

SLAGNYTT

 LHL Hjerneslag

Magasin om hjernehelse og hjerneslag

3 • 2021

Plutselig problemer
med å Prate, Smile,
Løfte (eller Se),
ring 113



Stort temanummer om atrieflimmer og hjerneslag

To nye anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje

Helsedirektoratet har publisert to nye anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Av Tommy Skar

Den ene anbefalingen handler om Patent Foramen Ovale-lukking for pasienter under 60 år med kryptogent hjerneslag (hjerneinfarkt uten kjent årsak). Patent Foramen Ovale (PFO) er en åpning i skilleveggen mellom hjertets forkamre.

Lukking av PFO

Det er en sterk anbefaling at pasienter mellom 18-60 år med hjerneinfarkt uten kjent årsak og påvist PFO som vurderes som mest sannsynlig årsak til infarkt, bør tilbys lukking av PFO med etterfølgende platehemmende behandling fremfor platehemmende behandling alene.

Det er usikkert om PFO-lukking beskytter bedre mot nye hjerneinfarkter enn antikoagulasjon, men en del pasienter oppfatter langvarig antikoagulasjonsbehandling som en ulempe. Det foreslås derfor PFO-lukking framfor antikoagulasjonsbehandling, selv om dette har et svakere kunnskapsgrunnlag.

Antitrombotisk kombinasjonsbehandling

Den andre anbefalingen handler om antitrombotisk kombinasjonsbehandling med platehemmerene klopido-grel og acetylsalisylsyre (ASA) ved små hjerneinfarkter og høyrisiko TIA (Transitorisk iskemisk anfall).

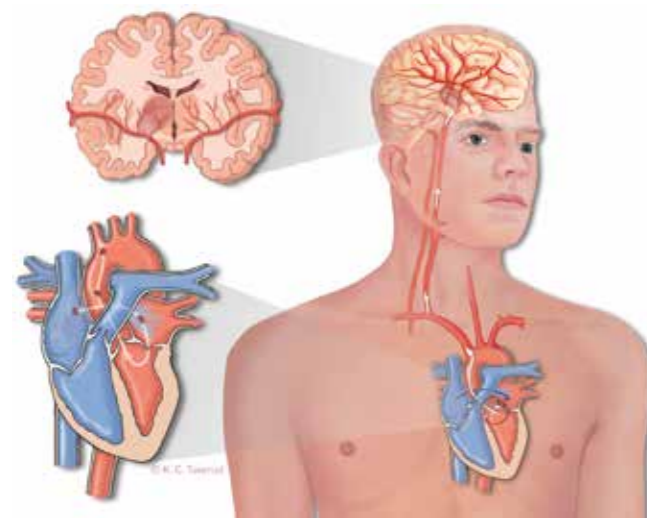
Det er en sterk anbefaling at pasienter med små hjerneinfarkt eller høy risiko TIA bør behandles med dobbel platehemming med acetylsalisylsyre og klopido-grel med oppstart innen 24 timer etter debut av symptomer og med behandlingsvarighet 21 dager. Anbefalingen gjelder for pasienter med små hjerneinfarkter definert som infarkt som gir National Institutes of Health Stroke Scale skår 0-3 poeng og høyrisiko TIA definert som TIA med ABCD2 skår 4-7 poeng. Behandlingen bør starte tidligst mulig etter diagnostisk avklaring og innen 24 timer, heter det.

Støtte

LHL Hjerneslag, som har vært representert med brukerrepresentant Thoralf Bergersen i referansegruppen for arbeidet med anbefalingene, støtter Helsedirektoratets konklusjoner.

Her finner du «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag»: www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag

HJERNEINFARKT: En embolus passerer et åpent foramen ovale fra høyre forkammer til venstre og emboliserer til hjernen, hvor den forårsaker et hjerneinfarkt. (Illustrasjon: Kari C. Toverud)



Nevrodagene 2022 i uke 11

Nevrodagene, som arrangeres av Norsk neurologisk forening, holdes i 2022 i uke 11. Neste års konferanse blir trolig en kombinasjon av tilstedeværelse på Legenes Hus i Oslo og digital sending.

SLAGNYTT

UTGIVER

SlagNytt er et magasin for LHL Hjerneslag, som er en del av LHL. LHL Hjerneslag består av LHLs lokallag og interessegruppene LHL Hjerneslag Ung og LHL Hjerneslag Barn og Ungdom.

ISSN 2703-7452

POSTADRESSE

Postboks 103 Jessheimbyen, 2051 Jessheim

BESØKSADRESSE

Ragnar Strøms Veg 4, 2067 Jessheim

NETTADRESSE

www.lhl-hjerneslag.no
LHL Hjerneslag er på Facebook, Instagram og Twitter.

KONTAKT

E-post: hjerneslag@lhl.no
Telefon: 67 02 30 00.

ANSVARLIG REDAKTØR

Generalsekretær Tommy Skar.
Mobil: 905 06 449.
E-post: tommy.skar@lhl.no

REDAKTØR SLAGNYTT OSLO

Martin Aasen Wright.
Mobil: 984 30 273.
Epost: martin.aasen.wright@gmail.com

ABONNEMENT

Kontakt redaktør: tommy.skar@lhl.no

ANNONSER OG PRODUKSJON

Cox Oslo AS.
www.cox.no
Telefon: 92 84 84 02

OPPLAG (PAPIR)

3 700.

SPREDNING (DIGITALT)

Slagrammede og pårørende medlemmer i LHL Hjerneslag som ønsker informasjon gitt elektronisk, samt gjennom LHL Hjerneslags nyhetsbrev, på lhl.no og gjennom LHL Hjerneslags Facebook-side med ca 15 000 følgere.

STØTT SLAGNYTT

Støtt produksjonen av SlagNytt med et frivillig beløp på Vipps-nummer 131737.



KONTINGENT I LHL

Hovedmedlem kr. 450,- per år.
Husstandsmedlem kr. 250,- per år.

FORSIDEFOTO

Siv Dolmen



Innhold

To nye anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje	4
Nevrodagene 2022 i uke 11	4
Velkommen til Kjerkol, takk til Høie	6
Vi må alle bidra	7
Helsepolitikk i Hurdalsplattformen	8
Krav om rehabiliteringsreform	9
Fra helseminister til statsminister	10
«Helseregjeringen» og helsekomitéen	10
Global økning i antall hjerneslag	11
Motoren Martin	12
Store utfordringer fra hjernen framover	16
Hjerneslag og demens	18
Fakta om demens fra aldringoghelse.no	20
MR kan avdekke risiko for kognitiv svikt	22
Med bedre behandling vil flere kunne overleve hjerneblødning	23
Hjerneovervåking - bredt tverrfaglig samarbeid	24
Søvnen vår	26
10 gode råd for bedre søvn	28
Balanseprosjekt har gitt flere aktive i Nordhordland	30
Spørsmål og svar om atrieflimmer og hjerneslag	32
Atrieflimmer – forekomst og screening	34
Atrieflimmer og hjerneslag	36
Ole fikk hjerneslag som følge av atrieflimmer	38
Positiv effekt av blodfortynnende medisiner	39
Fikk atrieflimmerdiagnose med «Norgesplaster»	40
Norsk produkt vekker internasjonal oppmerksomhet	41
6. nasjonale konferanse om hjertet og hjernen	43
Nytt prosjekt på OUS med ultralydovervåking ved hjerneinfarkt	44
Tilbake på hesteryggen	46
Foreslår styrking av Forsterket rehabilitering Aker	47
Etterlyser erfaringer fra slagrammede og pårørende	48
Vellykket orienteringskurs	49
Skogli: Hjelper mennesker til bedre helse og livskvalitet	50
Ny kaptein på LHL-skuta	54
Slagrammede med en sterk hånd på LHL-rattet	55
LHL Hjerneslag Norge rundt	56
Geografiske forskjeller på hvor raskt man ringer 113	58



Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

Velkommen til Kjerkol, takk til Høie

En ny stortingsperiode, et nytt politisk flertall, en ny regjering og en ny helseminister gir muligheter. Men det eneste som teller for slagrammede, personer med ervervet hjerneskade og pårørende, er konkrete resultater. Derfor må Ingvild Kjerkol overgå Bent Høie.

Vi hadde ønsket mer av Høie og hans regjering enn hva de har levert, og vi har ikke vært enige i alt de har gjort. Men det betyr likevel ikke at de ikke har et politisk regnskap med flere viktige og gode resultater innen hjernehelse og hjerneslag. Fra Høie deltok på lanseringen av LHL Hjerneslag i februar 2016, har han fått på plass symptomkampanjen «Prate, Smile, Løfte», pakkeforløp hjerneslag fase 1 og 2, hjernehelsestrategi, pårørendestrategi og en likeverdsreform, for å nevne noe. Høie har vært en statsråd som har tatt slagrammede, personer med ervervet hjerneskade og pårørende på alvor. Han har vært en synlig, aktiv og god statsråd. Det står stor respekt av Høies statsrådgjerning.

Når vi hilser Kjerkol velkommen, så er det på grunn av at hun har vært en tydelig helseopposisjonsleder, som har skapt forventninger. I forrige SlagNytt, noen dager før valget, sa hun at noe av det viktigste i stortingsperioden vi nå har gått inn i er å styrke oppfølging og rehabilitering for de som har hatt hjerneslag.

Dette må resultere i handling. Fra LHL Hjerneslags side forventer vi de kommende fire årene resultater som er viktige for de vi representerer. Eksempler på hva som må på plass, er: Slutt på tvangsplassering av barn og unge på sykehjem mot sin vilje, forskriftsfestede responstider for ambulanser, en styrket ambulansetjeneste, et kvalitetsregister for barn, et pakkeforløp

hjerneslag fase 3, en rehabiliteringsreform og økt forskning på hjernehelse, hjernesykdommer og hjerneslag. De to første kravene handler bare om å følge opp allerede fattede vedtak i Stortinget. Vi forventer også at Arbeiderpartiet og Kjerkol følger opp egen programformulering om å prøve ut nevroteam i kommunene, noe statsråden selv i SlagNytt nr. 2 2021 påpekte de vil.

Når LHL Hjerneslag takker Høie, men samtidig skriver at vi er overbevist om at Kjerkol blir en god helseminister, er det fordi også Kjerkol er en kunnskapsrik, engasjert og handlekraftig politiker. Hun har vist støtte til flere viktige «slagsaker». Kjerkol har fra dag én invitert oss som representerer slagrammede personer med ervervet hjerneskade og pårørende til dialog. Vi ser fram til det og et godt samarbeid med henne, slik vi har hatt med Høie.

Tommy Skar

Tommy Skar
Generalsekretær
LHL Hjerneslag



Vi må alle bidra

I skrivende stund er det klimaforhandlinger i Glasgow. Nesten alle land i verden har satt hverandre stevne for å prøve å bli enige om hvordan vi skal unngå en katastrofal oppvarming av jordkloden. En alvorlig oppvarming er de enige om at det uansett blir. Det er for seint å gjøre noe for å forhindre en alvorlig oppvarming. Spørsmålet om hvorvidt klimaet endrer seg som følge av global oppvarming, er allerede besvart. Vi ser det på flommene, styrtregnet, styrken på uværet, skogbrannene og forsuringen av havet. Vi ser isen som smelter og vi kjenner det på varmebølgene som bringer med seg rekordvarme og død.

Samtidig har vi en naturkrise med forsøpling av havet, avskoging og en sterk reduksjon i dyrelivet. Det biologiske mangfoldet reduseres sterkt. Vi overtar og presser oss inn i leveområdene til de ville dyrene med de farene det fører med seg for nye pandemier med smittsomme sykdommer.

Vi som lever i dag, er den første generasjonen som merker klimaendringene og vi er den siste som kan gjøre noe med det. For meg er det åpenbart at klima, miljø og helse er nært knyttet til hverandre. Klimaendringene har med selve livsgrunnlaget til alle mennesker å gjøre. Vi veit også at de som vil rammes hardest av klimaendringene, er de fattige og de syke. Slik er det alltid. Sosial ulikhet i helse slår også inn når det gjelder klima og miljø.

Omstillingene vi skal gjennom er svært store og de må skje raskt. Verden har som mål å redusere klimagassutslippene med minst 50 prosent innen 2030. I koronaåret 2020 falt verdens utslipp med 5,4 prosent fra nivået i 2019. Prognosene for 2021 er at utslippene øker og at verden igjen nærmer seg 2019-nivået. Basert på kunnskapen fra 99,9 prosent av verdens klimaforskere slår FN alarm og sier at nå er det kode rød.

Det som er gledelig, er at mange av de endringene vi skal gjennom hvis vi skal klare å kutte utslipp er gode endringer for folkehelsen. Når vi slutter med fossilt brennstoff, blir lufta reinere og færre vil få hjerte-

kar- og lungesykdom. Maten vi skal spise vil være mer plantebasert i tråd med kostholdsradene og vi blir sunnere og færre vil dø av hjerneslag, hjertesykdom, diabetes og kreft. Slik vil det være med endringene på de fleste områder.

Vi forventer at norske politikere gjør det de kan og det de har lovet. Norge har alle forutsetninger for å kunne bidra med å kutte utslippene i Norge med 55 prosent i løpet av de neste 9 årene. I tillegg må vi være i front og utvikle teknologi som kan hjelpe resten av verden. Som verdens rikeste land har vi også en helt særskilt forpliktelse til å bidra til klimafinansiering til de fattigste landene.

I LHL skal vi også gjøre vårt. Det som må forventes av oss alle er at vi bidrar med det vi kan og heier fram de tøffe endringene som må komme.

Frøde Jahren

Frøde Jahren
Generalsekretær LHL



Er du fornøyd med SlagNytt?

Dersom du er fornøyd med SlagNytt, og kan tenke deg å støtte kommende utgivelser med et frivillig beløp, er vi takknemlige for det. Små som store beløp kan gis på Vipps-nummer 131737. Med slik støtte, kan vi gjøre magasinet enda bedre! Tusen takk.





GJENNOMFØRE: Nå skal helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol (Ap) gjennomføre Hurdalsplattformens helsepolitikk. (Foto: NTB Kommunikasjon / Statsministerens kontor)

Helsepolitikk i Hurdalsplattformen

Arbeiderpartiet (Ap) og Senterpartiet (Sp) har dannet regjering. De har ambisjoner om å styre Norge i fire år basert på Hurdalsplattformen. Allerede nå peker den nye helse- og omsorgsministeren, Ingvild Kjerkol (Ap), på hjernehelse som en viktig satsing for regjeringen.

Av Tommy Skar

– Hjernehelse omfatter neurologiske og psykiske lidelser samt rus, og mer overordnede temaer som forebygging, livskvalitet, habilitering og rehabilitering, sier Kjerkol til SlagNytt.

Hun viser til Hurdalsplattformen, hvor det heter at regjeringen vil styrke kommunalt arbeidsrettet rehabiliterings- og habiliteringstilbud og utrede en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer.

– Dette arbeidet vil også komme hjernehelse til gode. I tillegg inneholder plattformen flere punkter om forbedringer av tilbudet innen psykisk helse og rus, påpeker hun.



Hjernehelsestrategien er halvveis i strategiperioden (2018-2024), og Kjerkol sier det blir viktig for regjeringen å følge opp dette området.

– Innen hjerneslag har det vært en positiv utvikling de siste årene. Vi har gode resultater for overlevelse etter slag sammenliknet med andre land. Takket være god organisering av utredning og behandling får en høy andel av pasientene behandling i slagenhet og blodproppløsende behandling. Som nevnt er rehabilitering et prioritert område for regjeringen, og rehabilitering etter hjerneslag slik at personen har god funksjons- evne og mestringssevne, er en del av dette.

Her er utdrag fra kapitlet «Helse og omsorg: Velferd til alle» om hva regjeringen vil på noen viktige områder:

Fastlegen

- Styrke fastlegeordningen slik at rekruttering og stabil legedekning sikres i hele landet, blant annet gjennom å etablere nye rekrutteringshjemler, korte ned listelengden til fastlegene og øke basistilskuddet per innbygger.
- Sikre en god legevaktjeneste i hele landet, og utrede løsninger som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt.
- Gradvis utvide ordningen med gratis fastlege, slik at det blir gratis å gå til fastlegen til og med fylte 18 år.

Ambulansetjenesten

- Legge frem en ny stortingsmelding om prehospitaltjenester som omfatter legevaktjenesten, responstider og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten.
- Sikre ambulanseberedskapen, særlig der det er lange avstander til sykehus.
- Forberede statlig overtakelse av luftambulansen, og utrede modeller for samarbeid med ideelle, for å avskaffe anbud i tjenesten.

Helsepersonell

- Nedsette en helsepersonellkomisjon, med representasjon fra partene, helsetjenestene og utdanningsinstitusjonene, for å fremme tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell over hele landet.

Rehabilitering

- Styrke kommunalt arbeidsrettet rehabiliterings- og habiliteringstilbud og utrede en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer.
- Sikre utvikling av hverdagsrehabilitering.

Pårørende

- Forbedre regelverket for pårørendes permisjonsmuligheter i arbeidslivet for å sikre likestilling og muligheten til å kombinere arbeid og omsorg.
- Videreutvikle verktøyet pårørendeavtale med kommunen som et tilbud til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver.

Hele Hurdalsplattformen finner du her: www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen

Krav om rehabiliteringsreform

21 aktører som organiserer mennesker som er avhengig av rehabilitering, eller som jobber med å gi disse et slikt tilbud, har bedt regjeringen gjennomføre en rehabiliteringsreform. Generalsekretær Tommy Skar i LHL Hjerneslag er en av talspersonene for initiativet.

Av Martin Steen

Forslaget har utgangspunkt i dokumentet «Norge trenger en rehabiliteringsreform» (se faksimile). Her er forslagene som er fremmet i tillegg til hovedkravet om en reform:

- Sette ned en ekspertgruppe med deltakelse fra brukerorganisasjonene for å utrede behovet for rehabilitering og modeller for hvordan behovet kan dekkes.
- Utrede en rehabiliteringsmodell som tydeligere enn i dag gir nasjonale forløpsbeskrivelser og kliniske retningslinjer, og som presiserer når hvilke aktører skal inn i pasientens forløp, hvordan de skal koordinere innsatsen og hvilke typer faglig innsats pasienten skal tilbys.

- Tydeliggjøre hvordan en rehabiliteringsreform skal finansieres og hvilken bemanning som må til, slik at det er mulig for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å følge opp sitt ansvar.
- Sikre pasientens lovfestede rett til individuell og tverrfaglig vurdering av rehabiliteringsbehovet og -potensialet.
- Tydeliggjøre organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer og vekslingen mellom dem.
- Profesjonalisere og utvide koordinatrollene.
- Øke forskningsinnsatsen på effekt av rehabilitering og ulike rehabiliteringstiltak.

Norge trenger en rehabiliteringsreform



Fra helseminister til statsminister

Da Jonas Gahr Støre (Ap) utpekte Ingvild Kjerkol (Ap) som helse- og omsorgsminister, var det fordi han bedre enn noen annen vet hva den jobben krever: Støre var selv ansvarlig for Helse- og omsorgsdepartementet fra høsten 2012 til høsten 2013.

Av Tommy Skar

Støre er fortsatt opptatt av helse, og setter det inn i en større sammenheng:

– Jeg lærte veldig mye da jeg var helseminister, og det er selvfølgelig erfaringer jeg tar med meg inn i den nye rollen som statsminister. Det viktigste jeg lærte er at din helse er ditt ansvar, men at alles helse er alles ansvar. Derfor er det så viktig med et sterkt offentlig helsevesen, sier statsministeren til SlagNytt.

