

Overdreven vekt på trombolytisk behandling kan føre til overbehandling og feil prioritering av ressursene. På gruppenivå gir slagenhetsbehandling med god margin mest helsegevinst

Hva er god behandling ved akutt hjerneslag?

God akutt hjerneslagbehandling er helt avhengig av god organisering av behandlingsskjeden. Klare skriftlige prosedyrer, kompetent tverrfaglig personell og tilstrekkelig kapasitet er avgjørende for at kjeden skal fungere godt alle dager og til alle tider på døgnet. Når den gjør det, kommer pasienten raskt til sykehuset, får rask avklaring om det er aktuelt med trombolytisk behandling og blir, fremdeles med høy prioritet og uten forsinkelser, vurdert av teamet i slagenheten for utredning, monitorering, behandling og rehabilitering. I *Indremedisinen* nr. 2/2014 er behandlingsskjeden for hjerneslag inngående beskrevet. Nye metoder som prøves ut, er også diskutert der (1).

Trombolytisk behandling med intravenøs alteplase (Actilyse) må komme i gang uten forsinkelse. Alle sykehus som tar imot hjerneslagpasienter bør ha en prosedyre for «slagalarm» for å sikre dette. Tidsvinduet for å gi trombolytisk behandling er 4,5 timer etter symptomdebut, og det er bedre effekt jo tidligere i forløpet det skjer. Målet er å løse opp blodproppen og gjenvinne sirkulasjonen for å hindre skade på hjernevevet. En alvorlig komplikasjon som forekommer hos 4,9–6,2 % av pasientene i en uselektet slagpopulasjon er symptomgivende hjerneblødning (2).

Behandlingen i slagenheten må være av god kvalitet. Basert på randomiserte studier er en slagenhet definert med blant annet et geografisk avgrenset område, oppdaterte prosedyrer og god tilgang på tverrfaglig personell med riktig kompetanse (3). Dette kan være lege med spesiell kompetanse på hjerneslag (indremedisiner, geriater eller nevrolog), slagsykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Også andre faggrupper, som optiker, ernæringsfysiolog og sosionom, vil kunne bidra til å øke kvaliteten på behandlingen. Det er nødvendig med et tett samarbeid med andre legespesialister, rehabiliteringsavdeling i sykehuset og med kommunen. I tillegg skal pasient og pårørende medvirke i beslutningene som tas underveis.

Pasientene er veldig ofte eldre med tilleggsutfordringer som komorbiditet, polyfarmasi og lite organreserver. Derfor er det særlig viktig å få satt i gang nødvendige tiltak raskt. Innsatsen i slagenheten skal redusere risikoen for nye hjerneslag, hindre komplikasjoner og bidra til å bevare mest mulig hjernevev – i tillegg til å utnytte hjernens evne til remodellering og plastisitet. Opptreningen skal starte så tidlig som mulig. Bruk av sjekklister og standardiserte kartleggingsverktøy øker sannsynligvis kvaliteten på behandlingen betydelig. Alle sykehus i Norge med slagenhet rapporterer til Norsk hjerneslagregister. Det å samle data til kvalitetsregistre har i seg selv en positiv effekt på kvaliteten.

En sammenlikning av OECD-land viser at Norge er blant dem med lavest 30-dagersdødelighet etter akutt hjerneslag (4). Den lave dødeligheten tilskrives god tilgang på slagenheter av god kvalitet. Mange enheter sliter nå med kapasiteten (både senger og personell). Tatt i betraktning hvor effektiv behandlingen er (5) og de følger det får dersom funksjonshemningen etter hjerneslag blir større enn nødvendig, kan det synes uhensiktsmessig at kapasiteten i slagenhetene ikke er høyere prioritert.

Trombolytisk behandling har fått mye oppmerksomhet og er høyt prioritert. Det kan føre til overforbruk. *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (6) inneholder kriterier for når man bør tilby og når man bør avstå fra slik behandling. De kliniske miljøene har justert sine kriterier, stort sett med konsensus, i tråd med ny viten (1). Det har likevel vært forskjell mellom syke-

husene når det gjelder andelen pasienter som får behandlingen. Høy andel henger sammen med hyppigere trombolytisk behandling for pasienter med lette hjerneslag (2). Også denne gruppen har nytte av behandlingen og risikoen for fatal hjerneblødning kan være akseptabel (7). Likevel må risikoen for symptomgivende hjerneblødning vurderes nøye opp mot forventet nytte for den enkelte. Pasienten bør så langt det er mulig være godt informert om nytte og risiko og ta del i valg av behandling.

Andelen under 80 år som får trombolytisk behandling, er en nasjonal kvalitetsindikator, uavhengig av om kriteriene for behandlingen var oppfylt. Indikatoren skal gjenspeile om sykehuset har gode rutiner for nyttig trombolytisk behandling. Men det man faktisk måler, kan like gjerne gjenspeile overbehandling med et potensielt skadelig medikament eller at pasientene i nedslagsfeltet har kort vei til sykehuset. Norsk hjerneslagregister kan forhåpentlig bidra til at vi fremover tar i bruk bedre kvalitetsindikatorer.

For å sikre god hjerneslagbehandling også i fremtiden må vi fremkaffe ny kunnskap gjennom forskning, slagregisteret må brukes og utvikles og vi må utdanne gode slagleger. Fremtidens slagleger må takle blålys, teknologi og innovasjon og samtidig bygge videre på de mindre spektakulære, men veldig gode resultatene som er oppnådd gjennom etableringen av små og store slagenheter. En turnuslege sa nylig: «Det må være spennende å jobbe så tverrfaglig.» Mange yngre kolleger ser verdien i fagområder som krever både bred og spiss kompetanse og i komplekse vurderinger. Som slaglege får man alt dette i et bredt samarbeid med andre fagfelter og andre yrkesgrupper – i tillegg til samarbeidet med pasienter og pårørende i en vanskelig situasjon.

God håndtering av akutt hjerneslag er altså både trombolytisk behandling, sammensatte vurderinger og teamarbeid i videste forstand. Det gjør fagområdet utfordrende og veldig spennende.

Hanne M. Frøyshov
hanne.froyshov@unn.no

Hanne M. Frøyshov (f. 1967) er spesialist i indremedisin og i geriatri. Hun er overlege ved medisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad, og stipendiat ved Universitetet i Tromsø. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Wyller TB, Frøyshov H, Vatn S et al. Tema: Hjerneslag. *Indremedisinen* 2014; 2: 20–41. <http://legeforeningen.no/PageFiles/188310/2014-02-indremedisinen-1.pdf> [5.3.2015].
2. Stecksén A, Asplund K, Appelros P et al. Thrombolytic therapy rates and stroke severity: an analysis of data from the Swedish stroke register (Riks-Stroke) 2007–2010. *Stroke* 2012; 43: 536–8.
3. Indredavik B. En effektiv slagenhet – hva er det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1214–8.
4. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing. www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm [5.3.2015].
5. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD000197.
6. Indredavik B, Salvesen R, Næss H et al. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
7. Emberson J, Lees KR, Lyden P et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2014; 384: 1929–35.