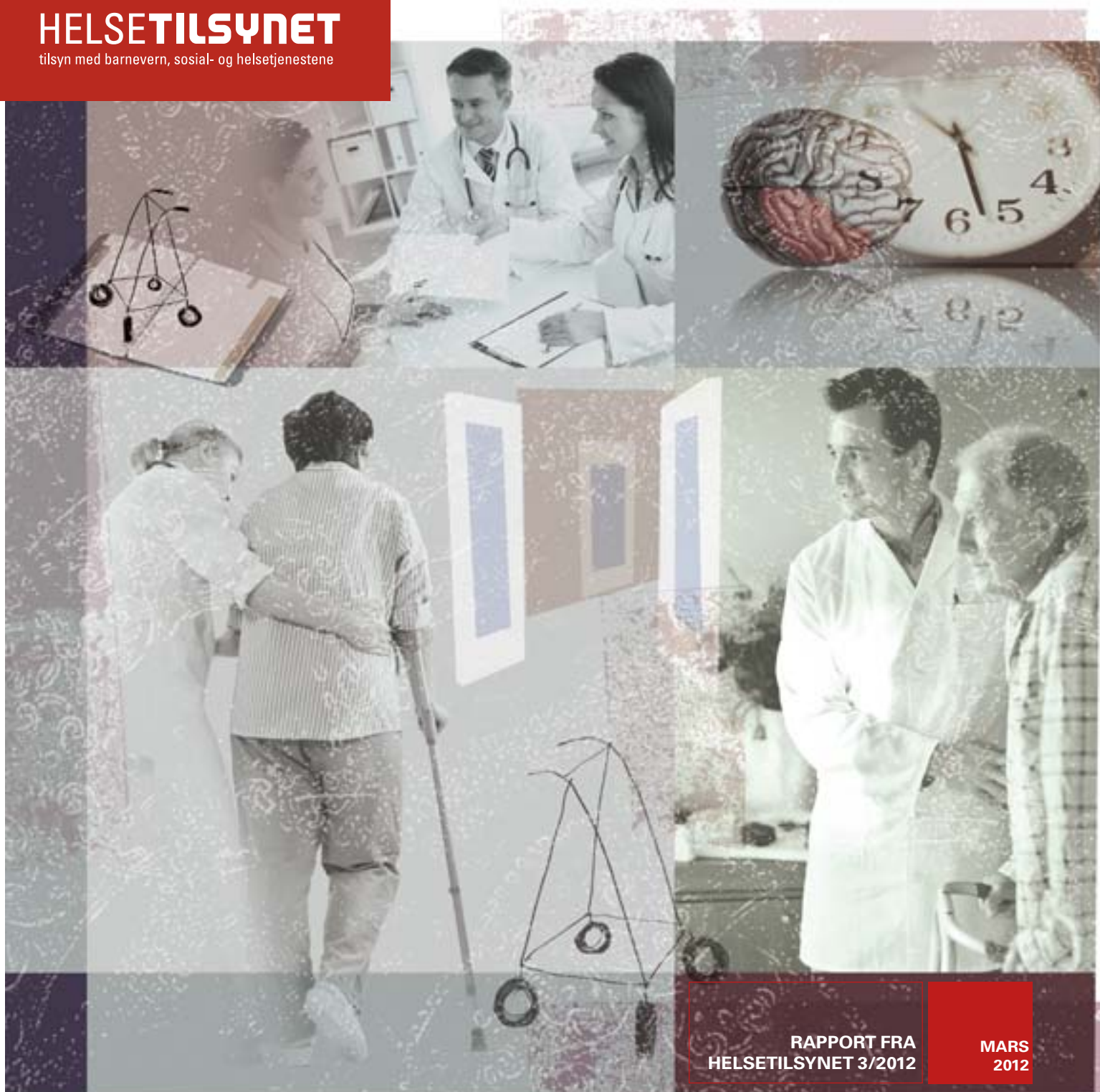


Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 3/2012

MARS
2012



Rapport fra Helsetilsynet 3/2012
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten:
behandling av eldre pasienter med hjerneslag

Mars 2012

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-90919-49-3 (elektronisk)
ISBN: 978-82-90919-50-9 (trykt)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Forsideillustrasjon: Inger Sandved Anfinsen, Kobolt Design
Trykt og elektronisk versjon: 07 Gruppen AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Sammendrag	5
1 Valg av tilsynstema	8
1.1 Bakgrunn for valg av tilsynstema	8
1.2 Eldre pasienter med hjerneslag – en sårbar gruppe	8
2 Tilsynsmetode og formidling av funn fra tilsynet	10
2.1 Gjennomføring av tilsynet og tilbakemelding til virksomhetene	10
2.2 Hvordan denne rapporten er utarbeidet	10
3 Hva ble undersøkt ved tilsynet	12
4 Funn	13
4.1 Lovbrudd påpekt ved ni av 29 tilsyn.....	13
4.2 De første 24 timene – en kritisk fase for viktige observasjoner, vurderinger og medisinsk behandling	13
4.2.1 Mange forhold må kartlegges og vurderes raskt nok og faglig godt nok	13
4.2.2 Funn fra tilsynet	14
4.3 Tidlig mobilisering og rehabilitering – viktig for videre livskvalitet	14
4.3.1 Mobilisering og rehabilitering krever rask og tverrfaglig innsats.....	14
4.3.2 Funn fra tilsynet	15
4.4 Forebygging av komplikasjoner og av nye hjerneslag	15
4.4.1 Trykksår og svelgvansker kan få alvorlige følger	15
4.4.2 Risikoen for å få et nytt hjerneslag er betydelig	16
4.4.3 Funn fra tilsynet	16
4.5 Styring og ledelse av behandlingen av eldre slagpasienter	16
4.5.1 Krevende behandling – krevende styringsaktiviteter	16
4.5.2 Funn fra tilsynet	17
5 Statens helsetilsyns samlede vurdering	19
5.1 To tredeler av tilsynene uten lovbrudd	19
5.2 Organiseringen av behandlingstilbudet – betydning for kvaliteten?	19
5.3 Noen helseforetak må forbedre behandlingstilbudet	19
6 Referanser	21
7 Vedlegg:	
Oversikt over helseforetak og underliggende enheter som inngikk i tilsynet i 2011	23

Čoahkkáigeassu	25
English summary	26

Sammendrag

Statens helsetilsyn har siden 2009 gjennomført en satsing på tilsyn med tjenester til eldre. I 2010 og 2011 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre, men satsingen skulle også rette seg inn mot spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. Behandlingen av eldre med hjerneslag ble derfor valgt som ett av temaene for landsomfattende tilsyn i 2011.

Det er om lag 15 000 nye tilfeller av hjerneslag i Norge årlig. Forekomsten av hjerneslag øker betydelig med alder. To tredjedeler av slagtilfellene rammer pasienter over 75 år.

Innen slagbehandling er det et grunnleggende prinsipp at rehabilitering og funksjonstrening må settes i gang samtidig med at det foregår akutt observasjon, utredning og behandling.

For å ivareta eldre og skrøpelige slagpasienter på en forsvarlig måte, er det behov for tverrfaglig samarbeid i alle faser av behandlingen. Bemanningen og kompetansen må tilpasses oppgavene som skal ivaretas, gjennom døgnet og hele året. Hvis andre må overta oppgavene til personell med spesialkompetanse, må de få relevant opplæring.