Han fortsetter:

– Valget i 2021 handlet om hva slags samfunn vi vil ha, og vi fikk flertall for et skifte. På Hurdal meislet vi ut retningen for den nye helsepolitikken vår. Regjeringen vil ha en sterk offentlig helsetjeneste, styrt av fellesskapet og finansiert over skatteseddelen. Vi vil også jobbe aktivt for å forebygge sykdom og fremme god helse. Dette er noe regjeringen i fellesskap vil følge opp, og jeg vil selvsagt bidra aktivt i dette arbeidet.

Støre har en lang merittliste. Han har blant annet vært stabssjef (eksekutivdirektør) ved Gro Harlem Brundtlands kontor i Verdens helseorganisasjon fra 1998 til 2000. ■



Foto: NTB Kommunikasjon / Statsministerens kontor

«Helseregjeringen» og helsekomitéen

Etter stortingsvalget er det nye ansikter i politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og i Stortingets helse- og omsorgskomiteé.

Av Tommy Skar

Med seg i politisk ledelse av HOD har Ingvild Kjerkol (Ap) statssekretærene Karl Kristian Bekeng (Ap) og Ole Henrik Krat Bjørkholt (Ap), og politisk rådgiver Kai Steffen Østensen (Ap).

Et annet helsepolitisk maktssenter er helse- og omsorgskomiteéen i Stortinget. Her har tidligere

stortingspresident Tone Wilhelmsen Trøen (bildet), H, blitt komitéleder. Øvrige komitémedlemmer er Seher Aydar, R, Olaug Vervik Bollestad, KrF, Sandra Bruflot, H, Erlend Svardal Bøe, H, Bård Hoksrud, Frp, Marian Hussein, SV, Lubna Bobby Jaffery, Ap, Lisa Marie Ness Klungland, Sp, Cecilie Myrseth, Ap, Hans Inge Myrvold, Sp, Irene Ojala, PF, Even A. Røed, Ap, Truls Vasvik, Ap og Morten Wold, Frp. ■



Foto: Stortinget

Global økning i antall hjerneslag

Det er en økning i antall hjerneslag på verdensbasis, men det er stor forskjell på rike og fattige land.

Av Torgeir Solberg Mathisen, sykepleier, universitetslektor og stipendiat Universitetet i Sørøst-Norge (tekst) og Anders Bergersen (foto)

The Lancet publiserte nylig en studie hvor de presenterer data fra store deler av verden på hvor mange som får hjerneslag. Dataene er fra 2019, og sammenliknes med tall fra 1990. Studien er en del av det som kalles «Global Burden of Disease (GBD)-studien», oversatt til global sykdomsbyrde, og artikkelen tar for seg tallene som omhandler hjerneslag.

Stor økning i hjerneslag

I 2019 fikk 12,2 millioner mennesker hjerneslag på verdensbasis. Prevalensen, altså antall som lever med gjennomgått slag, var 101 millioner og 6,55 millioner døde som følge av hjerneslag. Dette betyr at slag fortsatt er dødsårsak nummer to på verdensbasis og er årsak til 11,6 prosent av alle dødsfall. Av type hjerneslag så er det flest som har fått hjerneinfarkt, med 62,4 prosent, hjerneblødning 27,9 prosent og subaraknoidalblødning (hjernehinneblødning) 9,7 prosent. Fra 1990 til 2019 har antall hjerneslag økt i absolutte tall med 70 prosent. Det er aldersgruppen under 70 år som står for mye av økningen med 22 prosent fra 1990 til 2019. Noe av årsaken til økningen i antall hjerneslag er at befolkningen generelt er eldre nå enn i 1990. Om man justerer for alderssammensetningen i befolkningen ses det en nedgang i forekomsten på 17 prosent.

Stor forskjell mellom rike og fattige land

Land som karakteriseres som lavinntektsland av Verdensbanken har en markant høyere hyppighet av hjerneslag enn høyinntektsland. Et begrep som benyttes i GBD-studiene er Disability Adjusted Life Years (DALY). Dette oversettes ifølge Folkehelseinstituttet til helsetapsjusterte leveår og representerer summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap. Dette innebærer en beregning av tapte leveår som tar utgangspunkt i forventet levealder og byrden med å leve med konsekvensene av hjerneslaget. I lavinntektsland var DALY 3,7 ganger høyere enn i høyinntektsland. Det innebærer at dødeligheten og de konsekvensene et slag gir for de som overlever er betydelig mer alvorlig i lavinntektsland sammenliknet med høyinntektsland.



Årsaker til hjerneslag

I tallene fra 2019 ses det fortsatt at de fem hyppigste risikofaktorene for hjerneslag er høyt blodtrykk, høy kroppsmasseindeks (KMI), diabetes, luftforurensing og røyking. Den risikofaktoren som har økt mest i perioden, er forhøyet KMI. Alle disse risikofaktorene kan påvirkes og her bør det settes inn tiltak for å begrense en ytterligere økning av hjerneslag.

Hvordan er det i Norge?

I Norge har vi ikke den samme økningen i antall hjerneslag som vi ser på verdensbasis, men heller en nedgang som andre sammenliknbare land. I Norsk hjerneslagregister ble det innregistrert 8 917 slag i 2020. Ikke alle som er innlagt i sykehus med hjerneslag blir registrert i registeret, det er en dekningsgrad på 87 prosent, og heller ikke alle som får slag blir lagt inn i sykehus. De offisielle anslagene på antall hjerneslag i Norge er fortsatt ca. 12 000. ■

Kilde:

Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abedi V: Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology 2021, 20(10):795-820.



SIMULERING: På «Akutten» ved Stavanger universitetssjukehus har de drevet slag-simuleringer i mange år for å trene på å få pasientene raskt gjennom akuttsløyfa. (Foto: Stavanger universitetssjukehus)

Motoren Martin

Han har løftet akutt slagbehandling til verdenstoppen, går helst uten hvit frakk, men med et stort smil og raske skritt. For det er mye som skal gjøres. Møt Martin Kurz. Overlege ved Stavanger universitetssjukehus og leder for Norsk hjerneslagforening.

Av Lin Iren Giske Andersen



LEDER: Martin Kurz er leder for Norsk hjerneslagforening og overlege ved Stavanger universitetssjukehus. (Foto: Stavanger universitetssjukehus)

«Positiv, et brennende engasjement, absolutt ingen jålefant og han skaper tro på at det er mening i å strekke seg litt lenger.»

Kommentarene kommer fort når kollegaer ved slagposten i Stavanger forteller om sjefen sin.

«- og så er han veldig glad i kajakk!»

For overlege Martin Kurz trives når det blåser litt på toppene. Enten det er i bråttsjøen ute i havgapet, eller i akuttmottaket ved Stavanger universitetssjukehus (SUS). Og kunsten er å alltid manøvrere stødig gjennom landskapet.

– Når slag-alarmer går, står det om sekunder. Da er det viktig at alle kjenner oppgavene sine. At vi jobber som et team. Ved akutten har vi trent på slag-simuleringer i mange år, og det har gitt resultater, sier Kurz.

Overskrifter som «Stavanger har verdens raskeste slagbehandling» (Dagsavisen), og «Har sett verdsrekord i å

avdekke hjerneslag» (NRK), sier litt om hva de har fått til. Han understreker at de har et fantastisk team som jobber med hjerneslagpasienter, men at det likevel er mye de ikke får gjort.

Ønsker egne slagavdelinger

Vi har satt oss i kaféen til Stavanger universitetssjukehus, og overlegen er godt forberedt. Som alltid.

– Men forresten, hvem skal ha kaffe? Kakao?» spør han, før han spretter opp og sjonglerer kopper og kaffe tilbake til bordet.

– Og hvorfor får dere ikke gjort så mye som dere ønsker?

– Vi mangler ressurser. Skal vi klare å bli enda bedre må det tilføres mer ressurser som er spisset inn mot denne store pasientgruppen, sier han. Kurz forklarer at noen sykehus har laget egne slagavdelinger og tilført midler til disse.

– Vi, som flere andre sykehus, mangler den oppgraderingen. Det jobber vi med å endre. Vi må utvikle oss videre til pasientens beste, sier han.

Sikter mot høyere standard

«Det er lett å si at noen er engasjerte – men jeg kjenner ingen som er i nærheten av så engasjert som det Martin er. I saker han brenner for går han virkelig inn med absolutt hele seg.» (Kollega ved slagposten)

Kurz forteller om en rivende utvikling i behandling og oppfølging av hjerneslag de siste årene, men at Norsk hjerneslagforening har avdekket store variasjoner i behandlings- og utredningstilbudet. Det vil de gjøre noe med.

I samarbeid med Norsk geriatrisk forening, Norsk neurologisk forening og alle hjerneslagpasientorganisasjonene jobber de nå for en mer enhetlig og likeverdig behandlingsstandard ved alle sykehus i Norge. Og målet er å definere kvalitetsstandarder, tilpasse ressursituasjon og etablere samarbeid mellom sykehusene.

– Jeg mener at når du blir alvorlig syk, så vil du ha den beste behandlingen som finnes, og drivkraften min er å jobbe for et system hvor hver enkelt pasient får god og riktig behandling, sier han.

Samarbeid gir resultater

«Han tenker ofte nytt og driver utviklingen videre, et lokomotiv! Irriterende overambisiøs av og til, men det er også det som gjør han til en engasjerende, god leder og kollega.»

Bedre behandling var også nøkkelordet da Kurz stod i spissen for oppstarten av slag-simuleringene ved SUS i 2016.

Målet var å bedre kvaliteten på behandlingen av hjerneslag, og et av de viktigste midlene var å redusere tiden det tok fra en pasient kom inn dørene på akutten, til det ble gitt blodproppopløsende behandling. Kurz forklarer at hvert minutt behandlingen forsinkes koster pasienten en ukes invaliditetsfri levetid.

Simuleringen inkluderer derfor alle ledd. Fra personen ringer 113, til behandlingen er over. Og allerede i 2017, ett år etter at treningen startet, kunne aviser og TV fortelle at SUS var raskest i verden med å behandle hjerneslagpasienter.

– Vi reduserte tiden til behandling fra 27 til 13 minutter, og det er faktisk verdensrekord, forteller han.

Kurz sier de kan vise til både bedret overlevelse, og mindre sykkelighet og morbiditet, som følge av treningen.

– Det er helt enestående og fantastiske resultater. De skal nå testes og utvikles i den nasjonale treningen, og her ønsker vi å lære av og med andre sentra, sier han.

Og fortsatt går simuleringsalarmen på akutten i Stavanger, hver uke, for det er alltid ting å trene på, nye team skal jobbe tett sammen, og nye mål skal nås.

Men, det er ikke alt som trenger å være nytt...

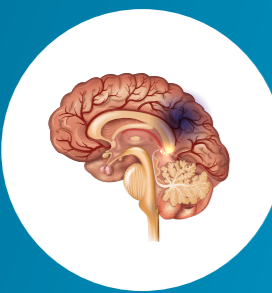
«- Husk å ta med at han ikke er veldig opptatt av å skulle ha det nyeste innen biler akkurat, han kjører en eldre Ford S Max og elsker at han kan kaste både barn og trevirke inn i bilen uten å måtte bry seg om at bilen tar skade av det.»

«- Ja, han er mann og han kan faktisk multitasking», hilser kolleger ved slagposten. ■

Får du tilstrekkelig oppfølging og optimal behandling?

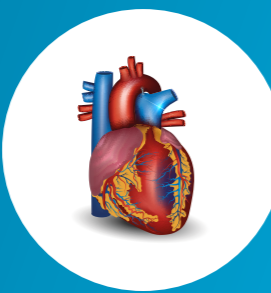
Hjertet og hjernen henger sammen gjennom våre blodårer. En av de viktigste årsakene til hjerteinfarkt og hjerneslag er åreforkalkning, såkalt aterosklerose. I Norge får rundt 36 personer hjerteinfarkt hver dag, antall personer som rammes av hjerneslag er omtrent 30 om dagen.^{1,2} Forskning har nå resultert i ny kunnskap og endringer i forebyggende behandling. Er du sikker på at du får tilstrekkelig oppfølging?

KARDIOVASKULÆRE SYKDOMMER




HJERNESLAG

Blokkering av blodtilførselen til hjernen



HJERTEINFARKT

Blokkering av blodtilførselen til hjertet



RØYKEBEN

Nedsatt blodtilførsel til ben og føtter

«Kronisk kardiovaskulær sykdom er fortsatt en av de største årsakene til forkorting og tap av liv i mange land, deriblant Norge.³ Studier har nå avdekket nye behandlingsmåter som resulterte i færre dødsfall og reddet flere fra slag eller hjerteinfarkt. Dette har bidratt til endringer i de europeiske retningslinjene for behandling av denne pasientgruppen»⁴, sier professor i kardiologi, Dan Atar.

Aterosklerose (åreforkalkning) er en progredierende sykdom som innebærer oppbygging av plakk i årene. Pasienter med aterosklerose har høyere risiko for blodpropp, som kan føre til invalidiserende hjerneslag, hjerteinfarkt, amputasjoner og dødsfall.⁴

Fire av fem slagpasienter har en av følgende risikofaktorer: Høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjerteflimmer, tidligere slag eller hjerteinfarkt, røyking eller diabetes.¹ «Hos flere av disse pasientene skal det overveies å legge til en annen blodfortynnende medisin på toppen av en platehemmer, en kombinasjon som i nyere studier har vist seg å redusere risikoen for nye sykdomshendelser»⁴, sier Dan Atar.

Har du vondt i bena?

Fem til åtte prosent av befolkningen på 60–69 år har trange blodårer i bena, og over 20 prosent i aldersgruppen 80+.⁵ Menn rammes dobbelt så ofte som kvinner, og risikofaktorer er spesielt røyking, hvorav navnet røykeben, men også diabetes og høyt blodtrykk.⁵ Hjerneslag og hjerteinfarkt forekommer tre ganger hyppigere hos personer med trange årer i bena.⁶

«De europeiske kardiologiske retningslinjer fra 2017 anbefaler at alle over 65 år skal screenes for røykeben for å overvåke og forebygge sykdom, men her er det nok store mørketall. Det er viktig at du som pasient ber legen om å måle blodgjennomstrømmingen i bena dine. Pasienter med røykeben er en høyrisikogruppe for å få hjerteinfarkt. Senere forskning viser at ny forebyggende behandling kan virke mer forebyggende enn tidligere standardbehandling»⁷, sier Dan Atar.

For å redusere risiko for hjerte-karhendelser er det viktig at du regelmessig får utført en helsesjekk hos legen, og dermed sikrer deg best mulig forebyggende behandling.

«Fysisk aktivitet, kosthold, riktig medisiner og god oppfølging kan være livreddende, og ikke minst viktig for livskvalitet og helse. Det gjelder spesielt pasienter som har hatt hjerteinfarkt, de som har tette blodårer rundt hjertet, samt pasienter som har dårlig sirkulasjon i bena. De nye tilgjengelige behandlingene med kombinasjon av lave doser platehemmer og annen blodfortynnende medisin viser gode resultater for en del av denne pasientgruppen – hos pasienter som ikke har høy blødningsrisiko. Kombinasjonsbehandling kan bidra til å forhindre nye hjerneslag og hjerteinfarkt, samt redusere risikoen for amputasjoner»⁴, påpeker Dan Atar.

Hva kan du gjøre selv og hva kan du ta opp med legen din?

- Har du hatt hjerteinfarkt for ett år siden eller mer? Rådfør deg med legen din slik at han/hun kan vurdere om nyere tilgjengelig behandling er aktuell for deg.
- Har du kribling, kramper eller smerter i bena? Det kan være tette årer som hindrer blodgjennomstrømmingen, som igjen kan forårsake blodpropp og amputasjoner. For å avdekke tette blodårer i bena, spør fastlegen om å måle blodtrykket i begge bena på ankelnivå, som sammenlignes med blodtrykket i armene. Det kan føre til at du får optimal forebyggende behandling.
- Røykestopp er nødvendig for å unngå forverring av røykeben.
- Sørg for at kolesterolnivåene ikke er forhøyet.
- Høyt blodtrykk skal behandles for å redusere risiko for kardiovaskulære hendelser.⁷
- Hvis du har diabetes, sørg for god blodsukkerregulering.
- Vekten bør være på et normalt nivå, spesielt viktig er det å følge med på bukfedtet – altså magefedtet.
- Helsedirektoratet anbefaler på generelt grunnlag et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.⁸
- Stress ned og hold deg i bevegelse; trening etter nivå! Bevegelse bedrer blodsirkulasjonen, som er bra for årene, hjertet, hjernen og bena dine.



Prof. Dan Atar

Store utfordringer fra hjernen framover

Hjernen er kroppens viktigste organ. Med hjernen styrer vi livene våre. Funker den ikke, er vi ute av spill. Hjernen er den mest kompliserte strukturen i hele universet. Dette fantastiske verktøyet har vi i hodene våre!

Av Magne W. Fredriksen, styreleder i Hjerneverket og generalsekretær i MS-forbundet

Hjernen er gåtefull. Hjerneforskningen går framover med stormskritt, men området som er hjernen og nervesystemet, er enormt stort og komplekst. Vår kunnskap om hjernen har hvite felt og store hull. Hjernen er det organet i kroppen vi vet minst om – også i 2021. Det meste er uoppdaget.

Hjernen kan bli syk

Manglende kunnskap er utfordrende når hjernen og nervesystemet får sykdommer og skader. Hjernens lidelser er både nevrologiske og psykiske. Psykisk helse sitter nemlig i hjernen. Dette må vi snakke mye mer om, så folk kan få bedre psykisk helsehjelp.

Hjerneverket arbeider for at våre politikere skal gi samme oppmerksomhet til hjernens sykdommer som til annen sykdom. Slik er det ikke i dag. Målet er at de som er rammet av sykdommer, skader eller funksjonsforstyrrelser i hjernen, skal få like god hjelp som andre. Pasientene med hjernelidelser trenger et helsetilbud der man vet mer om årsaker til problemene for å kunne gi bedre hjelp.

1,6 millioner nordmenn

En av tre får en hjernelidelse. Det er mer enn 30 prosent av befolkningen eller 1 600 000 nordmenn.

Sykdomsbyrden knyttet til hjernelidelser er 26 prosent, 14 prosent for nevrologiske lidelser og 12 prosent for psykiatriske lidelser. Til sammenlikning har kreftsykdommer 16 prosent av sykdomsbyrden i Norge, muskel-skjelett 12 prosent og hjerte-kar 10 prosent.

Sykdomsbyrde er et statistisk tall (DALY) som kombinerer dødelighet og sykkelighet.

Disse tallene er fra professor emeritus Lars Jacob Stovner ved NTNU. I mange år har han arbeidet med de norske tallene som hvert år sendes til Global Burden of Disease (GBD) i Seattle. GBD har kartlagt hva folk dør av, og hva de lider av. Initiativet til GBD ble tatt for 30 år siden av Verdens helseorganisasjon (WHO) og Verdensbanken. De ville finne ut hvor byrdene var størst, og hvor de derfor burde satse støtten.

Først i verden

Hjerneverket har fått regjeringen til å lage en hjernehelsetilbud for å takle hjernelidelser bedre. Nasjonal hjernehelsetilbud (2018-2024) kom i desember 2017. Strategien er Norges og Europas første. Den kjente canadiske nevrologi-professoren Vladimir Hachinski sier at den er verdens første.

Fire av Hjerneverkets medlemmer tok initiativet for å få en hjerneplan og fikk med seg Hjerneverket som organisasjon. Saken ble løftet i fagmiljøer. Gjennom Hjerneverket lobbet brukere og fagfolk sammen overfor Stortinget og regjeringen.

