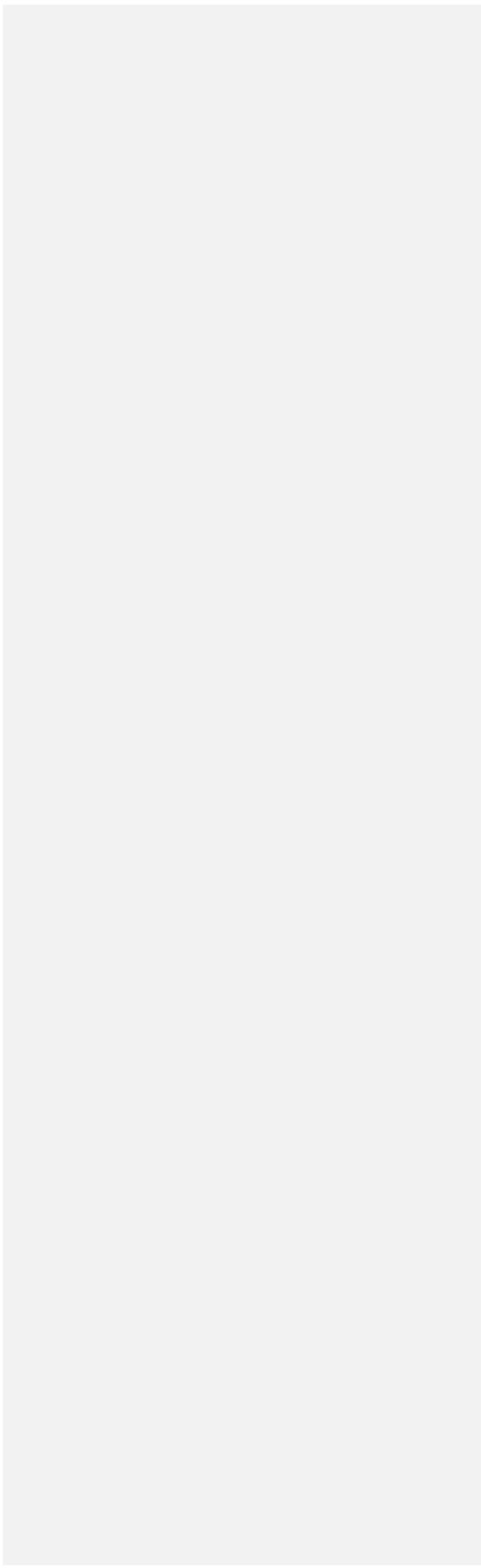


**Intern høring:
Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved
Hjerneslag- fase 1**

Tekst som er gulet ut er ny tekst

**Med forslag til
endringer**

Tekst som er ~~streket over~~, foreslås
tatt bort



Om pakkeforløpet

Målsetning

Godt organiserte, helhetlige, forutsigbare og standardiserte pasientforløp

- Unngå unødige ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Kunnskapsgrunnlag

Pakkeforløp hjerneslag bygger på:

- Kunnskapsgrunnlaget til den reviderte nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2017),
- Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Prioriteringsveiledere
- Pårørendeveileder


Redaksjonsgruppe

- Bent Indredavik, ekstern faglig leder pakkeforløp hjerneslag, avdelingssjef/professor spesialist i indremedisin, og fysikalsk medisin og rehabilitering, Avdeling for hjerneslag, St Olavs Hospital/ Det medisinske fakultet, NTNU. Leder av Norsk hjerneslagsregister
- Frank Becker, førsteamanuensis / spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, Universitetet i Oslo / Sunnaas sykehus. Helse Sør-Øst
- Inger Johansen, fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin Phd., Stavern legekontor. Avd for allmenntilleggsmedisin, HELSAM, UiO
- Yngve Müller Seljeseth, spesialist i indremedisin og geriatri. Seksjonsoverlege slag og alderdomssjukdommar, medisinsk avdeling Ålesund. Klinikk for medisin. Helse Møre og Romsdal HF. Helse Midt-Norge.

HelseDirektoratet ved Liv Hege Kateraas, seniorrådgiver og prosjektleder, og Bjørnar A. Andreassen, seniorrådgiver.

Ekspertgruppedeltagere

- Arnstein Tveiten, PhD, spesialist i nevrologi, seksjonsoverlege nevrologisk avdeling Sørlandet Sykehus. Helse Sør-Øst.
- Cesilie Danielsen, slagsykepleier, nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø. Helse Nord
- Ellisiv Mathiesen, professor i nevrologi, Det helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges arktiske universitet og overlege, nevrologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord Norge (UNN). Helse Nord.
- Eivind Eliassen, Spesialsykepleier Geriatri, Nordlandssykehuset Vesterålen. Helse Nord
- Guri Hagberg, overlege Bærum sykehus, Helse Sørøst

- Halvor Næss, overlege, spesialist i nevrologi og indremedisin. Nevrologisk avd, Haukeland universitetssykehus og professor Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Helse Vest.
- Hege Ihle-Hansen, Phd/spesialist i indremedisin og geriatri, Oslo  HelseDirektoratet
Universitetssykehus, Ullevål, seksjon for hjerneslag og Vestre Viken, Bærum Sykehus. Helse Sør-Øst.
- Knut Eivind Kjørstad, Legeforeningen, karkirurgisk forening (UNN)
- Maren Ranhoff Hov, Stiftelsen Norsk Luftambulanse.
- Anne-Hege Aamodt, Legeforeningen, nevrologisk forening (OUS, Rikshospitalet)
- Ola Yttre, Ambulansforbundet
- Hild Fjærtøft, Norsk hjerneslagsregister
- Randi Skogseth Stephanie, Norsk hjerneslagsregister
- Arild Kjetså, overlege og medisinsk faglig rådgiver, Avdeling for rehabilitering v/Sørlandet sykehus. Helse Sørøst
- Anne Beate Krogh, Oslo Universitetssykehus HF, Aker sykehus.
- Are Dragland, fysioterapeut, ambulant rehabiliteringsteam, klinikk Kirkenes, Finnmarksykehuset. Helse Nord
- Daniel Svendsen, overlege, rehabiliteringsavdelingen, Universitetssykehuset Nord Norge (UNN). Helse Nord.
- Cathrine Arntzen, forskningsgruppel leder/førsteamanuensis, ergoterapispesialist i eldres helse, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Helse Nord.
- Eva K. Reiten Bovim, overlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Avd. For fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital. Helse Midt-Norge.
- Grethe Dagsvik, Rådgiver, Virksomhet Helsefremming og Innovasjon, Kristiansand kommune. KS
- Kristin Småge, seksjonsleder for sengepost for nevrologi, slag og rehabilitering, Sykehuset i Telemark
- Gro Aasland, Klinikksjef, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset i Vestfold
- Ingrid Holden, Konstituert tjenesteleder. Friskliv og Mestring. Bærum kommune. (KS)
- Ingvild Rosseland, Avdelings fysioterapeut forsterket rehabilitering. Aker Sykehus
- Laila Gullerud, nevrorehabilitering, AHUS
- Liv Møen, Leiar for ergo-og fysioterapitenesta i Fjell kommune. (KS)
- Marianne Brodin, Afasiforbundet
- Marianne L. Krogstad, medisinsk faglig ansvarlig overlege, Vikersund Kurbad, (VIRKE)
- Marianne Pettersen, Avdelingsleder Rehabiliteringsavdelingen, Bodø Kommune. KS
- Marianne Wesnes, Legeforeningen, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Melanie Kirmess Norsk logopedlag
- Marit Vardenær, Seksjonsleder Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering Gjøvik. Sykehuset Innlandet.
- My Dung N. Torkildsen, avdelings overlege, avddeling for rehabilitering. Stavanger universitetssjukehus
- Nikolaos Panagiotopoulos, Overlege, Spesialist i Fysikalsk Medisin og Rehabilitering ved Nord Norges Kurbad. NHO
- Ole Marius Ekeberg, seksjonsoverlege, seksjon fysikalsk medisin og rehabilitering. Helse Fonna. Helse Vest

