
Slagenheter - hva nå?

REDAKSJONELT

ABILDGAARD U

Slagpasienten er omsider kommet i søkelyset. Slag er blitt aktuelt stoff i mediene. Forfattere har skildret hvordan slaget og hjelpeapparatet oppleves. En nasjonal pasientforening er pådriver for større aktivitet i behandling og rehabilitering. Legenes interessegrupper er slått sammen i Norsk forening for hjernslagsykdommer. Aktiviteten kulminerte foreløpig i 1995, hjernens år, med den nasjonale konsensuskonferanse (1), utsendelse av Legeforeningens skriftlige veileder (2), og med det nordiske slagmøtet i Trondheim i august 1995 (3). Aktiviteten har gitt økt kompetanse i slagbehandling, men også bidratt til erkjennelse av behov for ny kunnskap.

I hvilken grad har ny viten ført til ny praksis? Petter Bugge & Tor Inge Romøren har intervjuet et utvalg av norske kommuneleger I om ulike sider av slagomsorgen (4, 5). Hva kan vi lære av svarene? Utgangspunktet er fruktbart. Kommunelegen vet hva vanlig praksis er, og kjenner planer og regelverk. Spørsmålene gjaldt innleggelse, mulighet for slagenheter, og ikke minst rehabilitering etter akuttfasen. Intervjuet ble foretatt på slutten av 1994, altså før konsensuskonferansen og utsendelsen av rådgivende nasjonale retningslinjer. Utviklingen går så raskt at man nok ville fått noen andre svar dersom spørsmålene hadde vært stilt i dag. Spesielt er det blitt klarere hva som tilrås av akuttetiltak overfor slagpasienten.

Innleggelse?

Selv om praksis er blitt mer liberal (4) hevdet en av fire kommuneleger at lettere slag ikke var grunn til innleggelse, og to tredeler anførte at TIA heller ikke var det (4). Men også disse pasienter bør ha meget hurtig utredning med CT, spesialundersøkelser og vurdering av behandling. Hvordan skal dette organiseres på øyeblikkelig hjelp-basis uten innleggelse? Problemet er ikke spesifikt for slagpasientene.

Slagenhet eller vanlig avdeling?

Hver fjerde kommunelege la pasienter inn i avdeling med slagenhet, noe som ifølge fylkenes planer fantes ved ca. 25 norske sykehus (5). Listen er imidlertid ikke komplett. Oslo hadde i 1994 tre, og fra 1995 fire slagenheter. Slagenheter ble først opprettet ved medisinske avdelinger (6-8), men er nå etablert også i en rekke neurologiske avdelinger. Konkurransen om å ha kompetanse på behandling av slagpasienter bør stimulere til konstruktivt samarbeid!

Det er viktig å være klar over at det fortsatt er et stort, udekket behov for slagenheter i Norge. Mange enheter er mindre enn anbefalt, nemlig sju senger per 10000 innbyggere (1). Om denne behandlingsform ble introdusert på tross av betydelig kollegial motvind (6), er det nå ingen faglig tvil om at alle sykehus bør ha slagenhet. Undersøkelsen til Bent Indredaviks gruppe i Trondheim (8) har vært en kraftfull inspirasjon også internasjonalt. Slagenheter gir flere leveår, sparer helsekroner, og gir økt pasienttilfredshet! Sykehusledere: Hva nøler I etter?

Rehabilitering - hvor og hvordan?

Bugge & Romøren definerer rehabilitering til å starte etter akuttfasen. Selv om dette er forståelig, er det klart at rehabilitering fra første dag er et kjernepunkt i slagenhetens virksomhet. Det er vist at rehabilitering øker pasientens evne til å klare seg selv, og at den er særlig viktig de første tre måneder (9). Mange pasienter angir at fysioterapi er av stor verdi også utover dette tidsrom.

En del pasienter kommer direkte hjem fra akuttavdelingen. For disse vil tilbudet om rehabilitering bli magert og noetilfeldig. For dem som ikke kommer direkte hjem, vil utfallene og de tilgjengelige ressurser avgjøre om den videre rehabilitering skjer i sykehjem eller i fylkeskommunale rehabiliteringsavdelinger. En del pasienter blir nok for lenge i medisinske avdelinger, noe som er ineffektivt og som oppleves negativt av pasient og pårørende.

Bugge & Romørens undersøkelse illustrerer den utstrakte bruk av sykehjem i rehabilitering etter akuttfasen (5). Med det store antall pasienter er dette kanskje nødvendig. Da er det viktig at sykehjemmene tilgodesees med tilstrekkelige ressurser. For noe yngre pasienter vil en rehabiliteringsavdeling åpenbart representere et mer nyansert og tilfredsstillende tilbud.

En større bruk av dagenheter for rehabilitering vil antakelig gi bedre utnyttelse av ressursene (5). Om dette kanskje i kommunal regi, slik Bugge & Romøren anbefaler, vil blant annet avhenge av om fysioterapeut- og ergoterapeutdekningen kan bli tilstrekkelig.

Omsorgskjede, eller sekvens av tilfeldige faser?

Kontakt mellom de ulike enheter innen helsetjenesten som behandler slagpasienter, er nødvendig for å sikre kontinuitet i opplegget for den enkelte. Dette har vist seg vanskelig å oppnå, spesielt ved utskrivning fra institusjon til hjemmet. Bedre samarbeid krever gode kommunikasjonslinjer og fornuftig oppgavedeling. Det er behov for nye data og for initiativ til å prøve ut nye modeller for rehabilitering. Prosjektarbeider i Oslo, Trøndelag og Akershus tar blant annet sikte på å få større kunnskap, og vi er spent på resultatene. Konklusjonene vil nok innebære at økte ressurser er helt nødvendig. Finansieringsordninger kan bli avgjørende. God utnyttelse av ressursene avhenger av at vi kommer frem til hvordan en effektiv rehabiliteringskjede kan organiseres.

Ulrich Abildgaard

LITTERATUR

1. Behandling av slagpasienter. Konsensuskonferanse 18.-19. januar 1995. Rapport nr. 8 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Oslo: Området for medisin og helse, Norges forskningsråd, 1995.
2. Dahl T, Indredavik B, Mamen K, Russell D, Thomassen L, Waaler HM. Utredning og behandling av pasienter med cerebrovaskulær sykdom. Den norske lægeforenings skriftserie for leger: utdanning og kvalitetssikring. Lysaker: Den norske lægeforening, 1996.
3. Det 8. møtet for cerebrovaskulære sykdommer 26.-29. august 1995. Program og abstrakt. Trondheim: 1995. Nordisk forening for cerebrovaskulære sykdommer; Slagenheten, Regionsykehuset i Trondheim,
4. Bugge P, Romøren TI. Akuttbehandling av hjerneslagpasienter - hva gjør kommunehelsetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1893-6.
5. Bugge P, Romøren TI. Rehabilitering av slagpasienter i fylker og kommuner. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1897-1900.
6. Dahl T, Sandset PM, Abildgaard U. Cerebrovaskulær enhet. Erfaringer etter åtte års drift. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1974-6.
7. Berentsen S, Wevang L, Vikse KO. Erfaring med slagenhet ved et fylkessykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2801-4.
8. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim H, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomised controlled trial. Stroke 1991; 22: 1026-31.
9. Wyller TB. Rehabilitering av slagpasienter - nytter det? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1743-7.

Publisert: 20. juni 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske lægeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.