

Når eldre får hjerneslag – er behandlinga **god nok?**

Statens helsetilsyn har sidan 2009 gjennomført ei satsing på tilsyn med tenester til eldre. Behandlinga av pasientar over 80 år med hjerneslag blei derfor vald som eitt av tema for landsomfattande tilsyn i spesialisthelsetenesta i 2011.



God helsehjelp til skrøpelege eldre pasientar med akutt sjukdom krev ei heilskapleg tilnærming med brei vurdering av medisinske tilhøve, ernæringsstatus, funksjonsnivå, meistring og hjelpebehov. Samtidig med akuttbehandlinga må tidleg mobilisering og andre aktuelle rehabiliteringstiltak setjast i verk. Systematisk tverrfagleg samarbeid er derfor nødvendig i alle fasar av behandlinga. Studiar, blant anna frå Noreg, har vist at ei slik tilnærming ved akutt sjukdom gir auka sjanse for at pasienten overlever, får tilbake funksjon og greier seg i eigen heim.

Også innanfor slagbehandling er det eit grunnleggjande prinsipp at rehabilitering og funksjonstrening må setjast i gang samtidig med at ein gjennomfører akutt observasjon, utgreiing og behandling.

For å ta hand om eldre og skrøpelege slagpasientar på ein forsvarleg måte er det behov for tverrfagleg samarbeid i alle fasar av behandlinga. Som oftast vil det vere behov for legespesialist (nevrolog, geriatar eller indremedis-

nar), sjukepleiarar (slagsjukepleiar), fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Bemanninga må gjennom døgnet, i feriar og høgtider vere tilpassa oppgåvene som skal takast hand om. Dersom andre må ta over oppgåvene til personell med spesialkompetanse, må dei få relevant opplæring.

Tilsynet undersøkte om spesialisthelsetenesta gjennom styringsaktivitetane sine sikrar at eldre pasientar med hjerneslag får forsvarleg behandling. Tilsynet fokuserte også på omstende der svikt kan få alvorlege negative konsekvensar for den aktuelle pasientgruppa.

Til saman blei det gjennomført 29 tilsyn i 17 av helseføretaka i landet, inkludert eitt privat sjukehus. Rapportar frå kvart enkelt tilsyn finst på www.helsetilsynet.no

Ved ni tilsyn blei det påvist lovbrøt (avvik). Ved dei andre 20 tilsyna blei det ikkje påvist brøt på lovkrav, men ved åtte av dei blei det gitt merknader om aktuelle forbettringsråde.

Funna frå tilsyna der det blei påvist avvik eller gitt merknader, gir til saman eit viktig bilete av tilhøve som kan medverke til at ei sårbar gruppe som eldre slagpasientar ikkje får god nok sjukehusbehandling.

Observasjonar og vurderingar det første døgnet – ein kritisk fase

For mange slagpasientar er dei første 24 timane dei mest kritiske, og svært mykje må observerast, vurderast og greiast ut da. Sjukehuset må derfor ha ordningar for å fordele ansvar for ulike oppgåver og for korleis samhandling skal gå føre seg, blant anna det å følgje med på vitale kroppsfunksjonar, vurdere blodforsyninga i

hjernen med biletdiagnostikk (CT/MR), kartleggje nevrologisk status, vurdere svelgjeffunksjon og språk- og talefunksjon.

Fleire tilsyn fann at slagpasientar ikkje fekk rask nok oppfølging av personell med spesialkompetanse når pasientane måtte vente lenge i akuttmottaket eller eventuelt i andre avdelingar før dei blei flytta over til slageininga. Også innanfor slageiningar blei det funne manglar ved rutinar, oppgåvefordeling og ved gjennomføringa av observasjonar og utgreiingar. For eksempel blei vitale funksjonar ikkje vurderte systematisk, det var uklart kven som skulle stå for nevrologisk undersøking, standardiserte metodar for denne

undersøkinga blei ikkje brukte, og svelgjeffunksjonen blei ikkje systematisk vurdert. Også språk- og talefunksjon blei fleire stader mangelfullt følgt opp på grunn av mangel på kvalifisert personell, uklare ansvarsforhold og tilvingsrutinar. Eksempel på slike funn:

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

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

”Sykehuset mangler p.t. logoped. Det er ikkje etablert system som sikrer at utfordringar rundt pasienter med taleforstyrrelser blir ivarettatt.”



