

HELSINGBORGERKLÆRINGEN OM HJERNESLAG 2006

Innledning.

Bakgrunn.

Hjerneslag er en av de største årsakene til død og uførhet i Europa. Ettersom befolkningen stadig blir eldre, vil byrden av hjerneslag på samfunnet øke. For å se på den siste utviklingen innen kunnskap om og behandling av hjerneslag, ble det arrangert et møte i Helsingborg, Sverige i 1995 som skulle sette mål for 2005. Møtet ble arrangert av WHO's regionkontor i Europa og europeiske nevrologiske foreninger og europeiske fysioterapiforeninger. Helsingborg erklæringen ble publisert i "Journal of Internal Medicine" i 1996.

Helsingborgerklæringen 2006.

For å oppdatere den europeiske hjerneslagstrategien, ble en ny konferanse arrangert i Helsingborg den 22.-24. mars 2006. Konferansen ble arrangert av International Society of Internal medicine (ISIM), European Stroke Council (ESC), International Stroke Society (ISS) i samarbeid med WHO Europa kontor, European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ER_WCPT) European Association of Neuroscience Nurses (EANN) og pasientorganisasjonen Stroke Alliance for Europe (SAFE).

Fem hovedaspekter av slagbehandling ble dekket:

- Organisering av slag service
- Behandling av akutt slag
- Forebygging
- Rehabilitering etter hjerneslag
- Evaluering av slagbehandling og kvalitetskontroll

Under det avsluttende møtet i plenum godkjente deltagerne Helsingborgerklæringen 2006 som europeisk slagstrategi, et dokument med målsettinger for slagbehandling innen år 2015.

Kapittel 1

Organisering av slag tjenester

Målsetting for 2015

- Alle pasienter i Europa med hjerneslag skal ha tilgang til kontinuerlig behandling fra organiserte slagenheter i akutfasen og rehabiliteringsfasen og sekundær forebygging.

Grunnleggende krav

- Publikums kjennskap til varselsymptomer må formidles gjennom kontinuerlig informasjon.
- Organisert behandling av pasienter med hjerneslag må etableres i kommuner og sykehus som behandler slagpasienter.
- Hvert land må fastsette lokale krav og avsette midler for å være i stand til å gi slagenheter nødvendig avsatt sengekapasitet og flerfaglig bemanning.
- Hvert land skal lage et system for å innpasse nye forskningsresultater inn i slagbehandlingen.
- Sykehus som kan utføre akutt slagbehandling må identifiseres og vegangivelse til dem må kartlegges. Sykehus uten organisert slagbehandling skal ikke benyttes.
- Den konkrete strukturen på tilbudene må tilpasses de lokale krav og ressurser.
- Et formelt program for å sertifisere slagsentre må etableres for å heve standarden på slagbehandling i samsvar med godtatte nasjonale standarder.
- Sertifiserte slagsentre må få refundert sine utgifter i forhold til kvaliteten på slagbehandlingen. Slike incentiver bør utvikles sammen med pasientorganisasjoner, legeorganisasjoner og sykehuseiere.
- En ansvarlig koordinator av slag tjenester bør etableres i hver helseregion.
- Innen hvert sykehus må en avdeling ha ansvaret for slag tjenester inkludert behandling på slagenhet. Denne avdelingen skal også være ansvarlig for utdanning av profesjonelt personale innen slag.

- Hver region må ha skrevne retningslinjer for kontinuerlig pleie. Hvert sykehus som behandler slagpasienter, må ha kliniske protokoller. Hvert land må ha faktabaserte nasjonale retningslinjer.
- Hvert sykehus som behandler slagpasienter bør iverksette kontinuerlige forbedringsprosesser. Regionene bør evaluere suksessen med kontinuerlig ettersyn.

Akutt behandling

- Hjerneslag krever øyeblikkelig hjelp. Pasientene må undersøkes så raskt som mulig på sykehus som kan gi slagbehandling og som er utstyrt med nødvendig utstyr slik som CT (computertomografi) og/eller MRI (magnettomografi).
- Strømlinjet behandling av hjerneslag starter fra Alarmsentralen som identifiserer en potensiell slagpasient. Senteret skal straks sende en ambulanse for hurtig transport til det nærmeste sykehus utstyrt for behandling av akutt slag. Ambulansen skal ha en bemanning som er opplært til å identifisere hjerneslag.
- Slagbehandlingen starter før man kommer til sykehuset. Dette gjelder stabilisering for å åpne luftveier slik at pasienten kan puste uten besvær samt sørge for god blodsirkulasjon.
- Pasientens medisinske historie vil avgjøre om pasienten er kandidat for trombolyse og at om han/hun kan sendes til sykehus som kan utføre trombolyse.
- Alarmsentralen skal informere Akutt mottaket på aktuelle sykehus.
- Etter en hurtig undersøkelse i akuttmottaket for å avgjøre hva slags hjerneslag det er (blodpropp eller blødning) og videre stabilisering av vitale organer, skal pasienten transporteres til Slagenheten for organisert multidisiplinær behandling.
- Selv om ressursene er forskjellig i de forskjellige land, må alle krefter settes inn slik at alle land gradvis kan utvikle den nødvendige infrastruktur og nødvendig personellressurser som slagenheter med multidisiplinære team trenger.