- Ellen Gabrielsen Hjelle, norsk ergoterapiforbund (NETF)
- Tina Taule, norsk ergoterapiforbund (NETF)
- Synne Garder Pedersen, Norges Fysioterapiforbund. (NFF)
- Stefan Hjørleifsson, Legeforeningen, Norsk forening for allmenmedisin
- Stein Are Rimehaug, Rådgiver, Regional Kompetansetjeneste for rehabilitering i Helse Sørøst, Sunnaas sykehus HF.
- Gro Idland, Oslo kommune. (KS)
- Tonje Haug Nordenmark, Norsk psykologforening
- Tove Hæreid Otterstad, spesialrådgiver, Medisin og helsefag, kvalitet, fag og pasientsikkerhet. Helse Sørøst RHF
- Gro Sævil Haldorsen, spesialrådgiver, Medisin og helsefag, kvalitet, fag og pasientsikkerhet. Helse Sørøst RHF
- Bjørn Bakke, Norsk forening for slagrammede
- Dag Rosenberg, Landsforeningen for hjerte og karsykdommer (LHL), Hjerneslag
- Marianne deBruun Lundby NFS (brukerrepresentant Sunnaas)
- Marita L. Bjerke, Slagsykepleier og helsefaglig rådgiver i LHL Hjerneslag
- Ove Hellvik, LHL hjerneslag
- Roger Amundsen, Landsforening for hjerneslag (LFS)



Innholdsfortegnelse

Innhold



Innhold

Om pakkeforløpet	2
Innholdsfortegnelse.....	5
1 Introduksjon til pakkeforløp hjerneslag.....	6
Generelt om hjerneslag.....	6
Hvem skal inkluderes i pakkeforløp hjerneslag:.....	6
Når skal pasienten inkluderes i pakkeforløp hjerneslag?.....	6
Hvilke pasienter skal senere ekskluderes fra pakkeforløpet.....	6
Om pakkeforløp.....	6
Pakkeforløp hjerneslag.....	7
Målsetningen med pakkeforløp hjerneslag er:.....	9
Koordinering i pakkeforløp – en balansegang mellom standardisering og individuell tilrettelegging.....	10
1 Debut symptomer.....	11
2 Varsling AMK	11
2 Varsling 113	11
3 Ambulanse fremme hos pasient	12
4 Ambulanse avreise med pasient til sykehus	12
5 Tidspunkt for innleggelse i sykehus.....	13
6 Bildediagnostikk.....	13
7 Trombolytisk behandling.....	14
8 Trombektomi - Innlagt intervensjonscenter direkte	14
9 Trombektomi - Innlagt intervensjonscenter overflyttet fra primærsykehus	14
10 Trombektomi – start trombektomi.....	15
11 Trombektomi – rekanalisering	15
12 Innlagt slagenhet – pakkeforløp hjerneslag.....	15
13 Vurdering av behov for carotis operasjon	16
14 Carotisoperasjon.....	16
15 Tverrfaglig funksjonsvurdering	17
16 Varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon / tiltak inkludert tidlig støttet utskrivning (kun ved rehabilitering)	17
17 Klar for overføring/utskrivning fra slagenhet.....	18
18 Mottak spesialisert rehabilitering.....	19
19 1–3 måneders kontroll i spesialisthelsetjenesten.....	19

1 Introduksjon til pakkeforløp hjerneslag HelseDirektoratet

Generelt om hjerneslag

Hvert år rammes ca. 12 000 mennesker her i landet av hjerneslag. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, utgis av HelseDirektoratet, og ble første gang utgitt i 2010 og en delvis revidert utgave ble publisert i desember 2017. Denne retningslinjen danner kunnskapsgrunnlaget for pakkeforløpet.

Hvem skal inkluderes i pakkeforløp hjerneslag:

Alle pasienter, som etter den initiale diagnostiske evaluering i slagenhet vurderes til å ha et akutt hjerneslag eller sterk mistanke om akutt hjerneslag, er aktuelle for inklusjon i pakkeforløpet.

Når skal pasienten inkluderes i pakkeforløp hjerneslag?

På det tidspunkt i slagenheten når den initiale diagnostiske evaluering har konkludert med akutt hjerneslag, eller sterk mistanke om akutt hjerneslag, skal pasienten innregistreres i elektronisk skjema for pakkeforløp i Norsk Hjernelagsregister. Med dette er de inkludert i pakkeforløpet. Dette var operativt fra februar 2018. Innregistrering i skjema for pakkeforløp bør skje så raskt som mulig, og senest innen 5 kalenderdager etter innkomst slagenhet.

Alle aktuelle målepunkt i pakkeforløpet skal fylles ut. Ikke alle målepunkt vil være aktuelle for alle pasienter.