Stortingets helse- og omsorgskomiteé skrev høsten 2015 en enstemmig merknad i statsbudsjettet der de ba regjeringen vurdere behovet for en hjerneplan. Statusrapport for hjernehelsetilbud kom i februar 2017 og avslørte at Hjerneverket hadde rett, det sto ikke bra til med hjernehelsetilbud i Norge. Dermed laget regjeringen



MANGLER KUNNSKAP: - Hjernen er det organet i kroppen som vi vet minst om. Dette går ut over mennesker som har ulike hjernediagnoser, både nevrologiske lidelser og psykiske, sier Hjerneverkets styreleder Magne W. Fredriksen. Hjerneverket jobber for mer hjerneforskning og bedre behandling for mennesker som er rammet av sykdom og skade i hjernen og nervesystemet. Hjerneverket er en paraplyorganisasjon av 65 brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/ fagmiljøer. LHL Hjerneslag er medlem av Hjerneverket. (Foto: Parkinsonforbundet / Olav Heggø)

Nasjonal hjernehelsetilbud (2018-2024). Dette er i korthet historien.

Utålmodig på pasientenes vegne

Hjernehelsetilbudet fokuserer på fire områder: Forebygging, et brukerorientert helse- og omsorgstilbud, gode behandlingsforløp fra diagnose til rehabilitering, og hjerneforskning og innovasjon.

Noe er oppnådd. Neuro-SysMed i Bergen er opprettet for å drive klinisk forskning på demens, MS, Parkinson og ALS. Vi har fått faglige nettverk for helsepersonell som jobber med hjerneslag og syn, og et nettverk for evidensbasert epilepsioversorg. Det er kommet pakkeforløp for hjerneslag og for rus og psykiatri. ParkinsonNet rulles nå ut i hele landet.

Hjerneverket sitter i en partnerskapsgruppe i Helse- direktoratet for oppfølging av strategien og snakker hjernens sak der vi slipper til. Vi jobber for flere pakkeforløp for hjernediagnoser, samt for hjerneovervåkning på alle sykehusene med nevrologiske avdelinger. Hjerneovervåkning er viktig for blant andre hjerneslagpasienter i akuttfasen.

Personer med hodepine og migræne trenger bedre behandling. Over en million nordmenn er rammet, 150 000 av disse har sterk migræne og hodepine. Behandlingstilbudet er ikke godt, og ulikt i landet. Hjerneverket jobber for mer hjerneforskning, så vi kan finne årsaker til hjernens lidelser og forhåpentligvis en helbredende kur.

Sammen for hjernen

Det er nok å gjøre for dem som jobber for mennesker som er rammet av lidelser i hjernen og nervesystemet. Hjerneverket er en paraplyorganisasjon med 65 medlemsorganisasjoner. Våre brukerorganisasjoner har samlet over 200 000 mennesker som medlemmer hos seg. Ca. 5 000 fagpersoner er knyttet til Hjerneverkets fagmedlemmer. Disse har stor kompetanse om hjernen.

Sammen jobber vi for god hjernehelsetilbud i befolkningen. Uten hjernehelsetilbud – ingen annen helse! For funker ikke hjernen – funker ikke noe! ■

Hjerneslag og demens

Hva er sammenhengen mellom hjerneslag og demens, og kan man forebygge slag og senere demens?

Av Bente Thommessen, dr.med, spesialist i nevrologi og overlege ved nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus HF

Hjernen er kroppens mest fantastiske og komplekse organ. Den styrer bevegelsene våre, og oppfatter og bearbeider sanseinntrykk. Hjernen bestemmer hvem vi er, våre tanker, følelser, intellekt og hukommelse.

Gjennom hele livet skjer det endringer i hjernen. Når vi blir eldre så vil antall nerveceller og forbindelser mellom dem reduseres, blodgjennomstrømningen endres, og vår evne til blant annet fleksibilitet og psykomotorisk tempo påvirkes. Blant de vanligste sykdommene som ofte forekommer i eldre år er hjerneslag og demenssykdommer.

Hvert år rammes rundt 12 000 personer av hjerneslag i Norge. Årsaken er en svikt i blodforsyningen til deler av hjernen. Konsekvensene av hjerneslag er svært ulike, avhengig av hvilke områder i hjernen som rammes, skadeomfanget, akutt behandlingen som gis og muligheten til rehabilitering.

Nylige undersøkelser viser at omtrent halvparten av alle pasienter som har hatt slag får en eller annen form for kognitiv svikt på kort eller lang sikt. Det kan for eksempel dreie seg om påvirkning av hukommelse, rom-retningssans, evne til oppmerksomhet, språk, impuls kontroll og personlighet. En del av pasientene kan ha milde symptomer som kan være vanskelig å avdekke, mens opptil 25 prosent utvikler en alvorlig kognitiv svikt i form av demenssykdom.

Vaskulær demens

Den vanligste formen for demens som oppstår etter et hjerneslag er såkalt vaskulær demens, som skyldes skade på grunn av endret blodsirkulasjon i hjernen. Men i tillegg ses også Alzheimers sykdom (gradvis degenerasjon av hjerneceller) og ikke minst



Bente Thommessen sammen med Ove Hellvik

blandingsformer som er betinget i både endring i blodsirkulasjonen og en degenerasjon av nerveceller.

Kjente faktorer som påvirker risikoen for utvikling av demens etter slag er størrelsen og lokalisasjonen av hjerneslaget. Det er stor forskjell på om man har gjennomgått et lite kontra et stort og alvorlig slag. Videre har økende alder, redusert kognitiv funksjon før slaget og gjentatte hjerneslag betydning. Klassiske risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer slik som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjerteflimmer, røyking, inaktivitet, overvekt eller stort alkoholforbruk øker risiko for vaskulær demens, men også for Alzheimers sykdom. Lang utdannelse mener man til en viss grad kan virke beskyttende mot demenssykdom.

I Norge har det vært gjennomført flere undersøkelser som omhandler forekomst av kognitiv svikt og demens etter hjerneslag, og muligheten for å kunne forebygge demensutvikling. I to av disse studiene fant man at ca. 20 prosent av alle med hjerneslag utviklet demens i løpet av det første året etter slaget, mens i alt 57 prosent hadde varierende grad av kognitiv svikt. Når de samme pasientene ble undersøkt etter 7 år, fant man at 37 prosent hadde mild kognitiv svikt mens 22 prosent fikk påvist en demenssykdom, hvorav over 60 prosent var en såkalt blandingsdemens. Det som var oppløftende i disse studiene fra Bærum sykehus, var at blant dem som var i live og gjennomførte 7-års-kontrollen, så hadde 60 prosent en stabil kognisjon - eller faktisk var blitt noe bedre sammenlignet med kontrollen ett år etter slaget.

I en annen stor pågående norsk studie, den såkalte Nor-COAST-studien, vil man kartlegge forekomst av demens og mild kognitiv svikt etter hjerneslag. Videre ønsker de å utvikle "verktøy" for å kunne forutsi om mulig, hvem som har størst risiko for å utvikle kognitiv svikt samt å undersøke om det er faktorer som kan virke beskyttende mot demensutvikling. Spennende resultater har nå begynt å komme fra denne viktige studien.

Forebygging

Siden risikofaktorene i stor grad er felles for hjerneslag og demens, og fordi hjerneslag dobler risikoen for utvikling av demens, så er forebygging av hjerneslag et av de viktigste tiltakene som kan gjøres for å redusere forekomsten av demens.

Hvordan kan så hjerneslag og demens forebygges – og hva kan vi selv eventuelt gjøre?

Vi vet at en stor andel av både slag og demens er betinget i faktorer som det faktisk er mulig å forebygge. Fokus på levevaner er derfor viktig. Stumpe røyken, være forsiktig med alkohol, være fysisk og mentalt aktiv, komme seg ut på tur, eventuelt trene, samt

ha et sunt og variert kosthold i passende mengder er faktorer vi alle bør ha i mente. Videre er kontroll av blodtrykk, puls (om den er regelmessig eller ei), fettstoffer i blod/kolesterol og blodsukker nyttig. For personer som har gjennomgått et hjerneslag har det i tillegg stor betydning at man tar forebyggende medisiner slik legen har foreskrevet for å unngå flere slag.

Vi mangler fortsatt svar på mange aspekter rundt sammenhengen mellom hjerneslag og kognitiv svikt. Men økt kunnskap om at hjerte- og karsykdommer (hjerneslag) og demens har mange felles risikofaktorer er av stor betydning, og har ført til at en felles strategi rettet mot begge sykdommene gjør forebyggingen mer effektiv. ■

Utvalgte referanser:

1. Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 03. januar 2020). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
2. Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2020). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
3. Iadecola C, Duering M, Hachinski V, Joutel A, Pendlebury ST, Schneider JA, Dichgans M. Vascular Cognitive Impairment and Dementia: JACC Scientific Expert Panel. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Jul 2;73(25):3326-3344
4. Hachinski V, Einhäupl K, Ganten D, Alladi S, Brayne C, Stephan BCM, Sweeney MD, Zlokovic B, Iturria-Molina Y, Iadecola C, Nishimura N, Schaffer CB, Whitehead SN, Black SE, Østergaard L, Wardlaw J, Greenberg S, Friberg L, Norrving B, Rowe B, Joannette Y, Hacke W, Kuller L, Dichgans M, Endres M, Khachaturian ZS. Preventing dementia by preventing stroke: The Berlin Manifesto. *Alzheimers Dement.* 2019 Jul;15(7):961-984
5. Ihle-Hansen H, Thommessen B, Wyller TB, Engedal K, Øksengård AR, Stenset V, Løken K, Aaberg M, Fure B. Incidence and subtypes of MCI and dementia 1 year after first-ever stroke in patients without pre-existing cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2011;32(6):401-7
6. Hagberg G, Fure B, Thommessen B, Ihle-Hansen H, Øksengård AR, Nygård S, Pendlebury ST, Beyer MK, Wyller TB, Ihle-Hansen H. Predictors for Favorable Cognitive Outcome Post-Stroke: A-Seven-Year Follow-Up Study. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2019;48(1-2):45-55
7. Thingstad P, Askim T, Beyer MK, Bråthen G, Ellekjær H, Ihle-Hansen H, Knapskog AB, Lydersen S, Munthe-Kaas R, Næss H, Pendlebury ST, Seljeseth YM, Saltvedt I. The Norwegian Cognitive impairment after stroke study (Nor-COAST): study protocol of a multicentre, prospective cohort study. *BMC Neurol.* 2018 Nov 26;18(1):193

Ny henvisningsoversikt fra Sunnaas sykehus

Nå kan pasienter se status på sin henvisning til Sunnaas sykehus HF. Dette er en ny tjeneste som innebærer at pasienter som har brukerprofil på helsenorge.no kan logge inn og se hvor langt henvisningen deres er kommet hos sykehuset,

opplyser institusjonen på sin nettside. Målet er å gjøre det enklere for pasienten å ha oversikt over prosessen fra henvisning er sendt til sykehuset har vurdert den. Dato og tidspunkt for time vil fortsatt komme i brev.

FOREKOMST: Forekomsten av demens øker med alderen, selv om demens ikke er en naturlig del av det å bli eldre. (Illustrasjonsfoto: Unsplash.com/Tim Doerfler)

Fakta om demens fra aldringoghelse.no

Hva er demens, hvem kan få det og hva er tidlige tegn på demens? Aldring og helse, som er en nasjonal kompetansetjeneste som jobber spesielt med aldersrelaterte tilstander og sykdommer, gir oss svar.

Ordet demens brukes om en kronisk, uhelbredelig tilstand som skyldes ulike sykdommer eller skader i hjernen. Av disse er Alzheimers sykdom den vanligste og mest kjente. Vi har også vaskulær demens, som oppstår oftest som følge av et hjerneslag, men kan også være resultat av andre sykdommer eller skader som påvirker hjernens blodårer. Videre har vi demens med lewylegemer, frontotemporal demens og andre typer demens.

Hvem utvikler demens?

Det finnes flere og sammensatte årsaker til at vi utvikler demenssykdom. Hos de fleste som utvikler

demens, finner vi ingen direkte årsak. Arv kan ha en viss betydning, det kan også andre sykdommer og uheldige livsstilsvaner. Forekomsten av demens øker med alderen, selv om demens ikke er en naturlig del av det å bli eldre. Blant mennesker over 90 år har mer enn hver tredje person utviklet demens. Demens forekommer også hos personer yngre enn 65 år, men er da svært sjelden.

10 tidlige tegn og symptomer

Hvis dagligdagse oppgaver har blitt en utfordring, skal man ta symptomene på alvor. Som stadig å glemme avtaler, hva noen heter eller hvor ting ligger. Evnen til å

konsentrere seg kan bli dårligere og det er vanskelig å fullføre arbeidsoppgaver. Listen under forteller hva som er normalt, og hva som forbindes med demens. Vær klar over at de samme symptomene også kan skyldes stress og andre sykdommer.

1. Glemsomhet, særlig for det som skjedde nylig

Det er vanlig å glemme kollegers navn, beskjeder eller avtaler, for senere å komme på dem, og det er vanlig å skrive huskelister. Personer med demens kan glemme noe de nylig har lært, viktige datoer og hendelser eller stille de samme spørsmålene om og om igjen.

2. Problemer med å planlegge, løse og fullføre vanlige oppgaver

Å bruke nye apparater eller redskaper, som pc eller mobiltelefon, kan være en utfordring for de fleste. For personer med demens har flere dagligdagse gjøremål blitt et problem, og de klarer ikke lenger bruke apparater de tidligere mestret.

3. Språkvansker

Alle kan ha problemer med å finne de riktige ordene innimellom. Personer med demens kan glemme helt enkle ord, gå i stå midt i en samtale, bruke ord som er meningsløse i sammenhengen og gjenta ord eller utsagn uvanlig mange ganger.

4. Forvirring om tid og sted

Det er normalt å være usikker på hvilken dato det er eller ha problemer med å finne fram på ukjente steder. Personer med demens kan bli i tvil om årstider, hvor de befinner seg, hvordan de kom seg dit eller glemme veien hjem.

5. Redusert dømmekraft

Mange kan glemme å ta med genser, jakke eller refleks en kjølig og mørk kveld. Personer med demens kan gå i butikken i morgenkåpen eller gå ut i snøen med tøfler på.

6. utfordringer med å følge opp økonomiske forhold

Det kan være vanskelig å ha full kontroll på regninger og egen økonomi. For personer med demens kan tall og enkle regnestykker bli uforståelige, de får problemer med nettbanken og med å forutse og følge opp faste utgifter.

7. Gjenstander plasseres feil

Alle mennesker roter bort nøkler og lommebøker fra tid til annen. Personer med demens kan legge gjenstander på fullstendig feil sted, som strykejern i kjøleskapet og armbåndsur i sukkerkoppen. De har ingen forklaring på hvorfor tingene ble plassert der, og kan

noen ganger anklage andre for å ha stjålet det som er lagt feil.

8. Endringer i humør og personlighet

Alle opplever svingninger i humøret. Det er en del av det å være menneske. Personer med demens har en tendens til raskere humørsvingninger, uten åpenbar årsak.

9. Endret væremåte

Det er normalt å ha dårlige dager innimellom og å bli irritert når vaner og rutiner brytes. Personer med demens kan utvikle dramatiske endringer i væremåte, plutselig eller over tid. En som tidligere var ubekymret og sorgløs, kan bli sint, mistenksom eller engstelig uten åpenbar grunn. Ikke sjelden kan personen med demens høre eller se ting som ikke er virkelig eller ha uriktige forestillinger om at ting er stjålet eller at partneren er utro.

10. Tap av initiativ og engasjement, både for aktiviteter og mennesker

Det er normalt å gå lei av husarbeid, jobb eller sosial omgang. De fleste vil imidlertid opprettholde en interesse for slike aktiviteter, og kanskje få gnisten tilbake etter hvert. Personer med demens forblir uinteresserte og uengasjerte i aktiviteter de tidligere satte pris på.

Kilde til all informasjon på disse sidene: aldringoghelse.no

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste

Er du bekymret for demens?

– Kontakt fastlegen, eller gå på kommunens hjemmeside og finn ut om din kommune har et hukommelsesteam eller demenskoordinator. Det er ikke nødvendig med henvisning for å kontakte dem, sier Kari Midtbø Kristiansen, daglig leder i Aldring og helse.





TIDLIG IDENTIFISERING: For å kunne stoppe utviklingen av kognitiv svikt er det viktig at pasienter i faresonen fanges opp tidlig. (Illustrasjonsfoto: Shutterstock)



Eva Birgitte Aamodt



Mona K. Beyer

MR kan avdekke risiko for kognitiv svikt

Den norske studien Nor-COAST setter kognitiv svikt etter hjerneslag på dagsorden. Hele 20 prosent av hjerneslagpasientene rammes av en eller annen form for kognitiv svikt i løpet av det første året etter slaget.

Av Eva Birgitte Aamodt, ph.d-student i Nor-COAST, og Mona K. Beyer, professor, Universitetet i Oslo

Selv om kognitive vansker har stor betydning for livskvalitet får det relativt lite oppmerksomhet i helsevesenet. For å kunne stoppe utviklingen av kognitiv svikt er det viktig at pasienter i faresonen fanges opp tidlig. Det viser seg at MR-undersøkelser av hjernen kan være et avgjørende bidrag i nettopp dette.

En av verdens største studier

Nor-COAST-studien er et omfattende tverrfaglig forskningsprosjekt som går i dybden på kognitiv svikt etter hjerneslag. Studien er et samarbeid mellom tre norske helseregioner, med ledelse ved NTNU.

Omfanget av studien gjør den til en av de største i verden med følgetilstander etter hjerneslag som tema. Ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Universitetet i Oslo (UiO) foregår et av delprosjektene innen Nor-COAST som har viet spesielt fokus på bruken av MR-avbildning av hjernen.

Nyttige MR bilder

Studien viser at det ved hjelp av MR-bilder er mulig å identifisere pasienter i faresonen for å utvikle kognitiv svikt kort tid etter et hjerneslag.

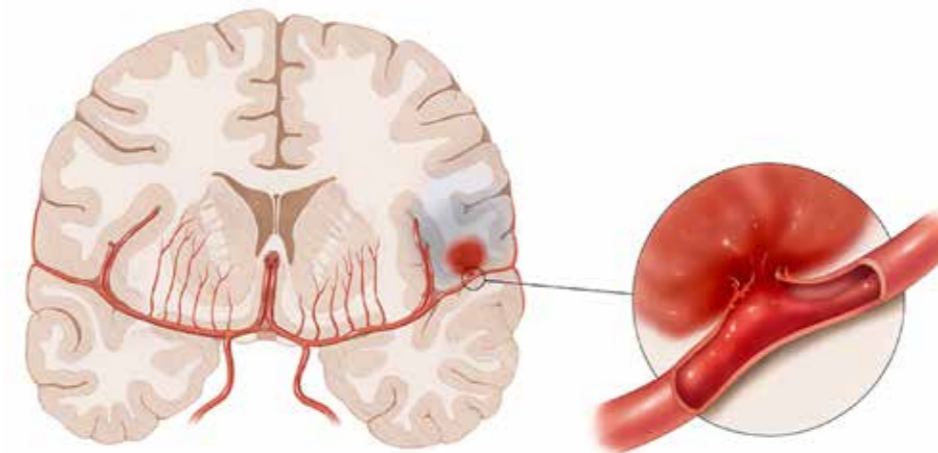
Ved hjelp av disse bildene fant vi at pasienter i Nor-COAST hadde store forandringer i hjernen allerede

før slaget. Forandringer på bildene som knyttes til sykdom i de minste blodkarene i hjernen viste seg å sette pasienter i fare for å utvikle kognitiv svikt. Også tap av vev i tinninglappen økte risikoen.

Størrelsen på slaget var spesielt avgjørende. For hver milliliter skadet hjernevev økte risikoen for å utvikle kognitiv svikt. Behandling rettet mot å gjøre hjerneslaget så lite som mulig er derfor viktig.