Slagenheter

- Minimum kriterier for slagenheter er som følger:
 - Avsatte senger for slagpasienter.
 - Egne team: slaglege, slagsykepleier, fysioterapeut, logoped, og ergoterapeut.
 - 24 timers tilgang til CT og/eller MRI. Man er klar over at dette kriteriet ikke kan oppfylles i alle land av økonomiske grunner.
 - Skriftlige protokoller og retningslinjer for diagnose, prosedyre, akutt behandling, observasjon for å unngå komplikasjoner og sekundær forebygging.
 - Tilgang på nevrokirurgi, blodårekirurgi, nevrørøntgen og kardiologi er deler av en velutbygd slagenhet, men det er ikke krav om dette til mindre slagenheter.
 - Straks pasienten er stabilisert skal han/hun mobiliseres og kartlegges for tidlig rehabilitering.
 - Ukentlige møter av det multidisiplinære teamet med deltagelse av pasienten er en del av behandlingen på en slag enhet.
 - Kontinuerlig videreutdanning av staben.
 - Kontinuerlig opplæring av pasientene, pårørende og pleiere.
- Slagenheten er ryggraden i behandlingsrekken av pleie fordi behandlingen av pasienter på slagenhet er så mye bedre enn behandling på medisinsk avdeling.
- En slagenhet med avsatte sengeplasser gir en organisert sykehusbehandling gjennom multidisiplinær behandling av velutdannede spesialister.
- Skriftlige og oppdaterte retningslinjer og protokoller er en del av en velorganisert slagenhet. Dette inkluderer generell støttepleie, evaluering av årsakene til slag, sekundærprevensjon og tidlig rehabilitering.
- Alle slagpasienter bør ha sitt rehabiliteringsbehov kartlagt av et faglig sammensatt team bestående av lege, slagsykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped, med tilgang til psykologhjelp om nødvendig. Rehabiliteringen bør starte i løpet av de første dagene på slagenheten. Treningsprogrammet må være utarbeidet for den enkelte pasient, og skal justeres i takt med pasientens progresjon.
- Dersom en røntgenlege ikke er tilgjengelig på sykehuset, kan telemedisin bli tatt i bruk for å sikre riktig og rask behandling.
- Slagenheter bør sertifiseres av en nasjonal eller internasjonal sertifiseringsnemnd for å sikre at de tilfredsstillende nasjonale standarder.

- Behandling av akutt hjerneslag hjemme gir ikke de samme resultater som behandling på en slagenhet, og må bare benyttes dersom sykehusbehandling ikke er tilgjengelig.

Rehabilitering

- Alle medlemmer i et multidisiplinært team må kjenne til de viktigste delene av slagrehabiliteringen, og forstå andre medlemmer av teamets oppgaver og støtte disses aktiviteter utenfor normal arbeidstid.
- Rehabiliteringen er mest effektiv dersom den starter tidlig. Den må fortsette så lenge det er forbedringer.
- Rehabiliteringen bør fortsette etter utskrivelse fra slagenheten på en rehabiliteringsenhet, hjemme med støtte fra en rehabiliteringsenhet eller med støtte fra et mobilt rehabiliteringsteam.
- Familiemedlemmer og pleiere bør opplæres i de grunnleggende prinsippene for rehabilitering.
- Etter at det aktive rehabiliteringsprogrammet er ferdig, må en kontinuerlig og fleksibel behandling være tilgjengelig for å gjøre overgangen til kommunehelsetjenesten så enkel som mulig.
- Et hjerneslag team i kommunen anbefales.
- For å oppnå optimal tilpasning, bør pasienter med et permanent handikap motta medisinsk hjelp og få hjelpemidler for å fungere i det daglige.
- Kontinuerlig rehabilitering og medisinsk hjelp etter utskrivelse fra sykehuset er nødvendig. Ansvar for dette ligger hos kommunehelsetjenesten.
- Etter at man har kommet seg, vil de fleste få en tilbakegang i evnen til å være uavhengig i daglige gjøremål. Kommunehelsetjenesten må være oppmerksom på dette og om nødvendig sørge for ytterligere rehabiliteringstrening.
- Dersom rehabilitering utenfor rehabiliteringsenheter ikke er tilstrekkelig, må pasienten innlegges for rehabilitering for å unngå varige skader og eventuell sykehjemsinnleggelse.
- Bedømmelse av pasientens tilstand bør utføres av et multidisiplinært team.

Profesjonelle og legfolk samarbeid

- Det er behov for et bredt samarbeid mellom profesjonelle og legfolk lokalt og nasjonalt for å fremme viktigheten av kunnskap om hjerneslag blant folk

generelt, slagpasienter og deres familier, samt helsepersonell og helsepolitikere.