Tilsynet undersøkte om spesialisthelsetjenesten gjennom sine styringsaktiviteter sikrer at eldre pasienter med hjerneslag får forsvarlig behandling. Det ble fokusert på forhold der svikt kan få alvorlige konsekvenser for den aktuelle pasientgruppen.

Følgende områder var valgt ut:

- observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter sykehusinnleggelsen
- tidlig rehabilitering
- forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Til sammen ble det gjennomført 29 tilsyn. Rapporter fra de enkelte tilsyn finnes på www.helsetilsynet.no.

Ved ni tilsyn ble det påvist lovbrudd (avvik) og ved åtte ble det gitt merknader om aktuelle forbedringsområder.

Funnene fra tilsynene der det ble påvist lovbrudd eller gitt merknader gir til sammen et viktig bilde av forhold som kan medvirke til at en sårbar gruppe som eldre slagpasienter ikke får god nok sykehusbehandling.

Observasjoner og vurderinger det første døgnet – en kritisk fase

For slagpasienter er de første 24 timene de mest kritiske, og svært mye må observeres, vurderes og utredes da. Helseforetaket må derfor sørge for å ha ordninger for fordeling av ansvar for ulike oppgaver og for hvordan samhandling skal foregå, bl.a. å følge med på vitale kroppsfunksjoner, vurdere hjernens blodforsyning med billeddiagnostikk (CT/MR), kartlegge nevrologisk status, vurdere svelgfunksjon og språk- og talefunksjon.

Ved flere sykehus fant tilsynet at nødvendige kartlegginger og vurderinger ikke ble foretatt tilstrekkelig raskt og systematisk og av personell med nok kvalifikasjoner. Dette gjaldt særlig der slagpasienter ble liggende mange timer i akuttmottak og der pasientene ble plassert på ordinær sengepost før de eventuelt ble overflyttet til spesialenhet for slagbehandling. Men også på spesialenheter ble det konstatert lovbrudd.

For eksempel var det uklart hvem som skulle foreta nevrologisk undersøkelse, standardiserte metoder for denne ble ikke benyttet og svelgfunksjon ble ikke systematisk vurdert. Også språk- og talefunksjon ble flere steder mangelfullt fulgt opp på grunn av mangel på kvalifisert personell, uklare ansvarsforhold og henvisningsrutiner.

Tidlig mobilisering og rehabilitering – viktig for videre livskvalitet

Tidlig mobilisering er av vesentlig betydning for slagpasienters overlevelse. Immobilitet etter hjerneslag kan gi flere komplikasjoner. Mobilisering bør derfor skje så fort pasienten er medisinsk stabil, og som hovedregel innen det første døgnet. Helseforetaket må sørge for å ha opplegg for mobilisering tilpasset den enkelte pasients situasjon, og at dette kan foregå alle dager gjennom hele året.

Ved flere tilsyn ble det funnet svikt i gjennomføringen av tidlig mobilisering og rehabilitering. Ansvarsforhold var uklare, og det skortet på mobilisering og annen funksjonstrening på kvelder, i helger og i høytider på grunn av manglende kapasitet og kompetanse hos personellet. Det var heller ikke sørget for opplæring av annet personell til å ivareta oppgavene.

Forebygging av komplikasjoner

I akuttfasen får svært mange slagpasienter komplikasjoner. Noen av disse kan være livstruende og/eller redusere mulighetene for å oppnå maksimal funksjonell bedring. Ved tilsynet ble det valgt å undersøke

hvordan helseforetaket sørget for at trykksår og komplikasjoner som følge av svelgvansker ble forebygget på en forsvarlig måte.

Ved noen tilsyn ble det funnet at vurdering av svelgfunksjonen ikke ble gjennomført systematisk på alle slagpasienter, det var uklart hvem som hadde ansvaret for denne oppgaven og det var ikke gitt adekvat opplæring.

Styring og ledelse av krevende oppgaver er viktig

En rekke styringsaktiviteter må være på plass for å sikre at eldre med hjerneslag får forsvarlig behandling. Kritiske trinn i behandlings- og rehabiliteringsforløpet må være identifisert, vurdert og nødvendige tiltak iverksatt for å søke å redusere faren for svikt.

Tjenestene må være organisert slik at akuttbehandling kan kombineres med tidlig rehabilitering, og at personell med spesialkompetanse samarbeider om tverrfaglig behandling. Sykehuset må ha rutiner og prosedyrer for sentrale aktiviteter, oppgaver og ansvar må være klart fordelt og dette må være kjent og bli fulgt av alle ansatte som er involvert.

Helseforetakets ledelse må sette mål for aktiviteten, og følge med på hvordan behandling av eldre slagbehandling ivaretas.

Tilsynet viste flere steder svikt i styringsaktivitetene som skulle sikre forsvarlig behandling. Det var uklare ansvarsforhold, kapasitetsproblemer på personell med spesialkompetanse og tverrfaglighet ble ikke ivaretatt godt nok. Videre var det manglende risikovurdering og avvikssystemer som ikke fungerte godt nok.

Mye bra, men fortsatt sårbart i noen helseforetak

At det ikke ble påvist lovbrudd ved to tredeler av tilsynene, gir grunn til å anta at spesialisthelsetjenesten i hovedsak gir et forsvarlig behandlingstilbud til eldre slagpasienter. Erfaringer fra

tilsynet kan tyde på at et sårbart felt som slagbehandling har blitt tatt tak i og gitt nødvendig prioritet i mange helseforetak.

Akutt slagbehandling er krevende. Mange faggrupper skal samarbeide og mange tiltak må igangsettes og følges opp samtidig. For at *alle* eldre slagpasienter skal få et forsvarlig tilbud, er det i noen helseforetak behov for å styrke kapasiteten for spesialisert slagbehandling og få til et bedre fungerende tverrfaglig samarbeid. Til dette trengs også et sterkere styringsfokus på å fremskaffe relevant informasjon for risikovurdering og evaluering av behandlingstilbudet.

1 Valg av tilsynstema

1.1 Bakgrunn for valg av tilsynstema

Statens helsetilsyn startet planleggingen av en flerårig og landsomfattende satsing på tilsyn med tjenester til eldre i 2009. Som ledd i arbeidet ble det på oppdrag fra Statens helsetilsyn foretatt en gjennomgang av nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten (1).

I 2010 og 2011 ble det gjennomført tilsyn med sosial- og helsetjenester til eldre i kommunene. Tema for tilsynene var mange og omfattet flere kommunale tjenesteområder og tiltak med stor betydning for eldre med sammensatte behov. Rapporten *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (Rapport fra Helsetilsynet 5/2011) oppsummerer de viktigste funnene fra 2010 (2).

I 2011 rettet Helsetilsynet sin oppmerksomhet også mot spesialisthelsetjenester til eldre. Som forberedelse til tilsynet var et bredt sammensatt panel av fagfolk involvert i en risikovurdering for å finne fram til områder med høy fare for svikt og der konsekvensene av svikten kan være alvorlige. De viktigste risikoområdene omfattet: utilstrekkelig rask og kyndig hjelp til (skrøpelige¹) eldre med akutt sykdom eller skade, mangelfulle rutiner og kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelinger samt legemiddelrelaterte problemer. Risikovurderingen er nærmere omtalt i egne publikasjoner (4, 5).

Resultatet av risikovurderingen ble, sammen med annen informasjon og kunnskap, lagt til grunn for valg av tema for satsingens tilsyn med spesialisthelsetjenester til eldre. På bakgrunn av dette besluttet Statens helsetilsyn å ha behandling av eldre med henholdsvis hjerneslag og hoftebrudd som tema for to landsomfattende tilsyn i 2011.

