

Vård på strokeenhet minskar dödlighet och handikapp

Nationella riktlinjer klara – ska göra vården billigare

– Det medför stora vinster att vårda alla som drabbas av slaganfall vid särskilda strokeenheter. Det minskar dödlighet och handikapp. Dessutom spar det pengar.

Det är budskapet från Socialstyrelsen, som nu publicerat nationella riktlinjer för strokevården. Tidigare har riktlinjer för diabetes och kranskärlsjukdom givits ut.

Idag får endast omkring hälften av de svenska slaganfallspatienterna vård vid en strokeenhet. Alla borde få det, menar Socialstyrelsen. Därför är en utbyggnad av sådana enheter den högst prioriterade åtgärden.

Skulle ge stora vinster

Det skulle ge stora vinster i form av minskad dödlighet och ett lägre vårdberoende. I siffror handlar det om 700 till 800 färre dödsfall samt om 1 100 till 1 200 färre kraftigt vårdberoende om året.

Dessutom visar beräkningar att en utbyggnad av strokeenheter skulle spara minst 200 miljoner kronor om året, hävdar Socialstyrelsen.

Varje år drabbas 25 000 – 30 000 människor i vårt land av slaganfall. Mellan 8 000 och 9 000 dör, vilket gör stroke till vår tredje största dödsorsak.

Stroke är den vanligaste grunden till handikapp hos vuxna och den kräver dessutom flest vård dagar på sjukhus. Utöver var femte av de drabbade behöver mycket stora vårdinsatser med tillsyn både dag och natt.

Nina Rehnqvist, överdirektör vid Socialstyrelsen, menar att riktlinjerna behövs för att stärka patienternas möjligheter att få en likvärdig vård.

Hon påpekar att samlingen med riktlinjer inte är någon kokbok utan underlag för ett eget handlingsprogram. Riktlinjerna består av tre dokument: ett till läkare, sjuksköterskor och andra grupper i vården, ett till huvudmännen/beslutsfattarna samt ett som har patienterna som målgrupp.

Vill sätta tryck på vården

– Nu vill vi sätta lite tryck på vården och följa upp riktlinjerna genom att kräva lokala vårdprogram och individuella överenskommelser. Det duger inte längre att ute på sjukhusen säga att »så här har vi alltid gjort».

Hon menar att det behövs ett team med specialutbildad personal som arbetar enligt ett fastställt program. Det krävs många yrkesgrupper i teamet: läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut men även psykiater, psykolog och dietist ibland, allt beroende på patientens behov.

Per-Olov Wester, medicinskt sakkunnig vid Socialstyrelsen, påpekar att stroke ställer speciella krav på sjukvården och att det behövs ett långvarigt välfungerande samarbete i hela vårdkedjan för att optimera omhändertagandet av en strokepatient.

– Men här brister det på många håll, påpekar han kritiskt. Så det måste till nya ansträngningar.

Han ställer upp följande optimala scenario vid ett inträffat fall:

- Snabb transport till sjukhus.

- Snabb datortomografi för korrekt diagnos, ska ske inom ett dygn.

- Tidig undersökning av funktionsbortfall.

- Tidig bedömning av rehabiliteringsbehov.

- Snabb aktiv rehabilitering.

Risk för många sekundära komplikationer

Dessutom behövs läkemedel mot sekundära komplikationer, en relevant informationsöverföring till andra vårdgivare samt ett kompetent stroke team i den fortsatta rehabiliteringen.

Exempel på sekundära komplikationer är proppbildning i ben och lungor, lunginflammation, epilepsi, förvirringstillstånd och urinvägskomplikationer. Dessutom, vilket Socialstyrelsen trycker särskilt på, är det mycket vanligt med djupa depressioner. Det är en komplikation som anses vara underdiagnostiserad.

Sekundärprofylax kan t ex bestå i antikoagulation vid förmaksflimmer – bedömningen från Socialstyrelsen är att den bör dubbleras i vårt land, tromboembolism och kirurgi vid karotisstenos.

Förebyggs bäst med behandling av hypertoni

Det bästa och mest kostnadseffektiva sättet att förebygga stroke är att medicinera högt blodtryck hos äldre, vilket är den dominerande riskfaktorn för slaganfall. Andra väsentliga riskfaktorer är rökning, åldersdiabetes samt förmaksflimmer, påpekar Socialstyrelsen.

Tom Ahlgren

tillräcklig finansiering och adekvata resurser ordnas; det finns tydliga lagar och regler; det finns en stor öppenhet och medverkan i hela processen; man har aktiv uppmärksamhet på potentiella donatorer; sjukhuset erbjuder hjälp med vården av donatorn; den organiserade uppföljningen med anhöriga efter donationen.

Han understryker att det över huvud taget anses vara en god gärning att ge organ. Donatorerna ses som något av hjältar.

OFO har tillkommit lite efter inter-

nationell förebild, men steget är långt till den framgångsrika amerikanska modellen. Benny Petersson säger:

– Om man kan få människor mer positivt inställda till att donera organ finns det mycket stora vinster att göra. Det gäller att öka kunskapen och förståelsen hos fler för betydelsen av tillgång på organ.

Håkan Gäbel pekar på att Socialstyrelsen de senaste månaderna haft möten med bland andra Landstingsförbundet och med företrädare för professionen kring donationsfrågorna. Han vill ge

mer information till allmänheten och han vill professionalisera donationsverksamheten.

Det senare innebär, menar han, att alla dödsfall bedöms, utom patienter med HIV och malignitet, att samtala med de anhöriga alltid ska ske i samråd med någon som är särskilt utbildad för det samt att överta vården av organdonatorn.

– Men alla insatser kostar pengar och vi lever under knapphetens stjärna, konstaterar han.

Tom Ahlgren