- Forskning viser at kunnskap om hjerneslag reduserer antall slagtilfeller og reduserer tiden fra slaget inntreffer til man er under akutt behandling inkludert trombolyse.
- Nøkkelbudskapet til publikum bør være risikofaktorene for hjerneslag og hvordan man kjenner symptomene. Og like viktig, at det er mulig å unngå hjerneslag og at man kan bli frisk igjen.
- Alle som er involvert i slagbehandling – pasienter og deres familier, leger, sykepleiere, sykehus, forsikringselskaper og offentlige etater – har et ansvar for å forbedre behandlingen. Både engasjement fra grasrota og nasjonale organer er nødvendig for å nå målet om å redusere den menneskelige og økonomiske byrden som hjerneslag representerer.
- Byrden som hjerneslag medfører vil kunne reduseres dersom publikum og helsepersonell arbeider for å forbedre slagbehandling.
- Slagenheter eller team bør gå foran for å etablere samtalegrupper for slagrammede og pårørende.
- Det må oppmuntres til å etablere slagforeninger for slagrammede og pårørende.

Prioritering av forskning og utvikling

- Kosteffektive behandlingssystemer må etableres for de forskjellige typer hjerneslag.
- Langtidsvirkning må oppnås med de forskjellige modeller.
- Sekundær prevensjon må få full tilslutning.
- Barrierer som hindrer innføring av nye behandlingsmetoder må identifiseres.
- Det må utvikles en bedre måte for å gi kontinuerlig informasjon til publikum, helsepersonell og helsepolitikere.
- Det må utvikles retningslinjer for slagbehandling, inkludert behandling før man kommer på sykehus.
- Telemedisinsystemer på utvikles i slagbehandling.
- Konsepter for primære og store slagenheter må etableres for å optimalisere bruk av multidisiplinære team for bedre akutt behandling av slag.

- Pasientene må oppmuntres til å delta i godt planlagte og gjennomførte forsøk på å forbedre forebygging, akutt behandling og rehabilitering.
- Uten bedre tilgang på midler til forskning, vil det ikke være mulig rask å utvikle bedre metoder for forebygging, behandling og rehabilitering av slagpasienter.

Kapittel 2

Behandling av akutt hjerneslag

Målsetting for 2015

- Mer enn 85 % av slagpasientene bør overleve den første måneden etter hjerneslaget.
- Mer enn 70 % av de slagrammede bør være uavhengige i deres daglige gjøremål tre måneder etter slaget.
- Alle pasienter med akutt hjerneslag og som tilfredsstillt kravene til spesielle akuttbehandlinger, bør transporteres til sykehus som har nødvendig teknisk kapasitet og ekspertise til å utføre slike behandlinger.

Oppmerksomhet

- Hjerneslag må behandles som øyeblikkelig hjelp.
- Myndighetene må sørge for at publikum og helsepersonell er hele tiden klar over symptomene på hjerneslag slik at pasientene kan komme hurtig under behandling.

Diagnose

- Kliniske prøver for å fastsette diagnose for slag må utføres straks etter innleggelse.
- Alle pasienter med symptom på slag må straks gjennomgå røntgen for å fastslå om det er propp eller blødning. I pressede situasjoner kan det være nødvendig å foreta røntgen før mottaksprosedyrene.
- MRI (magnettomografi) er nyttig for pasienter med lettere slag og for å finne hjerneceller som kan reddes fra faren for blodpropp.
- Ultralyd bør brukes for å undersøke halspulsårene og ryggmargsarterien for innsnevring eller blokkering. Røntgen med kontrastvæske eller sonde blir bare brukt på enkeltpasienter med blodårer som har sprukket i hjernen, ved blødning i hjernevevet eller ved blokkering av blodstrømmen til hjernen.
- Det er ikke grunnlag for øyeblikkelig undersøkelse av cerebrospinalvæsken bortsett fra hos pasienter med hjerneblødning hvor det ikke vises blod på CT.

Grunnleggende pleie

- Dyktig grunnleggende pleie i en slagenhet reduserer risikoen for komplikasjoner og et slag nummer to.
- Behandling på en slagenhet bør være tilgjengelig for alle slagpasienter.
- Nevrologiske skader og bevissthetsnivået må observeres med jevne mellomrom de første 48 timer.
- Akutt pleie omfatter stabilisering av blodtrykket i henhold til internasjonale og nasjonale retningslinjer. Systolisk blodtrykk bør holdes under 180 mm Hg og serum glukose under 150 mg/dl (8-10 mmol/l)
- Rehabilitering må starte så snart som mulig og må gjøres tilgjengelig for alle aldersgrupper.
- For pasienter med iskemisk hjerneslag (blodpropp) eller TIA skal behandling for å løse opp blodproppen starte straks dersom pasienten ikke er kandidat for trombolyse.