Ved å ta i bruk MR-bilder ved den akutte fasen av hjerneslaget kan man vurdere omfanget av disse risikofaktorene og dermed forutse faren for fremtidig kognitiv svikt. Studien har vist at det ikke er behov for spesielt avanserte MR-bilder og at metoden derfor også kan brukes ved mindre sykehus.

Dette kan ha stor betydning for identifikasjon og behandling av potensielt reversible årsaker til kognitiv svikt, og forhåpentligvis også hjelpe til med å forhindre eventuelle nye slag hos pasientene. Det neste viktige skrittet vil bli å se nærmere på hjerneslagenes størrelse og risiko for den enkelte pasient. Målet er å kunne sette i gang spesialiserte tiltak på individnivå og dermed potensielt bedre livene til mange mennesker. ■



Illustrasjon: Molly Borman



Maria Carlsson (Foto: UiT Norges arktiske universitet)

Med bedre behandling vil flere kunne overleve hjerneblødning

Hjerneblødning (illustrasjon) tar livet av like mange i dag som på 1990-tallet. Det trenger ikke være slik. Med bedre behandling kan de som får hjerneblødning leve lenger.

Av Elisabet Araas, senior kommunikasjonsrådgiver ved UiT Norges arktiske universitet

Dette hevder førsteamanuensis Maria Carlsson (bildet) ved UiT Norges arktiske universitet. Hun arbeider med en doktorgrad og har undersøkt hvor lenge pasienter lever hvis de overlever den første kritiske måneden etter en hjerneblødning. Funnene ble nylig publisert i tidsskriftet Stroke.

60 prosent høyere risiko for å dø

Carlsson har funnet ut at de som overlever den første måneden etter en hjerneblødning, har 60 prosent høyere risiko for å dø i årene etter, sammenliknet med andre. De fleste dør av hjerte- og karsykdom. Risikoen for å dø, øker hvis pasientene bruker blodfortynnende medisiner, røyker eller har høyt kolesterol på blødningsstidspunktet.

Et annet hovedfunn er at det ikke har vært noen endring i langtidsoverlevelse de to siste tiårene.

– Disse tallene er det mulig å gjøre noe med, hevder Carlsson.

Flere kan leve lenger hvis de får forsterket behandling i akuttfasen og bedre oppfølging.

For det første må vi behandle høyt blodtrykk som er den største risikofaktoren for å få hjerneblødning. For det andre må vi forsterke behandlingen i akuttfasen slik for eksempel en ny britisk studie viser.

Og sist, men ikke minst, vi må forbedre den forebyggende behandlingen i årene etter en hjerneblødning.

Unike funn fra Tromsøundersøkelsen

I tillegg må det forskes mer. Fram til nå har mye av forskningen konsentrert seg om dødeligheten rett etter en hjerneblødning, men vi mangler data om langtids-overlevelse. Dette gjør funnene til Carlsson unike både i norsk og internasjonal sammenheng.

Selv trekker hun fram Tromsøundersøkelsen som en suksessfaktor:

– Det er designet til Tromsøundersøkelsen, der vi har vi helsedata om befolkningen over mange år, som har gjort forskning på langtidsoverlevelse mulig.

Når det gjelder fremtiden er hun forsiktig optimist, og forteller om flere studier som er i gang både i Skandinavia og internasjonalt. For eksempel undersøker man muligheten for å stoppe en hjerneblødning ved hjelp av medikamenter. Det planlegges også en norsk studie om akuttbehandling.

– Jeg tror på en lysere framtid for de som får hjerneblødning, avrunder Carlsson. Så lenge politikerne satser på feltet, forskere lager gode studier, og legene forebygger og behandler godt, vil flere av de som får hjerneblødning kunne leve lenger. ■



TVERRFAGLIG: Hjerneovervåking er tverrfaglig og samarbeid på tvers av spesialiteter og faggrupper er en forutsetning for god behandling av Hjerneslag. (Foto: Ine Eriksen, Universitetet i Oslo)

Hjerneovervåking - bredt tverrfaglig samarbeid for å styrke hjerneovervåking på norske sykehus

God hjerneovervåking er avgjørende ved akutt hjernesykdom som hjerneslag. Per i dag er det stor variasjon i hvor godt hjernen overvåkes hos alvorlig syke pasienter. I et bredt tverrfaglig samarbeid har leger fra ulike spesialiteter og sykepleiere samlet seg for å arbeide for et felles mål om nasjonal standard for hjerneovervåking samt systematisk kompetanseheving (1).

Av Anne Hege Aamodt, ph.d., spesialist i nevrologi og overlege ved Regional cerebrovaskulær enhet, nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus (OUS), Rikshospitalet



Anne Hege Aamodt

Hjerneovervåking er nødvendig i alle aldre og involverer alle nivåer av spesialisthelsetjenesten samt en rekke fag- og medisinske spesialiteter. Hjerneovervåking er tverrfaglig og samarbeid på tvers av spesialiteter og faggrupper er en forutsetning for god behandling av hjerneslag.

Hjerneovervåkingsfeltet har gjennomgått en stor utvikling de senere årene (2). Nye behandlingsmetoder innen blant annet hjerneslag tydeliggjør behovet for mer avansert overvåking av hjernen på norske sykehus (2). Også utviklingen innen flere fagfelt som intensivmedisin, ultralyd og radiologi har ført til bedre muligheter for hjerneovervåking.

Hva er hjerneovervåking?

Hjerneovervåking defineres som klinisk nevrologisk, nevrofysiologisk, nevroradiologisk, ultralydbasert og invasiv monitorering av pasientens nervesystem. Hjerneovervåkingsformål å begrense hjerneskada. Overvåkingen gjøres enten kontinuerlig eller intermitterende. Vitale organfunksjoner overvåkes parallelt, fordi nevrologisk funksjon er avhengig av adekvat respirasjon og sirkulasjon. Overvåkingen bør være kontinuerlig hos pasienter der situasjonen er ustabil. Tolkning av nevroradiologiske og nevrofysiologiske undersøkelser krever spesialisert kunnskap om hjernefunksjon i ulike aldre.

Hjerneovervåking av hjerneslagpasienter

Det er velkjent at god overvåking og regulering av basale parametere ved hjerneslag har betydning for funksjonsnivå etter slaget hos den enkelte som rammes (3). Overvåkingen av hjerneslagpasienter bør derfor skje i en slagenhet med spesialopplært fagpersonell (4). Tett overvåking av bevissthet, nevrologiske symptomer og vitale funksjoner er avgjørende for å hindre unødvendig nerveskade, funksjonstap og større senskader hos minst hver fjerde akutte slagpasient (5). Slik overvåking bør gjennomføres i egne overvåkingssengeplasser med kontinuerlig oppfølging (6). I den kritiske overvåkingsfasen er det også verdifullt å vurdere hjernens blodgjennomstrømning med ultralyd (7). Flere universitetssykehus og noen større sykehus har bygd opp hjerneovervåking i slagenhetene, og det jobbes for å bygge ut dette videre til alle landets sykehus med standardisert overvåking av pasienter med akutt hjerneslag i tråd med internasjonalt etablerte kvalitetskriterier (8).

Ulike behandlingsnivåer

Hjerneovervåking foregår på ulike nivåer – alt etter hvordan hjerneslaget rammer pasienten. Det vanligste er sengepost på slagenheten eller overvåkingsenhet i tilknytning til slagenheten. Men ved situasjoner som krever intensivbehandling, for eksempel ved respiratorbehandling foregår den på intensivavdeling. De største sykehusene har posten. Med basal hjerneovervåking menes klinisk nevrologisk.

Veien videre

Hjerneovervåking og nevrontensivmedisin bør få en større plass både i grunnutdanningen av leger og sykepleiere som jobber med hjerneslag og annen akutt hjernesykdom. Det er også behov for nasjonale videreutdanningskurs i nevrontensivmedisin eller tilrettelegging for deltakelse i skandinaviske program. Vi jobber for at leger og sykepleiere som behandler alvorlig hjernesykdom går gjennom standardisert

opplæring med sertifisering i validerte kliniske skåringsverktøy, får god teoretisk og praktisk kunnskap om hjerneovervåking og ulike behandlinger.

Store fremskritt i slagfeltet og flere andre deler av hjernehelsetilstanden gjør at vi i dag kan behandle mange pasienter med svært alvorlige sykdommer og skader i både nervesystemet og øvrige organer. Tilbudet på norske sykehus i dag for overvåking av hjerne og nervesystem i de mest kritiske sykdomsfasene står ikke i forhold til verken behovet eller den medisinske utviklingen. Dette til tross for at det finnes god dokumentasjon på at hjerneovervåking på sykehus redder nevrologisk funksjon og kan være avgjørende for både overlevelse og prognose.

Samarbeidet mellom en rekke faggrupper og med brukere involvert blir sentralt for at vi skal lykkes med det videre arbeidet. ■

Innholdet bygger på artikkelen «Hjerneovervåking i sykehusene må styrkes» som stod på trykk i Tidsskriftet Den norske legeforening nr. nr. 15 - 26. oktober 2021, og som var skrevet av Anne Hege Aamodt, Erik Taubøll, Tom Eichele, Luis Romundstad, Angelika Sorteberg, Sean Wallace, Annette Fromm, Marie Furuholmen Raastad, Trond Sand, Karolina Skagen, Agnethe Eltoft, Christina Kefaloykos, Shirin K. Frisvold, Kristian Bernhard Nilsen, Maria Carlsson, Geir Bråthen, Ida Bakke, Morten Andreas Horn, Markus Wiedmann, Bjørn Tennøe, Jon André Totland, Ole Morten Rønning, Martin Kurz og Anette Storstein.

Litteratur:

1. Aamodt AH, Taubøll E, Eichele T og medforfattere. Tidsskriftet for Den norske legeforening 2021. <https://tidsskriftet.no/2021/10/kronikk/hjerneovervaking-i-sykehusene-ma-styrkes>
2. Kramer AH, Couillard P. Neurocritical care: A growing international collaborative. *Neurocrit Care* 2020; 32: 80–3. [PubMed][CrossRef]
3. Gorelick PB, Qureshi S, Farooq MU. Management of blood pressure in stroke. *Int J Cardiol Hypertens* 2019; 3: 100021. [PubMed][CrossRef]
4. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013: CD000197. [PubMed]
5. Faigle R, Marsh EB, Llinas RH et al. ICAT: a simple score predicting critical care needs after thrombolysis in stroke patients. *Crit Care* 2016; 20: 26. [PubMed][CrossRef]
6. White PM, Bhalla A, Dinsmore J et al. Standards for providing safe acute ischaemic stroke thrombectomy services (September 2015). *Clin Radiol* 2017; 72: 175.e1–9. [PubMed][CrossRef]
7. Kargiotis O, Psychogios K, Safouris A et al. Transcranial doppler monitoring of acute reperfusion therapies in acute ischemic stroke patients with underlying large vessel occlusions. *J Neurosonol Neuroimag* 2020; 12: 10–25. [CrossRef]
8. Waje-Andreassen U, Nabavi DG, Engelter ST et al. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. *Eur Stroke J* 2018; 3: 220–6. [PubMed][CrossRef]

VARIABELT BEHOV: Hver enkelt person må selv finne ut av hvor mye søvn man trenger for å være opplagt på dagtid. (Illustrasjonsfoto: Unsplash/Valentin Lacoste)

Søvnen vår

Søvn er et av våre primærbehov og særdeles viktig for god fungering i dagliglivet. Søvn er viktig for reparering av celler og energisparing. Med nedsatt søvnmengde får man nedsatt hukommelse, konsentrasjon og reaksjonstid. Søvnmangel kan gi forverring av stressrelaterte problemer. Forstyrret søvn gjør at man fungerer dårligere på dagtid både i arbeidslivet og privat. Lite søvn over noen netter er imidlertid ikke farlig.

Av Kristine B. Gjendemsjø, spesialist i nevrologi og medisinsk fagansvarlig ved Sandvika Nevrosenter



Kristine B. Gjendemsjø
(Foto: Sandvika Nevrosenter)

Problemer med søvn er veldig vanlig i alle aldersgrupper. Cirka 1 av 3 nordmenn har dårlig søvn i perioder og ca. 1 av 5 personer opplever tretthet på dagtid. 10-15 prosent har alvorlige og langvarige søvnproblemer. Det er særlig eldre mennesker og personer med fysiske og psykiske sykdommer som plages mest med søvnproblematikk.

Dårlig søvn gir ofte tretthet og søvnighet på dagtid, og endringer i humør. For lite søvn gir nedsatt evne til å holde fokus og konsentrere seg, og nedsatt evne til læring. Det kan gi mer hodepine og migrene, og er også assosiert med høyt blodtrykk, diabetes, hjerte- og karsykdommer, overvekt og psykiske problemer. Enkelte sykdommer er også ledsaget av forstyrret søvn, for eksempel psykiatriske sykdommer (depresjon, angst, bipolar sykdom), demenssykdommer, Parkinsons sykdom og generelle smerter i kroppen.

Variabelt behov

Det er veldig variabelt hvor mye voksne personer trenger av søvn og dette kan variere fra 6 timer til 9,5 timer pr natt, men i gjennomsnitt ligger voksnes søvnbehov på cirka 7-8 timer. Hos eldre mennesker er det liten endring i den totale søvnmengden i løpet av døgnet, men de fordeler søvnmengden utover hele døgnet, slik at de ofte sover kortere tid på natten, og våkner tidligere, samtidig som de ofte sover noe på dagtid.

Hver enkelt person må selv finne ut av hvor mye søvn man trenger for å være opplagt på dagtid. Hvis man føler seg uthvilt på dagtid, så har man fått nok søvn. Det er hverken sunt å sove for mye eller for lite. En søvnlengde på 6,5-8 timer er assosiert med best helse. Dersom man må sove ut i helgene, så er dette tegn på søvnunderskudd i ukedagene.

Hvis man sover dårlig og har vanskelig for å sovne eller har mange oppvåkninger i løpet av natten, så er det viktig å ta tak i dette og kartlegge søvnen med tanke på videre behandling. Det kan da være lurt å føre en søvndagbok for å få oversikt over egen søvn. Utfylling av søvndagbok i en uke er en god og enkel måte å kartlegge søvnrutiner. I utredning og behandling av søvnproblemer benyttes slike dagbøker som hjelp for å stille en diagnose. Du skal fylle inn hvilket klokkeslett du legger deg, når du slukker lyset for å prøve å sove

og når du står opp. Hvis du våkner flere ganger i løpet av natten er det viktig å notere ned dette.

Hvis man har utfordringer med å holde seg våken på dagtid bør man kartlegge hvilke situasjoner man sovner i. Ved en slik kartlegging kan man bruke Epworth søvnighetsskala, som er et skjema med spørsmål som brukes for å klassifisere patologisk søvnighet.

Behov for kartlegging

Hvis det foreligger mistanke om alvorlig søvn-lidelse, vil det være behov for å kartlegge søvnen mer objektivt. Det finnes forskjellige metoder for å registrere søvnen. Slik registrering gjøres på klinikker eller sykehus med leger med spesiell interesse for søvn. Én metode er å bruke en aktigraf, som ser ut som en klokke, og som registrerer alle bevegelser. Aktigrafen kan da skille søvn og våkenhet gjennom døgnet og gi en oversikt over hvordan søvnen er, spesielt med tanke på døgnrytmeforstyrrelser. Den er liten og enkel å bruke og ofte registrerer man da døgnrytmen over 1-2 uker. En mer nøyaktig søvnundersøkelse er å gjennomføre en polysomnograf (PSG). PSG-undersøkelse er en undersøkelse av søvn og de forskjellige søvnstadiene man går gjennom i løpet av en natt. For å få et bilde av søvnmønsteret ditt registrerer man hjernens aktivitet (EEG), pustebevegelser, hjerterytmene og kroppsbevegelser mens man sover. Ved analyser av PSG-registreringer, kan søvnen inndeles i ulike søvnstadier. De forskjellige søvnstadiene kjennetegnes av endringer i hjernens aktivitet, muskelspenninger og øyeaktivitet. Hvis man opplever økt søvnighet på dagtid og at man sovner i situasjoner hvor det er unormalt å sovne i, kan det etter en PSG-undersøkelse være behov for en MSLT (multiple sleep latency test). MSLT er en undersøkelse for å måle tretthetsgrad på dagtid. Det monteres elektroder og sensorer på hodet og brystet. Signalene fra hjernen registreres og gir innsyn i hvor raskt søvnen inntreffer, samt kvaliteten på søvn i form av dybde og lengde. I løpet av en dag skal det registreres 5 perioder av søvn i perioder á 25 minutter.

Det finnes ulike søvnsykdommer som kjennetegnes av forskjellige symptomer og behandles ulikt. Dersom man opplever utfordringer med søvnen, enten i form av for lite søvn eller økt søvnighet på dagtid, er det viktig å utrede dette. ■

10 gode råd for bedre søvn

Dersom du har søvnevansker over lengre tid er det viktig å etablere en god søvnhygiene, som enkelt forklart betyr å følge gode råd og lage seg gode rutiner for å oppnå en god og effektiv søvn, anbefaler Sandvika Nevrosenter.

Her gir senteret deg 10 gode søvnråd:

1. Din døgnrytme har større betydning enn hvor lenge du sover

Legg deg derfor til samme tid hver kveld, og stå opp til samme tid hver morgen. Viktigheten av faste rutiner gjelder så mangt i livet, også for god søvnhygiene.

2. Vær ute i dagslys på dagtid!

Melatonin (som styrer døgnrytmen) dannes nemlig også i netthinnen. Forsøk å få 30 minutter med dagslys hver dag, helst på morgenen.

3. Unngå å sove på dagtid

Trenger du hvile, begrens middagsluren til maks 20 minutter.

4. Det å være fysisk aktiv gir bedre søvn, men unngå hard trening rett før leggetid

5. Unngå inntak av stimuli som kaffe, te, cola og alkohol etter klokka 17

Det tar lang tid før koffein går ut av kroppen, og den oppkvikkende effekten kan vare i mange timer etter inntak. Noen opplever at alkohol virker søvndyssende. Nedbrytingen av alkohol har imidlertid en negativ effekt på søvnen og kan i tillegg ofte medføre flere oppvåkninger og mer urolig søvn. Seks timer etter at du har drukket en kopp kaffe er halvparten av koffein fortsatt i blodet.

6. Soverommet bør være mørkt og kjølig

Unngå bruk av PC og mobil på senga. Husk at farge-spekteret av blått lys fra LED- og digitale skjermer blokkerer melatoninproduksjonen som gjør oss søvnige.

7. Hvis du er en "klokkekikker" om natta – gjem klokken

8. Dersom du ikke får sove, stå opp og gjør noe annet

Noen ganger får man bare ikke sove. Ikke bli liggende å vri deg, det gjør deg bare mer urolig. Dessuten

vil det, særlig hvis problemet med å sovne varer over flere dager, bidra til at du forbinder senga med våkenhet, uro og frustrasjon. Det er bedre å stå opp enn å bli liggende lenge å vente på søvnen. Gå gjerne inn i et annet rom og gjør noe avslappende som ikke krever for mye anstrengelse. Les litt i en bok. Ikke tenn for mye lys slik at du blir enda mer våken. Når du blir søvnig, kan du legge deg i senga igjen og prøve å sove på nytt.

Våkner du litt tidligere enn du ønsker om morgenen og ikke får sove igjen, stå like godt opp og gjør dine vanlige morgenrutiner, men gjerne i et litt langsommere tempo.

