



Helse Vest RHF  
Helse Førde HF  
Helse Bergen HF  
Voss sjukehus  
Haraldsplass Diakonale sykehus

DYKKAR REF.:

VÅR REF. (TA MED VED SVAR):  
2010/154288 730

DATO:  
28.11.2011

## Tilsyn med spesialisthelsetenester 2011- behandling av eldre med hjerneslag

Statens helsetilsyn bestemmer kvart år tema for landsomfattande tilsyn med spesialisthelsetenestene og med dei kommunale helse-, sosial- og barnevernstenestene.

Behandling av eldre med hjerneslag er eitt av dei landsomfattande tilsyna med spesialisthelsetenestene i 2011.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane og Helsetilsynet i Hordaland har gjennomført fire tilsyn. Vedlagt følgjer ei kort oppsummering og våre vurderingar av nokre utvalde problemstillingar.

Vi tilrår at interne rutinar blir gjennomgått og at tilboda blir evaluerte opp mot tilrådingane i dei nasjonale faglege retningslinene for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Vi vil seinare etterspørje resultatet av denne gjennomgangen.

Med helsing

Helga Arianson  
fylkeslege

Anne Grete Robøle  
seksjonsleiar

*Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.*

Vedlegg: Oppsummering – tilsyn med behandling av eldre med hjerneslag 2011

Kopi med vedlegg:

Helse Fonna HF	Postboks 2170	5504	HAUGESUND
Helse Stavanger HF	Postboks 8100	4068	STAVANGER
Helsetilsynet i Sogn og Fjordane	Njøsavegen 2	6863	LEIKANGER
Helsetilsynet i Rogaland	Postboks 59	4001	STAVANGER
Statens helsetilsyn	Postboks 8128 Dep	0032	OSLO



HELSETILSYNET I SOGN OG FJORDANE  
HELSETILSYNET I HORDALAND

## **Tilsyn med behandling av eldre med hjerneslag i Helse Vest 2011**

26. september 2011

## **Samandrag - tilsyn med behandling av eldre pasientar med hjerneslag**

Frå 2009 til 2012 blir det etter oppdrag frå Statens helsetilsyn utført landsomfattande tilsyn med helsetenester til eldre. Som del av dette blir det i 2011 ført landsomfattande tilsyn med spesialisthelsetenesta. Tema for tilsynet er behandling av eldre pasientar med hoftebrot og behandling av eldre pasientar med hjerneslag. Eldre er i denne samanheng personar over 80 år.

Frå Statens helsetilsyn var det lagt til grunn at trombolysbehandling ikkje var del av dette tilsynet med behandling av eldre med hjerneslag. Tilsynet var avgrensa til nokre område der det kan vere fare for svikt som kan ha store negative konsekvensar for den enkelte pasienten:

- Observasjon, utgreiing og behandling dei første 24 timane etter innlegging i sjukehuset
- Tidleg rehabilitering
- Førebygging av komplikasjonar og nye hjerneslag

Føremålet var å undersøkje om helseføretaka ved systematisk styring og forbetring sikrar forsvarleg behandling av eldre med diagnosen hjerneslag, uavhengig av om årsaka til hjerneslaget er hjerneinfarkt eller hjerneblødning.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane og Helsetilsynet i Hordaland har gjennomført fire tilsyn med behandling av eldre pasientar med hjerneslag.

Helse Førde HF, Medisinsk klinikk, Nordfjord sjukehus 9.-11. mai 2011

Helse Førde HF, Medisinsk klinikk, Førde Sentralsjukehus 9.-11.mai 2011

Haraldsplass Diakonale Sykehus 27.-28. april 2011

Helse Bergen HF, Voss sjukehus 12.-13. mai 2011

Ved Voss sjukehus blei det påpeikt forhold som var i strid med krav i helselovgjevinga.

Alle sjukehusa har ikkje tilrettelagt verksemda i samsvar med tilrådingar i nasjonale faglege retningslinjer for behandling og rehabilitering av pasientar med hjerneslag.

Opplysningar som kom fram ved tilsyna, gir grunn til å understreke behov for:

- gjennomgang av interne rutinar og evaluering av drifta opp mot tilrådingar i nasjonale faglege retningslinjer
- iverksetting av korrigerande tiltak for å førebyggje svikt.

Helsetilsynet i fylka vil på eigna måte etterspørje resultat frå denne gjennomgangen.

## **Helsetenester til skrøpelege eldre**

Talet på eldre i Noreg aukar. Eldre er ein stor og veksande del av pasientar på sjukehusa. Med aukande alder stig førekomsten av sykelyhet og behov for hjelp. Kroppens reservekapasitet minkar og ein tåler både sjukdom og behandlingstiltak dårlegare. Hos eldre er det høg førekomst av blant anna hjartesvikt, KOLS, diabetes, hjerneslag, kreft, demens, nedsett nyrefunksjon og dårleg ernæringsstatus. Kontakt med helsevesenet kan også utløysast av meir uspesifikke tilstandar som f.eks. fall eller forvirring (delir).