Spesiell medisinbehandling

- Trombolyse med rtPA (Alteplase) er godkjent verden over for behandling av iskemisk hjerneslag innen tre timer. Trombolyse skal bare brukes dersom diagnosen er utført av en lege med erfaring i å diagnostisere hjerneslag, og at CT eller MRI av hjernen er vurdert av røntgenlege.
- Bruk av trombolyse medfører en risiko for blødning i hjernen. Risiko og fordeler med trombolyse må derfor forelegges for pasienten og pårørende før behandlingen iverksettes.
- Fordeler med intraarteriell trombolyse eller mekanisk utblokking har ikke vært sammenlignet med tidlig intravenøs trombolyse, men kan brukes i helt spesielle situasjoner.

Kirurgiske inngrep

- Hevelser ved blodpropp eller store blødninger i lillehjernen kan kreve umiddelbar dekompresjonskirurgi og venedrenering. Øyeblikkelig fjerning av blødning med høyt blodtrykk bedrer ikke dødeligheten eller overlevelsesprosenten hos flertallet av pasientene.
- Dekompresjonskirurgi ved akutt hevelse i en hjernehalvdel reduserer dødeligheten. Forsøk pågår for å finne ut om dette også bedrer livskvaliteten hos pasienten.

- Tidlig kirurgi på en lokal utvidelse av en arterie (aneurisme) hindrer gjentatt blødning. Tidlig påsetting av strømpe (coiling) på utvidede arterier etter en blødning pga at en arterie har bristet hindrer også gjentatt blødning og synes å være sikrere.

Behandling av komplikasjoner etter et akutt hjerneslag

- For å redusere risikoen for dyp venetrombose (DVT) og blodpropp i lungearterien hos sengeliggende pasienter, må pasientene mobiliseres tidlig, om mulig med kompresjonsstrømper og hos noen pasienter bør heparin (hindrer koagulasjon) gis.
- Alle pasienter som lider av depresjon bør ha tilgang til psykologisk undersøkelse og behandling.
- Medisinsk behandling for symptomer på epilepsi er nødvendig.
- For å unngå lungebetennelse og urinveisinfeksjon bør pasienten mobiliseres straks. Aspirasjon (oppsuging av væske fra lungene) og behandling av urinveisinfeksjon med antibiotika kan være nødvendig.
- Dysfagi (problemer med å svelge) må utredes.

Beviselig god behandling

- Terapi som beviselig virker, bør være tilgjengelig for alle slagpasienter.
- Medisiner som forebygger økende blødning og ikke-farmasøytiske blodstrøm strategier som ikke er godkjent, må bare benyttes i forbindelse med kliniske forsøk.
- Pasienter bør inviteres til å delta i kliniske forsøk der dette er mulig.

Forskningsprioriteter

- Antall pasienter som kan få trombolyse må økes.
- Faktorer som hindrer bruk av trombolyse og faktorer som fremmer bruk av trombolyse må identifiseres.
- Ny medisin for trombolyse som kan brukes utover tre timer.
- Utvikling av ny og sikker anvendelse av gjenåpning av blodstrømmen.
- Identifisere risikofaktorene for blødning etter trombolyse og øke ulempe/fordel forholdet.
- Undersøke fordelene med intraarteriell sammen med intravenøs trombolyse.

- Utvikle ny terapi for iskemiske hjerneslag slik som cellebeskyttere og andre medisiner og reduisering av kroppstemperaturen.
- Videreutvikling av koaguleringsmiddelet faktor 7 (rPVIIa) for bruk ved hjerneblødning.
- Evaluering av kirurgiske inngrep ved akutt iskemisk hjerneslag og hjerneblødning.
- Evaluering av prosedyrer for nevreradiologi i akutte hjerneslag.
- Evaluering av nye strategier for utvelgelse av pasienter til spesielle behandlingsmåter.
- Evaluering av fremtidige behandlingsmåter for grunnleggende elementer slik som blodtrykk kontroll, glukose behandling og temperatur behandling.

Kapittel 3 Forebygging

Målsetting for 2015

- Dødeligheten pga hjerneslag bør reduseres med minst 20 % fra nivået i 2005.
- Alle land må søke å redusere de største risikofaktorene for hjerneslag. De viktigste er høyt blodtrykk og røyking.
- Alle pasienter som har hatt et TIA (lett slag/drypp) må settes på forebyggende medisin.

Grunnleggende krav

Primærforebygging

- Kommunene bør ha et system for å oppdage og håndtere avgjørende faktorer som fører til kroniske sykdommer. For hjerneslag er de fem store: Høyt blodtrykk, røyking, lite fysisk aktivitet, hjerteflimmer og diabetes.
- Helsetjenesten bør ha programmer som identifiserer personer med høy risiko for hjerneslag og andre hjertekarsykdommer og igangsette nødvendige forebyggende tiltak.