9. Prøv avspenning!

Mange som sliter med å få sove har et høyt mentalt aktivitetsnivå på kveldene med påtrengende tanker, bekymringer og følelser som gjør det vanskelig å sovne. For å hjelpe kroppen å roe ned, kan det for noen være hjelp i å lære seg en avspenningsteknikk. Det finnes en rekke muskelavspenningsteknikker og pusteteknikker som kan være nyttige for personer som sliter med søvnløshet. Slike teknikker kan for eksempel læres gjennom yoga eller meditasjon, eller gjennom selvhjelps litteratur. Det finnes også mange avspenningsprogrammer med instruksjoner og rolig musikk som kan lastes ned fra nettet.

10. Sett av tid på dagtid til å gå gjennom ting du bekymrer deg over

Dersom du har en tendens til å ligge i sengen og bekymre deg på kvelden, og du ikke får sove på grunn av det, kan du forsøke følgende teknikk: Sett av et kvarter til et fast tidspunkt hver kveld, for eksempel klokka 18.45 til 19.00 der du skriver ned alle bekymringene du har. Dersom du ikke får sove på kvelden på grunn av bekymringer, så bestemmer du deg for at du heller vil tenke nøye gjennom disse på det avsatte tidspunktet neste dag.

RÅD: Trenger du hvile, begrens middagsluren til maks 20 minutter.

Veikart for å bekjempe meningitt

28. september lanserte Verdens helseorganisasjon (WHO) et veikart for å bekjempe meningitt (hjernehinnebetennelse). - Meningitt tar hvert år 250 000 menneskeliv på verdensbasis og rammer i størst grad befolkningen i lav- og middelinntektsland. Antall som får sykdommen er ti ganger høyere (2,5 millioner) og noen av disse får senskader etter gjennomgått sykdom. Tilgjengelighet på meningokokkvaksiner i lav- og middelinntektsland er det viktigste tiltaket for å redusere dødsfallene og skader etter gjennomgått sykdom, opplyser styreleder Marte C. Barrera i LHL Sepsis og Meningitt.

Etablerer Sunnaas Rehabilitation Cluster

Sunnaas Rehabilitation Cluster er et initiativ reist av Sunnaas sykehus HF. Målet er på sikt å etablere et internasjonalt, ledende forsknings-, innovasjons- og utdanningsmiljø innenfor spesialisert rehabilitering.

- Behovet for å styrke rehabiliteringsfeltet gjennom å øke innsatsen på forskning, innovasjon og utdanning, er tydelig dokumentert de siste årene. Derfor har Sunnaas sykehus HF tatt initiativ til å starte jobben med å etablere "Sunnaas rehabilitation Cluster".

Det sier forskningsdirektøren ved Sunnaas sykehus HF, Anne Catrine Trægde Martinsen, til sunnaas.no.

Behovet ble tydelig understreket da konsulent-selskapet KPMG i vinter la fram evalueringen av Helse- og omsorgsdepartementets Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Den konkluderte med at forskningen må styrkes utfra følgende funn: «Det er bred enighet om at det er et for svakt kunnskapsgrunnlag i dette området, men forskning er fremdeles ikke prioritert».

EFFEKT: Tanja Resink, avtalefysioterapeut i Alver kommune i Hordaland, er opptatt av positive effekter av friluftslivbaserte aktiviteter. (Foto: Bergen og Hordaland Turlag/André Marton Pedersen)

Balanseprosjekt har gitt flere aktive i Nordhordland

Kan friluftslivbaserte aktiviteter fremme balanseferdigheter, og i hvor stor grad kan deltakelse i friluftsliv fremme opplevelse av selvstendighet?

Av Tommy Skar

I vår har Tanja Resink, avtalefysioterapeut i Alver kommune i Hordaland, gjennomført et prosjekt nettopp for å finne ut det. Opplegget har vært en del av hennes avsluttende eksamen i videreutdanningen «Aktiv omsorg - bevegelse, naturopplevingar og deltaking, vidareutdanning» ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Prosjektet har vært støttet av Nordhordland Turlag i Den Norske Turistforening. Resinks kollega, Koen Smeding, som også er fysioterapeut i Alver kommune, har bistått henne.

– På spørsmålet «hva er viktig for deg?» svarer mange slagrammede i min klinikk at selvstendig gange og balanse er et viktig mål. Det blir nevnt at de ønsker å gå tur i ulendt terreng og at de drømmer om å komme seg tilbake på fjellturer, forteller fysioterapeuten om bakgrunnen for prosjektet.

Hun opplyser at forskning påpeker viktigheten av sosial deltakelse for slagrammede, og at de bør få trening som legges til rette i miljøet rundt dem med sikte på mest mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

Problemstillinger

For å avgrense målene med prosjektet satte Resink opp to problemstillinger:

- 1) I hvor stor grad kan deltakelse i en friluftsliv-gruppe over 9 ganger påvirke balanseferdigheter hos slagrammede?
- 2) I hvor stor grad kan deltakelse i en friluftslivgruppe over 9 ganger påvirke egen vurdering av funksjon?

Prosjektet har blitt gjennomført som friluftsturer på ca. to timer hver gang, tester av fysioterapeuter og kartlegging av egen vurderinger.



ROS: Merethe Landaas, leder i LHL Bergen og LHL Hjerneslag Ung Hordaland, har deltatt og roser opplegget. (Foto: Bergen og Hordaland Turlag/André Marton Pedersen)



MÅLOPPNÅELSE: I 2020 nådde Cathrin Færøykavlen ett av sine store mål etter at hun fikk hjerneslag, å komme på toppen av Himmeltiden i Lofoten. (Foto: Privat)

Konklusjon

I sin eksamensoppgave konkluderer Resink slik: Funnene viser at det er forskjell i balanseferdigheter funnet med MiniBESTest fra før og etter intervensjonen. Deltakelsen har også gitt positiv forandring i egen vurdering av funksjon og helse.

– Deltakerne har fått testet ut og har hatt mengdetrening i forskjellige underlag og i bakker i naturen. De forteller at de føler at de mestrer det de trodde ikke var mulig og de føler seg tryggere i forhold til deres balanseferdigheter. Selve mestringen gir motivasjon og trygghet til å fortsette med egenaktivitet, som turgåing. Prosjektet viser at turer ute i naturen for slagrammede kan bidra til helsefremmede aktivitet, muligens til bedring i balanseferdigheter og har en positiv effekt på egen vurdering av funksjon, oppsummer Resink.

For at funnene skal kunne være pålitelige, må det en mer omfattende forskning til med flere deltakere og en blindtesting, gjennomført av andre fysioterapeuter enn den som utfører selve intervensjonen. Nå imøteser Resink all mulig videre forskning som kan omfatte problemstillinger tilsvarende dette prosjektet.

Effekt

Prosjektet til Resink har gitt deltakerne mer enn bare å bidra i forskning. Merethe Landaas, leder i LHL Bergen og LHL Hjerneslag Ung Hordaland, forteller om sin egen og samboer Sondre Odnæssveens opplevelse:

– Sondre og jeg har virkelig fått kjenne på at vi mestrer mer ubalanse enn vi tror, samtidig som vi utfordrer litt mer for hver gang. Dette er noe helt annet enn balanse trening med balanseputer inne hos fysioterapeut. Samtidig opplever vi en annen mestring, en normalisering og vi får oppleve mange flotte steder. Vi synes at dette burde bli delt over hele landet slik at kanskje flere vil ta opp tråden, sier Landaas. Hun forteller at de som har deltatt har blitt en god gjeng, som nå etter prosjektet fortsetter å gå en gang pr uke.

En annen med gjennomgått hjerneslag, er Cathrin Færøykavlen. Hun har drevet med friluftsliv hele livet, og har alltid vært bevisst på at naturkontakt er bra for både fysisk og psykisk helse. Fra hun fikk slag i 2014 har hun brukt friluftsliv – fra lokale småturer til fjell- og sykkel turer over flere dager – som sin rehabilitering. Hun har vært frivillig turlleder i Resinks prosjekt.

– Det har vært flott å se at andre slagrammede har fått utfordre seg selv i trygge omgivelser, og at de har opplevd forbedring av balanse og god mestringfølelse, sier Færøykavlen.

Hun ønsker at andre med alvorlig sykdom kan få et lignende tilbud.

– Det er mange som ikke har «gnist» til å trene på treningssenter, men som kan få det av å gjøre nødvendige aktiviteter ute i det fri, mener hun, og konkluderer selv med at hun er hundre prosent sikker på at uten friluftsliv hadde ikke hun kommet tilbake i jobb som hjelpepleier på Velferdsenteret på Manger i Alver kommune. ■



FOREBYGGING: Effektiv behandling av høyt blodtrykk er svært vesentlig i forebygging av atrieflimmer. (Foto: Mockup Graphics/Unsplash)

Spørsmål og svar om atrieflimmer og hjerneslag

Den store oppmerksomheten rundt atrieflimmer skyldes ikke så mye tilstanden i seg selv, men mer de alvorlige komplikasjonene (hjerneslag og hjertesvikt) som kan forekomme som en følge av flimmer.

Av Helge Istad, spesialist i indremedisin

Atrieflimmer er en forstyrrelse av den normale hjerterytmen, som skyldes ukontrollerte elektriske utladninger i hjertets forkamre (atriene).

Hvem får atrieflimmer?

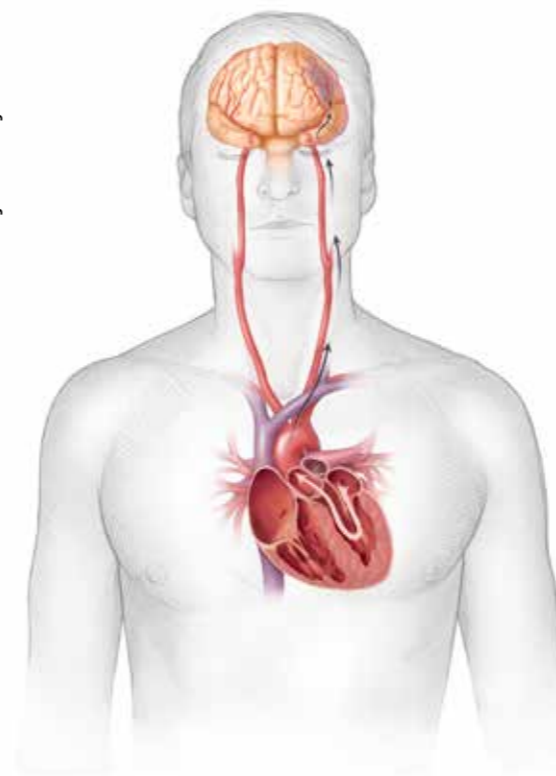
Forekomst av atrieflimmer øker sterkt med økende alder, og er relativt sjelden forekommende før 60 års alder. En av seks menn og en av ti kvinner i alderen 65 år og eldre har flimmer. Noen har arvelig tendens til atrieflimmer og kan få hjerterytmeforstyrrelsen i yngre alder. Mange sykdommer kan disponere for å utvikle flimmer. Vanligste årsak er høyt blodtrykk. I tillegg er kransarteriesykdom (angina pectoris eller hjerteinfarkt), hjerteklauffeile eller hjertemuskel sykdom hyppig

ledsaget av atrieflimmer. Kroniske tilstander som diabetes og lungesykdommer øker risikoen for flimmer. Likeledes kan akutte tilstander som alvorlige infeksjoner og blodpropper i lungene utløse atrieflimmer. Forbigående flimmer etter større operasjoner er vanlig forekommende. Helgefyll kan utløse flimmer, og også jevnt høyt alkoholkonsum gir klart økt risiko. Overvekt og søvnapne er andre tilstander som disponerer for atrieflimmer.

Hvordan oppdager man at man har utviklet atrieflimmer?

Relativt mange kan ha atrieflimmer uten å merke det, eller merke det av og til uten av det er direkte

Illustrasjon: Molly Borman



plagsomt. Særlig gjelder dette eldre. Mange yngre kan ha flimmer og oppleve det som plagsomt, men uten at det er farlig. For noen av disse kan plagene være så ille at de må ha behandling.

Når er atrieflimmer farlig?

Når hjertets forkamre trekker seg sammen uregelmessig oppstår «bakevjer» i forkamrene hvor blodet har lettere for å klumpe seg (koagulere). Når en slik blodpropp løsner og føres med blodstrømmen til hjernen kan relativt store årer i hjernen akutt tilstoppes når proppen setter seg fast (illustrasjon). Dette utløser et akutt hjerneinfarkt (område med manglende blodtilførsel), og man får et alvorlig hjerneslag som følge. Rask og/eller langvarig atrieflimmer øker også risikoen for å utvikle hjertesvikt, som er en alvorlig tilstand med nedsatt pumpeeffekt av hjertet.

Hva er de vanligste symptomene på atrieflimmer?

- Pulsen kjennes uregelmessig
- Hjertebank
- Brystsmerter
- Pustevansker
- Svimmelhet
- Utmattelse

Hvordan diagnostisere atrieflimmer?

Oppløper du uregelmessig puls, eller har andre symptomer på atrieflimmer, bør du ta kontakt med fastlegen din. Fastlegen kan oppdage flimmer ved å kjenne på pulsen og ta et EKG (elektrokardiografi).

Ny teknologi og da særlig lengrevarende registreringer (dager/uker) av hjerterytmen gir større muligheter for å oppdage flimmer. Særlig gjelder dette når man bare har anfallsvis forekomst av atrieflimmer (såkalt paroksysisk atrieflimmer).

Er ytterligere undersøkelser av hjertet nødvendig når atrieflimmer oppdages?

Alle som får påvist atrieflimmer må undersøkes videre med ultralyd av hjertet (ekkokardiografi). Denne undersøkelsen avdekker ofte hvorfor man har utviklet flimmer, og samtidig klarlegges muligheter for hvilke behandlinger som kan bli aktuelle. Undersøkelsen utføres hos hjertespesialist.

Hvordan behandle atrieflimmer?

Ved nyoppstått atrieflimmer vil det ofte være aktuelt å prøve å gjenopprette normal hjerterytme ved å gi et strømstøt i lett narkose (elektrokonvertere). Ellers er medikamentell behandling (frekvensreducerende behandling) den vanligste behandlingen av flimmer. Mange lever godt med denne behandlingen. Den viktigste behandlingen ved atrieflimmer er blodfortynnende behandling (antikoagulasjon), som i vesentlig grad reduserer risikoen for å pådra seg hjerneslag. Har man ubehag på grunn av flimmer og medisiner ikke gir god nok effekt, så kan det være aktuelt med ablasjonsbehandling (radiofrekvens-ablasjon). Behandlingen går ut på at man oppsøker forskjellige områder i hjertets forkamre hvor man «svir av» de områdene i forkamrene hvor de unormale impulsene til hjerteslagene oppstår.

Kan atrieflimmer forebygges?

Effektiv behandling av høyt blodtrykk er svært vesentlig. En sunn livsstil reduserer risikoen mot å utvikle atrieflimmer. I praksis innebærer dette et sunt kosthold, regelmessig mosjon, moderat alkoholforbruk og ikke for mye stress.

Kan hard fysisk trening gi atrieflimmer?

For folk flest er regelmessig mosjon forebyggende mot å utvikle atrieflimmer. Når man hører at toppidrettsutøvere har fått flimmer viser undersøkelser at dette gjelder de som har trent veldig mye kondisjonstrening gjennom mange år. Mekanismen bak dette tror man er at treningen fører til økt arrvevdannelse (fibrose) i hjertemuskelen. Dette går ikke alltid helt tilbake til normalen når man reduserer treningen. ■

Atrieflimmer

– forekomst og screening

Atrieflimmer (hjerterflimmer) er en viktig årsak til hjerneslag, særlig i aldersgruppen over 65 år og hos personer med høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom eller sukkersyke. Blodfortynnende behandling kan redusere risikoen for hjerneslag betydelig. Det pågår omfattende forskning verden over for å undersøke hvordan man best kan avdekke atrieflimmer på et tidlig tidspunkt, i den hensikt å forebygge hjerneslag.

Av Arnljot Tveit, avdelingssjef, Forskningsavdelingen, Bærum sykehus, Vestre Viken HF og professor, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo



Arnljot Tveit

En rekke atrieflimmerforskere i Norge har slått seg sammen i Norwegian Atrial Fibrillation Research Network, forkortet afib.no. Forskernettverket har også tiltrukket seg en rekke internasjonale samarbeidspartnere, og forsker i dag på de fleste forhold knyttet til atrieflimmer, slik som forekomst i befolkningen, risikofaktorer, arvelighet, betydningen av livsstil og trening, medikamentell behandling, symptomer, elektrokonvertering, ablasjon, osv.

Forekomst av atrieflimmer

Et av de første forskningsspørsmålene man stilte i nettverket var: «Hvor mange har egentlig atrieflimmer i Norge?» Det ble gjort et omfattende forskningsarbeid for å avklare dette, og resultatene ble publisert det vitenskapelige tidsskriftet Heart i 2021. Det viser seg at 3,4 prosent av den voksne befolkning har fått påvist atrieflimmer, svarende til mer enn 140 000 personer i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall personer som har atrieflimmer, men ikke har fått påvist det og dermed ikke vet om det selv.

Screening for atrieflimmer

Personer som har atrieflimmer uten å vite om det («skjult atrieflimmer») kan ha økt risiko for å få hjerneslag, og et hjerneslag kan hos noen være det første tegn på atrieflimmer. For å avdekke atrieflimmer tidlig hos personer med skjult atrieflimmer har mange tatt til orde for å gjøre «screening» av befolkningen.

Resultatene fra to store og viktige forskningsprosjekter om screening for atrieflimmer i befolkningen ble publisert i det anerkjente vitenskapelige tidsskriftet The Lancet i august 2021.

Strokestop-studien

I Strokestop-studien ble nesten 14 000 personer i alderen 75–76 år i Stockholm og Halland i Sverige invitert til en screening-undersøkelse som innebar at de selv skulle ta tommel-EKG morgen og kveld i to uker. En like stor gruppe personer ble definert som «kontrollgruppe» og fikk ikke tilbud om slik screening. Av de snaut 14 000 som ble invitert til screening, var det bare halvparten som takket ja. Hos disse oppdaget man at 218 (3 prosent) hadde atrieflimmer uten å vite om det. I tillegg var det mange med kjent atrieflimmer som ikke brukte blodfortynnende medisin. Både disse og de som fikk oppdaget atrieflimmer i screeningen fikk tilbud om blodfortynnende medisin, og alle personene er deretter blitt fulgt opp i opptil 8 år. Resultatene viste at screening og blodfortynnende medisin reduserte risiko for hjerneslag og død. Gevinsten var imidlertid ikke så stor, og screeningen var ressurskrevende, så det er fortsatt ikke helt avklart om det er riktig å screene hele befolkningen for atrieflimmer i denne aldersgruppen.

Loop-studien

Resultatene fra den store LOOP-studien i Danmark er også publisert. I denne studien undersøkte man om bruk av en såkalt «implanterbar looprecorder», forkortet ILR, kunne avdekke atrieflimmer tidligere enn med ordinære metoder, og derved forhindre hjerneslag. ILR er en liten elektronisk «datachip»

som legges under huden over hjertet, og registrerer hjerterytmen kontinuerlig i opptil 3 år. I LOOP-studien fikk 1 501 personer over 70 års alder tilbud om en slik ILR, mens 4 503 personer ble fulgt opp som kontrollgruppe uten ILR. Atrieflimmer ble påvist hos så mange som 32 prosent av dem som hadde ILR, mens det i kontrollgruppen ble påvist atrieflimmer med «vanlige» metoder hos 12 prosent. Det var altså nesten 3 ganger så mange som fikk avdekket atrieflimmer blant de som fikk en ILR. De som fikk påvist atrieflimmer ble anbefalt blodfortynnende medisin, og de aller fleste fulgte anbefalingen. Gruppen som fikk ILR fikk færre hjerneslag enn kontrollgruppen, men forskjellen var så liten at forskerne selv stiller et spørsmålstegn ved om det er hensiktsmessig å lete etter atrieflimmer på denne måten, og om det er riktig å gi blodfortynnende medisin til alle personer som får påvist atrieflimmer med ILR.

