er forårsaket av blødning eller infarkt (12).

Det er en klar sammenheng mellom tidlig mobilisering og overlevelse. Mobilisering bør derfor skje så fort pasienten er medisinsk stabil og som hovedregel innen det første døgnet. Utsettes mobilisering ut over dette må det begrunnes faglig.

Mulighetene for mobilisering må vurderes ut fra pasientens totalsituasjon. Det må vurderes når mobilisering kan starte og hvilke tiltak som er aktuelle for den enkelte pasient.

Forhøyet blodtrykk eller tydelig blodtrykksfall ved mobilisering kan være grunn til ikke å igangsette tidlig mobilisering. Sykehuset må ha prosedyrer og/eller innarbeidet praksis for hvilke vurderinger som skal gjøres og hvilke tiltak som kan settes i verk ut fra pasientens situasjon. Det må være klare ansvarsforhold når det gjelder hvem som kan bestemme at pasienten skal mobiliseres og i hvilket omfang. Denne typen avklaringer må også ivaretas i helger, høytider og ferier, slik at pasienten ikke blir liggende unødvendig lenge før dette er avklart. Tidlig mobilisering kan omfatte alt fra enkle bevegelser i seng, å sitte på sengekanten eller delta i enkle daglige aktiviteter som å vaske og kle på seg.

Alle i det tverrfaglige teamet må bidra til at pasienten mobiliseres så tidlig og så ofte som mulig.

Tidlig mobilisering vil være det første tiltaket i rehabiliteringsprosessen.

I tillegg til den aller første mobiliseringen som er beskrevet over, må det settes i gang en målrettet rehabiliteringsprosess. Tidlig planlegging av rehabilitering og definering av rehabiliteringsmål er en viktig del av slagbehandlingen.

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2 definerer rehabilitering slik: *Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*

Denne definisjonen er også lagt til grunn i de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Hensikten med rehabilitering etter hjerneslag er å hjelpe pasienten til å gjenvinne eller kompensere for funksjonstapet, og dermed bedre livskvaliteten og redusere behovet for hjelp fra andre. Retningslinjene legger vekt på at det er den oppgaverelaterte treningen som har størst betydning i den første fasen. Det innebærer at det først og fremst må trenes på de daglige oppgavene pasienten ikke lenger klarer å utføre selv. Det kan være personlig stell, å spise og drikke, toalettbesøk, språk og kommunikasjon. De daglige og naturlige situasjonene er derfor viktige arenaer som må brukes til trening. Rehabiliteringsprosessen må ha klare mål, tiltak, jevnlig evaluering og justering av mål og tiltak ved behov. Viktig for en vellykket rehabilitering er et koordinert opplegg hvor et spesialisert tverrfaglig team deltar sammen med pasienten selv.

Det må være en klar ansvars- og oppgavefordeling i det tverrfaglige teamet når det gjelder de ulike oppgavene knyttet til rehabiliteringsprosessen. Videre må det være klart hvordan det tverrfaglige teamet skal samarbeide, både med faste møter og andre samarbeidsarenaer knyttet til den enkelte pasient. Se også kapittel 2.2.

Reell tverrfaglig innsats må vises gjennom tverrfaglige samarbeidsarenaer, journalnotater, referater/oppsummeringer fra møter i tverrfaglige team, samt utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av rehabiliteringsplaner.

Brukermedvirkning er vesentlig i gjennomføringen av rehabiliteringen. I forskrift om habilitering og rehabilitering slås det fast i § 5 at sykehuset *skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b og § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.* Pasient og eventuelt pårørende skal således involveres gjennom hele rehabiliteringsprosessen.

Slageenheten/sengeavdelingen må ha rutiner/tiltak som ivaretar reell brukermedvirkning, og det må framkomme ved utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av den enkelte pasients rehabiliteringsplan at dette er ivaretatt.

Kartlegging og vurdering av rehabiliteringsbehov og -potensiale

Funksjonsutfall etter akutt hjerneslag vil variere etter hvilke områder i hjernen som er berørt og hvor stor del av hjernen som er rammet. Utfall kan være kroppslige (lammelser, føleforstyrrelser, sanseorgansvikt, svelgvansker, taleforstyrrelser, inkontinens) eller mentale (kognitiv svikt, psykiske symptomer). Behovet for og nytten av rehabilitering vil variere og må derfor tilpasses individuelt til den enkelte pasient. I utgangspunktet har alle pasienter etter akutt hjerneslag behov for rehabilitering. Høy alder eller at pasienten allerede bor på sykehjem er ikke eksklusjonskriterier i seg selv. Noen få pasienter som har omfattende nevrologiske utfall og svært kort forventet levetid, vil imidlertid ikke kunne nyttiggjøre seg rehabilitering. De må i stedet få god pleie og omsorg (12).

En kartlegging av rehabiliteringspotensialet er nødvendig for å kunne vurdere i hvor stor grad pasienten kan nyttiggjøre seg rehabilitering. Det er viktig med tidlig kartlegging og vurdering av pasientens ressurser og begrensinger innen fysisk, kognitiv og sosial funksjon. Kartlegging må være tilpasset den enkelte pasienten. Det finnes ikke ett enkelt kartleggingsverktøy som dekker alle aspekter av rehabilitering etter hjerneslag. I retningslinjene presenteres noen av de verktøyene som er vanlig å bruke i Norge og internasjonalt (se s. 104 i retningslinjene). Statens helsetilsyn setter ikke som krav at noen spesielle kartleggingsverktøy skal benyttes. Sykehuset må imidlertid ha bestemt hvilke kartleggingsverktøy de ønsker å benytte, og verktøyene må være standardiserte og faglig forankret. Sykehuset må også sikre at fagpersonene som skal benytte dem, har tilstrekkelig opplæring til å gjøre dette på en faglig forsvarlig måte.

Tidlig i behandlingsforløpet må det også innhentes opplysninger om pasientens situasjon før hjerneslaget. Det kan være nødvendig med informasjon om fysisk og psykisk helse, boligforhold, sosialt nettverk og eventuelt hjelpebehov og tiltak.