I denne rapporten presenterer vi de samlede funnene fra tilsynet med behandling av eldre med hjerneslag. Resultat fra tilsynet med behandling av eldre med hoftebrudd vil bli publisert i en egen rapport i løpet av våren 2012.

Helsedirektoratet publiserte en nasjonal retningslinje² for behandling og rehabilitering av hjerneslag i april 2010 (6). Retningslinjen utgjorde et viktig faglig grunnlag for utformingen av dette tilsynet.

1.2 Eldre pasienter med hjerneslag – en sårbar gruppe

Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag³ (apoplexia cerebri) som ”en akutt forstyrrelse i hjernens funksjoner forårsaket av svikt i blodgjennomstrømningen, og som varer i mer enn 24 timer eller fører til død” (7).

Svikten i hjernens blodtilførsel skjer i hovedsak på to måter. Det kan skje ved at en blodåre som forsyner hjernevevet tettes igjen av en levret blodklump (trombe). Dette kalles hjerneinfarkt og er vanligste årsak til hjerneslag

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." (3)

2) Nasjonale retningslinjer inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper.

3) WHO's definisjon: 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 (7).

(85–90 %). Det kan også skje ved at blodkar i hjernen sprekker og forårsaker blødning ut i hjernevevet. Hjerneblødning utgjør 10–20 % av hjerneslagtilfellene.

sjanse for å gjenvinne funksjon og klare seg i eget hjem (9).

Det er om lag 15 000 nye tilfeller av hjerneslag i Norge årlig (6). Hjerneslag kan få store konsekvenser for den enkelte som rammes og deres pårørende, og for helsetjenesten og samfunnet for øvrig. Forekomsten av hjerneslag øker betydelig med alder. To tredjedeler av slagtilfellene rammer pasienter over 75 år. Hjerneslag er i Norge den tredje hyppigste dødsårsaken og den vanligste årsaken til funksjonshemming hos eldre (8).

Dødeligheten første måned er 15–20 % (8). Om lag en tredjedel av dem som overlever, får en betydelig funksjonssvikt som gjør dem avhengige av hjelp i det daglige (6). De varige følgene av et hjerneslag er avhengig av hjerne-skadens omfang og lokalisasjon. Senfølger av hjerneslag kan være lamelser i ulike deler av kroppen, språk- og taleforstyrrelser og ulike endringer i mentale og kognitive funksjoner.

Alder i seg selv forteller lite om Eldres helsetilstand. Deres situasjon varierer mye, fra å være spreke og aktive hjemmeboende eldre, til svake og pleietrengende sykehjemspasienter. Med økende alder stiger imidlertid forekomsten av sykdom og behov for hjelp. Kroppens reservekapasitet er mindre, og både sykdom og behandlingstiltak tåles dårligere.

God helsehjelp til skrøpelige eldre pasienter med akutt sykdom krever en helhetlig tilnærming med bred vurdering av medisinske forhold, ernærings-situasjon, funksjonsnivå, mestring og hjelpebehov. Det må fokuseres på pasientens totale helsesituasjon, og ikke bare på selve hjerneslaget. Samtidig med akuttbehandlingen må tidlig mobilisering og andre aktuelle rehabiliteringstiltak igangsettes. Systematisk tverrfaglig samarbeid er derfor nødvendig i alle faser av behandlingen. Studier, blant annet fra Norge, har vist at en slik bred tilnærming ved akutt sykdom gir økt overlevelse og større

2 Tilsynsmetode og formidling av funn fra tilsynet

2.1 Gjennomføring av tilsynet og tilbakemelding til virksomhetene

Dette tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Ved denne formen for tilsyn undersøkes det hva ledelsen av virksomheten gjør for å sikre at nærmere angitte lovkrav blir overholdt. Systemrevisjon egner seg derfor godt til å klarlegge om det foregår systematisk styring og forbedringsaktiviteter for å sikre forsvarlig faglig arbeid innen et bestemt område.

Statens helsetilsyn har utarbeidet en egen prosedyre for gjennomføring av systemrevisjoner (www.helsetilsynet.no).

Når tilsyn med samme tema skal foregå som landsomfattende tilsyn, utarbeider Statens helsetilsyn også et internt arbeidsdokument, en *veileder*, som alle tilsynslagene skal legge til grunn ved planleggingen og gjennomføringen av sine tilsyn. Veilederen inneholder bl.a. en konkretisering av lovkravene på det aktuelle området. Når tilsynsperioden er avsluttet, blir veilederen offentliggjort på www.helsetilsynet.no og vil kunne egne seg for virksomheter som ønsker å foreta egne interne revisjoner på området.

Tilsyn som inngår i landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten, gjennomføres gjerne av *regionale tilsynslag* sammensatt av representanter fra fylkesmennene i den aktuelle helseregionen. Ved dette aktuelle tilsynet var det i alt seks slike tilsynslag, tre i Helse Sør-Øst og ett i hver av de øvrige helseregionene.

Fra det enkelte tilsyn blir det utarbeidet en *rapport* som sendes til ansvarlig instans. Ved tilsyn i spesialisthelsetjenesten er det aktuelt helseforetak ved administrerende direktør. Rapporten presenterer hva som ble undersøkt og hvilke konklusjoner som er trukket på bakgrunn av de innhentede opplysningene. Dersom det er avdekket forhold som innebærer brudd på lovkrav, blir dette i rapporten omtalt som *avvik* fra de aktuelle bestemmelsene og underbygget med fakta knyttet til selve tjenesteytingen og til styringen av denne. Fylkesmannen avslutter først tilsynet når virksomheten har rettet opp de påpekte lovbruddene. I rapporten kan det også gis *merknad* dersom tilsynsmyndigheten ønsker å peke på forbedringsområder, men uten at det foreligger lovbrudd. Alle tilsynsrapporter blir publisert på www.helsetilsynet.no.

Ved landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten blir det også gitt en samlet presentasjon av funn og vurderinger fra tilsyn innen hver helseregion til ledelsen av det regionale helseforetaket. Fylkesmennene i hver av helseregionene utarbeider ofte en egen *regional rapport* for dette formålet.

2.2 Hvordan denne rapporten er utarbeidet

Statens helsetilsyn legger føringer for antall tilsyn som skal gjennomføres i hver helseregion. I løpet av 2011 ble det foretatt til sammen 29 tilsyn med

behandlingen av eldre pasienter med hjerneslag: femten i Helse Sør-Øst, fire i Helse Vest, seks i Helse Midt-Norge og fire i Helse Nord⁴.

Materialet som denne oppsummeringsrapporten bygger på, består av rapportene fra de ni tilsynene der det ble påpekt lovbrudd og de åtte tilsynene der det ble gitt merknader om forbedringsområder. I disse rapportene gikk vi gjennom observasjonene som var lagt til grunn. Hovedkategoriene av funn omtales nærmere i kapittel 4. Vi har også tatt med en del sitater fra tilsynsrapportene som eksempler på observasjoner som utgjorde grunnlaget for tilsynets konklusjoner.

Hvilke enheter som får tilsyn, besluttes av Fylkesmannen ut fra lokal kunnskap og risikovurderinger. Andre hensyn kan også spille inn, blant annet hadde det ved dette tilsynet betydning for valg av enheter i de tre nordligste fylkene at det der var ført tilsyn med behandling av hjerneslag i 2010.