Konklusjon

Mer enn 140 000 lever med kjent atrieflimmer i Norge i 2021, svarende til 3,4 prosent av den voksne befolkning. I tillegg er det mange som har atrieflimmer (og dermed økt risiko for hjerneslag) uten å vite om det. De fleste eksperter heller i retning av at vi bør gjøre screening for å avdekke atrieflimmer på et tidlig tidspunkt, men det er fortsatt uklart hvordan screeningen bør gjøres, og hvilke grupper i befolkningen som bør screenes. Det pågår en rekke nye forskningsprosjekter som kanskje kan lede oss på rett spor når det gjelder disse spørsmålene. ■

Du finner mer informasjon om atrieflimmer på atrieflimmer.no.



CHIP: En implanterbar overvåkingsenhet, Reveal LINQ™ fra Medtronic®, settes inn under huden på brystkassen over hjertet. (Foto: Oslo universitetssykehus)

Atrieflimmer og hjerneslag

Atrieflimmer er den vanligste formen for hjerterytmeforstyrrelse i befolkningen. Forekomsten øker med alderen og gir en 6-dobling av slagrisikoen uten forebyggende behandling. Blodpropper som dannes i hjerte under episoder med atrieflimmer kan føres med blodstrømmen til hjernen og resultere i hjerneinfarkt. Denne typen hjerneinfarkter som skyldes atrieflimmer er ofte alvorlige.



Barbara Ratajczak-Tretel
(Foto: Oslo universitetssykehus)

Av Barbara Ratajczak-Tretel, overlege Nevrologisk avdeling, Sykehuset Østfold Kalnes, doktorgradsstipendiat ved UiO, medlem av ESO Brain & Heart Council

I Norge er det rundt 150 000 personer som har atrieflimmer – mange uten at de merker det. Ikke alle som er rammet har atrieflimmer hele tiden heller. Ca. 30 prosent har det vi kaller episodisk atrieflimmer, der anfallene med uregelmessig puls går over av seg selv og hjerterytmene er periodevis helt normal. Risikoen for hjerneslag er imidlertid stor både hos de med

episodisk og vedvarende atrieflimmer, men heldigvis kan reduseres ved behandling med antikoagulasjon, legemidler som hemmer blodproppdannelse i hjertet. Anbefalingen er derfor at pasienter med begge typer atrieflimmer bør få antikoagulasjonsbehandling for å minske faren for hjerneinfarkt (1).

Alle pasienter som utredes for hjerneinfarkt eller TIA (transitoriske iskemiske anfall) blir screenet for atrieflimmer, vanligvis med EKG og minimum 24 timers overvåking av hjerterytmene, men gjerne lenger. Utredningen gjøres for å kunne avdekke atrieflimmer slik at optimal forebyggende behandling kan iverksettes og risikoen for nye slag reduseres.

Atrieflimmer oppstår oftere hos de som har høyt blodtrykk, forkalkninger i blodårene (aterosklerose), hjerteklaffsykdom eller hjertesvikt samt hos eldre. Dersom atrieflimmerscreening i 24 timer ikke gir napp, er det aktuelt å gjøre lengre tids hjerterytmeeovervåking, spesielt om ikke det er tegn til annen årsak til blodproppen.

Kryptogene hjerneinfarkter

I om lag en tredjedel av hjerneslagtilfellene finner ikke legene årsaken til pasientens hjerneinfarkt, til tross for omfattende utredning. Disse type hjerneinfarkter kalles for kryptogene. I mange tilfeller kan det trolig dreie seg om underliggende episodisk atrieflimmer som kan være vanskelig å oppdage, med kun kortvarig hjerterytmeregistrering i den akutte fasen mens pasientene er innlagt. Det er nettopp dette vi har fokusert på i den nylig avsluttede internasjonale NOR-FIB-studien – sammenhengen mellom atrieflimmer og kryptogene hjerneinfarkt og TIA. Over 250 pasienter i studien med hjerneinfarkt eller TIA av ukjent årsak har fått hjerterytmeregistrering og klinisk oppfølging gjennom ett år. Hjerterytmene er registrert kontinuerlig med en liten chip (overvåkingsenhet) satt inn under huden på brystkassen over hjertet.

Slike hjerterytmeeovervåkere sender signaler trådløst til en mottaker plassert på nattbordet hjemme hos pasientene. Signalene går deretter via en sentral før oppfølgende leger mottar resultatene. Hjerterytmene til alle deltakerne i NOR-FIB-studien er blitt analysert uke for uke, og hos nesten 30 prosent av er det blitt

avdekket atrieflimmer slik at forebyggende behandling er blitt optimalisert for å redusere slagrisikoen. I tillegg til å sjekke hjerterytmene, er det tatt blodprøver av alle for å gjøre analyser av som kan bidra til å gi informasjon om hvem som har størst risiko for å få påvist atrieflimmer. Dette kan bidra til kunnskap om hvordan dette skal håndteres i vanlig klinisk praksis etter at studien er ferdig.

Nye anbefalinger?

I vanlig klinisk praksis gjør man ikke rutinemessig denne type avansert diagnostikk, men vi håper at internasjonale og nasjonale anbefalinger endres i nær fremtid og denne type diagnostikk tas i bruk hos flere. I European Stroke Organisation jobbes det nå med retningslinjer for atrieflimmerutredning hos slagpasienter og utredning av pasienter med kryptogene hjerneinfarkter. Våre studieresultater som snart skal publiseres vil kunne bidra med ny kunnskap. Gjennom samarbeidet i NOR-FIB-studien er det nå mange slagavdelinger som har fått erfaring med denne type atrieflimmerutredning. Studien har vist at denne avansert hjerterytmeeutredningen fint kan implementeres i klinisk praksis på mange slagavdelinger rundt om i landet og med noe bistand fra hjerteleger når atrieflimmer diagnosen skal settes. ■

Referanser:

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. ESC Scientific Document Group, 2020 ESC
2. Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in
3. collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European
4. Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European
5. Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC, European Heart Journal, Volume 42,
6. Issue 5, 1 February 2021, Pages 373–498
7. Ratajczak-Tretel B, Lambert AT, Aamodt AH, et al. Atrial fibrillation in cryptogenic
8. stroke and transient ischaemic attack - The Nordic Atrial Fibrillation and Stroke (NORFIB) Study: Rationale and design. Eur Stroke J. 2019 Jun;4(2):172-180

NOR-FIB-studien

NOR-FIB-studien (The Nordic Atrial Fibrillation and Stroke Study) er en stor internasjonal studie hvor man kartlegger forekomst av atrieflimmer hos pasienter med kryptogene hjerneinfarkter og TIA. Over 250 pasienter fra Norge, Sverige og Danmark er blitt inkludert og har fått langtids hjerterytmeregistrering ved hjelp av ILR Reveal LINQ fra Medtronic. Studieresultater er under analysering

og vil bli publisert i løpet av kort tid. Overlege Barbara Ratajczak-Tretel, og Lis Anna Tancin Lambert, fra nevrologisk avdeling Sykehuset Østfold Kalnes, er begge stipendiater, mens nevrolog Anne Hege Aamodt fra OUS Rikshospitalet og kardiolog Dan Atar fra OUS Ullevål leder studien og er veiledere for Ratajczak-Tretel og Tancin Lambert.

Ole fikk hjerne- slag som følge av atrieflimmer

Ole Bele (76) fra Blystadlia i Rælingen er en av de som ikke visste han hadde atrieflimmer, men som fikk erfare hva flimmer kan føre til: I 2015 fikk han hjerneslag.

Av Tommy Skar (tekst) og Martin Steen (foto)



Ole var ikke ukjent med hjertesykdommer før han fikk påvist atrieflimmer. Han hadde tidligere hatt hjerteinfarkt, og i 2001 ble han bypass-operert. Han er engasjert i LHL og LHL Hjerneslag. 76-åringen er leder i LHL Rælingen og Enebakk. Fram til landsmøtet i oktober var han sentralstyreleder i LHL.

Men som mange andre uansett diagnose; man vet en god del, men man oppsøker ikke lege, eller tester seg før man må.

– Jeg visste jo at atrieflimmer kunne være en risiko, men jeg tenkte ikke så mye på det. Man går ikke og kjenner på pulsen hver dag, sier han.

Senere har Ole vært opptatt av at å ha bedre kjennskap til sin egen puls faktisk er en god investering. Han og andre tillitsvalgte har bidratt til å fronte LHL-kampanjen «Kjenn pulsen».

Men tilbake til hvordan Ole oppdaget sitt atrieflimmer. Brått en dag i 2015 traff slaget. Han satt i godstolen.

– Plutselig kom en forferdelig lyd i høyreøret. Den var helt uutholdelig. Jeg begynte å sprelle med armer og bein, minnes han, og priser seg lykkelig over kona, Wenche Brit, sin reaksjon. Hun skjønnte at noe var galt og ringte 113. Ambulansen var der i løpet av 11 minutter. På sykehuset ble det konkludert med hjerteinfarkt, med atrieflimmer som bakenforliggende årsak.

Ole ble raskt diagnostisert, fikk effektiv behandling og han fikk god rehabilitering og oppfølging. I dag er han i god form.

Men 76-åringen har en oppfordring:

– Ikke undervurder atrieflimmer. Følg med på pulsen din, og snakk med legen om du har mistanke, sier den erfarne LHL-eren. ■

For lite hjelp til barn med funksjonsnedsettelse

Familier som har stort behov for hjelp, må bruke mye tid og krefter på å skaffe den selv, viser Riksrevisjonens nye undersøkelse. Uoversiktlig informasjon og lite veiledning kan føre til at noen familier ikke får den hjelpen de trenger. Riksrevisjonens undersøkelse viser at disse familiene må forholde seg til mange aktører for å få den informasjonen og veiledningen de trenger. Det er vanskelig for dem å orientere seg om de ulike ordningene, og foreldrene opplever at de får lite hjelp til å finne fram på tvers av fragmenterte tjenester

Høring om lovendring på sykehjems plassering

Etter engasjement fra blant andre LHL Hjerneslag har Stortinget, etter forslag fra Frp og SV, tidligere gjort flere vedtak om at barn og unge voksne ikke skal plasseres på sykehjem mot sin vilje. Likevel var det fire i alderen 0-17 år og 76 i alderen 18-49 år på sykehjem i 2020. I gruppe én var to plassert mot sin vilje og i gruppe to var 15 plassert mot sin vilje. Stortingsrepresentant Marian Hussein (SV) har i skriftlig spørsmål spurt helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol om hva regjeringen gjør for å sikre gjennomføring av stortingsvedtaket. - Oppfølging av anmodningsvedtaket krever en lovendring. Departementet er i gang med å utarbeide et høringsnotat som vil bli sendt ut på alminnelig høring om kort tid, opplyser statsråden.

Positiv effekt av blodfortynnende medisiner

Blodfortynnende medisiner forbedrer prognosen for pasienter med middels risiko for hjerneslag. Derimot blir risikoen noe større for å få hjerneblødning, opplyser doktor og doktorgradsstipendiat Mariam Anjum ved Bærum sykehus.

Av Tommy Skar

Anjum er en av forskerne som står bak en norsk registerstudie som kartlegger fordelene ved blodfortynnende medisiner hos pasienter med middels stor risiko for slag.

Hun presenterte studien under årets European Society of Cardiology (ESC), som ble omtalt på *healthtalk.no*.

Sammen med andre forskere har hun analysert registerdata over personer i Norge med atrieflimmer. Forskerne har konsentrert seg om de med såkalt intermedieær, eller middels stor, risiko for hjerneslag. I dette tilfellet var det menn med CHA₂DS₂VASc score på 1 og kvinner med score på 2.

Anjum forteller at CHADSVASC er et scoringssystem som brukes til å estimere risiko for slag hos pasienter med atrieflimmer.

Hun opplyser at europeiske retningslinjer gir kun en vag anbefaling for denne gruppen når det gjelder bruk av blodfortynnere, mens de som har høyere score på skalaen ansees å ha høy slagrisiko og anbefales å bruke blodfortynnende.

Gjennom Norsk pasientregister, Reseptregisteret og Dødsårsaksregisteret har forskerne i perioden mellom 2011 og 2018 registrert over 61 500 personer med atrieflimmer med middels risiko for hjerneslag.

– Vi så at tre av fire i denne pasientgruppen med middels slagrisiko får forskrevet blodfortynnende legemidler, og vi ser at det blant disse er en betydelig lavere forekomst av slag sammenlignet med gruppen som ikke bruker blodfortynnere, sier Anjum til SlagNytt.

Forskerne har registrert 1 709 hjerneslag. 405 av slagene var hos pasienter som gikk på blodfortynnende medisin og 1 304 var hos de som ikke gjorde det.



Mariam Anjum. (Foto: Privat)

– Ikke helt overraskende så vi også at det var noe mer blødning blant de som brukte blodfortynnende, men forekomsten var likevel svært lav, understreker Anjum. Anjum og kollegaene fortsetter arbeidet.

– Vi skal undersøke flere faktorer som kan øke risikoen for hjerneslag, utover de som er inkludert i den veletablerte CHA₂DS₂VASc-scoren. Vi skal også se på faktorer som kan øke risikoen for hjerneblødninger, opplyser doktor og doktorgradsstipendiaten ved Bærum sykehus. ■



Fikk atrieflimmerdiagnose med «Norgesplaster»

Lenge tenkte Kjell Petter Småge at det var pulsklokken som var feil når han fikk puls på 220-230 slag i minuttet. Men under en treningsøkt i Grimstad forstod han at det var noe annet. Episoden endte med at hans kamerat, overlege Jarle Jortveit, lot han teste hjertesyntesensormerkeplasteret ECG247. Det avdekket atrieflimmer.

Av Tommy Skar

Kjell Petter er 52 år, gründer, bor i Drammen og mer enn gjennomsnittlig aktiv både i jobb og privat. Trening, blant annet triatlon som består av svømming, sykling og løping, er en av hans hobbyer. Også barna er aktive, og en julidag i fjor var han med eldstedatter på trening under deres ferie i Grimstad.

I det han selv skulle dra litt til på etter en rolig start på løpeøkten, kjenner han at det skjer noe. Til protest fra datteren, kaster han seg på en sykkel og sykler for å finne et legekontor han mener ligger i nærheten av banen. Kontoret finner han ikke. Da blir det telefon til AMK 113, som sender en ambulanse.

– Men det har gått for lang tid, og de finner ikke noe ved hjelp av EKG, forteller Kjell Petter.

Men drammenseren har en god kamerat i området, Jarle Jortveit, som er overlege ph.d og forsker ved Sørlandet sykehus. Han er en av gründerne bak ECG247, og Kjell Petter får tilbud om å teste sensoren.

Tre dager senere skal han i gang igjen med en ny treningsøkt. Samme løpsopplegg som sist. Og samme symptomer.

– Nå ringer jeg Jarle, som går inn på loggen og faktisk kobler seg opp. Han konstaterer at jeg har atrieflimmer der og da, forteller Kjell Petter.

52-åringen har tro på at ECG247 kan gjøre det enklere for mange å oppdage at de har atrieflimmer. Selv om han har visst hva flimmer er og tidligere har sett puls på 230 på pulsklokken, har han ikke fått gått så langt som til å diagnostisere seg – før han fikk tilbudet gjennom sin kamerat. Dette utstyret mener han gjør jo alt så mye enklere.

Kjell Petter har foreløpig ikke startet noen form for behandling.

– Men nå vet jeg at jeg har atrieflimmer, og kan vurdere dette fortløpende sammen med min lege, sier han. ■

Norsk produkt vekker internasjonal oppmerksomhet

Ny teknologi, som er enkel i bruk, skal bidra til å avdekke atrieflimmer. Nå er det norsk-utviklede produktet ECG247 klar for finalen i en stor internasjonal innovasjonskonkurranse.

Av Tommy Skar

ECG247 er utviklet av det et medisinsk teknologiske selskapet AppSens AS, i samarbeid med Sørlandet Sykehus og Universitetet i Agder.

ECG247 er en medisinsk sertifisert trådløs hjerterytme-sensor for selvtesting av atrieflimmer og andre hjerterytmeforstyrrelser. Den lille sensorbrikken er festet til et plaster med to elektroder som man fester over brystbenet. Produktet overvåker hjerterytmen 24 timer i døgnet i opptil 7 dager. ECG247 kan brukes både når du sover, trener og dusjer. Sensoren analyserer kontinuerlig hjerterytmen og varsler via en app i mobiltelefonen om hjerterytmeforstyrrelser. Resultatene kan enkelt deles med fastlege eller vurderes av hjertespesialist.

Finalen i den internasjonale innovasjonskonkurransen går av stabelen under STM-Week omtrent i de dager du leser dette, første uken i desember.

– Det å være en av fem finalister i årets utgave av Vesalius Innovation Award av Karger Publishers er

naturligvis en fjær i hatten for oss. Det gir oss muligheten til å demonstrere teknologien vår til et større internasjonalt publikum, og forhåpentlig utbrede helseforebyggende tjenester og teknologien også utenfor Norges grenser, sier administrerende direktør i AppSens AS, Tord Ytterdahl.

Men det skjer mer spennende knyttet til ECG247. Sensoren testet ut i en større atrieflimmerstudie ved Arendal Sykehus, i samarbeid med Oslo universitetssykehus og flere. Og sensoren er allerede tatt i bruk ved over 100 norske legesentre.

– Vi opplever dessverre altfor ofte at et alvorlig hjerreslag er første symptom på atrieflimmer. Vi har deltatt i hele utviklingsløpet til ECG247, og har stor tro på at den lille enkle sensoren kan finne mange som har flimmer uten å vite om det, og på den måten bidra til å unngå slag og andre komplikasjoner til atrieflimmer, sier Jarle Jortveit, som er overlege ph.d og forsker ved Sørlandet sykehus. ■

Nytt kurs på Kongsberg i 2022

12.-13. november arrangerte LHL Vestfold og Telemark og samarbeidspartnere mestringskurs på Kongsberg for slagrammede og pårørende. – Vi setter opp et lignende kurs igjen 11.-12. november neste år, opplyser Øystein Johansen i fylkeslaget.

Mindre hjerte- og karsykdom i koronaåret 2020

Betydelig færre pasienter med akutt hjerteinfarkt, atrieflimmer og hjertesvikt ble registrert i 2020 enn året før, viser tall fra Hjerte- og karregisteret i Folkehelseinstituttet. Noe av nedgangen kan ha sammenheng med koronapandemien. – Det er vanskelig å si noe sikkert om årsaken til nedgangen i registrerte pasienter med hjerteinfarkt, atrieflimmer og hjertesvikt, men den kan ha sammenheng med tiltakene som ble satt inn for å bekjempe koronaviruset. Vi ser også en mindre nedgang i antall registrerte tilfeller av hjerneslag, men når vi ser på hele 2020 var nedgangen i antallet førstegangstilfeller per 100 000 innenfor det som kunne forventes, opplyser overlege Rune Kvåle i Folkehelseinstituttet på fhi.no.



HJERTEFLIMMER OPPDAGES OFTE FOR SENT

Hjerteflimmer gir ikke alltid symptomer, men hver fjerde 40-åring kan forvente å utvikle tilstanden i løpet av livet.



Hver dag får 8 nordmenn hjerneslag på grunn av hjerteflimmer. Hjerteflimmer gir ikke alltid symptomer og opptil 1 av 3 med hjerteflimmer har tilstanden uten å vite om det. Hjerteflimmer øker risikoen for at det dannes blodpropper i hjertet, som kan følge de store blodårene til hjernen og forårsake et hjerneslag.

EKG er nødvendig for å avdekke hjerteflimmer. Det kan nå gjøres trygt, effektivt og enkelt hjemme med ECG247 Hjerteovervåker.