På bakgrunn av kartleggingen og informasjonsinnhentingene vurderes pasientens rehabiliteringsbehov og -potensial. Pasientens personlige faktorer som for eksempel motivasjon og mestringsstrategier hører også med i en slik vurdering.

Plan for rehabiliteringen

Når rehabiliteringsbehov og -potensial er kartlagt og vurdert, må det lages en plan for rehabiliteringen. En slik plan må beskrive mål for rehabiliteringen og konkrete tiltak som skal gjennomføres. Mål og tiltak må individuelt tilpasses den enkelte pasients situasjon og ønsker. Videre må planen evalueres jevnlig, og mål og tiltak justeres ved behov. Arbeidet med å utarbeide en slik plan må gjøres av et tverrfaglig team sammen med pasient og eventuelt pårørende.

Det stilles ikke krav om at rehabiliteringsplanen er et selvstendig dokument, men mål, tiltak, evaluering og eventuelle justeringer må være dokumentert på en slik måte at det kan brukes i daglig gjennomføring og oppfølging av pasientens rehabilitering. Rehabiliteringsplanen må være en del av pasientens samlede journal.

Rehabilitering må foregå gjennom hele døgnet, og ikke bare på dagtid, alle ukedager og også i høytider og ferier.

Tilsynet skal undersøke om det er utarbeidet en plan med mål og tiltak, og om denne planen blir evaluert og eventuelt justert. En vurdering av det faglige innholdet i målene, tiltakene og evalueringene er ikke en del av tilsynet.

3.4. Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

3.4.1. Generelt

I akuttfasen får 60-80 % av slagpasienter komplikasjoner. Noen komplikasjoner kan være livstruende og/eller redusere muligheten for maksimal funksjonell bedring. Komplikasjoner kan i mange tilfeller forebygges med forholdsvis enkle tiltak.

I dette tilsynet skal det undersøkes om sykehuset sørger for å forebygge komplikasjoner på en forsvarlig måte, og om sykehuset iverksetter forebyggende behandling for å forhindre nye hjerneslag. Det er valgt to komplikasjoner som forekommer forholdsvis ofte ved akutt hjerneslag og kan få alvorlige følger hvis de oppstår: Komplikasjoner som følge av svelgvansker, og trykksår.

3.4.2. Komplikasjoner som følge av svelgvansker (ernæringsproblemer og aspirasjonspneumoni)

Svelgvansker (dysfagi) er et vanlig problem i akuttfasen etter hjerneslag (13). Det kan føre til at pasientene får tilført for lite næring i form av mat og drikke. Det kan være fare for å utvikle underernæring hvis ikke hensiktsmessige tiltak settes i verk. Svelgvansker kan også føre til at mat og drikke som svelges, kommer ned i luftrøret i stedet for spiserøret (aspirasjon). Det gir fare for betennelse i lungene (aspirasjonspneumoni).

Pasienter med påviste svelgvansker må følges opp med kartlegging og vurdering av årsak og alvorlighetsgrad. Graden av svelgvansker kan variere fra total svelgparese til lettere svelgproblemer. Videre må det gjøres en vurdering og igangsetting av relevante tiltak for om mulig å trene opp svelgfunksjonen og for å sikre en tilfredsstillende ernærings situasjon.

Ved moderate svelgproblemer kan det være nok å tilrettelegge spise- og drikkesituasjonen og/eller tilpasse mat og drikke (eksempelvis konsistens og næringsinnhold). For pasienter med større svelgproblemer må det iverksettes videre utredning, mer omfattende tiltak og eventuell svelgtrening. Treningen kan gjennomføres av pleiepersonell i forbindelse med måltider og stell, som isolert trening med logoped eller annet fagpersonell med kompetanse på området eller ved egentrening. Alle faggrupper som bidrar i trening av svelgfunksjonen må ha opplæring i hvordan dette skal gjøres.

Det er ikke det faglige innholdet i de ulike tiltakene som skal vurderes i tilsynet, det skal altså ikke bedømmes om det enkelte tiltak er det ”riktige” ut fra pasientens situasjon. Det er rutinene rundt; at tiltak blir vurdert, igangsatt, evaluert og eventuelt justert som skal undersøkes.

Ved alvorlige og ikke forbigående svelgvansker må alternative måter å tilføre ernæring på vurderes og igangsettes. Ved alvorlige svelgvansker som varer over 24 timer, anbefaler de nasjonale retningslinjene at ernæring gis på alternativ måte. Nasogastrisk sonde (ernæringssonde via nese, spiserør og til magesekk) anbefales den første tiden. PEG-sonde (ernæringssonde direkte fra bukvegg til magesekk) anbefales ikke brukt de første tre til fire ukene.

Aspirasjonspneumoni

Aspirasjonspneumoni er en lungebetennelse som skyldes at mat/drikke går i luftrøret i stedet for i spiserøret. Svelgvansker forekommer hyppig i akutfasen av et hjerneslag, og er viktig å avdekke tidlig. Risikoen for pneumoni hos pasienter med svelgvansker er tredoblet, for pasienter som har aspirert er den elleve ganger så høy (13).

Aspirasjonspneumoni oppstår gjerne de første fire dagene etter hjerneslaget. I følge retningslinjene er screening av svelgvansker og tidlig mobilisering tiltak for å forebygge aspirasjonspneumoni, og ved påvist infeksjon må antibiotikabehandling startes opp.

Et tidlig tegn på infeksjon kan være forhøyet temperatur. Temperaturen må derfor måles flere ganger i døgnet i akutfasen inntil situasjonen er stabilisert. Se kapittel 3.2.1. Samtidig er det slik at eldre mennesker ikke alltid får forhøyet temperatur ved pneumoni, men at symptomer som redusert allmenntilstand kan være mer framtrædende. Ved temperatur > 38 grader og/eller redusert allmenntilstand må pasienten vurderes nærmere for eventuelt å fastslå/avkrefte en pneumoni. Det må gjøres ved klinisk og eventuelt røntgenologisk vurdering, samt tas blodprøver (infeksjonsparametere som CRP og leukocyt-verdier). Ved positive funn startes det raskt med intravenøs antibiotikabehandling.