Siden enhetene det føres tilsyn med ikke utgjør et tilfeldig utvalg, er det ikke mulig å foreta generaliseringer for landet som helhet om hyppigheten av de funnene som avdekkes ved tilsyn.

Observasjonene som ligger til grunn for at det ble konkludert med lovbrudd eller gitt merknad om forbedringsområder, gir likevel viktig informasjon om aktuelle former for svikt eller fare for svikt i pasientbehandlingen og også informasjon om mangler ved styringen som medvirker til dette.

4) Vedlegg i kap. 7 viser helseforetak og underliggende enheter der det ble gjennomført tilsyn.

3 Hva ble undersøkt ved tilsynet

Tilsynet undersøkte om helseforetaket gjennom sine styringsaktiviteter sikrer at eldre pasienter med hjerneslag får forsvarlig behandling. Det var særlig innrettet mot forhold der svikt kan få alvorlige negative konsekvenser for den aktuelle pasientgruppen. Følgende områder var valgt ut:

- observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter sykehusinnleggelsen
- tidlig rehabilitering
- forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

De tre områdene omtales nærmere i kapittel 4 sammen med funnene fra tilsynet.

Tilsynet omfattet først og fremst behandling og aktiviteter som foregår på sengepost, og i liten grad det som foregår i akuttmottaket. Sykehus kan være noe ulikt organisert med hensyn til oppgave- og ansvarsfordeling mellom akuttmottak og sengeavdeling. I de sykehus hvor noe av slagbehandlingen foregikk i akuttmottaket, ble det undersøkt om også denne delen av behandlingen, samt oppgavefordelingen mellom sengeavdeling og akuttmottak, var underlagt faglig styring fra dem som hadde ansvaret for helseforetakets slagbehandling.

Trombolysebehandling⁵ kan være aktuelt ved hjerneslag som skyldes blodpropp, men var ikke del av tilsynet, siden slik behandling primært ikke er beregnet på pasienter over 80 år.

Helseforetakene organiserer behandlingen av eldre slagpasienter på ulike måter. Ved tilsynet ble det undersøkt om helseforetaket sikret at eldre slagpasienter fikk forsvarlig behandling og rehabilitering uavhengig av om dette foregikk på en enhet benevnt som slag-enhet⁶ eller i en annen type sengeavdeling.

5) Medikamentell behandling som løser opp blodpropper

6) Helsedirektoratets faglige retningslinjer (5) beskriver slagenhet slik (s. 22): "en organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akuttbehandling og tidlig rehabilitering"

4 Funn

4.1 Lovbrudd påpekt ved ni av 29 tilsyn

Ved ni av de 29 tilsynene ble det påpekt lovbrudd. Ved de øvrige 20 tilsynene ble det ikke påvist brudd på lovkrav, men ved åtte av dem ble det gitt merknader om aktuelle forbedringsområder.

I dette kapitlet presenterer vi de viktigste observasjonene som ble lagt til grunn for tilsynets konklusjoner om lovbrudd og forbedringsområder (merknader). Funnene er gruppert ut fra hvilket av tilsynsområdene de dreide seg om (jf. kap. 3). Siden det viste seg å være viktige fellestrekk ved funn som gjaldt helseforetakenes styringsaktiviteter, har vi omtalt disse samlet under avsnitt 4.4.

Før omtalen av funnene har vi tatt med en kort omtale av lovkravene.

4.2 De første 24 timene – en kritisk fase for viktige observasjoner, vurderinger og medisinsk behandling

4.2.1 Mange forhold må kartlegges og vurderes raskt nok og faglig godt nok
Pasienter med hjerneslag må utredes og behandles raskt, uansett når på døgnet de ankommer sykehuset (6). Det må være klart hvor ansvaret for å gjennomføre de ulike oppgavene er plassert, og helseforetaket må sørge for at det er etablert ordninger for hvordan samhandlingen mellom akuttmottak og sengepost skal foregå. Helseforetaket

må også sørge for at personellet som tar hånd om disse delene av slagbehandlingen har tilstrekkelig opplæring og kapasitet til at oppgavene kan gjennomføres på en forsvarlig måte.

Observasjon og behandling av basale kroppsfunksjoner som respirasjon, sirkulasjon, temperatur, væske- og elektrolyttbalanse og blodsukkernivå er særlig viktig i akutfasen, for å søke å opprettholde likevekt i kroppens indre miljø og derved sikre at hjernevevet får tilstrekkelig tilførsel av bl.a. oksygen og næringsstoffer. Dette kan bidra til å bevare celler i randsonen av den oppståtte hjerneskadene og derved begrense omfanget av hjerneskadene.

Kort tid etter innleggelse må det også gjennomføres undersøkelse av nevrologiske utfall for å få kartlagt pasientens bevissthetstilstand, motoriske funksjon og tale. Undersøkelsen må skje på en standardisert måte, ved hjelp av faglig anerkjente kartleggingsverktøy.

Rask avklaring av om det foreligger et hjerneinfarkt eller en hjerneblødning og av omfanget av skaden er viktig for valg av behandling og vurderinger av prognose. Pasienter som innlegges med symptomer på hjerneslag må derfor kunne bli undersøkt umiddelbart ved hjelp av billeddiagnostikk (CT eller MR)⁷, og bildene må raskt bli vurdert av radiolog eller annen lege med erfaring fra slagbehandling. Rask og korrekt diagnostisering av hjerneslag krever tydelige og innarbeidede ordninger for samarbeid mellom mottakende lege og

7) Computertomografi (CT) / magnetresonanstomografi (MR)

lege med spesialkompetanse i behandlingen av hjerneslag.

Pasientenes svelgfunksjon må kartlegges raskt etter innleggelse og før mat og drikke gis via munnen. Det må være avklart hvem som har ansvar for å utføre en slik kartlegging og sikre at den gjøres på en standardisert måte og av personell med tilstrekkelig opplæring. Pasienter med påviste svelgvansker må følges opp med vurdering av årsak og alvorlighetsgrad.

Språklige funksjonsvansker (afasi) forekommer hos ca 25 % av hjerneslagpasientene og kan påvirke evnen til forstå og bruke tale- og skriftspråk. Alle pasienter må derfor tidlig i forløpet kartlegges med hensyn til språk- og talefunksjon. Kartlegging og utredning av afasi foregår hovedsakelig etter de første 24 timene, men er likevel omtalt under denne delen av tilsynet. Det må foreligge en standardisert rutine for hvordan kartleggingen skal foregå. Det er ikke et krav at den første kartleggingen gjøres av logoped, den kan ivaretas av for eksempel sykepleier, ergoterapeut eller annet personell med adekvat opplæring. Hos pasienter som har språk- og talevansker utover de første dagene, må logoped foreta videre kartlegging. Sykehus som ikke kommer i gang med slik videre kartlegging, må formidle dette til den instansen som etter utskrivning overtar ansvaret for oppfølging av pasienten.

Dersom det ved CT- eller MR-undersøkelse er utelukket at hjerneslaget skyldes en hjerneblødning, skal pasienten raskt vurderes for antitrombotisk behandling⁸ dersom det ikke foreligger kontraindikasjoner.

4.2.2 Funn fra tilsynet

Ved samtlige ni tilsyn der det ble påpekt lovbrudd, ble det funnet mangler ved styring og praksis knyttet til de første 24 timenes observasjoner og vurderinger av eldre slagpasienter.

