

## Behandling av akutt hjerneslag – store investeringsbehov i Norge

Det har vært store vitenskapelige framskritt innen behandling av hjerneslag de senere årene. Tidlig trombektomi, såkalt blodproppfisking, hos utvalgte pasienter med akutt hjerneinfarkt har utmerket behandlingseffekt med NNT (number needed to treat) = 3; dette betyr at 1 av 3 pasienter oppnår et godt resultat.<sup>1</sup> Sammen med trombolyse er akutt intervensjonsbehandling etter hjerneinfarkt nå på lik linje med akuttbehandlingen etter hjerterinfarkt. Men hjerneinfarkt ligger langt etter hjerterinfarkt på en rekke felt. Forskning og klinikk hører sammen, men «Stroke» står dessverre fortsatt igjen som et tydelig underfinansiert forskningsfelt.<sup>2</sup> «Pakkeforløp hjerneslag» er en begynnende, tydelig og riktig satsing. Men større nasjonale investeringer for et tydelig kvalitetsløft av hjerneslagmedisin er nå nødvendig for å bidra mest mulig til å holde yrkesaktive lengst mulig i jobb og til at ikke-yrkesaktive holder seg lengst mulig selvhjulpne. Hele den lange behandlingsskjeden fra akuttbehandling til kommunal rehabilitering trenger økt kunnskap og kvalitet. For å oppnå dette er store nasjonale investeringer påkrevd, analogt til det som har blitt gjort for å organisere hjerterbehandling:

**Universitetssykehusene og andre store sykehus** har behov for slagteam, bestående av slagoverlege, LIS (lege i spesialisering), nevro-radiologer/intervensjonister, trombolyse-sykepleier og et oppfølgende team i en tilstrekkelig bemannet overvåkingsenhet. Ved hjerneinfarkt utføres selve blodproppfisking av nevro-radiologer/intervensjonister, der flere i dag må læres opp. Vi trenger videre et felles løft med felles vaktlag for å sikre utdanning av slagleger fra flere fagmiljøer. Overvåkingsenheter må utvikles til nevro-intensivt kunnskapsnivå, analogt til eksisterende enheter på hjerteravdelinger. Overvåking gjelder ikke bare pasienter med akutt intervensjonsbehandling, men enhver pasient med mistanke om akutt hjerneslag og «en ustabil hjerne». I tillegg trengs det kompetanseoppbygging og regelmessig simuleringstrening, slik at hele slagteamet til enhver tid behersker nødvendige prosedyrer. Slagteam må fungere på lik linje med hjerterintervensjons- og overvåkingsteam og traumeteam som er operative 24/7. Hensikten er å forhindre flere slag med fare for gradvis kognitiv reduksjon og etter hvert demensutvikling.

**Mindre sykehus** har behov for telemedisinsk rådgiving. Telemedisinsk kompetanse må bygges og vedlikeholdes av IKT-tjenester. Klinisk bruk forutsetter tilstrekkelig rådgivende personale på universitetssykehusene. Telemedisin kan også brukes i rehabilitering (logopedi) og kunnskaps-overføring (sosionomtjenester). Dedikerte personer med interesse for hjerneslag (leger, sykepleiere, fysio-, ergoterapeuter og logopeder) bør få anledning til å hospitere med jevne mellomrom på større sykehus.

Det er på tide å bygge struktur og faglig ekspertise for folkesykdommen hjerneslag med ca. 12.000 tilfeller i året. Antall hjerterinfarkt i Norge er nokså likt: 12.437 personer ble rammet i 2016. <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/476/resultater/948>. Hele det medisinske miljøet må samles for å øke kompetansen og gjenkjenne symptomer slik at flest mulig får best mulig behandling. Hjerterintervensjon og hjerterovervåking har vært en selvfølge siden 1970-tallet. Hjerneintervensjon og hjerneovervåking må nå bli like selvfølgelig etter at akutt trombolyse og intervensjon er anerkjente metoder for å oppnå gode resultater. Pre-hospitale tjenester (ambulansesjåfører og anestesileger ved helikoptertransport) etterlyser mulighet til å snakke direkte med kompetente slagleger, på lik linje som veletablert for pasienter med akutt hjerter- og akutt traumetransport. Diagnostikk og oppfølging på slagenhet mangler på mange sykehus jevn oppdatering, vedlikehold og økning av kunnskap. Rehabilitering har i enkelte kommuner betydelige kapasitetsproblemer. Kun nasjonale investeringer kan løfte slagbehandlingsskjeden innenfor hjernehelsen på et sammenlignbart nivå med hjertermedisin og hjerterrehabilitering. «Tid er hjerne» gjelder fra akuttsituasjonen, til god pasient- og

pårørendeinformasjon om nødvendig diagnostikk, rehabilitering og behandlingstiltak fra legenes og pasientenes side (livstilendring). Disse oppgaver krever adekvat kunnskap, utstyr og bemanning.

Vi ber helseministeren om et møte for å diskutere ovenstående, gjerne sammen med undertegnede representanter fra organisasjoner, tilknyttet hjerneslagbehandling i Norge.

Med vennlig hilsen



Ulrike Waje-Andreassen  
European Stroke Organisation (ESO)  
Stroke Unit Committee, Leder

**Norsk Slagorganisasjon**  
**Norwegian Stroke Organisation**

Lars Thomassen  
Norsk Slagorganisasjon, Leder



**Norsk neurologisk forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Anne Hege Aamodt  
Norsk Neurologisk forening, Leder



**Norsk indremedisinsk forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Kåre I. Birkeland  
Norsk indremedisinsk forening, Leder



**Norsk geriatrisk forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Nils Holand  
Norsk geriatrisk forening, Leder



Henrik Peersen  
Hjernerådet, Styreleder



Marita Lysstad Bjerke  
Norsk Sykepleierforbund SLAG, Leder



Tommy Skar  
LHL Hjerneslag, Generalsekretær

**Litteratur:**

1. Rudd A., Bray B. Striving to improve the quality of stroke care in the USA. *Neurology* 2017;89:1542-3.
2. Forskning og innovasjon til pasientens beste.  
Nasjonal rapport fra Spesialisthelsetjenesten 2017, side 48.