3.4.3. Trykksår (decubitus)

Hjerneslag med motoriske utfall kan gi stor grad av immobilitet som øker faren for flere komplikasjoner, blant annet trykksår. Hvor lenge huden kan utsettes for trykk før det utvikles trykksår vil være individuelt, men allerede etter to timer øker faren for vevsskade (14). Risikoen for trykksår er spesielt stor de første ti dagene av immobilitet (15).

Vanlige aldersforandringer som redusert blodsirkulasjon, redusert hudtykkelse og nedsatt elastisitet og sensibilitet gjør eldre generelt mer utsatt for skader på huden. Pasienter som legges inn med hjerneslag kan også på forhånd være immobilisert av andre årsaker enn hjerneslaget. Inkontinens, redusert allmenntilstand og dårlig ernærings situasjon vil øke faren for trykksår ytterligere (14).

I dette tilsynet skal det undersøkes om sykehuset har rutiner som sikrer at trykksår forebygges hos pasienter med akutt hjerneslag. Det skal ikke vurderes om tiltakene som settes i verk er de ”riktige” ut fra den enkelte pasientens situasjon. Behandlingen av trykksår er ikke en del av tilsynet.

Vurdering av risiko for å utvikle trykksår

Vurderingen må skje raskt etter innleggelse og videre fortløpende under hele oppholdet. Det er utviklet ulike skjema for formålet, blant annet Braden skala for risikovurdering av trykksår (16). Elementer i en slik vurdering er: Fysisk aktivitetsnivå og grad av immobilitet, nedsatt sensibilitet og mulighet for å reagere på stimuli, ernæringsstatus, kognitiv funksjon, i hvor stor grad huden utsettes for fuktighet og friksjon. Huden på de utsatte områdene må observeres fortløpende for å se om det er tegn på begynnende trykksår.

Statens helsetilsyn legger ikke til grunn at bestemte skjema skal benyttes, men vurderingen skal gjøres på en systematisk og faglig forankret måte.

Det må være klart hvem som har ansvaret for å vurdere risikoen for trykksår.

Forebygging av trykksår

Tiltakene kan variere og må tilpasses individuelt etter den enkelte pasients situasjon. Forebyggende tiltak det kan være spor av i journalene er:

- Trykkavlastning
- Hygiene og pleie av hud på utsatte områder
- Aktivitet og tidlig mobilisering (se kapittel 3.3)

Trykkavlastning

Siden vedvarende trykk mot huden er hovedårsaken til trykksår, vil det å avlaste utsatte områder på kroppen være blant de første tiltakene som settes i verk.

Ofte brukes det som kalles ”snu-lister” hvor tidspunktene for kroppsendringen settes opp og krysses/signeres ut når det er gjennomført. Andre trykkavlastende tiltak kan være antidecubitusmadrass i seng/stol og hjelpemidler beregnet for å avlaste utsatte områder.

Hygiene og pleie av hud på utsatte områder

For å forebygge trykksår må huden holdes ren, myk og tørr. Dette gjøres med normal hudhygiene og ved å smøre med egnede kremer og salver.

Aktivitet og tidlig mobilisering

Lavt aktivitetsnivå og immobilitet gir lavere blodgjennomstrømming og dermed mindre blodtilførsel til hud og underhudsvev, som igjen kan gi økt risiko for trykksår. Et forebyggende tiltak mot trykksår er derfor tidlig aktivitet og mobilisering etter hjerneslag (se kapittel 3.3.).

3.4.4. Sekundærforebyggende behandling

Etter gjennomgått hjerneslag er det en betydelig risiko for å få et nytt slag. Pasienter med hjerneinfarkt har også økt risiko for andre vaskulære hendelser som for eksempel hjerteinfarkt. Det er vist at sekundærforebygging av hjerneslag kan redusere risikoen med 50-70 % (9).

På bakgrunn av den store potensielle gevinsten ved adekvat sekundærforebygging må alle pasienter med hjerneslag utredes med hensyn til årsaker til sykdommen og risikoprofil. Omfanget av utredning må tilpasses den enkelte pasients forutsetninger, det kliniske bildet,

alder og eventuelt andre sykdommer. Pasientens funksjonsnivå før hjerneslaget må tillegges vekt. Hovedvekten må ligge på å avklare forhold som har størst betydning for sekundærforebygging, og for denne pasientgruppen vil det først og fremst være blodtrykk, kolesterol, atrieflimmer og diabetes.

Ved dette tilsynet skal det undersøkes om sykehuset foretar en relevant utredning av mulighetene for sekundærforebygging og at tiltak settes i gang. Hvilke konkrete tiltak som settes i verk er ikke en del av tilsynets fokus, det skal altså ikke vurderes om tiltakene er de ”riktige” for den enkelte pasient. Liggetiden på sykehuset etter akutt hjerneslag er begrenset. Det vil derfor kunne være nødvendig at aktuelle tiltak må settes i gang og/eller videreføres der hvor pasienten skal følges opp etter utskrivning fra sykehuset. I slike tilfeller er det viktig at informasjon om resultater av utført utredning og eventuelt igangsatte tiltak videreformidles til neste instans ved utskrivning. Dette må kunne finnes igjen i epikriser som sykehuset sender til fastleger og eventuelt andre samarbeidspartnere.

Blodtrykk

Høyt blodtrykk er den viktigste modifiserbare risikofaktor for nytt hjerneslag, både hjerneinfarkt og hjerneblødning. Behandling av blodtrykk den første tiden etter hjerneslaget er omtalt i kapittel 3.2.1. Rett etter et akutt hjerneslag vil blodtrykket ofte være forhøyet. Derfor er det blodtrykksmålinger senere i forløpet, når pasienten er mer stabil, som må tillegges vekt når behov for videre medikamentell behandling av blodtrykket skal vurderes. Fra og med denne fasen bør man tilstrebe god blodtrykkskontroll.