Ved flere sykehus fant tilsynet at nødvendige kartlegginger og vurderinger ikke ble foretatt raskt og systematisk nok og av tilstrekkelig kvalifisert perso-

nell. Dette gjaldt særlig der slagpasienter ble liggende mange timer i akutt-mottak, der pasientene ble plassert på ordinær sengepost før de ble overflyttet til spesialenhet for slagbehandling og der de tilbrakte hele sykehusoppholdet på ordinær sengepost.

Også på sykehus som plasserte slagpasienter i spesialenheter ble det funnet mangler ved rutiner for og gjennomføring av observasjoner og vurderinger. For eksempel kunne det være uklart hvem som skulle foreta nevrologisk undersøkelse, og det ble ikke benyttet standardiserte metoder ved denne undersøkelsen. Svelgfunksjonen ble heller ikke alltid vurdert. Det fremgikk også noen steder at pleiepersonell ikke alltid rakk å utføre nødvendige fysiologiske observasjoner. Også språk- og talefunksjon ble flere steder mangelfullt fulgt opp på grunn av mangel på kvalifisert personell, uklare ansvarsforhold og uklare henvisningsrutiner.

Eksempler:

Det er ikke klart kor ofte nevrologisk status, måling av blodtrykk, puls, temperatur og oksygenmetning skal gjerast på sengepost.

Test av svelgfunksjon og dokumentasjon av dette blir ikke alltid foretatt i henhold til rutine.

Sykehuset mangler p.t. logoped. Det er ikke etablert system som sikrer at utfordringer rundt pasienter med taleforstyrrelser blir ivaretatt.

Når det gjaldt oppstart av antitrombotisk behandling hos pasienter med hjerneinfarkt, forelå det ingen funn i tilsynsrapportene som tilsa at dette ble mangelfullt ivaretatt.

4.3 Tidlig mobilisering og rehabilitering – viktig for videre livskvalitet

4.3.1 Mobilisering og rehabilitering krever rask og tverrfaglig innsats

Det er påvist en klar sammenheng mellom tidlig mobilisering og over-

8) Betegnelse på all behandling som motvirker dannelsen eller utvikling av blodpropp

levelse. Flere komplikasjoner er forbundet med immobilitet etter hjerneslag. Mobilisering bør derfor skje så fort pasienten er medisinsk stabil og som hovedregel innen det første døgnet (6).

Mobilisering består i at pasienten kommer opp i stående, sittende eller gående stilling alt etter funksjonsnivå. Treningen av pasienten bør inkludere daglige aktiviteter som personlig stell, måltider og toalettbesøk. Alt personell må bidra til at pasienten mobiliseres så tidlig og så ofte som mulig.

Helseforetaket må ha avklart hvem som kan bestemme at mobilisering skal igangsettes og i hvilket omfang. Det må tilrettelegges for at mobiliseringen kan foregå gjennom hele uka og uansett tid på døgnet. Denne første mobiliseringen vil også være første tiltak i rehabiliteringen av slagpasienten. Rehabiliteringsprosessen må ha klare mål og tiltak som jevnlig evalueres og justeres på en måte som sikrer pasientens medvirkning. Det tverrfaglige teamet må ha en klar ansvars- og oppgavefordeling for de ulike tiltakene i rehabiliteringsprosessen.

4.3.2 Funn fra tilsynet

Tilsynet fant mangler ved styring og praksis når det gjaldt tidlig mobilisering ved seks av de ni tilsynene der det ble påvist lovbrudd. Det ble dessuten funnet forbedringsmuligheter ved noen av de øvrige tilsynene.

Flere steder fant tilsynet at mobilisering ikke ble gjennomført i tilstrekkelig grad på grunn av kapasitetsmangel og/eller mangel på opplæring av personellet. Dette gjaldt spesialenheter så vel som vanlige sengeposter. Lavere bemanning av pleiepersonell på kvelder og i helger og høytider medførte at pasientene ikke fikk den planlagte og anbefalte mobiliseringen. Selv om mobilisering og annen funksjonstrening ble tilfredsstillende ivaretatt på dagtid av spesialpersonell som ergo- og fysioterapeut, fikk pasientene flere steder ikke god nok mobilisering i helger, høytider og ferier. Det var heller ikke sørget for opplæring av annet personell til å ivareta oppgavene. I noen rapporter påpekes at

også andre deler av rehabiliteringen, som trening av ADL-funksjoner, ble mangelfullt ivaretatt som følge av kapasitetsproblemer.

Eksempler:

Tidlig mobilisering skjer ikke rutinemessig og er tidvis avhengig av når pasienten legges inn. Kapasitet og kompetanse for å ivareta tidlig mobilisering varierer sterkt i ferier og høytider.

Det ble opplyst at pleiepersonellet ikke har tid til å gjennomføre tilstrekkelig mobilisering og oppgaverelatert funksjonell trening.

4.4 Forebygging av komplikasjoner og av nye hjerneslag

4.4.1 Trykksår og svelgvansker kan få alvorlige følger

I akutfasen får 60–80 % av slagpasientene komplikasjoner (6). Noen av disse kan være livstruende og/eller redusere mulighetene for at pasienten oppnår maksimal funksjonell bedring. Bedre forebygging, raskere identifisering og mer effektiv behandling av komplikasjoner er trolig viktige årsaker til den påviste positive effekten av slagenhetsbehandling (6).

Ved tilsynet ble det undersøkt hvordan helseforetaket hadde sørget for at henholdsvis trykksår og komplikasjoner som følge av svelgvansker ble forebygget. Disse komplikasjonene forekommer relativt ofte ved hjerneslag hos eldre og kan få alvorlige følger. Vurdering av risiko for trykksår må foregå under hele oppholdet, og det må være klart hvem som har ansvar for at dette blir gjort. Svelgvansker kan føre til for lavt inntak av mat og drikke med påfølgende risiko for underernæring. Pasienter med svelgvansker kan også få mat og drikke ned i luftrøret, noe som kan føre til lungebetennelse (aspirasjonspneumoni). Hos disse pasientene må det igangsettes tiltak både når det gjelder svelgtrening, sikring av ernærings-situasjonen og forebygging av aspirasjonspneumoni, bl.a. ved mobilisering.

Det må foreligge klare ordninger for hvem som skal ivareta disse oppgavene.

4.4.2 Risikoen for å få et nytt hjerneslag er betydelig

Pasienter med hjerneslag har en betydelig risiko for å få et nytt slag. Sekundærforebygging har vist seg å kunne redusere denne risikoen vesentlig (50–70 %). Alle pasienter må derfor utredes med hensyn til mulig forebyggbar risiko (6). For pasientgruppen ved dette tilsynet var risikoforhold knyttet til blodtrykk, kolesterol, atrieflimmer og diabetes mest aktuelle. Ved tilsynet ble det derfor undersøkt om helseforetaket hadde sørget for at det ble foretatt relevante utredninger, igangsatt nødvendige tiltak og formidlet opplysninger om dette til neste instans ved utskrivning.

4.4.3 Funn fra tilsynet

Ved noen tilsyn ble det påvist at vurdering av svelgfunksjon ikke ble gjennomført systematisk på alle slagpasientene. Det var uklart hvem som hadde ansvar for denne oppgaven og det var heller ikke gitt adekvat opplæring. For øvrig ble det ikke funnet mangler i denne delen av tilsynet.

4.5 Styling og ledelse av behandlingen av eldre slagpasienter

4.5.1 Krevende behandling – krevende styringsaktiviteter

Akutt syke pasienter med hjerneslag som innlegges i sykehus må behandles raskt og godt nok uavhengig av om pasienten legges inn på dagtid eller midt på natten, på hverdager eller midt i ferietiden. Behandlingen involverer alltid flere faggrupper og avdelinger.