Hjerterytmesensoren festes til brystet som et plaster. Den måler og sender data til en app på mobilen. Dersom det skulle oppstå uregelmessigheter, får man umiddelbart beskjed og du kan raskt ta kontakt med fastlegen din.

Test hjertet ditt med ECG247 og bidra til å forebygge hjerneslag!



Overvåker hjerterytmen trådløst, 24 timer i døgnet, 7 dager i uken



Nøyaktige målinger som enkelt kan deles med fastlege eller hjertespesialist.



Brukervennlig for selvtesting hjemme, og for helsetjenesten



Ved å bytte plaster kan apparatet brukes mange ganger



Kjøpes på www.farmasiet.no

Norsk produkt utviklet i samarbeid med Sørlandet sykehus og kompetanse fra Universitetet i Agder.



6. nasjonale konferanse om hjertet og hjernen

17.-18. februar kan Anne Hege Aamodt (bildet), ph.d., spesialist i nevrologi og overlege, ønske velkommen til 6. nasjonale konferanse om hjertet og hjernen i Oslo Kongressenter.

Av Tommy Skar (tekst og foto)

Konferansen er nærmest en manifestasjon på hvorfor LHL, som LHL Hjerneslag er en del av, er den åpenbare slagorganisasjonen i Norge.

– Hjertet og hjernen er uløselig knyttet til hverandre og deler mange risikofaktorer for sykdom. Omlag 25 prosent av alle hjerneinfarkter er forårsaket av embolier (blodpropper) fra hjertet, oftest på grunn av atrieflimmer. Mange hjerneinfarkter med uavklart årsak

(“kryptogen etiologi”) skyldes trolig også atrieflimmer eller annen hjertesykdom. Motsatt kan hjerneslag påvirke og utløse alvorlige arytmier, skriver Aamodt i invitasjonen.

Det er derfor meget viktig at Norges fremste eksperter samles for å diskutere og gi en oppdatering på hva som er nytt innen forebyggende, akutt behandling og rehabilitering av kardiovaskulære sykdommer.

Se opptak av webinar om atrieflimmer og hjerneslag

28. oktober arrangerte LHL og LHL Hjerneslag, i samarbeid med Orkla Health og med støtte fra Stiftelsen Dam, webinar om atrieflimmer og hjerneslag.

På webinarer deltok legene Helge Istad, Trygve Berge og Edvard Sandberg, og brukerne Ole Bele og Kjell Petter Småge.



Her kan du se opptak av webinarer:
<https://link.lhl.no/atrieflimmer>





Nytt prosjekt på OUS med ultralyd- overvåkning ved hjerneinfarkt

Ultralydteknologi lager bilder og registrerer blodstrømhastigheter ved hjelp av lyd-bølger. Bruk av ultralyd er utbredt i helsevesenet, blant annet ved utredning av pasienter med hjerneslag. Gjennom ultralydundersøkelse av blodårene i hjernen og på halsen er det mulig å kartlegge hjernens blodforsyning. Hos pasienter med kritisk hjerne-sykdom kan man blant annet oppdage tette og trange blodårer samt undersøke hjernens kompensasjonsmekanismer.

Av Lars Hansen Tveit, lege i spesialisering og stipendiat ved Oslo universitetssykehus (OUS) (tekst og foto)

Fordelene med ultralyd er at det benyttes ufarlige lydbølger og at undersøkelsen kan gjøres «ved sengekanten» uten å forflytte pasienten. Hos kritisk syke pasienter kan undersøkelsen gjentas så ofte man ønsker, og forteller dermed en historie om hvordan hjernens sirkulasjon utvikler seg over tid. Dette åpner for muligheten for skreddersydd behandling fra pasient til pasient.

I høst starter et nytt doktorgradsprosjekt med ultralyd-basert overvåkning av hjerneslagspasienter behandlet med trombektomi ved nevrologisk avdeling Oslo universitetssykehus (OUS) Rikshospitalet. Trombektomi er en behandling hvor en gjennom et innstikk i en blodåre i lysken fjerner større blodpropper i hjernen. Behandlingen er godt dokumentert for utvalgte pasienter. I akuttfasen av et hjerneinfarkt kan enkelte pasienter være ekstra utsatt for komplikasjoner, blant annet i form av hjerneblødning eller nye blodpropper. Det er derfor vesentlig med god overvåkning etter gjennomført behandling.

Vanlig overvåkning etter hjerneslag inkluderer blant annet kontroll av pasientens blodtrykk, oksygen-nivå i blod, blodsukker og hjerterytme samt grad av nevrologisk funksjonssvikt og bevissthetsnivå. Etter behandling med trombektomi kan enkelte pasienter ha svekket våkenhet og redusert evne til å kommunisere. Dette kan gjøre det vanskelig å fange opp eventuell forverring av hjernens funksjon, og gode undersøkelser av hjernens blodforsyning i denne fasen er et viktig verktøy. Det nye prosjektet vil inneholde repeterte undersøkelser av hjernens blodårer for å fange opp pasienter med økt risiko for komplikasjoner etter trombektomi.

Ultralyd er et godt etablert hjelpemiddel ved behandling av hjerneslag og har også en rekke bruksområder som overvåkningsverktøy hos andre pasientgrupper med kritisk hjerne sykdom. ■

ViGØR

Rehabiliteringssykehus



Vi endret i august 2020 navn fra Rehabiliteringssenteret Nord Norges Kurbad til ViGØR Rehabiliteringssykehus. Dette på grunn av at vår tidligere navn i liten grad beskrev bredden og kompleksiteten i våre rehabiliteringstjenester.

Våre ansatte, kompetansen, sjela og ikke minst våre flotte pasienter har vi tatt med oss videre, selv om vi nå har fått nytt navn.

Ønsker du å lese mer om våre tilbud, se våre hjemmesider på

<https://vigor.no>



Redaktør SlagNytt Oslo: Martin Aasen Wright
Mobil: 984 30 273
Epost: martin.aasen.wright@gmail.com



HESTERIDNING: Før Signe Karlsen Bøvolden (27) fikk hjerneslag som sjuåring, var hun aktiv med hesteridning. (Foto: Privat)

Tilbake på hesteryggen

Signe Karlsen Bøvolden (27) fikk slag da hun var sju år. Hun kunne hverken bevege armer eller bein, men hun skulle tilbake på hesteryggen. Det klarte hun.

Av Martin Aasen Wright

– Jeg synes det var vanskelig til tider. Nå ser jeg hvor langt jeg har kommet, i ettertid. Jeg hadde ikke trodd jeg skulle komme så langt, sier Bøvolden til SlagNytt Oslo.

For 20 år siden hadde hun slag. Den sju år gamle jenta kunne hverken gå, bevege armer eller bein. Puste- og spisemaskin var koblet til halsen.

– Helt i begynnelsen kunne jeg nesten ingenting, sier hun i dag.

Begynte som treåring

Hun vokste opp i gåavstand fra en gård med hester. Hun var tre år da foreldrene meldte henne på ridning. Etter hjerneslag satt hun delvis i rullestol da hun begynte å ri igjen.

– Jeg kunne gå litt da jeg begynte å ri. Faren min og noen på gården løftet meg opp på hesteryggen, forteller hun.

– *Hvor mye trening måtte du gjennom for å ri selv, uten hjelp?*

– Jeg holdt vel på i ett år før jeg begynte å ri på en annen time hvor jeg ikke ble leid lenger. Jeg hadde ridd mye før jeg ble dårlig. Jeg hadde det litt i kroppen.

– *Det ga deg motivasjon å komme tilbake på hesteryggen?*

– Ja! Jeg begynte etter hvert på stevner.

– *Stevner? Hvordan gikk det?*

– Jeg var den eneste som deltok i HC-klassen! ler hun.
– Derfor vant jeg hver gang. Jeg deltok tre-fire ganger.

Fem uker i koma

Bøvolden har en bachelor i historie, jobber i teknologiselskapet Novelda og har ti års erfaring fra frivillige styreverv, deriblant nestleder i Norges Handikapforbund Ungdom Oslo. Siden 2019 har hun vært styremedlem i LHL Hjerneslag Oslo og Akershus. 27-åringen har vært gjennom en rekke sykehus- og rehabiliteringsopphold.

– Jeg lå i koma de fem første ukene, så da var det ikke så mye rehabilitering, humrer hun.

– *Hva gjør slag med humoren?*

– Jeg bruker ikke humor bevisst. Jeg har selektiv hukommelse. Jeg husker det positive, mens foreldrene mine husker en del andre sider av det. At jeg har klart å skyve ut det jeg ikke har syntes har vært så bra, forklarer Bøvolden.

Balanse på hesten

Dyr har alltid vært viktig for henne. Hun fikk en drivkraft av å komme tilbake på hesteryggen. Det var også en motivasjon at hun fikk ha med kaninen sin på Sunnaas. Å finne blåbær var belønningen under gå-trening når hun var på blåbærtur med helsepersonalet.

– *Voksne kan ha et bedre utgangspunkt for å forstå konteksten av slag. Forstod du det?*

– Jeg tror ikke jeg forstod det. Det tok lang tid. Jeg hadde det vanskelig på sykehus, men jeg husker kun det positive. Som å finne blåbær og spille musikk. På Ullevål klarte de å gjøre det til noe morsomt. Mer enn trening, minnes Bøvolden.

Etter 15 år på hesteryggen, var det slutt på ridning. Hesten skulle flytte.

– Jeg tror jeg ble mye bedre av å være på hesteryggen. Jeg fikk mer balanse og styrke på mange områder. Hestene lærte seg hvordan jeg red med én hånd, ikke to som er vanlig. Jeg fikk spesiallagde enhåndstøylar på Beitostølen. Jeg måtte lære meg å styre hesten på en annen måte, sier hun. ■

Foreslår styrking av Forsterket rehabilitering Aker

Byrådet la i september frem sitt forslag til budsjett 2022 for Oslo kommune. I budsjettforslaget for 2022 foreslås tre millioner kroner til Helseetaten årlig for å videreføre utvidelsen av Forsterket rehabilitering Aker (FRA), fra 23 til 25 sengeplasser.

Av Martin Aasen Wright

«Dette er et steg i riktig retning», skriver leder i LHL Hjerneslag Oslo og Akershus, Ove Hellevik i et brev til byråd Robert Steen (bildet). Hellevik viser også til det han oppfatter som et gjennomslag for brukerorganisasjonen: «LHL Hjerneslag og LHL Hjerneslag Oslo og Akershus er opptatt av å styrke samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og å styrke det samlede rehabiliteringstilbudet for hovedstadens innbyggere. Derfor er vi fornøyd med at det i byrådets budsjettforslag for 2022 pekes på at man vil utarbeide en overordnet plan for rehabilitering i Oslo kommune. Dette er noe vi har tatt til orde for tidligere. Vi forventer at brukerne, blant annet vi som den største brukerorganisasjonen for slagrammede og pårørende, og som også representerer brukere med andre ervervede hjerneskader, blir involvert i dette arbeidet.»

Oslo-budsjettet behandles i desember.



Foto: Oslo kommune

Etterlyser erfaringer fra slagrammede og pårørende

LHL Hjerneslag og LHL Hjerneslag Oslo og Akershus etterlyser brukerperspektivet fra Oslo kommune i en viktig rapport om rehabiliteringstilbudet i hovedstaden. Oslo kommune bekrefter at bruker- og pasientorganisasjoner skal bli hørt.

Av Martin Aasen Wright



BRUKERMEDVIRKNING: Ove Hellvik, leder i LHL Hjerneslag Oslo og Akershus, ber om at brukerne blir hørt av Oslo kommune. (Foto: Tommy Skar)

Oslo kommune er i gang med å utarbeide en rapport om rehabiliteringstilbudet i Oslo. Oppdraget er gitt til konsultantselskapet Deloitte. Frem til nå er ikke LHL eller LHL Hjerneslag som representerer den store gruppen som er direkte berørt av tjenestene, blitt kontaktet av Deloitte.

Ikke involvert

I et brev til kommunen, representert ved Robert Steen, byråd for helse, eldre og innbyggertjenester, skriver leder av LHL Hjerneslag Oslo og Akershus, Ove Hellevik og generalsekretær Tommy Skar at «om det er riktig at Deloitte ikke har involvert brukerne, og Oslo kommune heller ikke har gitt føringer om dette, er det overraskende og skuffende. Hvilken verdi en slik rapport da vil ha, stiller vi oss undrende til.»

Hellevik og Skar legger til: «Dersom Oslo kommune

gjennom Deloitte er opptatt av brukernes synspunkter, erfaringer og kompetanse, kan LHL Hjerneslag Oslo og Akershus stille opp til samtaler og møter.»

Bekrefter innspillsmøte

Oslo kommune svarer foreløpig i et brev til LHL Hjerneslag at så langt er «fakta innhentet fra tjenester i Oslo kommune, andre kommuner i Norge og spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker også å inkludere kunnskapen som brukere besitter, og vil ta initiativ til å innhente fakta fra bruker- og pasientorganisasjoner. Videre vil bruker-, pasient- og ansattorganisasjoner også bli involvert i arbeidet med overordnet plan for rehabilitering.»

Brevet avsluttes med en bekreftelse på at en invitasjon til innspillsmøte vil komme. Før SlagNytt gikk i trykken, kom det invitasjon til møte (som var 25. november). ■

Endret navn

Under årsmøtet 30. august 2021 på Thon Hotel Opera i Oslo sentrum endret lokallaget navn fra LHL Hjerneslag Oslo til LHL Hjerneslag Oslo og Akershus. Bakgrunnen for navneendringen er å være relevant også for slagrammede, personer med ervervet hjernesladd og pårørende utenfor hovedstaden som ønsker tilknytning til LHL Hjerneslag Oslo. Vedtaket var enstemmig.

Støtte LHL Hjerneslag Oslo og Akershus?

Dersom du tipper hos Norsk Tipping, så registrer din grasrotandel på oss (er du allerede registrert på en annen mottaker, og du ønsker å endre dette, er det fullt mulig): Send SMS «Grasrotandelen» 922547815 til 60000

Vellykket orienteringskurs

Denne høsten har LHL Hjerneslag Oslo og Akershus i samarbeid med Oppsal Orientering og Norges Orienteringsforbund arrangert orienteringskurs for slagrammede og personer med ervervet hjernesladd.

I løpet av seks samlinger på Haraløkkå og ved Nøklevann skole har deltakerne fått lære noe nytt og erfare at de kunne få til noe som de ikke hadde gjort før, og som var god kognitiv og fysisk trening samtidig. Alle uansett kognitivt og/eller fysisk utgangspunkt har vært velkommen til å delta.

Utfordret konsentrasjon og hukommelse

Det har vært med deltakere som har fatigue, kognitive utfall og synshemming, balanseutfordringer eller nedsatt bevegelse, uten at det på noen måte har lagt nevneverdig demper på motivasjonen for å lære å lese kart og terreng, og bruke kompass. Aktivitetene har på forskjellig vis og med ulik vanskelighetsgrad utfordret deltakerne på konsentrasjon, hukommelse, retningssans og romforståelse. Det har vært rundt ti deltakere på kurset, med noe frafall de to siste kveldene.

Kurset hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten god hjelp fra ressurspersoner i orienteringsmiljøet. – LHL Hjerneslag Oslo og Akershus ønsker å takke de dyktige instruktørene Sofie Solheim Undeberg og Tale Hvenekilde, Anette Bjordal, Helge Solheim og Arild Andersen (alle fra Oppsal Orientering), Emilie Westin (Nydalen SK), Lone Brochmann (fagkonsulent for paraidrett i Norges Orienteringsforbund) og Vigdis Hobøl (leder i Oppsal Orientering), sier initiativtaker og kursleder Martin Aasen Wright.

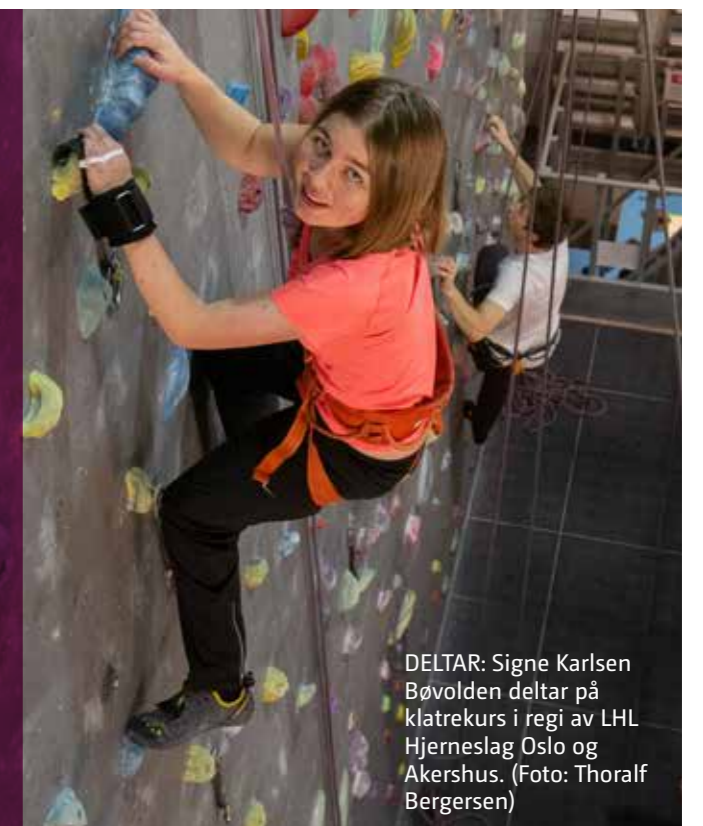
– Og ikke minst en stor takk til deltakerne for all entusiasme og læringsvilje!

Kurset har mottatt økonomisk støtte fra Stiftelsen Dam. ■

Klart for nytt klatrekurs

Bor du i Oslo-området (for eksempel i Akershus, Buskerud, Oslo eller Østfold) og er interessert i klatring? Da har LHL Hjerneslag Oslo og Akershus ledige plasser også for ikke-medlemmer på klatrekurs.

Interesserte kan kontakt Thoralf Bergersen for mer informasjon om tid og sted og for påmelding:
thoralf.bergersen@gmail.com
 mobil 905 83 826.



DELTA: Signe Karlsen Bøvolden deltar på klatrekurs i regi av LHL Hjerneslag Oslo og Akershus. (Foto: Thoralf Bergersen)

TVERRFAGLIGHET: På Skogli legger de vekt på en tverrfaglighet slik at pasienten skal oppnå sine målsetninger. (Illustrasjonsfoto: Skogli helse -og rehabiliteringssenter)



Skogli: Hjelper mennesker til bedre helse og livskvalitet

I vakre landlige omgivelser på Lillehammer ligger Skogli helse -og rehabiliteringssenter. Et moderne rehabiliteringssenter som tar vare på hele mennesket!

Av Julie C. Knarvik

Viktige målsettinger for rehabiliteringen er forbedring av funksjonsevne, selvstendighet, selvhjelpenhet, samt å øke mestringsevne og kunnskap, sier Pia Krøll, spesialfysioterapeut og teamkoordinator på slag-teamet på Skogli.

Skogli feirer i år 75-årsjubileum. Pasienter kan komme fra hele landet, men flest kommer fra Helse Sør-Øst. Pasientgruppene er delt inn i fargekoder og «Slag og traumatisk hjerneskade» går under «Lilla team».

Tverrfaglig tilbud

Skogli har et bredt sammensatt tverrfaglig tilbud.