Sekundær forebygging

- Alle tjenesteenheter som ivaretar akutfasen skal ha strukturerte programmer for å initiere sekundær forebygging.
- Helsetjenesten som tar vare på slagpasienter over lang tid (primærhelsetjenesten) må ha programmer som forebygger kardiovaskulære sykdommer.
- Pasienter som utvikler kardiovaskulære sykdommer skal undersøkes for å finne årsaken. Dette kan bety at den sekundære forebyggingen må forandres.

Forandring av livsstil

- På kommunenivå bør belastningen forårsaket av hjerneslag reduseres ved røykekutt, diettforandring for å redusere overvekt, blodtrykkkontroll og økt fysisk aktivitet. Europeiske retningslinjer og metoder er tilgjengelig.
- Helsepersonell bør bruke forskningsbaserte metoder for å få til helsefremmende livsstil. Dette inkluderer rådgivning for røykestopp.

Medisinsk behandling

Trombosehindrende terapi

- Pasienter med hjerteflimmer og iskemisk hjerneslag eller TIA bør behandles med tabletter som hindrer koagulering som førstelinje behandling. Dersom pasienten ikke tåler antikoagulerende midler, må platehemmere brukes. For pasienter med hjerteflimmer som har hatt et TIA eller iskemisk hjerneslag, bør bruk av trombosehindrende behandling gjøres etter individuelle risikoanalyser. Pasientens sikkerhet ved bruk av antikoagulerende medisiner må kontrolleres og støttes av opplæring av stab og pasienten.
- Pasienter som har hatt et iskemisk hjerneslag eller TIA, men uten at grunnen er propp fra hjertet, skal gis platehemmende medisin.

Blodtrykksenkende medisiner

- I alle europeiske land kan hjerneslag forebygges ved bedre kontroll og behandling av høyt blodtrykk i samsvar med internasjonale retningslinjer.
- Bruk av risikoanalyse systemer er anbefalt for å identifisere personer med høy risiko for hjerneslag.
- Pasienter som har hatt et TIA er spesielt utsatt for ytterligere kardiovaskulære sykdommer. Pasienten bør få blodtrykknedsettende medisiner. Målet er at blodtrykket skal være 140/90 eller lavere (130/85 for dem som har diabetes).

Statiner (medisiner som reduserer kolesterolet)

- Som primær forebyggende medisin kan statiner brukes hos høyrisiko pasienter. Som sekundær forebyggende medisin, reduserer statiner risikoen for kardiovaskulære sykdommer, men effekten på hjerneslag er uklar. Ytterligere data om dette vil snart bli frembrakt gjennom forskning.

Kosteffektivitet

- De vitenskapelige dokumenter om effekten (positive og negative) av blodtrykknedsettende medisiner og statiner forandres hurtig. Kostnader kan skifte dramatisk over tid. Kosteffektiviteten må derfor oppdateres jevnlig. For å frigjøre ressurser for andre prioriterte behov i slagbehandling, må kosteffektiviteten være et nøkkelområde når man velger medisiner for å forebygge slag.

Deteksjon og behandling av innsnevring av halspulsårene

- Alle pasienter med iskemisk hjerneslag eller TIA bør undersøkes for innsnevring i halspulsårene for en eventuell operasjon.
- Operasjon av halspulsårene bør vurderes dersom innsnevringen er >70 %. (NASCET metoden, eller tilsvarende).
- For hvert kirurgisk senter må ventetiden være kjent. Majoriteten av pasienter bør opereres innen to uker og senest innen fire uker.
- Pasienter med TIA/iskemisk hjerneslag og en halspulsårediameter med en reduksjon på 50-69 %, og med en asymmetrisk innsnevring på >60 %, kan få sin operasjon på sentere med lave komplikasjonstall innen kirurgi. Formler for utregning av fordeler og risiko ved kirurgiske inngrep kan brukes på disse pasientkategoriene.
- Utblokking av halspulsårene eller andre nye metoder for å behandle innsnevring bør ikke brukes rutinemessig før ytterligere kontrollerte forsøk er gjennomført.

Forskningsprioriteter

- Studier av hvordan helsen har blitt bedre med hensyntagen til risikofaktorer og bruk av medisiner.
- Utvikle effektive måter på å få redusert risikofaktorene.
- Utvikle bedre forståelse for forskjellen i risikofaktorene for å finne årsakene til antallet og gjentatte forekomster av forskjellige typer iskemiske hjerneslag og hjerneblødninger.
- Videre studier av prosesser og terapi i viktige undergrupper som hjerneslag hos unge mennesker og blodpropp i hjernens vener.
- Studier av arvelige risikofaktorer for hjerneslag.

