

Behandlingen av hjerneslag kan forbedres gjennom bedre organisering med større vekt på prosess, samhandling og koordinering

Slagkraftig ledelse

Hvert år er det om lag 15 000 tilfeller av akutt hjerneslag i Norge. Det er godt dokumentert at egne slagenheter i sykehus bør være en hjørnestein i all behandling av pasienter med akutt hjerneslag (1). Slagenheter kan organiseres på ulike måter, men et fellestrekk er at det er en organisert behandling utført av spesialopplært personale og et tverrfaglig team av spesialister på slag og slagbehandling. Flere nye behandlingsmuligheter er introdusert de siste årene, bl.a. endovaskulær behandling ved akutt hjerneslag og tilstander som truer hjernens blodgjennomstrømming (2). I en oversiktsartikkel i dette nummer av Tidsskriftet illustrerer Eva Jacobsen den kliniske anvendelsen av intraarteriell trombolytisk behandling, trombektomi, angioplastikk og intrakranial stenting (3), prosedyrer som allerede utføres ved enkelte norske sykehus. Selv om det foreligger enkelte positive rapporter, er kunnskapsstatusen innen dette feltet mangelfull. Behandlingen må oppfattes som eksperimentell og anbefales bare som del av en vitenskapelig protokoll (4). Endovaskulære prosedyrer er etablert ved behandling av aneurismer og tegner også til å bli et viktig supplement ved behandlingen av akutt hjerneslag og annen hjernekar sykdom.

Endovaskulær behandling ved akutt hjerneslag krever leger med kompetanse innen nevroradiologi og nevrointervensjon og er avhengig av et nært samarbeid med leger med kompetanse innen neurologi og anestesi eller intensivmedisin. Endovaskulære prosedyrer vil derfor bare kunne tilbys ved større regionale sentre. I Norge har man de siste årene arbeidet med å etablere og kvalitets-sikre slagenheter ved helseforetakene og med å styrke rehabiliterings- og omsorgsarbeidet i primærhelsetjenesten. Behandlingen av pasienter med hjerneslag kan trolig forbedres ytterligere gjennom en regional funksjonsfordeling mellom ulike sentre og ved å etablere forpliktende nettverk for samhandling innen helsetjenesten (5).

Brain Attack Coalition har foreslått en modell hvor sykehus inndeles i primære og avanserte («comprehensive») slagsentre. Disse sentrene utvikler forpliktende samarbeid seg imellom og med primærhelsetjenesten (6, 7). Et primært slagsenter skal bl.a. ha et eget slagteam med kompetanse i neurologisk diagnostikk og skal hele døgnet kunne tilby bildediagnostikk av hjernen innen 25 minutter etter at undersøkelsen er rekvirert. Slike sentre skal kunne gi akutt slagbehandling, inkludert trombolytisk behandling med rekombinant human vevsplasminogenaktivator (r-tPA) (6). Avanserte slagsentre skal, i likhet med primærsentrene, yte akutt diagnostikk og behandling, men i tillegg utfylle de primære sentrene ved å tilby høyspesialisert behandling ved kompliserte slagtilfeller, intracerebrale blødninger og subaraknoidalblødninger. Slike høyspesialiserte sentre skal ha døgnberedskap innen nevrokirurgi og nevroradiologi og endovaskulære prosedyrer og må ha en intensivenhet for hjerneovervåking (7).

Modellen med en nivådeling i primære og avanserte slagsentre gjen-speiles i et ferskt europeisk konsensusdokument (8). Nyere amerikanske retningslinjer for håndtering av akutt hjerneslag anbefaler at slike sentre bør sertifiseres av en ekstern instans, og at pasienter der det er mistanke om akutt hjerneslag kun bringes til sykehus som har fasiliteter for akutt slagbehandling (4). I USA er det etablert et eget sertifiseringsprogram for primære slagsentre, og i Danmark er det utviklet akkrediteringsstandarder for bl.a. pasienter med hjerneslag. Disse planlegges innført i løpet av 2008 (9).

Den teknologiske utviklingen preger og endrer medisinen. Nye og avanserte behandlingsmetoder resulterer ofte i økt spesialisering. Enkelte mener at helsevesenet er i ferd med å gjennomgå en «industriell revolusjon» som utfordrer så vel legerollen som den tradisjonelle organisering av helsetjenestene. Erik Fosse ved Rikshospitalets intervensjonsavdeling mener at spesialisthelsetjenesten ikke lenger har noen «multikompetent håndverker som er ansvarlig for resultatet» og påpeker at organiseringen og samspillet nå skjer i store tverrfaglige team (10). Teknologiske nyvinninger krever økt spisskompetanse, men fordrer samtidig økt kompetanse innen samhandling og samarbeid. Akuttbehandling av pasienter med hjerneslag involverer ulike typer spesialistkompetanse, og dette illustrerer behovet for nytenkning i retning av en ledelse som har oppmerksomheten rettet mot prosess, samhandling og koordinering.

Ledelsen i de regionale helseforetakene kan bidra til en mer slagkraftig organisering og samhandling om pasienter med akutt hjerneslag ved å tildele sykehus status som primært slagsenter eller avansert slagsenter. På den måten kan man få etablert en bedre funksjonsfordeling for både pasientbehandling og forskning. Rask diagnostikk og behandling ved hjerneslag er viktig, og sykehus som ikke oppfyller kravene til å ha et slagsenter, bør ikke ta imot pasienter der det er mistanke om akutt hjerneslag. Ledelsen ved de enkelte slagsenter må være seg bevisst sitt senters rolle i et større nettverk og stimulere til konstruktiv samhandling fremfor revirtenkning. Endovaskulær behandling som beskrevet i Eva Jacobsens artikkel (3) vil i overskuelig fremtid måtte utprøves og utvikles ved avanserte slagsentre.

Jan C. Frich
jancf@medisin.uio.no

Jan C. Frich (f. 1970) er forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Oslo, og lege ved Nevrologisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Indredavik B. En effektiv slagenhet – hva er det? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1214–8.
2. Frich JC, Russell D. Hjerneslag – en ny epoke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 719.
3. Jacobsen EA. Hjerneinfarkt – endovaskulære behandlingsteknikker. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 698–702.
4. Admas HP, del Zoppo G, Alberts MJ et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. Circulation 2007; 115: e478–e534.
5. Rymer MM, Thrutchley DE. Organizing regional networks to increase acute stroke intervention. Neurol Res 2005; 27 (suppl 1): 9–16.
6. Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE et al. Recommendations for the establishment of primary stroke centers. JAMA 2000; 283: 3103–9.
7. Alberts MJ, Latchaw RE, Selman WR et al. Recommendations for comprehensive stroke centers: a consensus statement from the Brain Attack Coalition. Stroke 2005; 36: 1597–616.
8. Kjellström T, Norrving B, Shatchkute A. Helsingborg declaration 2006 on European stroke strategies. Cerebrovasc Dis 2007; 23: 231–41.
9. Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet. www.kvalitetsinstitut.dk [25.2.2008].
10. Fosse E. Intervensjonscenteret ved Rikshospitalet og den industrielle revolusjon i helsevesenet. Michael 2007; 4 (suppl 6): 1–163.