En rekke styringsaktiviteter må være på plass for å sikre at det samtidig med akutt observasjon, utredning og behandling også settes i gang rehabilitering med tidlig mobilisering og annen funksjonstrening.

Mange helseforetak har valgt å samle behandlingen av pasienter med hjerneslag i egne enheter, såkalte slagenheter

(jf. fotnote 6) som kan bestå av alt fra ett eller noen få pasientrom til en hel sengepost eller avdeling. Uansett organisering er systematisk tverrfaglig samarbeid nødvendig i alle faser av pasientforløpet. Alle eldre slagpasienter skal vurderes av et tverrfaglig team som definerer mål i samarbeid med pasient og/eller pårørende. Det skal utarbeides en plan for behandling og rehabilitering, og ledelsen skal sørge for at den etterleves. Teamet må ha etablert samhandlingsformer som reelt ivaretar tverrfaglig samarbeid. Oppgaver og ansvar må være klart fordelt, og alle i teamet må være kjent med hvem som gjør hva. For å ivareta tverrfaglighet på en god nok måte vil det være behov for overlege (i nevrologi, geriatri eller indremedisin), sykepleiere (inkl. slagsykepleier med spesialkompetanse), fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Bemanningen må gjennom hele døgnet og hele uka, også i ferier og høytider, være tilpasset de oppgavene som skal ivaretas. Utover vanlig dagtid kan det ikke forventes helt samme tilgang på alle typer kompetanse. Dersom annet personell overtar, må disse ha fått tilstrekkelig opplæring.

For å sørge for at eldre slagpasienter får forsvarlig behandling må kritiske trinn i behandlings- og rehabiliteringsforløpet være identifisert og vurdert.

Ut fra disse vurderingene må nødvendige tiltak være satt i verk for å søke å redusere faren for svikt. Slike tiltak kan være skriftlige prosedyrer for de mest kritiske trinnene i utrednings- og behandlingsforløpet, opplæring, omrokking av personell og kontrolltiltak for å følge med på om behandlingen skjer som forutsatt.

Alt involvert personell må være kjent med arbeidsoppgavene sine og ha klare fullmakter med tydelig ansvar og myndighet. Rutiner og prosedyrer skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer. Praksis som avviker fra disse må være velbegrunnet og dokumentert. Vedtatte rutiner og prosedyrer må være kjent og bli etterlevd av personalet, og skal fungere uavhengig av hvem som er på vakt. Virksomheten må selv ha gjort seg opp en mening om hvilke prosedyrer som må være skriftlige.

Øverste ledelse i helseforetaket har ansvar for å tilse at personellet har rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta eldre slagpasienter i tråd med kravene i helselovgivningen. Overordnede mål som er etablert for behandlingen, skal etterleves. Klinik- og avdelingsledere skal holde oversikt over den faktiske driftssituasjonen og sette i verk tiltak dersom det er nødvendig for å sikre at pasientgruppen får forsvarlig behandling. Et godt fungerende avvikssystem inngår i en slik systematisk oppfølging.

4.5.2 Funn fra tilsynet

Mangler ved organisering og planlegging av tilbudet

Funn fra tilsynet tyder på at det i enkelte av helseforetakene ikke sørges for at nødvendige observasjoner og vurderinger gjøres raskt nok og på en faglig god nok måte. Ansvarsforhold var uklare, og kapasitetsproblemer gjorde at ikke alle slagpasienter fikk god nok tilgang til personell med spesialkompetanse. Særlig syntes dette å gjelde der helseforetakene ikke hadde tilstrekkelig kapasitet på spesialenheten for slagbehandling, eller ikke hadde lagt opp til at slagpasienter skulle behandles i en slik enhet. Ved flere tilsyn ble det både funnet mangler knyttet til gjennomføring av observasjoner og vurderinger de første 24 timene og mangler ved ivaretagelsen av tidlig mobilisering. Slagpasienter som innlegges ved disse sykehusenhetene risikerer dermed at det både svikter i den første kritiske vurderings- og behandlingsfasen og i rehabiliteringsfasen som er så viktig for å gjenvinne mest mulig funksjon og livskvalitet.

Eksempel:

Kapasitetsproblemer i sengeposten fører til at personellet ikke får gjort nødvendige observasjoner og mobilisering.

Ikke god nok tilrettelegging av det tverrfaglige teamarbeidet

I noen av de samme helseforetakene sviktet det også når det gjaldt viktige funksjoner som spesialpersonellet i det tverrfaglige teamet skal ivareta. Det var

ikke tilrettelagt for at oppgaver som til daglig ble gjort av ergo- og fysioterapeuter ble godt nok ivaretatt i deres forutsigbare fravær i helger og ferier. Tilsvarende ivaretok flere helseforetak heller ikke godt nok pasienter med svikt i språk-, tale- og ev. svelgfunksjon ved at de ikke hadde sørget for tilstrekkelig logopedressurs og heller ikke opplæring av annet personell. Dette er forutsigbare oppgaver som det skulle være mulig å ivareta.

Eksempler:

Ergoterapeut er ikke tilgjengelig ved ferieavvikling, i helger eller på heligdager. Henvisning til fysioterapeut skjer tidvis opp til en uke etter innleggelse. En 20 % logopedstilling er ikke besatt. Det er ikke inngått avtale om å kjøpe denne tjenesten eksternt.

For slagpasienter utenom spesialenheten er det mindre systematikk i tiltak, mindre tverrfaglig fokus, også senere iverksetting av fysioterapi.

Manglende oversikt over kritiske forhold

Ved flere av tilsynene der det ble påpekt lovbrudd, hadde ledelsen ikke vurdert risikoen for svikt ved den organisering og kapasitet som det var lagt opp til i behandlingen av eldre slagpasienter. For eksempel var det ikke vurdert hvilken risiko det innebar for pasienter å bli plassert på ordinære sengeposter i stedet for på sykehusets spesialenhet for slagbehandling. Ledelsen manglet også oversikt over hvor mange pasienter dette dreide seg om.

Eksempel:

Ledelsen har ikke gjennomført analyse av om bemanningen og organiseringen av de ansatte har konsekvenser for forsvarligheten i behandlingen av eldre slagpasienter.

Mangelfull tilrettelegging for god praksis

At det ikke var tilstrekkelig lagt til rette for at personellet kunne få gitt pasientene et godt nok behandlingstilbud, viste seg på blant annet slik:

- uklarheter med hensyn til ansvar og oppgavefordeling, for eksempel mellom akuttmottak og sengepost
- uklare eller manglende rutiner for utføring av pasientobservasjoner i akuttfasen
- mangelfull opplæring av pleiepersonell som skal ivareta oppgaver i spesialpersonelletts fravær.

...Slagenheten har betydelig overbelegg av andre pasienter enn slagpasienter uten tilsvarende kompensering med pleiepersonell. Sykehuset har ikke iverksatt korrigerende tiltak selv om denne problemstillingen er rapportert og er kjent for ledelsen.

Når slike uklarheter og mangler heller ikke fanges opp gjennom kontrollrutiner, kan det gi en betydelig fare for svikt i behandlingstilbudet.