For pasienter med symptomvarighet over 48 timer ved ankomst sykehus, er det ikke hensiktsmessig å registrere inn målepunkter før ankomst slagenheten. Innregistrering i pakkeforløpet for disse pasienter vil være fra og med målepunktet ankomst slagenhet, men det er ikke nødvendig å innhente målepunktene fra før ankomst slagenhet. Det neste aktuelle målepunktet vil for disse pasientene være "tverrfaglig funksjonsvurdering for å avgjøre/beslutte videre forløp (med eller uten rehabilitering)". For 80 % av pasientene bør denne tverrfaglige funksjonsvurdering skje innen 5 kalenderdager fra ankomst slagenhet.

Hvilke pasienter skal senere ekskluderes fra pakkeforløpet?


Pasienter hvor hjerneslagsdiagnosen senere blir avkreftet skal ekskluderes fra pakkeforløpet. Dette gjøres ved en avkrysning i elektronisk skjema for pakkeforløp i Norsk Hjernelagsregister.

Om pakkeforløp

Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og **konkrete forløpstider (lenke til skjema med oversikt)**.

Et pakkeforløp er en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av pasienters kontakter med ulike deler av helsetjenesten i løpet av en sykdomsperiode. Formålet er å forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave - og ansvarsområder. Og ved det sikre at pasienten(e) får adekvat diagnostikk og behandling til rett tid og på rett sted. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen slik det framgår av **Retningslinjen for behandling**

og rehabilitering ved hjerneslag, kapittel 2: Behandlingskjeden ved hjerneslag (lenke) og i *Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*

Målgruppen for beskrivelsene av pakkeforløp er primært helsepersonell, ledere/administratorer og beslutningstakere på ulike nivåer i  Helsedirektoratet helsetjenesten.

Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. I tillegg til en konkret medisinsk faglig vurdering av behovet for utredning og behandling, skal det tas hensyn til pasientens ønsker og individuelle situasjon, som for eksempel alder, komorbiditet og komplikasjoner.

For å monitorere pakkeforløpet for pasienter, er det i pakkeforløpet innført målepunkter. Disse målepunktene har en ekspertgruppe vurdert til å være viktige elementer i et effektivt og godt forløp for slagpasienter. Disse målepunktene danner grunnlag for anbefalte forløpstider mellom de ulike ledd i behandlingskjeden. Målepunktene er klassifisert fra 1 - 16 og med en del underpunkter. I de ulike pasientforløp er det noe ulikt antall målepunkter. For å synkronisere analyser/resultater, er underkategorier av målepunktene 11 - 15 klassifisert på en slik måte at ikke alle forløp er angitt i alfabetisk rekkefølge. Noen bokstaver vil av den grunn falle ut.

Pakkeforløp hjerneslag

Pakkeforløp hjerneslag fase 1 ble etablert fra februar 2018 og inkluderte målepunkter fram til ankomst slagenheten og eventuell henvisning til spesialisert rehabilitering. Med fase 2 som skal implementeres i 2019 får vi et mer komplett pakkeforløp som starter ved debut av hjerneslaget og følger forløpet både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste med registrering av sentrale målepunkter fram til 3 måneder etter hjerneslaget.

Prehospitalt forløp, akutt innleggelse og utredning bør skje raskt og ikke forsinkes av innregistreringer i pakkeforløpet som foreløpig forutsetter manuell innregistrering. Innregistrering skjer derfor først når pasienten er ankommet slagenheten og den initiale utredning/vurdering konkluderer med sannsynlig hjerneslag. På dette tidspunktet innhentes de aktuelle målepunkter fra de prehospitaltjenesters kontakt med pasienten og sykehusets initiale kontakt med og utredning av pasienten. Det videre forløpet planlegges ut pasientens status og de målepunkter som finnes i oppfølgingen fram til kontrollen ca. 3 måneder etter debut.

En av de store utfordringer for å tilby slagrammede et godt pasientforløp er å identifisere det tilbudet som er til størst nytte etter utskrivning fra slagenheten. En forutsetning for å gjøre gode valg om det videre forløpet er at det gjennomføres en grundig tverrfaglig vurdering i slagenheten. Det er utarbeidet hjelpemidler/skjemaer som bør brukes i denne tverrfaglige vurderingen for å identifisere de pasienter som sannsynligvis vil ha god effekt av rehabiliteringstiltak (godt rehabiliteringspotensial). Videre er utarbeidet en tabell som kan fungere som et hjelpemiddel når det gjelder å velge mellom de ulike forløp og rehabiliteringstilbud.

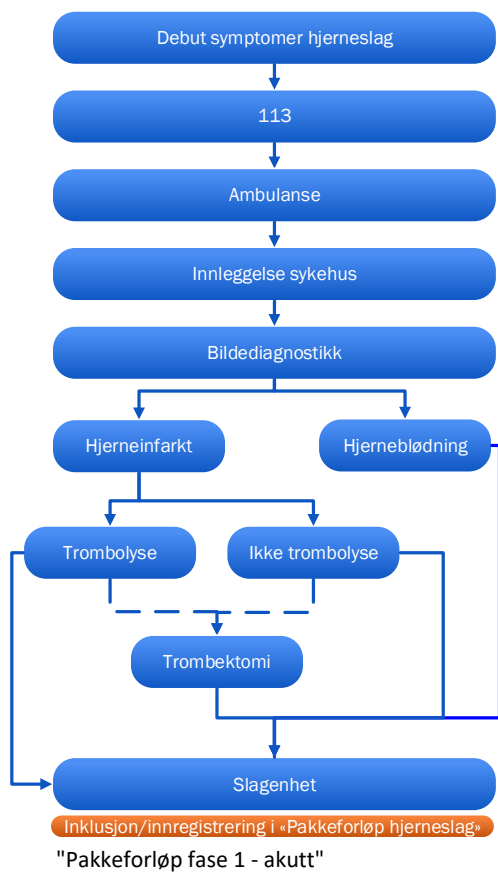
Hovedforløpene er:

