

Det er på tide å løsrive behandlingen av pasienter med hjerneslag fra én spesialitet

Ikke for pyser

Det er ikke mange år siden nybakte turnusleger fikk én regel å holde seg til: «Ikke ta imot pasienter med hjerneslag!» De tider er over. Norske pionerer har dokumentert at innleggelse av pasienter med hjerneslag i spesialiserte slagenheter fører til en 10 % absolutt reduksjon i risiko for å dø i akutfasen og en like stor økning i andelen overlevende pasienter som klarer seg uten hjelp ett år etter slaget (1). Senere er funnene reproduisert i en rekke land (2), og er svært gode for en sykdom der mange fortsatt tror at det ikke finnes noe akutt behandlingstilbud.

Det har tatt overraskende lang tid innen forskningsresultatene er blitt omsatt i praktisk handling, men nå har nesten alle norske sykehus fått egne slagenheter. Flere er imidlertid underdimensjonert, slik at deres effektive behandling ikke blir tilbudt alle. Det finnes minst fem nærliggende forklaringer på dette: Slagpasientenes begrensede muligheter til å kjempe for egen sak, samfunnets diskriminerende holdninger overfor en pasientgruppe dominert av eldre, slagenhetenes manglende kommersielle potensial, manglende vilje blant leger til å avgi territorium til fordel for en pasientgruppe med lav prestisje samt økonomisk tunnelsyn blant sykehusadministratorer.

Hvorfor er slagenheter så effektive? Fire hovedårsaker er identifisert:

- Umiddelbar oppstart av rehabilitering integrert med akuttbehandlingen
- Organisering av et koordinert og kompetent tverrfaglig team
- Optimalisering av kroppens fysiologiske homøostase, inkludert best mulig behandling av komorbide tilstander
- Aggressiv diagnostikk og behandling av komplikasjoner

De effektive behandlingselementene er altså ikke spesifikt innrettet mot hjerneslagets patogenese, men mer mot å gi hjernen best mulig betingelser for reparasjon. Forsøk på å utvikle nye behandlingstoder som mer direkte kan gripe inn i den patogenetiske kaskaden, har gitt mange skuffelser. Men flere spennende konsepter er under utprøving, og det er all grunn til å forvente fremskritt på dette området de nærmeste årene. For tiden er det medikamentell trombolytisk behandling det stilles størst forhåpninger til, og slik behandling er nå godkjent til pasienter under 80 år hvis den kan gis innen tre timer etter symptomdebut. Det er likevel grunn til å minne om at godkjenningen bygger på én studie med rundt 900 pasienter (3), en studie som er blitt kraftig kritisert (4). Til sammenlikning bygger vår kunnskap om effekten av trombolytisk behandling ved hjerteinfarkt på evidens fra mer enn 50 000 pasienter. En samlet analyse av alle tilgjengelige data indikerer at trombolytisk behandling, også innen tre timer, kan tenkes å medføre økt dødelighet (5).

Moderne slagbehandling må organiseres slik at nye behandlingsmodaliteter kan prøves ut og tas i bruk etter hvert som de blir tilgjengelige. Dette innebærer at nødvendig diagnostisk kompetanse må være på plass, slik at behandlingen blir anvendt på korrekt indikasjon. Samtidig må de etablerte behandlingssprinsippene utgjøre et urokkelig fundament. Skrekkvisjonen er slagavdelinger som vektlegger høyteknologisk diagnostikk med hypotetisk nytte for de få, men som forsømmer de lavteknologiske behandlingstiltakene med dokumentert nytte for de mange. Pasientene må først og fremst komme til en avdeling med fokus på tidlig rehabilitering, der hele

personalgruppens kompetanse og entusiasme foredles og vedlikeholdes kontinuerlig. Sentralisert akuttbehandling etterfulgt av flytting til andre sykehus, som har vist seg nyttig for koronarpatientene, kan komme til å gjøre ubotelig skade for slagpasientene. Prinsippene om kontinuitet i behandlingen og umiddelbar rehabiliteringsstart blir da umulige å etterleve.

Det er all grunn til å bifalle Ole Morten Rønning & Bente Thommessen når de i dette nummer av Tidsskriftet understreker at det viktigste ikke er hvilken spesialitet som leder slagenhetene, men at slagbehandlingen er organisert slik at man sikrer riktig diagnostikk og gir god behandling (6). Ofte vil den beste løsningen være å ha to spesialiteter representert. For optimal diagnostikk trengs nevrologer; indremedisineres diagnostiske praksis på dette feltet er ofte beklagelig upresis. Rehabilitering, generell homøostase og komorbide tilstander hos gamle pasienter ivaretas imidlertid best av geriatere eller andre interesserte indremedisinere. Behandlingen av hjerneslag bør løsrives fra én enkelt spesialitet, og enda mer fra rivaliseringen mellom nevrologi og indremedisin som har forekommet enkelte steder. Ved Ullevål universitetssykehus er det foreslått å etablere en slagenhet som ikke skal være underlagt noen av de eksisterende spesialavdelingene, men ha en tverrfaglig bemanning av både nevrologer og indremedisinere/geriatere. En slik enhet vil kunne bli en nyskaping, både nasjonalt og internasjonalt. Forslagets skjebne er ennå uvisst; det vil kunne veltes både av mangel på administrativ handlekraft og av leger med markeringsbehov på vegne av egen spesialitet.

Enkelte forventer at slagmedisinens prestisje skal økes ved at den blir mer hyperakutt og høyteknologisk. For pasientenes skyld er det grunn til å håpe på en slik utvikling. Men ikke for prestisjens skyld. Det som allerede i dag kan bety liv eller død, avhengighet eller uavhengighet for en slagpasient, er behandlernes evne til å stille korrekt diagnose, tenke helhetlig og tverrfaglig, ha bred oversikt over et komplekst virvar av komorbiditet og potensielle interaksjoner og ha øye for akuttbehandling så vel som for rehabilitering. Slikt er ikke for pyser. Skulle ikke det gi grunnlag for prestisje?

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er dr.med. og spesialist i indremedisin og geriatri. Han er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo, overlege ved Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Hjerneslag er et av hans forskningsfelt.

Litteratur

1. Indredavik B, Bakke F, Solberg R et al. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991; 22: 1026–31.
2. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3: CD000197.
3. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581–7.
4. Lenzner J. Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the «brain attack» campaign. *BMJ* 2002; 324: 723–6.
5. Wardlaw JM, del Zoppo G, Yamaguchi T et al. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD000213.
6. Rønning OM, Thommessen B. Når hjerneslagdiagnosen er feil. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1655–7.