

Stroke – ett akut medicinskt tillstånd

Primärprevention grunden

Stroke är en folksjukdom med långtgående samhällseffekter, inte bara i industriländer utan också i utvecklingsländer.

Det framgick klart av konsensusmötet för asiatiska länder och Stillahavsländer (förutom Nord- och Sydamerika) som hölls i Melbourne i Australien den 26–29 oktober 1997.

I mötet deltog 400 representanter för sjukvård och samhällsplanering från Indien i väster till Polynesien i öster, och från Kina i norr till Nya Zeeland i söder. Nio teman avhandlades med lika lång tid avsatt för nyckelföreläsningar som för paneldiskussioner. Huvuddelen av föreläsarna representerade det medicinska området medan panelerna var sammansatta av medicinare, samhällsvetare och representanter för myndigheter och lekmanorganisationer.

I god ordning diskuterades frågor som rörde ett vitt fält av problem, alltifrån rehabilitering av stroke i Indien, där det inom vissa områden går en sjukgymnast på 3 miljoner invånare, till diagnostik av tidig ischemi med diffusions- och perfusions-MR.

Konsensusdokumentet [1] bygger vidare på de rekommendationer och slutsatser som publicerats i Helsingborgsdeklarationen från november 1995 om strokeomhändertagande i Europa [2, 3].

Deklarationens innehåll

Melbournedeklarationen har nio huvudrubriker, av vilka fem också ingår i Helsingborgsdeklarationen. Helsingborgsdeklarationen fokuserar på handläggning av akut stroke, sekundärprevention, organisation av strotjänster, kvalitetssäkring samt rehabilitering. Melbournedeklarationen tar därutöver upp frågor om primärprevention, stroke som samhälls- och undervisningspro-

blem, hälsoekonomiska aspekter och stroke i utvecklingsländerna.

Melbournedeklarationen lägger lika stor vikt vid primärprevention och samhällsplanering som vid vårdens organisation och utförande. (Inom parentes kan nämnas att mottot för National Stroke Foundation i Australien är »Stroke is an acute brain attack – Prevention is the key».) Melbournedeklarationen ställer också krav på att metoder för beräkning av kostnadseffektivitet integreras med övriga utvärderingsmetoder i alla typer av studier.

Nio slutsatser

Melbournedeklarationen mynnar ut i nio slutsatser:

1. Primärpreventionen skall utgöra hörnstenen i en (samhälls-)plan för att reducera incidensen av stroke. Både breda kampanjer och fokuseringen på högriskgrupper skall utnyttjas.

2. Allmänheten och hälso- och sjukvården skall göras mer uppmärksam på att stroke är ett akut medicinskt tillstånd. Undervisning om tecken på stroke behöver föras ut.

3. Överallt där det är möjligt behöver specialiserade strokeenheter, eller stroteteam, etableras för den akuta strokevården.

4. I organisationen av strotjänster skall patienternas, samhällsgrupperingars (community groups) och tjänstesektorns synpunkter beaktas så att patientens vandring mellan systemen blir smidig.

5. Kostnadseffektivitetsberäkningar skall ingå i handlingsplaner för strokeprevention, akutbehandling, rehabilitering och samhällsintegrering.

6. Det måste beaktas att många länder (i Asien och Stillahavsregionen) är oförmögna att erbjuda idealiska strotjänster på grund av resursbrist. I dessa länder är det emellertid möjligt att in-



producera och stärka insatser som kan reducera incidensen av stroke, särskilt genom modifiering av riskfaktormönstret i befolkningen. Det är också möjligt att etablera lokala team som kan ansvara för utbudet av strotjänster och erbjuda träning och utbildning av andra delar av hälsovården.

7. Länderna skall etablera system för insamling av data om incidens, prevalens, morbiditet och mortalitet liksom system för utvärdering av kvaliteten i strokepreventionen och omhändertagandet.

8. Alla strokepatienter skall ha tillgång till adekvat uppehållande rehabilitering som syftar till att bibehålla och optimera oberoende och livskvalitet.

9. Det finns ett behov av att öka allmänhetens och den medicinska professionens medvetande om den samhällsbörda som stroke utgör. Preventionen skall sättas i förgrunden genom undervisning om modifierbara riskfaktorer och varningssymtom. Behovet av akut omhändertagande skall poängteras. Dessa aktiviteter skall byggas på en stark forskningsbas.

Öronmärkta pengar i Victoria

Mötet hölls i en utomordentligt god anda. Så gott som alla aspekter hann bli genomdiskuterade under de nio sessionerna. Sista delen av mötet ägnades åt grupparbeten med utformning av det stora konsensusuttalandet [1]. Melbournedeklarationen lägger ett mycket stort ansvar på myndigheterna i respektive länder.

Under mötet kunde organisatören, professor G A Donnan, också glädja sig åt nyheten att delstaten Victorias hälsovårdsministerium öronmärkt nya pengar för riskfaktorintervention och upplysning. Delegationerna kunde således åka hem med detta goda exempel i minnet.

Referenser

1. Asia Pacific Consensus Forum on Stroke Management – 26 to 29 October 1997, Melbourne, Australia.
2. Pan European Consensus Meeting on Stroke Management – 8 to 10 November 1995, Helsingborg, Sweden.
3. Adams MP Jr. The importance of the Helsingborg declaration on stroke management in Europe. *J Intern Med* 1996; 240: 169-71.

Författare

ANDREAS TERÉNT

docent, överläkare, medicinkliniken Akademiska sjukhuset, Uppsala.