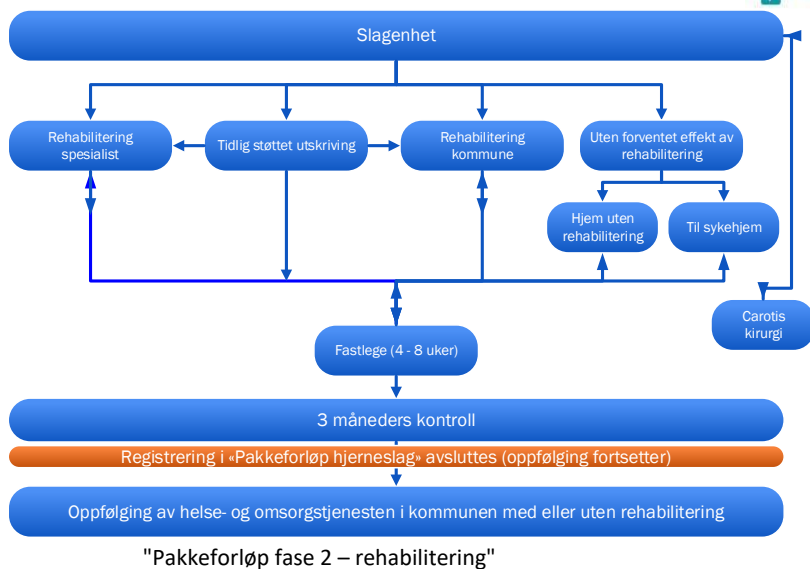
- Oppfølging uten i initialt rehabiliteringsbehov eller rehabiliteringspotensial.
- Oppfølging med rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Oppfølging med rehabiliteringstilbud i samarbeid mellom spesialist og kommune helsetjenesten via et tidlig støttet utskrivningsteam
- Oppfølging med rehabilitering i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Det skjematiske pakkeforløpet viser at det kan være aktuelt og ofte er aktuelt med overgang fra et hovedforløp til et annet. Det er også viktig å presisere at pasienter som initialt vurderes til ikke å ha et rehabiliteringsbehov eller en forventet effekt av rehabilitering bør revurderes av fast lege eller tilsynslege i forløpet og eventuelt henvises til spesialisthelsetjenesten for revurdering.



Pakkeforløpet avsluttes som hovedregel ved kontroll i spesialisthelsetjenesten ved en 3 måneders kontroll der det er anbefalt en grundig vurdering og ved behov en bred tverrfaglig vurdering





Innregistrering vil i alle fall i 2019 i hovedsak skje via Norsk hjerneslagregister, men i samarbeid med NPR. En del av de prehospitalt målepunkter og målepunkter etter utskrivning fra slagenheten forutsetter bruk av data fra AMIS og det nye KPR og det arbeides med å utvikle gode løsninger her.

Innregistreringen er obligatorisk og det forutsettes at sykehusene og kommunale aktører prioriterer ressurser til slik innregistrering.

Egne åpne on-line rapporter med resultater på tider og måloppnåelse vil helsepersonell, ledere/administratorer og beslutningstakere både i sykehus, regionale helseforetak og kommuner kunne ta ut fortløpende fra NHR på deres hjemmeside i tillegg til fra helsenorge.no. Rapportene ligger åpne og vil dermed også være tilgjengelig for pasienter og pårørende og andre interesserte.

Målsetningen med pakkeforløp hjerneslag er:

Godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp

- Unngå unødige ikke- medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Forløpet skal være individuelt tilpasset pasientens totale situasjon og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet.

Forløpskoordinering



Koordinering av pasientforløpet skal sikre et effektivt forløp fra varsling til AMK og for den videre diagnostikk, behandling og rehabilitering, eller til pakkeforløpet er avsluttet. Foreløpig avsluttes pakkeforløpet ved 1-3 mnd. kontrollen i spesialisthelsetjenesten eller tidligere dersom pasienten er inkludert på feil grunnlag, det vil si dersom pasienten ikke har en hjerneslagdiagnose. Alle sykehus som utreder og behandler hjerneslag bør ha en forløpskoordinator som har tett og løpende kontakt med pasient og involverte instanser.

Det er et lederansvar å sikre forløpskoordinering, herunder koding og registrering. Ansvar for forløpskoordinering i pakkeforløpet bør legges til konkret(e) person(er) som har delegert ansvar og myndighet fra leder til å koordinere forløpet.

Ved et akutt hjerneslag, vil koordineringen skje iht. et standardisert pasientforløp. I tillegg vil koordinerende sykepleier/slagsykepleier og registerpersonell som har ansvar for å rapportere data inn til Norsk hjerneslagregister, være sentrale aktører i forløpskoordineringen.

Videre arbeid med innretningen av og beskrivelsen av pakkeforløpskoordinatoren for dette pakkeforløpet, må avklares i tilknytning til implementeringen av fase to i pakkeforløp hjerneslag.

Koordinering i pakkeforløp – en balansegang mellom standardisering og individuell tilrettelegging

Det legges til grunn at en god del pasienter som får oppfølging gjennom pakkeforløp hjerneslag har "behov for langvarige og koordinerte tjenester". Oppfølgingen gjennom pakkeforløp vil dermed også understøttes av lovbestemmelsene om individuell plan og koordinator. Disse bestemmelsene klargjør rettigheter for pasientene og gir samtidig rammer for tjenestenes arbeid med å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Oppfølging gjennom pakkeforløp må ivareta balansen mellom standardisering og individuell tilrettelegging.

I veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator og i veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov beskrives koordinatorrollen. Ved utdyping av denne rollen for pasienter som følges opp gjennom pakkeforløp, kan det være nødvendig å tilføye tema som gjelder de standardiserte elementene i forløpet. Det kan eksempelvis være nødvendig å avklare roller og ansvar knyttet til registreringer samt logistikk i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer for forholdet mellom pakkeforløpskoordinering og bestemmelsene om individuell plan og koordinator både i høringsnotat og Innst. 49L (2015-2016) om kontaktleger i sykehus og i et notat om "Pakkeforløp hjem" av 23.mai 2018. Ut fra disse dokumentene legges følgende til grunn:

- Utvikling av pakkeforløp bør i størst mulig grad bygge på eksisterende regelverk, strukturer og pågående utviklingsarbeid, herunder primærhelsetjenestemeldingens vektlegging av diagnoseuavhengig tilnærming.

➤ For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester må koordinering i pakkeforløp oppfylle rettigheter og plikter i regelverk for individuell plan og koordinator. Eksempler på relevante krav er

- o Pasient og brukers samtykke
- o En av pasientens/brukerens tjenesteytere oppnevnes som koordinator. Pasientens/brukerens ønske skal vektlegges ved valg av koordinator.
- o Sikre helhetlig tilnærming. o Innhold og funksjon i koordinatorrollen er i samsvar med lov, forskrift og veileder.
- o Sikre samarbeid og brukermedvirkning.

Koordinerende enhet – både i helseforetak og kommuner - har lovpålagt overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, og bør være en viktig aktør i utvikling av rutiner for pakkeforløp både internt og på tvers av tjenestenivåene.

Retningslinjer for samarbeidet mellom nivåene skal beskrives i delavtale 2 i de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Samarbeid med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste.