Kolesterol

Kolesterolsenkende behandling med statin har forebyggende effekt både mot nye hjerneinfarkt og annen atherosklerotisk sykdom.

Antitrombotisk behandling og atrieflimmer

Alle pasienter med hjerneinfarkt må vurderes for langvarig antitrombotisk behandling med platehemmere (ASA, dipyridamol, klopidogrel) eller antikoagulasjon (warfarin). Pasienter med akutt hjerneinfarkt og samtidig atrieflimmer skal behandles med ASA initialt, og senere gå over til antikoagulasjonsbehandling (warfarin) dersom det ikke er kontraindisert.

Sukkersyke (diabetes mellitus)

Sukkersyke er en risikofaktor for nye hjerneslag. Pasienter med sukkersyke må derfor få en behandling som stabiliserer blodsukkeret til et forsvarlig nivå.

4. Revisjonskriterier

4.1. Generelt

Tilsynet skal undersøke om eldre slagpasienter mottar forsvarlig behandling i spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 4.2 er det satt opp revisjonskriterier som kobler sammen myndighetskravene som drøftes i kapittel 2 (internkontroll) og 3 (behandling av eldre slagpasienter). Det skal undersøkes om internkontrollen sikrer:

- Observasjon, utredning og medisinsk behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
- Tidlig rehabilitering
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Dette er visualisert i figuren nedenfor der den horisontale linja representerer internkontrollen beskrevet i kapittel 2 og den vertikale linja representerer de faglige områdene beskrevet i kapittel 3. I praksis innebærer dette at alle kravene i den horisontale linja må undersøkes mot alle tjenestene som er beskrevet i den vertikale linja.

Faglig forsvarlige helsetjenester					
IK Slagbeh.	Kap. 2.1: Organi- sering og planlegging	Kap. 2.2: Tverrfaglige behandlings- team	Kap. 2.3: Tilrette- legging for god praksis	Kap. 2.4: Avviks- behandling	Kap. 2.5: Ledelsens gjennom- gang og oppfølging
Kap. 3.2: Obs., utredn. og med. behandling	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  </div> <h1 style="margin: 0;">Revisjonskriterier</h1> <h2 style="margin: 0;">kapittel 4.2</h2>				
Kap. 3.3: Tidlig rehabilitering					
Kap. 3.4: Forebygging av komplikasj. og nye slag					

Hvert revisjonskriterium representerer ikke nødvendigvis et avvik alene, men kan representere et tegn på en større svikt eller fare for større svikt. Helseforetakets behandling av eldre slagpasienter må vurderes opp mot alle revisjonskriteriene for å kunne danne et bilde av om behandlingen er faglig forsvarlig. Bildet vil vise hvordan disse helsetjenestene er ledet, organisert og styrt, og følgelig også hvilke områder som eventuelt ikke er tilstrekkelig sikret gjennom internkontrollen.

Avvikene skal ikke være formulert mer omfattende enn det funnene tilsier. De skal underbygges godt, og hjemles både i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og i internkontrollforskriften § 4, eventuelt også internkontrollforskriften § 5. Dersom andre hjemler skal brukes i tillegg, er det spesielt angitt under aktuelt revisjonskriterium.

4.2. Revisjonskriterier

1. Tjenestetilbudet til eldre slagpasienter organiseres og planlegges slik at det sikres forsvarlig akutt behandling og tidlig rehabilitering (se kapittel 2.1).

- Ledelsen sørger for at kravene i helselovgivningen etterleves slik at eldre slagpasienter får forsvarlige helsetjenester. Dette ivaretas gjennom internkontrollsystemet.
- Det er et felles organisatorisk ledd som styrer og koordinerer aktivitetene og ressursene knyttet til behandling og rehabilitering av eldre slagpasienter. Dette linjeansvaret er entydig plassert i organisasjonen.
- Uavhengig av organisering og benevnelse framstår slagenheten som en lett identifiserbar struktur med dedikert personale, avklart ledelse, etablerte prosedyrer og nødvendig kompetanse.
- Helseforetaket har etablert kvalitets- og aktivitetsmål for denne virksomheten. Målene er kjent og gjenspeiles i helsetjenestene som ytes til denne pasientgruppen. Eksempel på et kvalitetsmål er at alle eldre med slag behandles av et tverrfaglig team som ivaretar medisinsk behandling og rehabilitering parallelt. Eksempel på et aktivitetsmål er hvor mange pasienter det er kapasitet til for akutt behandling av hjerneslag, og hvordan situasjonen håndteres når kapasiteten eventuelt overskrides.
- Eldre slagpasienter behandles slik at akutt behandling og tidlig rehabilitering ivaretas gjennom tverrfaglig samarbeid.

2. Eldre slagpasienter vurderes og følges opp av et tverrfaglig behandlingsteam for å sikre forsvarlig akutt behandling og tidlig rehabilitering (se kapittel 2.2).

- Helseforetaket sørger for tilgang på nødvendig personell med tilstrekkelig kompetanse for å ivareta forsvarlig akutt behandling og tidlig rehabilitering.
 - Bemanning, kompetanse og tverrfaglighet er tilpasset de oppgavene som skal ivaretas gjennom hele døgnet og hele uka, også i ferier og høytider. Behandlingsteamet består av lege(r), sykepleier(e), fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Alternativt er annet helsepersonell spesialopplært til å ivareta noen av oppgavene til for eksempel logopeden, ergoterapeuten og fysioterapeuten.
 - Det er klart hvem som har ansvaret for å sikre rett bemanning og kompetanse til enhver tid. Variasjoner i arbeidsbelastningen er kjent og fulgt opp med turnusplanlegging og andre nødvendige aktiviteter.
 - Det er definert kompetansebehov for de ulike funksjonene. Personalet har spesialopplæring/spesialkompetanse i behandling og rehabilitering av slagpasienter.
 - Det er en plan for opplæring og oppfølging av nyansatte og vikarer, og også en plan for internopplæring og annen kompetanseutvikling. Planene iverksettes og ivaretar aspektet med tverrfaglig samhandling.
 - Det er avklart hvem som koordinerer og følger opp personell som organisatorisk tilhører en annen enhet, og det er klare kriterier for når det må tilkalles mer personell og/eller personell med annen eller høyere kompetanse. Dette gjelder også der noe av slagbehandlingen foregår i akuttmottaket.
- Behandlingsteamet har møtestruktur og samhandlingsformer som ivaretar tverrfaglig samarbeid om mål, gjennomføring og evaluering av behandling og rehabilitering.