- Studier for å finne den beste strategien for å redusere den høye risikoen for store hjerneslag i dagene etter et TIA eller et lite iskemisk hjerneslag.
- Studier av effekten av å redusere blodtrykket og redusere fettstoffer i blodet hos pasienter som har hatt hjerneslag.
- Sammenligne effekten av de forskjellige typer platehemmere, i kombinasjon med aspirin, og med aspirin alene hos pasienter som har hatt hjerneslag eller TIA.
- Studier av effekten med forskjellige måter å forebygge hjerneslag hos pasienter med åpning i vegg mellom hjertets forkamre.
- Studere flere sider av behandling med antikoagulerende medisiner hos pasienter med symptom på hjerteflimmer: effekten på meget gamle pasienter, varigheten av behandlingen.
- Studere den optimale prosedyren for behandling av innsnevring av halspulsåren hos forskjellige grupper pasienter.
- Studere sammenhengen mellom inntak av mat og sekundære vaskulære sykdommer.
- Studere faktorene som bestemmer pasientens evner til å tåle medisiner.
- Studere de kliniske komplikasjoner ved små blødninger i hjernen.

Kapittel 4

Rehabilitering etter hjerneslag

Målsetting for 2015

- Tre måneder etter et hjerneslag, bør over 70 % av de pasienter som overlever være i stand til å ivareta daglige aktiviteter.

Pasientens rehabiliteringskrav

- Etter akutt behandling er det viktig å unngå sengeliggende og derfor bør pasienten mobiliseres så fort som mulig.
- Ved påbegynnelsen av rehabiliteringen bør alle pasienter ha tilgang til rehabiliteringstjenester. For maksimum effektivitet, bør dette inkludere et multidisiplinært slagteam.
- Når våken og medisinsk stabilisert, bør pasienten undersøkes av et team med nevrolog som bruker en standardisert sjekklister for å identifisere problemer. Undersøkelsen omfatter ikke bare bevegelser, men tar også for seg kognitive skader og følelsesmessige endringer i oppførselen som man ofte finner hos slagpasienter. I tillegg undersøkes generell helsetilstand, spiseproblemer, evnen til å holde på urin og avføring samt beslektede medisinske sykdommer så vel som at spesielle behov blir vurdert.
- Så snart som mulig bør pasienten sammen med de profesjonelle delta i planlegging av målsetting av rehabiliteringen. Det er viktig å sette mål som kan oppnås og som omfatter personlige og sosiale aktiviteter.
- I forhold til pasientens behov, bør de inneholde
 - rehabiliteringsbehandling
 - jevnlig vurdering av progresjon
 - delta i planleggingen av målsetninger

Pasient og familie

- Pleiere/pårørende er sett på som svært viktige deltagere i rehabiliteringsprosessen. Derfor må rehabiliteringen planlegges i samarbeid med pasienten og pleierne/pårørende. De bør delta i rehabiliteringen som vedrører pasientens målsetting.
- For å bli effektive, må pasientene og deres pleiere/pårørende få tilgang til medisinsk- og pleieinformasjon på alle nivåer i rehabiliteringsfasen. De bør motta skriftelig informasjonsmaterieell og støtte av profesjonelle og slagforeninger når dette er nødvendig for å forbedre deres mulighet til å utføre sin funksjon og deltagelse. Det er veldig viktig at pasienten og hans

pleier/pårørende er fornøyd med den informasjon som blir gitt på sykehuset, av hjemkommunen og slagforeninger.

Sammensatte rehabiliteringsteam

- For å være effektive i rehabiliteringen, må det være multidisiplinære rehabiliteringsteam bestående av lege med spesialitet i hjerneslag, slagsykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Noen pasienter vil også ha behov for sosionom som da blir en del av teamet. Andre profesjoner kan inkluderes der det er nødvendig, slik som ernæringsspesialist, synspedagog og andre.
- I noen tilfeller som på små sykehus, kan det være nødvendig at en person ivaretar flere roller. Dette må imidlertid ikke være til hinder for at man når hovedmålsettingen for å dekke pasientens og familiens behov.

Rehabiliteringsbehandling

- Valg av metoder og teknikker må bygge på utprøvde måter og følge tilgjengelige internasjonale og nasjonale retningslinjer.
- Ofte er slike metoder spesifikke, målrettede og saksorienterte. De må også være relevante for pasienten, og være i overensstemmelse med pasientens egne mål og være betraktet som riktige i forhold til den sosiale dimensjon for læring.
- Tiltak bør inkludere rehabilitering av problemer med oppførsel med fokus på sosial integrering og gjenopprettelse av kognitive ferdigheter. Når det er mulig, må trening for å få tilbake arbeidsevne, inkluderes så tidlig som mulig.
- Når det er medisinsk forsvarlig, bør treningen øke den fysiske styrken.
- Formell trening med det multidisiplinære teamet bør suppleres med trening sammen med pleier og frivillige under rettleiding av helsepersonell.
- Trening sammen med det multidisiplinære teamet vil oftest avsluttes etter ett år. Noen pasienter vil ha behov for å bli kontrollert av teamet. Ofte vil ytterligere forbedring skje ved mer rehabilitering.