Overgangen fra slagenhet til rehabilitering, og koordineringen av aktørene under kommunal rehabilitering, er områder der god koordinering er spesielt viktig og der det antakelig er store mangler per i dag. Slagenheter som har etablert godt samarbeid med oppfølgende instanser ev. ved bruk av tydelige koordinatorfunksjoner, har som regel gode og forutsigbare forløp. For pasienter hvor det er aktuelt med rehabilitering i hjemmet eller dagtilbud, er koordinering gjennom et tidlig støttet utskrivningsteam det best dokumenterte tilbud.

1 Debut symptomer

Målepunkt 1: Tidspunkt for symptomdebut. Dette tidspunkt registreres for alle med mistenkt hjerneslag. Dersom pasienten våknet med symptomer, angis siste tidspunkt uten symptom. For eksempel ved leggetid.

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato

Forløpstid: Målepunkt 1 benyttes som utgangspunkt for å beregne de etterfølgende forløpstider.

[Se lenke til Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#)

[Se Lenke til nasjonal informasjonskampanje](#)

~~2 Varsling AMK~~

2 Varsling 113

~~**Målepunkt (MP) 2:** Tidspunkt for varsling til AMK.~~

Målepunkt (MP) 2: Tidspunkt for varsling til 113.

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato

Forløpstid: Målepunkt 2 benyttes for å beregne tid fra symptomdebut (MP 1) til varsling AMK (MP 2). (MP 2 - MP 1).

Forløpstid: Målepunkt 2 benyttes for å beregne tid fra symptomdebut (MP 1) til varsling 113 (MP 2). (MP 2 - MP 1).

Mål: Helsetjenesten bør kontaktes umiddelbart ved gjenkjenning av symptomer på hjerneslag, og 50% av pasienter med symptomer på akutt hjerneslag, bør ha kontaktet AMK innen 15 min.



Dersom det er vanskelig å identifisere korrekt tidspunkt for varsling av AMK, krysses det av på ukjent dato og tidspunkt. I analysene vil pasienter med oppvåkningsslag ikke inngå i beregningen av denne forløpstiden. Andre tidspunkt i den prehospital behandlingsskjeden vil bli vurdert i fase 2.

Mål: Helsetjenesten er kontaktet umiddelbart ved gjenkjenning av symptomer på hjerneslag, og 50% av pasienter med symptomer på akutt hjerneslag, bør ha kontaktet 113 innen 15 min.

Dersom det er vanskelig å identifisere korrekt tidspunkt for varsling av AMK, krysses det av på ukjent dato og tidspunkt. I analysene vil pasienter med oppvåkningsslag ikke inngå i beregningen av denne forløpstiden. Andre tidspunkt i den prehospital behandlingsskjeden vil bli vurdert i fase 2.

[Se lenke til nasjonal kampanje for hjerneslag](#)

[Se lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#), anbefaling:

- [Organisering av prehospitaler tjenester](#)
- [Organisering av behandlingsskjeden ved hjerneslag](#)
- [Prehospital varsling- trombolysalarm, trombolyseteam](#)

3 Ambulanse fremme hos pasient

Målepunkt (MP) 2A: Tidspunkt for når ambulanse er fremme hos pasient.

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato.

Forløpstid: Målepunkt 3 benyttes for å beregne tid fra varsling AMK til ambulanse er fremme hos pasient (Pasienter som kan nå sykehus innen 4 timer etter symptomdebut).

Mål: For 80% av pasientene som kan nå sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut, er ambulansen fremme hos pasienten innen 25 minutter

Informasjon:

Referanser: AMIS (kvalitetsindikator: tid fra 113 oppring til ambulanse er på hendelsessted)

4 Ambulanse avreise med pasient til sykehus

Målepunkt (MP) 2B: Tidspunkt for når ambulanse drar med pasient til sykehus.

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato.

Forløpstid: Målepunkt 2B benyttes for å beregne tid fra varsling AMK til ambulanse er fremme hos pasient til avreise med pasient (Pasienter som kan nå sykehus innen 4 timer etter symptomdebut).

Mål: For 80% av pasientene som kan nå sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut, er ambulansen reist fra hendelsessted til sykehuset innen 25 minutter

Informasjon:

Referanser: AMIS

5 Tidspunkt for innleggelse i sykehus

Målepunkt (MP) 3: Tidspunkt for innleggelse i sykehus.

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato.

Forløpstid: Målepunkt 3 benyttes for å beregne:



- Tid fra symptomdebut (MP 1) til ankomst sykehus (MP 3). (MP 3 - MP 1). Tid fra varslings AMK (MP 2) til ankomst sykehus (MP 3). (MP 3 - MP 2).

Mål: 50% av pasientene bør være innlagt sykehuset innen 4 timer fra debut. Prosent andelen regnes av alle pasienter, inkludert pasienter med oppvåkingsslag og pasienter med ukjent debut som defineres som pasienter som ikke ankommer før 4 timer etter debut.

Mål: 60% av pasientene er innlagt sykehuset innen 4 timer fra debut. Prosent andelen regnes av alle pasienter, inkludert pasienter med oppvåkingsslag og pasienter med ukjent debut som defineres som pasienter som ikke ankommer før 4 timer etter debut.

Informasjon: Begrunnelse for 4 timer er for at pasienten skal kunne være aktuell for trombolytisk behandling. For pasienter som får sitt hjerneslag under innleggelse, skal dato og tidspunkt for innleggelse alltid være lik dato og tidspunkt for symptomdebut for hjerneslaget. Måltallet representerer en høyere ambisjon enn det som fremgår av praksis i 2016 fra Norsk Hjerneslagsregister (hvor 44% ankom innen 4 t.).

Mål for tid fra varslings AMK er foreløpig ikke fastsatt da det i stor grad vil avhenge av geografiske avstander og infrastruktur.

[Se lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag,](#)

anbefaling:

- [Organisering av prehospitaltjenester](#)
- [Organisering av behandlingsskjeden ved hjerneslag](#)
- [Prehospital varslings- trombolyse-alarm, trombolyseteam](#)

6 Bildediagnostikk

Målepunkt (MP) 4: Tidspunkt for bildediagnostikk

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato på CT/MR bildet for å angi diagnosetidspunktet.

Forløpstid: Målepunkt 4 benyttes for å beregne tid fra ankomst sykehus (MP 3) til diagnosetidspunktet (MP 4). (MP 4 - MP3).