### **Skrøpelegheit hos eldre**

Alder i seg sjølv fortel lite om helsetilstanden, spennvidda er stor frå spreke og aktive heimebuande eldre til svake og pleietrengande pasientar på sjukeheim. Behovet for ei spesiell tilnærming er størst hos individ som er prega av såkalla skrøpelegeheit (engelsk "frailty"). Skrøpelege eldre har auka sårbarheit, mindre reserver og dårlegare evne til å takle sjukdom/skade og intervensjonar frå helsevesenet. Dette viser seg i hyppigare sjukehusinnleggingar og auka fare for komplikasjonar og biverknader. Det er fare for ytterlegare fall i funksjonsnivå med redusert evne til eigenomsorg og auka behov for hjelp.

Tal på kor mange eldre som er skrøpelege kjem an på korleis tilstanden vert definert, men nordiske studiar viser ein førekomst i området 9-12 % av alle heimebuande personar over 65 år. I tillegg kan ein anta at omgrepet passer på dei aller fleste bebuarar i sjukeheim. Årsak til skrøpelegheit er ofte samansett og kan omfatte somatisk og psykisk sjukdom, redusert organfunksjon, underernæring, låg muskelmasse, immobilisering, lite sosialt nettverk, redusert evne til forflytning, dårleg tilrettelagt busituasjon og eventuelt kognitiv svikt.

### **Tilnærming til skrøpelege eldre med akutt sjukdom/skade**

Hos gamle pasientar er det ofte eit bakteppe av sjukdom og aldersforandringar som gjer det vanskeligare å skilje ut nyoppståtte tilstandar, og ein vil oftare sjå ein atypisk sjukdomspresentasjon. Den akutte tilstanden kan utløyse forverring av kroniske sjukdomar som KOLS, hjartesvikt, diabetes og nyresvikt.

God helsehjelp til skrøpelege eldre pasientar krev ei samla tilnærming med brei vurdering av medisinske forhold, funksjonsnivå, meistring, ressursar og hjelpebehov. Fokus må ikkje berre vere på ein spesifikk tilstand eller eitt enkelt organsystem, men den totale helsetilstanden til pasienten. Samtidig med diagnostikk og utgreiing må det vere ei aktiv haldning til tidleg mobilisering, ernæring, gjennomgang av medisinar og planlegging av vidare oppfølging, eventuelt rehabilitering. Systematisk tverrfagleg samarbeid er vesentleg.

Studiar, blant anna frå Noreg, har dokumentert at det nyttar å ha ei brei tilnærming til skrøpelege eldre med akutt sjukdom, med auka overleving og større sjanse for å klare seg i eigen bustad. Konseptet med den tradisjonelle slageininga som kombinerer akuttbehandling med tidleg rehabilitering og tverrfagleg samarbeid tek i vare mange av elementa som er vesentlege for god behandling av sjuke gamle. Det er viktig at dette ikkje blir gløymt i begeistringa for nye revaskulariserande behandlingsmulegheiter som trombolysje.

## **Vurderingar**

Sentrale spørsmål, uavhengig av våre funn ved dette tilsynet, er i kva grad føretak og sjukehus vurderer sårbarheit i eksisterande behandlingstilbod for alle pasientar med hjerneslag anten dei er aktuelle for trombolysjebehandling eller ikkje, og kva tiltak som blir sette i verk for å fjerne eller kompensere for avdekt sårbarheit i behandlingstilboda. Tilsyna gav ikkje grunnlag for å konkludere med at behandlinga var uforsvarleg.

Hovudinstrykket er at sjukehusa har lagt vekt på rask utgreiing og iverksetting av trombolysjebehandling, "raud løpar". Ved tilsynet kom det fram at dersom det var indikasjon for trombolysjebehandling, blei denne behandlinga også gitt til eldre pasientar. Alderen til pasientane var aleine ikkje avgjerande ved val av behandling.

Det er ikkje same fokus på rask utgreiing og iverksetting av behandling til andre pasientar med hjerneslag som av ulike grunnar, ikkje kan få trombolysjebehandling.

Behandlingstilbodet til eldre med (mistanke om) hjerneslag, som ikkje er aktuelle for trombolysje, er sårbart. Det gjeld først og fremst organiseringa av tilbodet og tilgang til eller fråver av personell med særleg kunnskap om overvaking, tidleg mobilisering og tverrfagleg rehabilitering av pasientar med hjerneslag.

### **Organisering**

*Akutt slagbehandling bør organiserast slik at pasientar med symptom på akutt hjerneslag øyeblikkeleg blir undersøkte når dei kjem til akuttmottaket, og har høg prioritet med omsyn til nødvendige undersøkingar som bilettdiagnostikk og blodprøver, jf. Nasjonale faglege retningslinjer for behandling og rehabilitering.*

Leiinga ved sjukehusa er kjende med Nasjonale faglege retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag som seier at alle sjukehus som skal behandle slagpasientar i akuttfasen, bør tilby behandling i slageining.