- Det er klart hvem i teamet som har ansvar for og myndighet til å beslutte, iverksette og evaluere ulike behandlingstiltak, inkludert rehabiliteringstiltak. Alle i teamet er kjent med hvem som gjør hva, og til hvilken tid.
- Relevant informasjon og beslutninger fra det tverrfaglige teamet må videreformidles til aktuelt personell rundt den enkelte pasient.
- Vaktskifter foregår på en styrt måte som sikrer at nødvendig og relevant informasjon fra alle personellgrupper videreformidles og nødvendige oppgaver videreføres.

3. Det tilrettelegges for god praksis: Kritiske trinn er identifisert og nødvendige tiltak er iverksatt for å sikre forsvarlig akutt behandling og tidlig rehabilitering av eldre pasienter med slag (se kapittel 2.3).

- Det er foretatt risikovurdering for å identifisere kritiske trinn i behandlings- og rehabiliteringsforløpet for eldre slagpasienter. Risikovurderinger er basert på momenter som arbeidsprosessens kompleksitet og hastegrad, personellens utdanning og erfaring, intern opplæring og utskiftning av personell.
- Helseforetaket bruker erfaringer fra pasienter og pårørende i sitt forbedringsarbeid. Det er etablert ordninger for å innhente slik informasjon, for eksempel klagebehandling, spørreundersøkelser og systematisk bruk av forbedringsforslag.
- Nødvendige tiltak er igangsatt for i størst mulig grad å redusere faren for svikt.
 - Alt personell er kjent med sine arbeidsoppgaver, og har klare fullmakter der ansvar og myndighet er tydeliggjort. Funksjonsbeskrivelser er skriftlige, i alle fall for de arbeidsoppgaver som anses som kritiske trinn i pasientbehandlingen, der det er fare for svikt.
 - Behandling og rehabilitering av eldre slagpasienter prioriteres i tråd med helseforetakets mål for denne behandlingen, også på kvelds- og nattevakter, helge- og høytidsvakter og i ferier.
 - Det er etablert rutiner, prosedyrer og andre nødvendige tiltak som sikrer faglig forsvarlig virksomhet. De er entydige og tilpasset kompetansen til involvert personell. Risikovurderingene avgjør om prosedyrer er skriftlige eller ikke. Dette har virksomheten gjort seg opp en mening om. Sykehuset har skriftlige prosedyrer som sikrer de mest kritiske trinnene ved diagnostikk, utredning, observasjon, akutt behandling, tidlig rehabilitering og forebygging av komplikasjoner hos eldre med akutt hjerneslag.
 - Rutiner, prosedyrer og andre nødvendige tiltak er kjent og blir etterlevd av alt involvert personale, og fungerer tilfredsstillende uavhengig av hvem som er på vakt.

3a Det tilrettelegges for god praksis: Det er etablert nødvendige rutiner, prosedyrer og tiltak for å sikre observasjon, utredning og medisinsk behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset (se kapittel 3.2).

- Helseforetaket sørger for forsvarlig observasjon de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset. Følgende basale funksjoner observeres og vurderes regelmessig: Respirasjon og oksygenmetning, blodtrykk og puls, væskebalanse, kroppstemperatur, blodsukker. Nevrologisk status kartlegges, første gangen raskt etter innkomst. Det benyttes standardisert og faglig forankret kartleggingsverktøy.
- Helseforetaket sørger for nødvendig utredning av pasienter de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset.

- Det utføres CT eller MR av hjernen umiddelbart etter innleggelse hos pasienter som har symptomer på hjerneslag, og som kan klare å gjennomføre undersøkelsen. Bildene vurderes umiddelbart av radiolog eller lege med erfaring fra slagbehandling.
- Undersøkelser av hjertet foretas på alle pasienter ved hjelp av elektrokardiogram (EKG). Hjerterytme overvåkes på alle pasienter.
- Alle pasienter med akutt hjerneslag screenes for svelgvansker raskt etter innleggelse. Screeningene gjøres før mat og drikke gis peroralt (gjennom munnen). Det benyttes en standardisert og innarbeidet metode for å gjøre screeningen.
- Språk- og talevansker screenes tidlig i forløpet. Det benyttes standardisert og innarbeidet metode for å gjøre screeningen.
- Pasienter henvises til logoped for videre utredning av språk- og talevansker hvis problemer avdekkes under screening.
- Helseforetaket sørger for forsvarlig medisinsk behandling av pasienter de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
 - Før det settes i gang antitrombotisk behandling, gjøres det CT- eller MR-undersøkelse for å utelukke at hjerneslaget skyldes en blødning. Alle pasienter med hjerneinfarkt behandles med en engangsdose ASA (inntil 300 mg) hvis det ikke er kontraindisert.

3b Det tilrettelegges for god praksis: Det er etablert nødvendige rutiner, prosedyrer og tiltak for å sikre tidlig rehabilitering (se kapittel 3.3).