Miljøets rolle

- Vitenskapelige bevis antyder at positive og stimulerende miljøer, både fysisk og følelsesmessig, vil virke fremmende på rehabiliteringen.
- Derfor må pasientens miljø tilpasses slik at det er mest likt det hjemlige miljø og sette dem i stand til å utføre relevante oppgaver og funksjoner som en personlig

rutine. I utførelsen av slike oppgaver må verdigheten og privatlivet hos pasienten og hans/hennes familie respekteres.

Viktigheten av en kontinuerlig behandlingskjede

- Pasienten bør være del av en kontinuerlig behandlingskjede fra hjerneslaget inntreffer.
- For at rehabiliteringen skal være en suksess, kreves det god koordinasjon mellom medisinske- og kommunebaserte tjenester. I noen regioner vil det være gunstig med en hjerneslagkoordinator som kan oppdage pasientens behov raskt og vurdere utviklingen i kommunen.
- Det er innlysende at utskriving av pasienten til videre rehabilitering hjemme eller i kommunen må planlegges så tidlig som mulig. Dersom rehabilitering kan utføres lokalt (i hjemkommunen) med samme intensitet, varighet og dyktighet som det tilbys på et rehabiliteringssenter, kan utskriving til slik behandling være effektiv.
- Langtids oppfølging er kommunenes ansvar og må sikre enkel tilbakeføring til rehabiliteringssentre når nødvendig.

Pasientorganisasjonenes rolle

- Dannelse av lokale organisasjoner av slagpasienter og deres familier må fremstilles fordi:
 - De har en viktig rolle i å gi informasjon og støtte til pasienter og deres pårørende
 - De medvirker til at koordineringen mellom lokale, regionale og nasjonale tiltak for bedre rehabilitering generelt og forbedrer sosial støtte til personer som har hatt hjerneslag. De oppmunter til at arbeidet de pårørende utfører blir anerkjent og kompensert.

Forskningsprioriteter

- Effektiviteten av rehabiliteringsteknikker og strategier trenger vitenskapelig evaluering. Slik evaluering bør baseres på eksperimentelle data som viser potensialet for å bli frisk inkludert nervereparasjon, regenerering og økt mykhet i hjernen etter begrensede skader og å prøve å overføre slike effekter til kliniske forhold.
- Rehabiliteringsteknikker bør også utvikles innenfor det nevropsykologiske området. Disse blir skadet nesten like ofte som de motoriske funksjoner og inkluderer ting som oppmerksomhet, hukommelse, ordenes betydning og ikke-verbale evner som er nødvendige for komme tilbake i arbeid og i sosiale sammenhenger. Forskning viser at tale trening og trening av andre kognitive evner kan være effektive og er en viktig del av rehabiliteringen.

- Kategorier som angår følelsesmessige områder og livsglede må inkluderes i forskningsmålene og også i vurdering av resultatene. Vurderingsmålene som fokuserer på den sosiale rollen, tilfredsstillelse med rehabilitering og livsglede må bli forbedret.
- Forskningsmetoder må utvikles og ressurser må stilles til rådighet for vilkårlige komponentforsøk i rehabiliteringen, og som lett kan isoleres og testes sammen med bruk av medisiner. Kvalitetskriteriene for vilkårlige rehabiliteringsforsøk må inkludere etablerte og godkjente kriterier for alle tilfeldige forsøk inkludert skjulte analyser av resultatene.
- Bruk av medisiner i behandlingen må evalueres videre.
- For hospitaliserte pasienter med kognitive skader slik som demens, må bruk av medisiner studeres videre.
- Kostnadseffektiviteten ved bruk av frivillige og familien i forskjellige sosiale sammenhenger må evalueres. Likeledes må det ses på effektiviteten av rehabiliteringen under begrensede ressurs forhold.
-
- Bruk av pleier/familie bør utvikles og evalueres. Slik bruk må ses på i forhold til effektiviteten av deres rolle og bør gi økt sosial aksept og finansiell støtte .

Kapittel 5

Evaluering av hjerneslagbehandling

Målsetting for 2015

- Alle bør etablere et system for rutinemessig innsamling av data som trengs for å evaluere kvaliteten på hjerneslagbehandlingen inkludert områder vedrørende pasientens sikkerhet.

Generelle prinsipper

- Skal evalueringen ha mening, må struktur, prosess og resultat av behandlingen analyseres.
- Kvaliteten på behandlingen omfatter korrekthet, tilgjengelighet, effektivitet, akseptabel behandling og dyktighet.
- Variasjon i de forskjellige tilfeller (så som alder) må tas med i beregningen når man sammenligner sluttresultatet på behandlingen.
- Kvaliteten på behandlingen kan fastsettes på forskjellige nivåer. For rutinemessig bruk over tid, bør antall indikatorer begrenses.
- Nasjonale registre bør opprettes for å gi riktige data om forbedringer i slagbehandlingen i hvert land.

Grunnleggende indikatorer for å fastsette kvaliteten på behandlingen

Struktur:

- Tilgjengelighet og kvalitet på behandling ved slagenhet.
- Tilgjengelighet og kvalitet på andre behandlingssteder.
- Utbredelse av kvalitetskontroll programmer.