Mål: 50% av pasientene som ankommer sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut, bør ha bildeundersøkelse innen 15 minutter.

Mål: 60% av pasientene som ankommer sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut, har fått bildeundersøkelse innen 15 minutter.

Informasjon: Tid for bildediagnostikk skal registreres på alle, men måltallet om 15 minutter gjelder bare for pasienter som ankommer sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut.

For pasienter som ankommer senere enn 4 timer etter symptomdebut, er rask bildediagnostikk også ønskelig. Men et krav om bildediagnostikk innen 15 minutter er ikke av så stor betydning at det kan forsvares på bekostning av andre pasientgrupper som også trenger rask bildediagnostikk.

[Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag,](#) anbefaling:

- [Organisering av sykehusbehandlingen ved akutt hjerneslag](#)
- [Øyeblikkelig bildediagnostikk ved akutt hjerneslag](#)

7 Trombolytisk behandling

Målepunkt (MP) 5: Tidspunkt for trombolytisk behandling.

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato for start trombolyse

Forløpstid: Målepunkt 5 benyttes for å beregne tid fra ankomst trombolyse (MP 5). (MP 5 - MP 3)



sykehus (MP 3) til

Mål: 60% av pasientene som skal få trombolyse bør få start av trombolysebehandling innen 40 minutter.

Mål: 60% av pasientene som skal få trombolyse har fått start av trombolysebehandling innen 30 minutter.

[Se lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#), anbefaling:

- [Prehospital varsling- trombolyse-alarm, trombolyseteam](#)
- [Organisering av sykehusbehandling ved symptomer på akutt hjerneslag](#)
- [Øyeblikkelig bildediagnostikk ved akutt hjerneslag](#)

[Trombolytisk behandling av pasienter med akutt hjerneinfarkt](#) Se også [nasjonal](#)

kvalitetsindikator:

- [Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen](#)
- [Trombolysebehandling av hjerneinfarkt innen 40 minutter](#)

8 Trombektomi - Innlagt intervensjonscenter direkte

Målepunkt (MP) 6: Tidspunkt for når pasienten blir innlagt på intervensjonscenter på samme sykehus som akuttinnleggelse.

Ved direkte innleggelse er dette samme tidspunkt som målepunkt 3. ([lenke](#))

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra symptomdebut (MP 1) til pasienten blir innlagt på intervensjonscenter på samme sykehus som akuttinnleggelse.

Mål: 60% av pasientene er innlagt sykehuset innen 4 timer fra debut. Prosent andelen regnes av alle pasienter inkludert pasienter med oppvåkningsslag og pasienter med ukjent debut som defineres som pasienter som ikke ankommer før 4 timer etter debut.

Informasjon: Begrunnelse for 4 timer er for at pasienten skal kunne være aktuell for trombolytisk behandling. Ved primær trombektomi kan pasienten være aktuell for behandling også senere enn 4 timer, men best effekt oppnås hvis de fleste pasienter innkommer innen 4 timer og 60 % er derfor målet også for et trombektomisenter. For pasienter som får sitt hjerneslag under innleggelse, skal dato og tidspunkt for innleggelse alltid være lik dato og tidspunkt for symptomdebut for hjerneslaget. Måltallet representerer en høyere ambisjon enn det som fremgår av praksis i 2016 fra Norsk Hjerneslagsregister (hvor 44% ankom innen 4 t.).

[Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#), anbefaling:

- [Organisering av prehospitaltjenester](#)
- [Organisering av behandlingsskjeden ved hjerneslag](#)
- [Prehospital varsling- trombolyse-alarm, trombolyseteam](#)

9 Trombektomi - Innlagt intervensjonscenter overflyttet fra primærsykehus

Målepunkt (MP) 6a: Tidspunkt for når pasienten blir innlagt på intervensjonscenter etter overflytting fra primærsykehus

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra symptomdebut (MP 1) til pasienten blir innlagt på intervensjonscenter når intervensjonssykehus ikke er samme sykehus som det som hadde akuttinnleggelsen.

Mål: Foreslår foreløpig intet mål. Registrering i NHR i 2019 som grunnlag for seinere definering av mål

Informasjon:

[Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#), anbefaling:

- [Organisering av prehospitaltjenester](#)
- [Organisering av behandlingsskjeden ved hjerneslag](#)
- [Prehospital varsling- trombolysalarm,](#)



[trombolyseteam](#)

10 Trombektomi – start trombektomi

Målepunkt (MP) 6b: Tidspunkt for start trombektomi (arteriepunksjon).

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra innleggelse i trombektomi senter (MP 3 eller MP 6a til intervensjon (punksjon av arterien) (MP 6). (MP 6 - MP 3 eller MP 6- MP 6a)

Mål: Forløpstid og andel registreres, men måltall er foreløpig ikke fastsatt.

Mål:

- For pasienter som er direkte innlagt intervensjonssenter: 80% innen 60 minutter.
- For pasienter som er overført fra primærsykehus til intervensjonssenter: 80% innen 40 minutter

Informasjon: Norsk Hjernelagsregister (NHR) har utviklet og tatt i bruk en ny trombektomimodul som intervensjonssentrene må registrere inn i for å øke kunnskapen om denne pasientgruppen

- [Se lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#), anbefaling:
- [Trombektomi](#)

11 Trombektomi – rekanalisering

Målepunkt (MP) 6 c: Tidspunkt for når full rekanalisering er oppnådd

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra start trombektomi til rekanalisert

Mål: For pasienter hvor trombektomi blir igangsatt, er 80% rekanalisert innen 90 minutter

Informasjon: Norsk Hjernelagsregister (NHR) har utviklet og tatt i bruk en ny trombektomimodul som intervensjonssentrene må registrere inn i for å øke kunnskapen om denne pasientgruppen. NHR registrerer også grad av rekanalisering/reperfusjon (TICI gradering)

- [Se lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#), anbefaling:
- [Trombektomi](#)

12 Innlagt slagenhet – pakkeforløp hjerneslag

Målepunkt (MP) 7: Tidspunkt for innlagt slagenhet

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato innlagt slagenhet

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra ankomst sykehus (MP 3) til innlagt slagenhet (MP 7). (MP 7 - MP 3).

Mål: 80% av pasienter med hjerneslag legges inn på slagenhet innen 4 timer (evt intensivavdeling dersom den medisinske tilstanden tilsier det).

Mål: 80% av pasienter med hjerneslag er lagt inn på slagenhet **innen 3 timer** (evt. intensivavdeling dersom den medisinske tilstanden tilsier det).