- Helseforetaket sørger for tidlig mobilisering og rehabilitering etter akutt hjerneslag.
 - Brukermedvirkning ivaretas i alle fasene av tidlig rehabilitering, pasient og eventuelt pårørende involveres aktivt (forskrift om habilitering og rehabilitering § 5, jf pasientrettighetsloven § 3-1).
 - Alle pasienter mobiliseres så tidlig som mulig ut fra den medisinske situasjonen, vanligvis i løpet av det første døgnet.
 - Pasientens ressurser og begrensninger kartlegges med standardiserte og faglig forankrede kartleggingsverktøy. Rehabiliteringsbehov og -potensial utredes av et tverrfaglig team.
 - Det innhentes nødvendige og relevante opplysninger om pasientens situasjon før hjerneslaget, som for eksempel fysisk og psykisk helse, behov for hjelp i hverdagen, boligforhold og sosialt nettverk.
 - Plan for rehabilitering, hvor mål og konkrete rehabiliteringstiltak framkommer, utarbeides av et tverrfaglig team i samarbeid med pasient og evt. pårørende (forskrift om habilitering og rehabilitering § 5, jf pasientrettighetsloven § 3-1).
 - Plan for rehabiliteringen evalueres tverrfaglig og i samarbeid med pasient og evt. pårørende. Mål og/eller tiltak justeres ved behov (forskrift om habilitering og rehabilitering § 5, jf pasientrettighetsloven § 3-1).

3c Det tilrettelegges for god praksis: Det er etablert nødvendige rutiner, prosedyrer og tiltak for å sikre forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag (se kapittel 3.4).

- Helseforetaket sørger for forsvarlig forebygging av komplikasjoner.

- Det foretas videre utredning av svelgvanskene hos pasienter hvor screening avdekker svelgproblemer. Individuelle tiltak for å sikre tilstrekkelig ernæring og opptrening av svelgfunksjonen vurderes og igangsettes. Ved alvorlige og ikke forbigående svelgvansker vurderes og igangsettes alternative måter å tilføre ernæring på.
- Pasienter med svelgvansker vurderes fortløpende med henblikk på mulig utvikling av aspirasjonspneumoni. Temperatur måles flere ganger i døgnet og allmenntilstand vurderes fortløpende.
- Pasientene mobiliseres tidlig, normalt innen første døgnet, eller så tidlig det er medisinsk forsvarlig (se også under tidlig rehabilitering).
- Ved tegn på aspirasjonspneumoni utredes det raskt videre med blodprøver og røntgenundersøkelse. Ved påvist aspirasjonspneumoni igangsettes det raskt intravenøs antibiotikabehandling.
- Risikoen for trykksår hos pasienter som er immobilisert, vurderes raskt etter innleggelse, uavhengig av om immobiliteten skyldes hjerneslaget eller andre forhold.
- Dersom det vurderes at det er risiko for trykksår, iverksettes individuelt tilpassede tiltak.
- Alle eldre pasienter med hjerneslag utredes med tanke på årsak til sykdommen og risikoprofil. Følgende vektlegges: Blodtrykk, kolesterol, antitrombotisk behandling og atrieflimmer samt diabetes. Sekundærforebyggende tiltak iverksettes for å hindre nytt hjerneslag.

4. Tiltak for å avdekke og korrigere svikt er iverksatt for å sikre forsvarlig akutt behandling og tidlig rehabilitering av eldre slagpasienter (se kapittel 2.4).

- Helseforetaket har et fungerende avvikssystem der svikt i daglige rutiner rapporteres og rettes opp. Avviksmeldinger håndteres systematisk slik at det fører til nødvendige forbedringer i pasientbehandlingen.
 - Avvikssystemet er kjent og blir brukt av alt personell for å melde om avvik knyttet til behandling og rehabilitering av eldre med akutt hjerneslag.
 - Lederne følger opp at meldte avvik korrigeres, at korrigerende tiltak har ønsket effekt og at prosedyrer endres hvis nødvendig. Avvik som ikke lukkes innen akseptabel tid eller som involverer flere avdelinger/klinikker, løftes opp i organisasjonen.

5. Ledelsen gjennomgår og følger opp driftssituasjonen for å sikre forsvarlig akutt behandling og tidlig rehabilitering av eldre slagpasienter (se kapittel 2.5).

- Ledere har oversikt over den faktiske driftssituasjonen, og iverksetter nødvendige tiltak dersom driften ikke fungerer som forutsatt.
 - Helseforetakets øverste ledernivå følger opp at overordnede mål og rammebetingelser bidrar til at eldre slagpasienter ivaretas i tråd med kravene i helselovgivningen.
 - Klinikk- og avdelingsledere følger opp og har oversikt over den faktiske driftssituasjonen. Det føres systematisk kontroll med at vedtatte kvalitets- og aktivitetsmål realiseres og at rutiner etterleves slik at eldre slagpasienter får faglig forsvarlig behandling og rehabilitering. Dette kontrolleres for eksempel ved hjelp av stikkprøver, evalueringer, interne revisjoner, ledelsens gjennomgang(strategiske møter) og/eller på andre hensiktsmessige måter.

- Relevante tiltak iverksettes når det er nødvendig for å ivareta denne pasientgruppen.

5. Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet

5.1. Generelt

I hver helseregion skal tilsynet gjennomføres med ett tilsynslag og samme revisjonsleder. Unntaket er Helse Sør-Øst der det sannsynligvis må benyttes flere tilsynslag. Dette forutsetter utstrakt samarbeid mellom Helsetilsynet i fylkene både når det gjelder forberedelser og gjennomføring. Det er viktig at samarbeidet oppfattes forpliktende.

Statens helsetilsyn forventer at tilsynsmyndighetene opptrer koordinert, gjør seg godt kjent med veilederen for tilsynet og sikrer at forholdene blir tilstrekkelig grundig undersøkt.

5.2. Tilsynsmetodikk

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon. Det betyr at tilsynslaget skal undersøke om det enkelte helseforetakets internkontroll (kvalitetsstyringssystem) sikrer faglig forsvarlig behandling og rehabilitering av skrøpelige eldre slagpasienter. Dette skal gjøres i tråd med tilsynets veileder og i henhold til gjeldende prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon.