Slageining er definert som ei geografisk avgrensa eining med faste senger, bemanna med eit tverrfagleg spesialopplært personell og med eit standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling, tidleg mobilisering og rehabilitering. Eininga skal ha skriftlege rutinar og eit system for kvalitetssikring.

Tre av dei fire sjukehusa har ikkje oppretta særskilt slageining med eige personell slik dei nasjonale retningslinjene tilrår.

- Nordfjord sjukehus: Sengepost med 20 senger. To rom, fire senger, er den fysiske slageininga.
- Førde sentralsjukehus: Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering (ANRR) har felles sengepost med 25 senger. Åtte senger er reservert for behandling av slagpasientar.
- Voss sjukehus: Medisinsk sengepost med 34 senger.
- Haraldsplass Diakonale Sykehus: Slagpost med 10 senger.

For pasientar som ikkje er aktuelle for trombolyse er det til tider ventetid i mottak og ventetid på undersøkingar. Vaktordningar på sengepost som inneber at personell med særleg kunnskap om vurdering av funksjon, mobilisering og tidleg rehabilitering ofte ikkje er tilgjengelege alle dagar, innverkar på behandlingstilbodet til pasientane.

Ventetid før behandling blir påbegynt, kan føre til større skade og dårlegare utcome av behandling og rehabilitering. Etter vår vurdering er det viktig at relevant utgreiing og behandling blir sett i verk så raskt som råd også for pasientar med (mistanke om) hjerneslag som ikkje kan få trombolysebehandling.

### **Personell og kompetanse**

*Personale som arbeider i slageining bør ha spesialkompetanse. Det bør vere ein strukturert og systematisert plan for utdanning og internopplæring, både tverrfagleg og særleg, seier dei nasjonale faglege retningslinjene.*

- Ved Nordfjord sjukehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus er det pleiepersonell som har særskilt ansvar for å følge opp slagpasientane.
- Ved Førde sentralsjukehus og Voss sjukehus har personellet også ansvar for andre pasientar som er innlagt i avdelinga.

Utvikling av skriftlege rutinar og internopplæring var ulikt organisert, men som oftast ikkje tverrfagleg og samordna mellom dei forskjellige yrkesgruppene.

Ved tre av dei fire sengepostane var det tilsett eitt eller fleire pleiepersonell med vidareutdanning i behandling av pasientar med hjerneslag. Elles varierte det kva kompetanse pleiepersonellet hadde om behandling av slagpasientar. Mange hadde arbeidd ved sengeposten i lang tid og på denne måten fått røynsle i behandling, observasjon og oppfølging av denne pasientgruppa. I sengepostane som har ulike pasientgrupper, er det, ikkje ument, pasientane med størst behov for oppfølging som pleiepersonellet bruker tida si på.

Då tilsyna blei gjennomført var det to sjukehus som ikkje hadde tilsett logoped. Det er personavhengig korleis kompensierende tiltak fungerer, for eksempel opplæring av anna personell for at dei skal kunne ivareta enkelte oppgåver logoped har særleg kompetanse til å utføre. Ved sjukehusa som ikkje har tilsett logoped blir pasientane viste til logoped i kommunane, men kapasiteten i kommunane er og avgrensa.

Det er påfallande at ergoterapeutar og fysioterapeutar i all hovudsak er tilgjengelege på dagtid måndag – fredag utan at det systematisk er lagt til rette for at personell på sengepost kan følgje opp tilrådde aktivitetar i dagleg omsorg kvardagar og helgedagar.

### **Tidleg mobilisering og tverrfagleg rehabilitering**

*For å kunne ivareta slagpasientar i akuttfasen optimalt i høve til akuttbehandling, observasjon, førebygging og behandling av komplikasjonar samt stimulering, mobilisering og opptrening, trengs teit godt tverrfagleg samarbeid. Tidleg mobilisering og trening er eit sentralt tiltak i slagbehandling og alle slagpasientar bør mobiliserast tidleg, jf. dei nasjonale faglege retningslinene kap. 3.9.*

Det blir lagt vekt på å førebyggje komplikasjonar som liggjesår, lungebetennelse, venetrombose og medisinsk utgreiing for å førebyggje nye hjerneslag.

I sengepostane med forskjellige pasientgrupper medfører overvaking og oppfølging av andre pasientar at tilhøva ikkje ligg godt til rette for oppgaverelatert trening og mobilisering av slagpasientane. På enkelte seinvakter, sundagar og helgedagar blir desse aktivitetane nedprioriterte.

Det tverrfaglege samarbeidet er ulikt organisert, både med omsyn til kva profesjonar som deltek, kor ofte dei møtest og kva som er føremålet med møta. Det er også forskjellig kven som deltek i kartlegging og vurdering av funksjonsnivå, kva målemetodar som blir brukte, og korleis resultat og behandlingsplan blir dokumentert og kommunisert mellom personellgruppene.

Etter vår vurdering har alle sjukehusa føresetnader for å strukturere og vidareutvikle det tverrfaglege samarbeidet og den tidlege tverrfaglege rehabiliteringa av slagpasientane.