Eksempler:

Under tilsynet ble det avdekket at sykehusets styringssystem ikke i tilstrekkelig grad sikrer at gjeldende prosedyrer og opplæringsprogram følges og oppdateres. Det viste seg blant annet at kun et fåtall av avdelingens prosedyrer var oppdatert etter at de nye nasjonale retningslinjene for slagbehandling ble utgitt i 2010.

Leiinga er merksam på at verksemda på sengeposten er sårbar, men har ikkje fanga opp at enkelte sentrale rutinar for observasjon og oppfølging av pasientar med hjerneslag ikkje var tilstrekkeleg kjende og følgde.

Øverste ledelse benytter ikke avvikssystemet til å følge med på kvalitet
 Ved tilsyn der det ble påpekt lovbrudd var det et gjennomgående funn at ledelsen ikke benyttet avvikssystemet som del av grunnlaget for sin vurdering av om behandlingen av eldre slagpasienter var forsvarlig. Flere steder var det uklart for personellet hva som skulle meldes som avvik. Andre steder var ledelsen blitt gjort kjent med kapasitetsproblemer i slagbehandling, men hadde ikke fulgt opp med tiltak. Følgende sitater er illustrerende:

...Det meldes ikke avvik når en pasient som skulle vært mobilisert ikke blir det. Avviksmeldinger brukes i liten grad av de ansatte. Avviksmeldinger brukes i liten grad av ledelsen i kvalitetssikringsarbeidet.

5 Statens helsetilsyns samlede vurdering

5.1 To tredeler av tilsynene uten lovbrudd

At det ikke ble påvist lovbrudd ved to tredeler av tilsynene (20 av 29), gir grunn til å anta at spesialisthelsetjenestens i hovedsak gir et forsvarlig behandlingstilbud til eldre slagpasienter innenfor de områdene som dette tilsynet omhandler. Erfaringene fra tilsynet kan tyde på at et sårbart felt som slagbehandling har blitt tatt tak i og gitt nødvendig prioritet i mange helseforetak. Faglig aktivitet på flere hold kan ha medvirket til dette, bl.a. arbeidet med å få fram nasjonale retningslinjer.

5.2 Organiseringen av behandlingstilbudet – betydning for kvaliteten?

Funn fra tilsynet har vist at for pasienter som ikke fikk opphold i en veldefinert slagenhet, enten pga plassmangel eller fordi slik enhet manglet, var det risiko for at helsehjelpen ikke ble god nok. Blant annet ble det påpekt flere steder at personell på vanlige sengeposter ikke var gitt tilstrekkelig opplæring i flere av de standardiserte prosedyrene som gjaldt for observasjon og vurderinger av slagpasientene, og at flere av undersøkelsene heller ikke ble utført. Det ble også påpekt at det ikke var samme fokus på tidlig mobilisering, og at tverrfaglighet ikke ble godt nok ivare tatt. Ledelsen hadde ikke gjennomført risikovurderinger av slagbehandlingen som ble gitt ved vanlige sengeposter. Følgelig hadde de heller ikke identifisert at denne behandlingen var forbundet med økt fare for

svikt. Dette er ikke overraskende funn, men bekrefter det faglige grunnlaget for anbefalingene i Helsedirektoratets retningslinjer om å organisere slagbehandling i egne slagenheter.

Helseforetak kan likevel velge å organisere slagbehandlingen uten egne dedikerte enheter, bare de sørger for å ivareta krav til tverrfaglig behandling med god nok kapasitet og kompetanse rundt den enkelte pasient.

5.3 Noen helseforetak må forbedre behandlingstilbudet

Akutt slagbehandling er krevende. Mange faggrupper skal samarbeide, og mange tiltak må igangsettes og følges opp samtidig. For at *alle* eldre slagpasienter skal få et forsvarlig tilbud, er det i noen helseforetak behov for å styrke kapasiteten for spesialisert slagbehandling og få til et bedre fungerende tverrfaglig behandlingssopplegg.

Tilsynet har vist at det også trengs et sterkere styringsfokus i noen av landets helseforetak. Det må fremskaffes relevant informasjon for å kunne identifisere kritiske trinn i pasientforløpet og iverksette nødvendige tiltak, slik at pasientene får et godt nok behandlingstilbud. Erfaringene fra dette tilsynet tyder på at det i noen helseforetak er en relativt omfattende styringssvikt når det gjelder slagbehandling. Dette gir uakseptable ulikheter i behandlingstilbudet til en sårbar gruppe og kan medføre at noen pasienter kommer ut

av sykehusoppholdet med en større funksjonssvikt enn de ville hatt ved behandling på et annet sykehus. Statens helsetilsyn forventer at de regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak bruker sine styringsvirkemidler til å sørge for at alle eldre slagpasienter får et godt nok behandlingstilbud i landets sykehus.

6 Referanser

1. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport 2009/5 Diakonhjemmet høgskole, oppdrag fra Statens helsetilsyn. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2009. http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_tjenester_skrøpeligeeldre2009.pdf (lest 16.2.2012).
2. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2011/Krevende-oppgaver-med-svak-styring-Samlerapport-tilsyn-2010/> (lest 15.02.2012).
3. 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.
4. Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Internserien nr 15/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Internserien/Identifisering-risikoomrader-spesialisthelsetjenestetilbudet-eldre/> (lest 15.2.2012).
5. Myhre KI, Gunbjørud AB, Munkeby BH, Herfjord JK, Arianson H. Semi-quantitative risk analysis as a basis for supervision of specialized health services to frail elderly people. *Safety Science Monitor* 2011; 15(3): 1–6. http://ssmon.chb.kth.se/vol15/issue3/6_Myhre.pdf (lest 15.2.2012).
6. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retning-slinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Sider/default.aspx> (lest 16.02.2012).
7. Halano S. Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bull World Health Organ* 1976; 54 (5): 541–53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2366492/> (lest 15.2.2012).

8. Ellekjær H, Selmer R. Hjernslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Legeforen 2007;127:740-3.
<http://tidsskriftet.no/article/1503778>
(lest 15.02.2012).
9. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Sys Rev 2011; nr 7: CD006211.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006211.pub2/abstract;jsessionid=1DFA8CDBDA17E6B5CABAA9ED59DB5ABD.d02t04> (lest 16.1.2012).

7 Vedlegg:

Oversikt over helseforetak og underliggende enheter som inngikk i tilsynet i 2011

<i>Helseregion og antall tilsyn</i>	<i>Helseforetak der det ble foretatt ett eller flere tilsyn</i>	<i>Enhet der tilsynet foregikk, i rapporten også omtalt som sykehus</i>	
Sør-Øst 15 tilsyn	Sykehuset Østfold HF	Moss	
	Akershus universitetssykehus HF	AHUS, medisinsk divisjon	
	Oslo universitetssykehus HF	Ullevål	
	Sykehuset Innlandet HF		Elverum
			Hamar
			Lillehammer
	Vestre viken HF		Bærum
			Drammen
			Kongsberg
			Ringerike
	Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg	
	Sykehuset Telemark HF	Skien	
	Sykehuset Sørlandet HF		Arendal
Kristiansand			
Flekkefjord			
Vest 4 tilsyn	Haraldsplass Diakonale sykehus AS	Medisinsk klinikk	
	Helse Bergen HF	Voss	
	Helse Førde HF		Førde
			Nordfjord

<i>Helseregion og antall tilsyn</i>	<i>Helseforetak der det ble foretatt ett eller flere tilsyn</i>	<i>Enhet der tilsynet foregikk, i rapporten også omtalt som sykehus</i>
Midt-Norge 6 tilsyn	Helse Møre og Romsdal HF	Molde
		Kristiansund
	St Olavs hospital HF	Orkdal
		Trondheim
	Helse Nord-Trøndelag HF	Namsos
		Levanger
Nord 4 tilsyn	Nordlandssykehuset HF	Bodø
		Lofoten
	UNN HF	Tromsø
	Helse Finnmark HF	Kirkenes
	17 helseforetak + 1 privat sykehus	Tilsyn i 29 enheter

Erenoamášdearvvašvuodabálvalusa riikkaviidosáš geahču čoahkkáigeassu 2011: Vuorrasit pasieanttaid dikšu geain lea vuoiŋašgáldnanvihki

Dearvvašvuodageahču Raportta 3/2012 čoahkkáigeassu

Norggas ožžot jahkásaččat 15 000 olbmo vuoiŋašgáldnanvigi. 65 proseantta pasieanttain leat badjel 75 jagi. Vuoiŋašgáldnan lea goalmmádin dábálaččamus jápminsivva, ja dábálaččamus sivva vuorrasiid doaimmashehttejupmái.