5.3. Tilsynslagene

Tilsynene gjennomføres med regionale team, som regel samarbeider tre og tre embeter. Det anbefales at hvert embete er representert med minst en medarbeider. Tilsynslagene må settes sammen slik at de samlet sett har følgende kompetanse:

- Erfaren revisjonsleder med god kjennskap til gjeldende prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon, inkludert internkontrollens sentrale plass i slike revisjoner.
- Helsefaglig kompetanse med erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Det anbefales å ha med både lege og sykepleier, og gjerne også fysioterapeut.
- Juridisk kompetanse
- Innsikt i spesialisthelsetjenestens utfordringer knyttet til ledelse, organisering og styring.

Når det gjelder juridisk kompetanse, innebærer ikke det nødvendigvis at det må være med en jurist i tilsynslaget, men tilsynslaget må ha tilstrekkelig kompetanse i juridisk metode slik at de er i stand til å analysere og bedømme funnene, også funn som befinner seg i yttergrensene.

Medlemmene i tilsynslaget er avhengige av hverandres kompetanse for å kunne gjennomføre et godt tilsyn. Å få tilsynslaget til å fungere er en vesentlig del av revisjonsleders oppgave. Dette krever samhandlings-, koordinerings- og pådriveregenskaper. Tilsynslagets totale kvalifikasjoner må utnyttes på en konstruktiv måte gjennom hele prosessen, slik at tilsynene kan gjennomføres mest mulig effektivt, målrettet

og etterrettelig. Det innebærer blant annet at alle i laget må sette seg godt inn i tilsynets veileder, og ha fokus på revisjonskriteriene i kapittel 4 under både forberedelser og gjennomføring av tilsynet.

I systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.2.1 står det at revisjonsleder bør delta ved sammen-setting av tilsynslaget. Det er viktig å sette sammen en gruppe som kan fungere som et lag og som totalt sett dekker kompetansebehovet. Revisjonsleder oppnevnes av kontaktfylkeslegen, og har ansvaret for planlegging, koordinering og gjennomføring av tilsynene innen den enkelte region. Revisjonsleders ansvar opphører når endelig rapport foreligger.

5.4. Tilsynets tidsramme og omfang

Tilsynet skal være gjennomført og endelige rapporter oversendt Statens helsetilsyn innen 15. november 2011. Omfanget av tilsynet tilsier at det er behov for å bruke 2 hele arbeidsdager til gjennomføringen av hvert tilsynsbesøk.

5.5. Valg av virksomheter

Valg av virksomheter bør gjøres etter en risiko- og sårbarhetsvurdering. Krav til omfang er beskrevet i embetsoppdraget.

5.6. Adressat for varsel om tilsyn og tilsynsrapporter

Helseforetakene er adressat for tilsynet. Det innebærer at varsel om tilsyn, tilsynsrapport og eventuell anmodning om lukking av avvik skal rettes til helseforetaket. Helseforetakene v/ administrerende direktør vil, uavhengig av valgt styringsmodell, ha det overordnede ansvaret for virksomhetene/tjenestene, og dermed også ansvaret for at eventuelle avvik følges opp og korrigeres på en tilfredsstillende måte.

5.7. Forberedelser og dokumentinnhenting

Ved gjennomgang av veilederen bør tilsynslagene vurdere hvilke opplysninger og dokumenter som er relevante å innhente i forkant av tilsynet. Det må blant annet innhentes informasjon om hvordan slagbehandlingen er organisert, hva foregår hvor og hvem har hvilket ansvar. Dette innebærer at det er nødvendig å skaffe seg oversikt over hvordan ledelsen styrer og følger opp denne behandlingen, og også hvordan det sikres nødvendig kompetanse og samhandling.

Tilsynslagene bør vurdere om det er behov for formøte med helseforetaket som ledd i forberedelsene, jf systemrevisjonsprosedyren kapittel 5.4.1. Dersom det i tilsendte dokumenter er vanskelig å forstå hvordan tjenesten er ledet, organisert og styrt, kan det være behov for et formøte der dette avklares.

Tilsynslaget skal før tilsynet gjennomføres, gjøre seg kjent med den skriftlige dokumentasjonen av styringen og av foreliggende resultatdokumentasjon, jf systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.3. Dette skal vurderes opp mot revisjonskriteriene, og informasjonen skal brukes videre inn i tilsynet. Tilsynsbesøket må derfor planlegges

slik at det er mulig å få supplert og bekreftet eller avkreftet den informasjonen som tilsynslaget har fått gjennom sine forberedelser.

Revisjonskriteriene i kapittel 4 vil være et godt grunnlag for å lage sjekklister til bruk under dokumentgjennomgangen, intervjuene og journalgjennomgangen. I forberedelsene er det også viktig å danne seg et inntrykk av nødvendig tidsbruk til gjennomgang av journaler.

5.8. Intervjuobjekter, intervjuer og stikkprøver

Intervjuene må brukes til å få fram informasjon som tilsynslaget mangler, sjekke ut om tilsendt dokumentasjon er kjent blant ansatte som burde hatt kjennskap til dokumentene, og om vedtatte skriftlige prosedyrer er implementert. Intervjuene må også brukes til å undersøke om vedtatte mål realiseres og om planer etterspørres og følges opp, om virksomhetene lærer av sine feil og hvordan dette håndteres og følges opp av ledelsen.

Revisjonskriteriene er styrende for hva intervjuene skal dreie seg om for at tilsynet skal kunne gi svar på om behandling og rehabilitering av eldre slagpasienter er faglig forsvarlig. For å få til en konstruktiv dialog i intervjuene og få svar på det tilsynet ønsker, er det nødvendig å tilpasse språket til den begrepsbruken som benyttes i helseforetaket.