Informasjon: På det tidspunkt når den initiale diagnostiske evaluering i slagenheten har konkludert med akutt hjerneslag, eller sterk mistanke om akutt hjerneslag, skal pasienten inkluderes i pakkeforløpet.

Innregistrering i skjema for pakkeforløp bør skje så raskt som kalenderdager etter innkomst slagenhet. Dette skal skje ved



mulig, og senest innen 5 registrering i elektronisk

skjema for pakkeforløp i Norsk Hjernelagsregister. Det elektroniske skjema var operativt fra februar 2018.

I de få sykehus som ikke har slagenhet, registreres det tidspunkt der pasienten blir innlagt i den avdeling som behandler hjerneslag.

Alle aktuelle målepunkt i pakkeforløpet både før og etter inklusjonen, skal fylles ut.

Pasienter hvor hjerneslagsdiagnosen senere blir avkreftet skal ekskluderes fra pakkeforløpet. Dette gjøres ved en avkrysning i elektronisk skjema for pakkeforløp i Norsk Hjernelagsregister.

Alle aktuelle målepunkt i pakkeforløpet både før og etter inklusjonen, skal fylles ut.

Pasienter hvor hjerneslagsdiagnosen senere blir avkreftet skal ekskluderes fra pakkeforløpet.

- Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling:
- Organisering av sykehusbehandlingen ved akutt hjerneslag
- Alle pasienter med akutt hjerneslag bør behandles i slagenheter
- Lenke til nasjonal kvalitetsindikator (Behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag).

13 Vurdering av behov for carotis operasjon

Målepunkt (mp) 8: tidspunkt for når utredning med henblikk å eventuell carotis operasjon er utført.

Vurderingen bygger på klinisk undersøkelse og bilde undersøkelse av precerebrale kar med ct/mr angiografi eller ultralyd.

Tidspunkt: Registreres som dato for vurderingen

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra innleggelse i sykehus til vurderingen inkludert bildeundersøkelsen er gjennomført.

Mål: 60 % av pasientene med akutt hjerneinfarkt er vurdert med henblikk en eventuell carotis operasjon innen 3 døgn etter innkomst.

Informasjon: Utredning av kartreet er en forutsetning for å avklare behov for intervensjon ved carotisstenose, og er viktig for å avdekke årsaken til hjerneinfarkt

Dokumentasjonen på gevinst av tidlig karotiskirurgi gjelder pasienter med milde hjerneslag dvs i praksis si pasienter med NIHSS 0-5

Se [lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling:](#)

Behandling av symptomatisk karotisstenose etter hjerneslag/TIA

14 Carotisoperasjon

Målepunkt (MP) 8a: Tidspunkt for carotis operasjon

Tidspunkt: Registreres som dato for operasjon

Forløpstid: Målepunkt 8 benyttes for å beregne tid fra symptomdebut (MP 1) til carotisoperasjon (MP 8). (MP 8 MP 1).

Mål: 80 % av pasientene som opereres for symptomgivende carotis stenose, har fått utført operasjonen innen 14 dager.

Informasjon: For pasienter med milde slag, bør det tilstrebes at operasjonen skjer så tidlig som mulig innen to ukers fristen. I pakkeforløpet vil vi kartlegge tidspunktet for operasjoner og eventuelt justere målsettingen i fase 2.

Se lenke til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling:

Behandling av symptomatisk karotisstenose etter hjerneslag/TIA



15 Tverrfaglig funksjonsvurdering

Målepunkt (MP) 9: Tverrfaglig funksjonsvurdering for å avgjøre/beslutte videre forløp (med eller uten rehabilitering)

Tidspunkt: Registreres som dato funksjonsvurdering utført

Forløpstid: Målepunktet benyttes for å beregne tid fra innlagt slagenhet til gjennomført tverrfaglig funksjonsvurdering og henvisning til videre rehabilitering for de som er aktuelle for det .

Mål: 80% av pasientene har fått tverrfaglig funksjonsvurdering innen 5 dager etter innleggelse i slagenhet

Informasjon: Tidlig tverrfaglig kartlegging og avklaring av videre forløp er en viktig del av behandlingen i slagenheter. Funksjonsvurdering med validerte verktøy/skalaer: NIHSS, mRS, Barthel ADL Index

For vurdering av effekt av rehabilitering bør benyttes det vurderingsskjemaet som er utviklet i forbindelse med pakkeforløpet **.se lenke**

Referanser:

Den tverrfaglige vurderingen av rehabiliteringsbehovet/forventet effekt av rehabilitering skjer ut fra anbefalingene i den nasjonale retningslinjen.

- Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag
- Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om døgn-, dag- og hjemmerehabilitering
- Tidlig støttet utskrivning hos pasienter med mild til moderat nedsatt funksjonsevne etter hjerneslag
- Spesialisert, døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
- Høyspesialisert, døgnbasert rehabilitering ved sjeldne og spesielt kompliserte Funksjonsutfall

10 Varsling om behov for videre spesialisert rehabilitering

16 Varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon / tiltak inkludert tidlig støttet utskrivning (kun ved rehabilitering)

Målepunkt (MP) 9: Tidspunkt for varsling til aktuell rehabiliteringsinstitusjon i Spesialisthelsetjenesten


Målepunkt (MP) 9a: Tidspunkt for varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon i

Tidspunkt: Registreres som dato for informasjon/henvisning

Forløpstid: Målepunkt 9 benyttes for å beregne tid fra innlagt slagenhet (MP 7) til varsling til

aktuell rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten (MP 9). (MP 9 – MP 7).

Forløpstid: Målepunkt 9a benyttes for å beregne **Tid fra innlagt slagenhet til varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon (MP 9).**

Mål: Varsling til aktuell rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, bør skje innen 5 kalenderdager etter innleggelse slagenheten for 80% av pasientene som er vurdert til å ha behov  for spesialisert rehabilitering.

Mål: Varsling/henvisning til aktuell rehabiliteringsinstitusjon, har skjedd innen 7 kalenderdager etter innleggelse slagenheten for 80% av pasientene som er vurdert til å til å kunne ha **effekt av videre rehabilitering**. For vurdering av effekt av rehabilitering bør benyttes det vurderingsskjemaet som er utviklet i forbindelse med pakkeforløpet **.se lenke**

Informasjon: Målepunktet gjelder der det etter tverrfaglig vurdering fra relevante fagpersoner i slagenheten er konkludert med et behov for videre rehabilitering. Varslingen skal nå den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen i spesialisthelsetjenesten samme dag. Varslingsmetode skjer ut fra lokale muligheter og praksis. Målepunktet gjelder både rehabiliteringssykehus, rehabiliteringsavdeling i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner med RHF avtale.