Tidleg mobilisering er svært viktig for at slagpasientar skal overleve”



Tidleg mobilisering og rehabilitering – viktig for vidare livskvalitet

Tidleg mobilisering er svært viktig for at slagpasientar skal overleve, og det første tiltaket i rehabiliteringsprosessen. Sjukehuset må ha opplegg for å setje i gang mobilisering tilpassa situasjonen kvar enkelt pasient er i, og sikre at dette også kan gå føre seg i helgar og feriar. Tidleg mobilisering dreier seg om alt frå enkle rørsler i seng og ut av seng til daglege aktivitetar som å vaske og kle på seg. Det er viktig med klar ansvars- og oppgåvefordeling mellom dei ulike faggrup-

pene som skal samarbeide om å kartleggje rehabiliteringsutsiktene og gjennomføre tiltaka.

Ved fleire tilsyn blei det funne svikt i gjennomføringa av tidleg mobilisering. Ansvarstilhøve var uklare, og det skorta på mobilisering og anna funksjonstrening i helgar og feriar på grunn av manglande kapasitet og kompetanse hos personellet. Eksempel på funn:

Slageining

Dei nasjonale retningslinjene frå Helsedirektoratet skildrar slageininga slik: Ei organisert behandling av slagpasientar i ei geografisk avgrensa eining med faste senger, bemanna med tverrfagleg spesialopplært personale og med standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidleg rehabilitering.

”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.”

Er det avgjerande korleis slagbehandlinga er organisert?

Helseføretaka har organisert behandlinga av eldre slagpasientar på ulike måtar. Ved tilsynet blei det undersøkt om helseføretaket sikra at eldre slagpasientar fekk forsvarleg behandling og rehabilitering uavhengig av om dette skjedde i ei eining kalla slageining eller i ein annan type sengeavdeling.

Funn frå tilsynet viste at for pasientar som ikkje fekk opphald i ei veldefinert slageining, anten på grunn av plassmangel eller fordi slik eining mangla, var det auka risiko for at helsehjelpa ikkje blei god nok. Blant anna blei det fleire stader peikt på at personell på vanlege sengepostar ikkje hadde fått tilstrekkeleg opplæring i fleire av dei standardiserte prosedyrane som gjaldt for observasjon og vurderingar av slagpasientane, og at fleire av undersøkingane heller ikkje blei utførte. Det blei også peikt på at det ikkje var same søkjelyset på tidleg mobilisering, og at ein ikkje tok godt nok vare på tverrfagleg samarbeid. Leiinga hadde ikkje vurdert risikoen for svikt i pasientbehandlinga for pasientar som blei lagde inn på andre sengepostar.

Fakta om hjerneslag

Verdshelseorganisasjonen (WHO) definerer hjerneslag som ei akutt forstyrning i hjernefunksjonane som har si årsak i svikt i blodgjennomstrøyminga, og som varer i meir enn 25 timar eller fører til død. Om lag 85 % av slagtilfella kjem av hjerneinfarkt og om lag 10 % kjem av hjernebløding.

65 % av dei om lag 15 000 årlege slagtilfella i Noreg råkar aldersgruppa over 75 år. Hjerneslag er i Noreg den tredje hyppigaste dødsårsaka og den vanlegaste årsaka til funksjonshemming hos eldre.

Første månad dør 15–20 %. Om lag ein tredel av dei som overlever, får ei betydeleg funksjonssvikt som gjer dei avhengige av hjelp i det daglege. Seinfølgjer av slag kan vere lammingar i ulike delar av kroppen, taleforstyrningar og ulike forstyrningar i mentale funksjonar.

Slagbehandling anno 2011: Mykje bra, men framleis sårbart i nokre helseføretak

Det blei ikkje påvist lovbrøt ved to tredelar av tilsyna, noko som gir grunn til å gå ut ifrå at spesialisthelsetenesta i hovudsak gir eit forsvarleg behandlingstilbod til eldre slagpasientar. Erfaringane frå tilsynet kan tyde på at det er teke tak i eit sårbart felt som slagbehandling slik at det har fått nødvendig prioritet i mange helseføretak. Viktig fagleg aktivitet på fleire hald kan ha medverka til dette, blant anna arbeidet med nasjonale retningslinjer.

Akutt slagbehandling er krevjande. Mange faggrupper skal samarbeide, og mange tiltak må setjast i gang og følgjast opp samtidig. For at alle slagpasientar skal få eit forsvarleg tilbod, treng ein i nokre helseføretak å styrkje kapasiteten for spesialisert slagbehandling og få til eit tverrfagleg samarbeid som fungerer betre. Til dette trengst også ei sterkare styringsmerksend om å skaffe fram relevant informasjon for å vurdere risiko ved behandlingstilbodet og evaluere det.

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