Opplysninger fra intervjuene må sammenholdes med resultater fra dokumentgjennomgangen som ble gjort i forkant av tilsynet. Under enkelte intervjuer kan det komme fram opplysninger det er behov for å ettergå ved for eksempel å se i dokumenter, resultatregistreringer eller møtereferater. I denne sammenhengen kan det også være aktuelt å ta korte samtaler med noen aktuelle personer som ikke står på intervjuлиста. Det er viktig at det er satt av tid nok til slike verifikasjoner for å få nødvendig bekræftelse eller avkreftelse. Det er også viktig å sette av litt tid mellom intervjuene slik at det er mulig å gjøre noen oppsummeringer underveis.

Under tilsynet må det ses på pasientjournaler. Det vurderes som en god løsning å gå gjennom journalene tidligst mulig i dette tilsynet da det vil gi et utmerket grunnlag for å spisse intervjuene. Videre vil det også være aktuelt å se på for eksempel avviksbehandling, rapporter fra relevante interne revisjoner, sjekklister og dokumentasjon av opplæring. Informasjonen fra disse dokumentene skal bidra til å gi svar på om revisjonskriteriene oppfylles eller ikke.

Det anbefales å be om 20 journaler på pasienter over 80 år som er skrevet ut i live etter akutt innleggelse for hjerneslag (ICD-10 diagnose I61, I63 og I64⁴). I løpet av tilsynet vil det også kunne være aktuelt med en befarings.

5.9. Oppfølging av avvik

Ansvar for oppfølging av avvik er plassert hos Helsetilsynet i fylket som har tilsynsansvar for det helseforetaket det er ført tilsyn med. Revisjonsleder bør tas med på råd i dette arbeidet.

⁴ ICD-10 diagnose 164 er hjerneslag der slaget ikke er spesifisert som blødning eller infarkt.

Ved utsendelse av endelig rapport anbefales det å be helseforetaket om å gjøre en analyse av hva som er årsaken(e) til deres avvik, samt be om å få en handlingsplan for hvordan ledelsen skal sikre at det gjennomføres nødvendige endringer i deres rutiner og praksis. Dette inkluderer nødvendige endringer i helseforetakets internkontrollsystem.

Det er viktig at tilsynet ikke avsluttes før virksomhetens ledelse har kontrollert og dokumentert at iverksatte korrigerende tiltak har hatt ønsket effekt, og at behandling av eldre pasienter med hjerneslag er underlagt tilstrekkelig styring og oppfølging fra helseforetakets side. Dette for å forebygge at avviket gjentar seg.

6. Tilsynsrapporter

6.1. Tilsynsrapport fra det enkelte tilsyn

Tilsynsrapporten skal følge vedtatt mal for systemrevisjoner, og tydelig formidle og underbygge avdekket svikt eller fare for svikt knyttet til behandling og rehabilitering av eldre slagpasienter. Vis gjerne til gjennomgått dokumentasjon i bevisene når det er aktuelt. Det skal også framkomme av rapporten at tilsynet har vurdert hva det er i helseforetakets internkontroll som ikke har fungert for å sikre dette. Gjeldende mal for tilsynsrapport skal benyttes i tråd med systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.5.3, 5.5.4 og 5.6.

Dersom tilsynslaget finner og i avviket/avvikene kan underbygge gjennomgående mangler ved internkontrollen, kan det gjerne gjøres en samlet vurdering av styringssystemet i rapportens kapittel 6. Da er det også naturlig å si noe om styringssystemet i sammendraget. I de tilfeller der det er avdekket avvik, vil en slik vurdering være spesielt nyttig når det gjelder å kommunisere og framheve ledelsens ansvar for at avdekte avvik har en nær sammenheng med mangelfull styring.

Dessuten er det viktig at tilsynsrapportens kapittel 4 gir god informasjon om hva som er undersøkt i tilsynet, og ikke bare tilsynstemaenes hovedoverskrifter. Når det gjelder kapittel 2, er det ønskelig at slagbehandlingens organisering og omfang (2010) beskrives kort.

Tilsynsrapporten sendes til helseforetaket ved administrerende direktør.

Kopi av tilsynsrapportene sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no. De vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

6.2. Regional oppsummeringsrapport

Tilsynslagene skal oppsummere tilsynene innenfor hvert regionale helseforetak, og sende oppsummeringsrapporten til det regionale helseforetaket. Kopi av oppsummeringsrapportene sendes til postmottak@helsetilsynet.no. De vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

6.3. Nasjonal oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet.

7. Referanser

1. Internserien 15/2010. Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Oslo: Statens helsetilsyn; 2010.
(08.12.10)
2. Ellekjær H, Selmer R. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Legeforen 2007;127:740-3.
3. IS-1688. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
(17.11.10)
4. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S *et al.* Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 625–34.)
5. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO Collaborative Study. Bull World Health Organ 1980;58:113-30.
6. Rapport 3/08. SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007. Trondheim: SINTEF Helse, 2008
(17.11.10).
7. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.
(17.11.10)
8. Mathiesen EB, Njølstad I, Joakimsen O. Risikofaktorer for hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:748-50.
9. Lo EH, Dalkara T, Moskowitz MA. Mechanisms, challenges and opportunities in stroke. Nat Rev Neurosci 3003;4:399-415.

10. Lindenstrøm E, Boysen G, Christiansen LW, Rogvi Hansen B, Nielsen PW:
Reliability of Scandinavian Neurological Stroke Scale. *Cerebrovasc Dis* 1991; 1:
103–107.
11. NHS Stroke Scale. (17.11.10)
12. Thommessen B, Wyller TB. Sykehusbaser rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskr
Nor Lægeforen* 2007;127:1224-7.
13. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia
After Stroke. Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke*
2005;36:2756-63.
14. N J Kristoffersen, F Nortvedt, E-A Skaug: Grunnleggende sykepleie 2, Oslo:
Gyldendal 2009.
15. Norsk elektronisk legehåndbok, NEL, (17.11.10)
16. Skøien R, Braathen SH. Metode for å redusere forekomst av trykksår ved norske
sykehjem. Trondheim/Oslo: SINTEF Helse, 2007.
(17.11.10)