Informasjon: Målepunktet gjelder der det etter tverrfaglig vurdering fra relevante fagpersoner i slagenheten er konkludert med en forventet effekt av rehabilitering. **Informasjon/henvisning** til den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen skal skje så raskt som mulig etter den tverrfaglige vurderingen og senest 7 dager (5+2 dager) etter innkomst.

Informasjonen/henvisningen skjer ut fra lokale muligheter og praksis. For vurdering av hvilket rehabiliteringstilbud som er kan være mest hensiktsmessig, kan tabell "skjematisk oversikt over pasientforløpene" være et aktuelt hjelpemiddel (se fase 2). Målepunktet gjelder både rehabiliteringssykehus, rehabiliteringsavdeling i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner med RHF avtale og **kommunal oppfølgingsinstans**.

For pasienter der det ikke forventes effekt av rehabilitering pga alvorligheten av hjerneslaget, eller pasientens tilstand før slaget, vil som oftest heldøgns omsorgstilbud være nødvendig og det fortsettes at kommunen varsles ihht aktuelle samarbeidsavtaler.

Den tverrfaglige vurderingen av rehabiliteringsbehovet/forventet effekt av rehabilitering skjer ut fra anbefalingene i

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag:

- **Slagenhet**
- **Informasjon og koordinering ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten etter hjerneslag**
- **Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om døgn-, dag- og hjemmerehabilitering**
- **Tidlig støttet utskrivning hos pasienter med mild til moderat nedsatt funksjonsevne etter hjerneslag**
- **Spesialisert, døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**
- **Høyspesialisert, døgnbasert rehabilitering ved sjeldne og spesielt kompliserte Funksjonsutfall**

~~17 Klar for overføring fra slagenhet~~

17 Klar for overføring/utskrivning fra slagenhet

Målepunkt (MP)10: Tidspunkt for når pasienten defineres som klar for overføring fra slagenhet til aktuell rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten.

Målepunkt (MP)10: Tidspunkt for når pasienten defineres som klar for overføring/**utskrivning** fra slagenhet.

Tidspunkt: Registreres som dato

Forløpstid: Målepunkt 10 benyttes for å beregne:

- — tid fra varsling om behov for spesialisert rehabilitering (MP 9) til pasienten kan defineres som klar for overføring fra slagenhet til aktuell rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten (MP 10). (MP 10 – MP 9).
- — tid fra pasienten er definert klar for overføring fra slagenhet til mottak i aktuell rehabiliteringsinstitusjon (MP 11 – MP 10)

Forløpstid: Målepunkt 10 benyttes for å beregne:

- tid fra varslingsom **behov for rehabilitering** (MP 9) til pasienten kan defineres som klar for overføring fra slagenhet til **aktuell rehabiliteringsinstitusjon** (MP 10). (MP 10 - MP 9).
- tid fra pasienten er definert klar for overføring fra slagenhet til mottak i aktuell rehabiliteringsinstitusjon (MP 11 - MP 10)

Informasjon: Pasienten er klar for overføring når den medisinske behov for videre opphold i slagenheten. Spesialisert motta pasienten innen 7 kalenderdager fra overføring. I denne perioden bør pasienten være i videre behandling og rehabilitering i slagenheten. Målepunktet gjelder både rehabiliteringssykehus, rehabiliteringsavdeling i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner med RHF avtale.



tilstand er slik at det ikke er rehabiliteringsinstitusjon skal

Informasjon: Pasienten er klar for overføring når den medisinske tilstand er slik at det ikke er behov for videre opphold i slagenheten. **Aktuell rehabiliteringsinstans** skal motta pasienten innen 7 kalenderdager fra definert utskrivningsklar. I denne perioden bør pasienten være i videre behandling og rehabilitering i slagenheten. Målepunktet gjelder både rehabiliteringssykehus, rehabiliteringsavdeling i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner med RHF avtale **og kommunal oppfølgingsinstans.**

18 Mottak spesialisert rehabilitering

Målepunkt 11: Tidspunkt for når pasienten tas imot på aktuell rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten

Tidspunkt: Registreres som klokkeslett/timer/minutter og dato mottak den aktuelle rehabiliteringsinstans

Forløpstid:

Målepunktet benyttes for å beregne tid fra pasienten er definert som utskrivningsklar i slagenheten til mottak i aktuell rehabiliteringsinstans

Mål:

80% av pasienter med hjerneslag er mottatt på aktuell rehabiliteringsinstans innen 7 dager

Informasjon:

Målepunktet er det tidspunktet pasienten er tatt imot i den aktuelle spesialiserte rehabiliteringsinstansen.

19 1–3 måneders kontroll i spesialisthelsetjenesten

Målepunkt (MP) 20: Tidspunkt for mottatt kontroll i spesialisthelsetjenesten.

Tidspunkt: Registrere Dato

Forløpstid: Målepunkt 19 benyttes for å beregne tid fra fra utskrivning slagenhet eller rehabiliteringsavdeling, til mottatt kontroll

Mål: 80 % av hjemmeboende pasienter med hjerneslag har hatt kontroll i spesialisthelsetjenesten innen 3 mnd ihht sjekklisen i retningslinjen.

Informasjon:

Der geografiske eller andre særlige forhold gjør kontroll i spesialisthelsetjenesten vanskelig, kan etterkontrollen skje hos fastlegen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten via et ambulerende team eller telemedisinsk nettverk.

For pasienter med lavt funksjonsnivå og stort omsorgsnivå (sykehjemsbehov) er nytten av en poliklinisk etterkontroll usikker, og ofte vil en rådgivning fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet være mer hensiktsmessig for slike pasienter. Hjemmeboende er valgt som målgruppe fordi pasienter som etter 3 mnd. er i institusjoner, har så store funksjonsutfall eller hjelpebehov at en poliklinisk kontroll vil ha begrenset nytte. For slike pasienter vil det vurderes om personell fra slagenheten reiser ut og møter pasient, pårørende og eventuelt aktuelle helsepersonell på den institusjonen pasienten er. Tilsynslege ved aktuelle institusjon er ansvarlig for å ta kontrakt endret seg så mye at rehabilitering vurderes til å kunne være til



hvis pasientens status har nytte/aktuelt .

Se nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaling:

- **Kontroll etter gjennomgått hjerneslag**