Pasieanttat geain lea vuoiŋašgáldnanvihki fertejit johtilit iskojuvvot ja oažžut divššu, beroškeahttá goas jándoris sii bohtet buohccivissui. Vuoddoprinsihppa vuoiŋašgáldnanvigi divššus lea ahte seammás go doaimmaha fáhkkaobservašuvnna, iskama ja divššu, de galgá maiddái álggahit veajuiduhtima árra mobiliseremiin ja eará doaibmahárjehallamiid. Dasa lassin lea dehálaš einnostusa dáfus eastadit odđa vuoiŋašgáldnanvigi ja komplikašuvnnaid. Systemáhtalaš fágaidrasttildeaddji ovttasbargu lea dárbbášlaš buot dásiin divššus.

Riikkaviidosáš geahču 2011:s iskkai leat go vuorrasit pasieanttat geain lea vuoiŋašgáldnanvihki sihkkarastojuvvon oažžut dohkálaš divššu. Ovcci geahčus oktiibuot 29 geahčus ledje láhkagáibádušat rihkkojuvvon.

Geahču vuodul sáhtta árvoštallat ahte dikšofálaldat vuorrasit vuoiŋašgáldnanpasieanttaide lea dohkálaš eanas báikkiin, ja ahte dakkár rašes suorgi go vuoiŋašgáldnandikšu lea fuolahuvvon ja vuoruhuvvon olu dearvvašvuodadoaimmahagain.

Seammás gávnnaš geahču ahte lea oalle viiddis stivrenrihkkun vuoiŋašgáldnanpasieanttaid dáfus muhtun dearvvašvuodadoaimmahagain. Dát mielddisbukta dohkketmeahttun erohusaid hearkkes joavkku dikšofálaldaga dáfus ja sáhtta dagahit ahte muhtun pasieanttat ožžot stuorat doaimmashehttejumiid go livčče ožžon eará buohcciviesu divššuin. Stáhta dearvvašvuodageahču vuordá ahte regionála dearvvašvuodadoaimmahagat ja ovttaskas dearvvašvuodadoaimmahagat geavahit iežaset stivregaskaomiid nannet kapasitehta erenoamáš vuoiŋašgáldnandivššu dáfus ja fuolahit ahte šaddá buoret fágaidrasttildeaddji dikšofálaldat, nu ahte visot vuorrasit vuoiŋašgáldnanpasieanttat ožžot doarvái buori dikšofálaldaga riikka buohcciviesuin.

Summary of countrywide supervision in 2011 of treatment of elderly patients who have had a stroke

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 3/2012

In Norway, 15 000 people have a stroke each year. Sixty-five per cent of these patients are over 75 years of age. Stroke is the third most common cause of death, and the most common cause of disability among elderly people.

Patients who have had a stroke need to be assessed and treated without delay, irrespective of the time of day are admitted to hospital. A basic principle in treatment of stroke is that rehabilitation must be initiated early, and the patient must be mobilized and given other training to improve function. All this must be done at the same time as acute observation, assessment and treatment. In addition, prevention of another stroke and complications is decisive for the prognosis. Systematic interdisciplinary co-operation is necessary in all stages of treatment.

As part of countrywide supervision in 2011, we investigated whether elderly people who have had a stroke receive adequate treatment. In nine of the 29 hospitals we investigated, we detected breaches of the statutory requirements.

Based on the results of supervision, it appears that the services offered to elderly people who have had a stroke are adequate in most places. A vulnerable area such as treatment of stroke is dealt with and given adequate priority in many health trusts.

At the same time, we detected relatively serious deficiencies in management of treatment of stroke in some of the health trusts. This means that there is unacceptable variation in services to this vulnerable group. The result of this may be that some patients leave hospital with greater functional disability than they would have had if they had been treated at another hospital.

The Norwegian Board of Health Supervision expects the regional health authorities and the health trusts to implement measures to improve capacity for specialized treatment of stroke, and to ensure that interdisciplinary co-operation functions better, so that all elderly patients who have had a stroke receive adequate treatment in hospital.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2011

1/2011 Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern

2/2011 Nytt syn på gammel aktivitet. Tilsyn 2010 med verksemder som er godkjente for å handtere hornhinner m.m. til bruk på menneske i Noreg: Gjennomføring og erfaringar

3/2011 Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

4/2011 Kommuner bryter loven ved henvendelser om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tjenester i Nav

5/2011 Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

6/2011 Fylkesmennenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven kap. 4 – raskere behandling når Fylkesmannen selv slutfører saksbehandlingen

7/2011 Meldesentralen – årsrapport 2010

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgivelser 2012

1/2012 Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsetasjonsvirksomheten

2/2012 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering

3/2012 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2012

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag

I Norge rammes årlig 15 000 mennesker av hjerneslag. 65 prosent av pasientene er over 75 år. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsak, og den vanligste årsak til funksjonshemming hos eldre.

Pasienter med hjerneslag må utredes og behandles raskt, uansett når på døgnet de ankommer sykehuset. Et grunnleggende prinsipp i slagbehandling er at det samtidig med akutt observasjon, utredning og behandling, også må settes i gang rehabilitering med tidlig mobilisering og annen funksjonstrening. I tillegg er det avgjørende for prognosen å forebygge nye hjerneslag og komplikasjoner. Systematisk tverrfaglig samarbeid er nødvendig i alle faser av behandlingen.

Et landsomfattende tilsyn i 2011 undersøkte om eldre pasienter med hjerneslag er sikret forsvarlig behandling. Ved ni av i alt 29 tilsyn ble det påvist brudd på lovkrav.

Tilsynet gir grunn til å anta at behandlingstilbudet til eldre slagpasienter de fleste steder er forsvarlig, og at et sårbart felt som slagbehandling har blitt tatt tak i og gitt nødvendig prioritet i mange helseforetak.

Samtidig avdekket tilsynet en relativt omfattende styringssvikt når det gjelder slagbehandling i noen helseforetak. Dette gir uakseptable ulikheter i behandlingstilbudet til en sårbar gruppe og kan medføre at noen pasienter kommer ut av sykehusoppholdet med en større funksjonssvikt enn de ville hatt ved behandling på et annet sykehus. Statens helsetilsyn forventer at de regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak bruker sine styringsvirkemidler til å styrke kapasiteten for spesialisert slagbehandling og sørge for et bedre fungerende tverrfaglig behandlingssopplegg, slik at alle eldre slagpasienter får et godt nok behandlingstilbud i landets sykehus.