Prosess:

- Prosentvis fordeling av pasienter til en slagenhet.
- Prosentvis undersøkelse av antall pasienter som får CT/MRI innen 24 timer etter innleggelse på sykehus.
- Prosentvis fordeling av pasienter som får trombolyse.

- Prosentvis fordeling av pasienter som får tilfredsstillende sekundær forebygging (acetylsalisylsyre eller andre antitrombiner, antikoagulerende midler for hjerteflimmer, blodtrykknedsettende medisiner, kolesterolnedsettende medisiner).
- Prosentvis fordeling av pasienter som får tilfredsstillende råd om endret livsstil.
- Prosentvis fordeling av pasienter med et TIA som blir undersøkt og gitt en behandlingsplan innen 48 timer etter de første symptomene.

Resultater:

- Dødelig utgang innen 1 og 3 måneder
- Bosted etter 3 måneder
- Funksjonell status etter 3 måneder ved bruk av en gradert skala.
- Prosentvis fordelig av pasienter med blødning etter behandling med trombose.
- Komplikasjoner ved inngrep på halspulsårene.

På makronivå

- Befolkningsbasert registrering av antall hjerneslagtilfeller og hjerneslagtilfeller i forhold til befolkningen.

Valgfrie punkter for å vurdere kvaliteten på behandlingen

En lang liste med andre punkter som nivået på strukturen, prosesser og resultat kan brukes som kvalitetsindikatorer. De listes ikke opp her. Disse kvalitetsindikatorerne kan finnes i nasjonale og internasjonale kvalitetsregistreringsprogrammer.

Tillegg: websider med nasjonale og internasjonale kvalitetsregistreringsprogrammer

Komiteen for akkreditering av helseorganisasjoner:
www.jointcommission.org

SITS

registrering:<http://www.acutestroke.org/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=42&meid=7>

Riks-Stroke – nasjonalt kvalitetsregister i Sverige:
www.Riks-Stroke.org

Tysk hjerneslagregister:

<http://epi.klinikum.uni-muenster.de/schlaganfallregister/index.htm>

Nasjonal hjerneslag revisjon:

www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/strokeaudit2004.pdf

UK utskraping av halsarteriene revisjon:

www.rcplondon.ac.uk/college/ceeu/ceeu_stroke_home.htm

Pasientundersøkelse etter hjerneslag:

<http://www.healthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/02/31/27/04023127.pdf>

Pasient tilfredsstillelse

http://www.nhssurveys.org/docs/Stroke_Questionnaire.pdf

WHO websider

www.who.int/chp/steps/stroke

www.who.int/ncd_surveillance/infobase

www.who.int/ncd_surveillance/steps

Spredning av Helsingborg erklæringen 2006.

Det vedtatte dokumentet blir publisert i Journal of Cerebrovascular Diseases. Dokumentet blir også sent ut av WHO som en rapport til helseministeriene, profesjonelle og legorganisasjoner i WHO Europa Regionen. Innholdet ventes å bli presentert, akseptert og spredt av sponsororganisasjoner på deres møter så vel på internasjonale, nasjonale og regionale hjerneslagkonferanser, og vidt distribuert på web siden www.acponline.org/ISIM.

Organisasjon.

Helsingborg erklæringen 2006's organisasjonskomité: Kjell Asplund, Sverige, Julien Bogousslavsky, Sveits, ISS, Gudrun Boysen, Danmark, Werner Hacke, Tyskland ESC, Thomas Kjellström, Sverige(leder), ISIM, Bo Norrving, Sverige, ISS, Aushra Schatchkute, Danmark, WHO-Europa and Bo Ågren, Sverige.

En skrivegruppe ble organisert for hvert kapittel

Organisasjon; Markku Kaste (leder), Laszlo Cziba, Hans C Diener, Martien Limburg, and Danilo Toni.

Behandling av akutt slag; Werner Hacke (leder), Gudrun Boysen, Antoni Davalos, and Nils Wahlgren.

Forebygging; Julien Bogousslavsky (leder), Kjell Asplund, Anna Czlonkowska, Michael Hennerici, Bart Piechowski-Jozwiak, and Peter Rothwell.

Rehabilitering; Michael Brainin (leder), Peter Langhorne, Didier Leys, Veronica Skvortsova, and Michaela Trapl.

Evaluering; Cees Franke (leder), Antony Rudd, and Birgitta Stegmayr.

Konferansen har mottatt finansiell støtte fra Pfizer AB, Sanofi-Aventis and Bristol Myers Squibb, og også fra AstraZeneca, Gorthon Foundation, and Helsingborg by.

For den European Stroke Strategies, "Helsingborg Declaration 2006"
Thomas Kjellström and Bo Norrving
(thomas.kjellstrom@skane.se).(bo.norrving@skane.se).

3 juli 2006