– På lilla team har vi leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, en logoped og så trekker vi inn syns-pedagog, psykolog, sosionom, klinisk ernærings-fysiolog, ortopediingeniør og idrettspedagog etter behov. Det er pasientens problemstilling eller mål for oppholdet som avgjør hvem vi kobler på. Lilla team har

tilbud om primær rehabilitering og sekundær rehabilitering. Primær rehabilitering er pasienter som kommer fra sykehuset kort tid etter at de har hatt hjerneslag. I sekundær rehabilitering henvises de for å intensivere rehabiliteringen, når man ser at tilbudet de har lokalt ikke strekker til og når de har problemstillinger som gjør at man må jobbe mer tverrfaglig og mer intensivt.

En viktig rehabiliteringsplan

– Pasientene møter lege, fysioterapeut og koordinator når de kommer. Koordinatoren har en sentral rolle i det å sy sammen rehabiliteringstilbudet, og sammen med pasienten lage en rehabiliteringsplan. Her prøver vi å være så konkret som mulig for mål og hvilke tiltak som knyttes opp mot målene. Rehabiliteringsplanen er den røde tråden i rehabiliteringen, sier Pia.

Et helhetlig tilbud

Skogli har et rikt tilbud. Det er samtalegrupper med erfaringsutveksling.



ANBEFALING: Ann Kristin Thorsen er veldig fornøyd med oppholdet på Skogli. – Dette kan jeg virkelig anbefale, sier hun. (Foto: Julie C. Knarvik)

– Å møte andre i samme situasjon kan være godt for mange. Man opplever at man ikke står alene om problemene, selv om slagpasienter er forskjellige og har ulike utfordringer.

På tirsdager er det trimgruppe i gymsalen.

– De trener balanse, koordinasjon og har hukommelseslek. På torsdager er vi på tur med lilla gruppe. Vi har fokus på uterehabilitering, og tar ofte en quiz-runde, spiller boccia eller stige-golf. Vi har en gapahuk, og vi bruker aktivt lokalmiljøet. Det å få brukerne ut på en annen arena oppleves positivt. Det er mye trening i det, sier Pia.

Ann Kristin Thorsen (50) kommer tilbake fra en fjelltur med turgruppa. Trebarnsmoren fra Arendal fikk hjerneslag for ett og et halvt år siden og er på et tre ukers rehabiliteringsopphold.

– Dette kan jeg virkelig anbefale, sier hun.

Hun har trening hver dag og egentrening i helgen.

– Når jeg først er her så ønsker jeg jo å bli bedre.

Arm og håndtrening

– Vi har og et tilbud to-fire ganger i året med intensiv arm -og håndtrening (CIMT). Det er en gruppe på inntil fire personer som har et intensivt opplegg for trening av hånd. Prinsippet går ut på at man skal trene den svake hånden mens man har en vott på som hemmer bruk av den friske hånden. Dette er et samarbeid mellom ergoterapeut og fysioterapeut, sier Pia.

Skogli har og en kultur -og sosialkoordinator. Hun synger med pasientene og bruker det for å stimulere den mer kreative delen av hjernen.

– Hun og logopeden har ofte et samarbeid. I tillegg kommer Solvor Engen, som er vår brukerpersone, hver tredje uke og treffer pasientene. Hun er en meget ressurssterk dame, med mye å bidra med om det å møte livets utfordringer.

– Skogli er et utrolig flott rehabiliteringssenter. Og jeg er glad for at de vil bruke meg som likeperson for de som opplever motbakke i livet, sier Solvor.

FIRST-prosjekt

Slagteamet på Skogli deltar i et forskningsprosjekt om gangtrening for slagpasienter, i samarbeid med Regional kompetansesenter for rehabilitering (RKR) (som er en avdeling under Sunnaas sykehus HF). Forskning gjort i USA viser at det å trene på høy intensitet er mer effektivt i det å bedre gangfunksjonen hos slagrammede.

– Vi ser frem til å starte opp med høyintensiv gangtrening neste år, og håper det vil være med på å gi gode resultater for våre pasienter, sier Pia. ■



LIKEPERSON: Solvor Engen er som likeperson en stor ressurs på Skogli. Hun holder jevnlig foredrag og har mye å bidra med i forhold til å møte livets utfordringer. – Skogli er et utrolig flott rehabiliteringssenter, sier Engen. (Foto: Julie C. Knarvik)

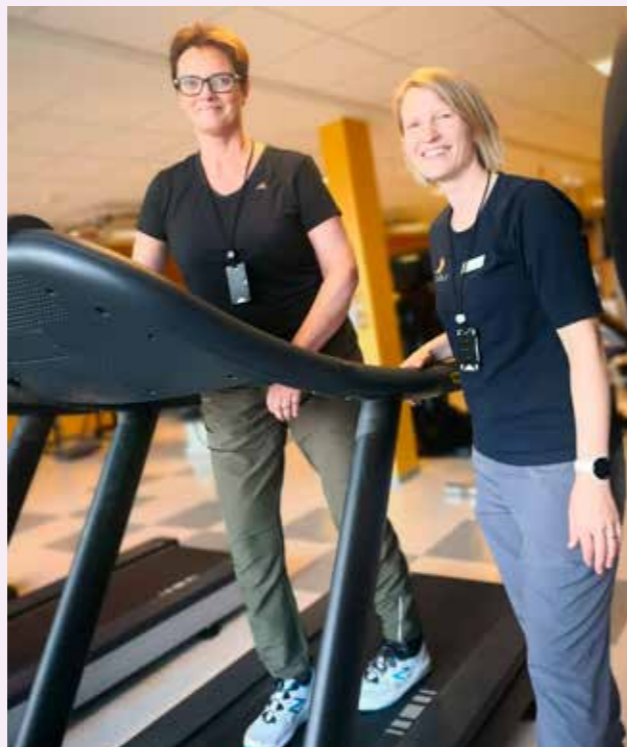
Rehabiliteringsråd fra Skogli

Til den slagrammede:

1. Gjør en aktivitet du liker!
2. Avtal med noen om å gå tur. Gjør det sosiale til trening og gå en tur sammen
3. Finn en motbakke og bli andpusten og svett
4. Planlegg dagen med bare ett prosjekt om gangen. Posjoner ut energien
5. Bruk den svake hånden mest mulig. Bestem deg for noen faste aktiviteter som du alltid gjør med den hånda, f.eks. å ta ut av oppvaskmaskinen
6. Tren språk og tale gjennom sang. Da trener du og den mer kreative delen av hjernen

Til pårørende:

7. Pårørende er pasientens viktigste støttespiller. Gi tid og ikke hjelp med aktiviteter den slagrammede kan gjøre selv. De vil oppleve mestring ved å klare det selv
8. Pårørende må ta imot hjelp og avlastning. Søk råd og hjelp hos fagpersoner



TRENING: Ann Kristin Thorsen trener hver dag og har egen trening i helgen. Her er hun i treningsstudioet sammen med spesialfysioterapeut og teamkoordinator, Pia Krøll. (Foto: Julie C. Knarvik)

SKOGLI

helse og rehabilitering

Har du hatt hjerneslag eller traumatisk hjerneskade?

VI TILBYR:

Døgnopphold på 3-4 uker

Rehabiliteringen tilpasses utifra den enkeltes ressurser og mål. Deltakerne får individuell oppfølging etter behov som f. eks:

- Synsvurdering av synspedagog/synstrening med ergoterapeut
- Språktrening med logoped
- Gang- og funksjonstrening med fysioterapeut
- Trening av daglige aktiviteter med ergoterapeut eller sykepleier
- Samtale med psykolog/sosionom
- Medisinsk vurdering av lege

Noen aktiviteter foregår i gruppe: Utegruppe, samtalegruppe, trimgruppe, sanggruppe, tur og undervisning

Vi samarbeider med slagforeninger og likepersoner som deler erfaring og informasjon.

Intensiv arm- og håndtrening

Skogli tilbyr intensiv arm- og håndtrening (CI-terapi) etter et hjerneslag. Kurset er et 3 ukers gruppeopphold og arrangeres 2-4 ganger årlig.

Målet med treningen:

- Øke oppmerksomheten mot den svake armen/hånden.
- Bruke den svake armen i alle aktiviteter der dette er naturlig og hensiktsmessig.
- Bedre arm/håndfunksjon i viktige aktiviteter for deltakeren.
- Øke selvstendighet og mestring av daglige aktiviteter.
- Det kreves noe aktiv funksjon i hendedd/fingre.



Slik søker du:

Gjennom fastlegen eller andre som kan henvise til spesialisthelsetjenesten. Skogli har avtale med Helse Sør-Øst og man kan søke fra hele landet.



Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS har vært CARF-akkreditert siden 2010



Ny kaptein på LHL-skuta

Når Bjørn Egil Bjørnstad (bildet) overtar lederklubba i LHL har han en klar visjon: Bygge organisasjonen gjennom å satse på skolering av tillitsvalgte og styrke lokallagene.

Av Tommy Skar (tekst) og Torgrim Rath Olsen (foto)



Bjørnstad er ingen førstereisgutt i LHL. Etter et hjerteinfarkt i 2001 ble han medlem året etter. På et møte i lokallaget gjorde han det han har for vane når det kommer spørsmål om å gjøre en innsats; han rakk opp hånda. Dermed ble han både den første triminstruktøren i LHL Tromsø og styremedlem i laget. I dag kan notere seg 12 år som lokallagsleder.

Da valgkomiteén skulle sette sammen sentralstyret før høstens landsmøte, hadde Bjørnstad bestemt seg for gjenvalg.

– Jeg ville bidra til å fullføre omstillingsprosessen LHL har vært gjennom de siste årene, men jeg hadde ikke planer om å bli leder, forteller han.

Men som 1. nestleder fant valgkomiteén det naturlig. Og det gjorde også mange andre, og ikke minst landsmøtet som enstemmig valgte 76-åringen.

Sterk LHL-tilknytning

For Bjørnstad er LHL-tilknytningen sterkere enn bare eget medlemskap og solide innsats. Det startet med en mor og far som begge hadde tuberkulose. Slik sett kan Bjørnstad nesten sies å være inkarnasjonen av LHLs stolte historie, som startet som Tuberkuloses hjelpeorganisasjon (THO) i 1943. Før THO ble til Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, LHL, i 1961, solgte foreldrene THOs blad. Faren drev bingo til inntekt for LHL, og begge deltok de i å bygge opp LHLs daværende rehabiliteringssenter i Skibotn.

Bjørnstads har også en stolt yrkesbakgrunn. Flyelektroingeniør fra Forsvaret. Ingeniør i Terma Radarfabrikk i Danmark. Egen elektronikkbedrift. Servicesjef i Telesystemer. Salgssjef i Vesta Hygea. Salgssjef i Color Line. Salgssjef og daglig leder i Tromsø Boligbyggerlag. Det er bare noen av punktene fra hans fyldige CV.

Drivkraft

Men i dag er det frivilligheten som driver den nye LHL-lederen. Noen verv er nevnt, men vi kan legge til både likeperson- og brukerrepresentantoppgaver. Og det er innenfor disse områdene han har sitt engasjement for LHLs grupper, enten de er slagrammede, hjerte- og lungesyke, eller har astma og allergi:

– Bedre rehabilitering og oppfølging, er en kampsak, proklamerer Bjørnstad.

Og han er opptatt av potensialet i forebygging.

– Mye handler om hva du selv kan bidra til gjennom en sunn livsstil, sier han.

Fra alle deler av LHL og LHL Hjerneslag vanker det nå godord og tillitserklæringer. Det er godt å ha med seg når man som kaptein skal føre den store LHL-skuta ut i nytt farvann. ■

Landsmøte i Afasiforbundet i mai 2022

Afasiforbundet i Norge arrangerer landsmøte på Quality Airport Hotel Gardermoen 20.-22. mai neste år. Forbundet har treårige landsmøteperioder. Ledelsen i forbundet er i full gang med å planlegge møtet, som foruten ordinære årsmøtesaker, også skal bestå av interessante foredrag og en kursdel.

Slagrammede med en sterk hånd på LHL-rattet

Tre av 11 faste møtende tillitsvalgte i LHLs mektige sentralstyre har hatt slag. Både valget og LHLs nye vedtekter, strategi og program manifesterer LHL som landets ledende slagorganisasjon.

Av Tommy Skar

De tre som etter landsmøtet tar plass i sentralstyret, som skal representere alle diagnosegrupper og styre hele LHLs virksomhet, er Merethe Landaas, Asle Giske og Bente Endresen.

Her er LHLs nye sentralstyre med vara fra samme fylke:

Leder: Bjørn Bjørnstad, Troms og Finnmark (Ingrid Johanne Olsen)

1. nestleder: Ann-Helén Stanges, Viken (Ragnhild Mork)

2. nestleder: Øystein Bjørnes, Trøndelag (Irene T. Andersen)

Medlem: Rolf Hagen, Agder (Knut Aashamar)

Medlem: Merethe Landaas, Vestland (Jan Oddvar Gjerde)

Medlem: Øystein Johansen, Vestfold og Telemark (Rita Andersen)

Medlem: Else Magni Horten, Innlandet (Knut Bjarne Raddum)

Medlem: Asle Giske, Møre og Romsdal (Odd Arne Grande)

Medlem: Bente Endresen, Oslo (Bernhard Rudjord)

Medlem: Tor J. Strand, Nordland (Sigbjørn Berg)

Medlem: Lilly-Karin Olsen, Rogaland (Gunnar Hønningstad)



GJENVALG: Ragnhild Mork, kjent som Slagdama, fortsetter som vara i LHLs sentralstyre. Her er hun sammen med ektefelle Per Kristian Knudsen, som er talsperson for LHL Hjerneslag Ung Buskerud. (Foto: Privat)



Totalleverandør av ortopediske hjelpemidler

Vi skaper bevegelse!

Atterås er en ortopediteknisk klinikk som lager og tilpasser alle typer ortopediske hjelpemidler innen ortoser, benproteser, spesialsko og fotsenger/såler. Vi jobber tverrfaglig og har tett samarbeid med fysioterapeuter. Våre medarbeidere har god kunnskap og erfaring med tilpassing av ortopediske hjelpemidler til slagrammede.

Lurer du på om vi kan hjelpe deg?

Ta kontakt med oss på:

93 68 60 00

post@atteraas.no

www.atteraas.no

Møllendalsveien 1, 5009 Bergen

Spesialsko
Fotsenger
Innleggssåler

Ortoser
Proteser



LHL Hjerneslag Norge rundt

Flere fylkesutvalg og lokallag i LHL utgir egne medlemsblader. Ett av disse er «Nytt», som utgis av LHL Ringsaker.



15. september arrangerte LHL Hjerneslag pårørende-webinar. Her kan du se opptak av webinarret: www.lhl.no/arrangementer/webinar-hvordan-takle-rollen-som-paerørende-til-en-slagrammet/

28. september besøkte LHL Hjerneslag Oslo og Akershus – med støtte fra Stiftelsen Dam – Kistefos Museum. To av de som deltok, som er trofaste deltakere på lagets arrangementer, er Magni Martens og Finn Tschudi.



LHL Hjerneslags tillitsvalgte er stadig i riksmedia. 29. september hadde Dagbladet forsideoppslag og tre helsider med blant andre Bente Endresen.



7. september ble LHL Hjerneslag Ung Telemark etablert under et åpent møte i Skien. Talsperson for nettverket er Elisabeth Ripegutuvike (t.h.). På etableringsmøtet deltok Hilde Magelssen (t.v.) med foredrag om fatigue.



20.-21. september arrangerte LHL Hjerneslag samling for talspersoner i LHL Hjerneslag Ung-nettverkene. På samlingen ble Remi Dragset fra LHL Hjerneslag Ung Østfold valgt til leder for gruppa, og med seg i arbeidsutvalget har han Nils Espen Lilleheim fra LHL Hjerneslag Ung Nordvestlandet og Hilde Magelssen fra LHL Hjerneslag Ung Oslo og Akershus. (Foto: Ingeborg Sleipnes Sivertsen)



2.-3. oktober arrangerte LHL Hjerneslag Ung Trøndelag regional ung-samling med deltakere fra Trøndelag og Møre og Romsdal. På bildet er noen av bidragsyterne og organisatorene.



20. oktober deltok LHL Hjerneslag, LHL Hjerneslag Barn og Ungdom, LHL Hjerneslag Oslo og Akershus, LHL Hjerneslag Ung Oslo og Akershus og Afasiforbundet i Norge på dialogmøte med Sunnaas sykehus HF. På bildet, fra venstre: Bente Endresen, klinikkoverlege Frank Becker, Martin Aasen Wright, Ove Hellvik, Bente Nicolaysen og Marianne Brodin. (Foto: Tonje Werner)



4. november arrangerte LHL Flekkefjord og Lund møte, hvor 80 deltakere kunne høre Kristin Modalsli Sand (t.h.), MD, ph.d. ved Sørlandet sykehus HF Flekkefjord, orientere om hjerneslag. Etter foredraget kunne lagets leder, Svein Grønsund, og nestleder Ellen Matsen (t.v.), overrekke en sjekk på 10 000 kroner til slagenheten på Flekkefjord sykehus.



6.-7. november arrangerte LHL Hjerneslag Ung Rogaland regional ung-samling.



12.-13. november arrangerte LHL Vestfold og Telemark og LHL Hjerneslag Ung Telemark, i samarbeid med LHL Hjerneslag, mestringskurs på Kongsberg.



28. oktober arrangerte LHL Hjerneslag i samarbeid med Sanden Media, og med støtte fra Stiftelsen Dam, digitalt seminar om usynlige følger av hjerneslag. Programledere var de tidligere NRK-journalistene Lin Iren Giske Andersen fra LHL Hjerneslag Ung Rogaland og Brita Sørli Jærnes fra Sanden Media.



4. november deltok generalsekretær Tommy Skar i LHL Hjerneslag og generalsekretær Marianne Brodin i Afasiforbundet i Norge på høring i Stortingets helse- og omsorgskomite om statsbudsjettet for 2022.



11. november besøkte LHL Hjerneslag Oslo og Akershus – med støtte fra Stiftelsen Dam – det nye Munch-museet.

Roger Dragsten Moe, leder i LHL Hjerneslag Ung Trøndelag, er valgt til leder i fylkestyret i LHL Trøndelag. Moe skal dermed lede LHLs arbeid for å skape gode tilbud for hjerte- og lunge-syke, slagrammede og personer med astma og allergi i dette store og viktige fylket. (Foto: Ingeborg Sleipnes Sivertsen)





OPPFORDRING: Lær deg hovedsymptomene på hjerneslag, og ring 113 umiddelbart om de oppstår, sier Thoralf Bergersen i LHL Hjerneslag, som er én av mange som driver aktivt opplysningsarbeid. (Foto: Siv Dolmen)

Geografiske forskjeller på hvor raskt man ringer 113

Det er geografiske forskjeller på hvor raskt man ringer 113 ved symptomer på slag. Derfor må vi få en ny, forsterket Prate, Smile, Løfte-kampanje, krever LHL Hjerneslag.

Av Tommy Skar

Hjerneslag er en alvorlig diagnose, men prognosene er gode om man kommer rakt til diagnostisering og behandling.

Hovedsymptomer på slag er plutselig problemer med å prate, smile eller løfte.

– I de fleste tilfeller er det, som de tre ordene forteller, halvsidig nedsatt kraft i arm/bein, talevansker eller ansiktsskjevhet, som oppstår og indikerer slag. Mange opplever også synsforstyrrelser, som tap av sidesyn, dobbeltsyn eller blindhet på ett øye. Men andre symptomer kan forekomme: Nummenhet i en kroppshalvdel, nedsatt balanse eller koordinasjon, eller plutselig innsettende, voldsom hodepine som også kan føre til forbigående bevissthetstap, kvalme og oppkast, forteller slagsykepleier og helsefaglig rådgiver i LHL Hjerneslag, Marita Lysstad Bjerke. Hun opplyser at symptomer på slag inntreffer plutselig og uventet.

Ikke nådd målet

I pakkeforløp hjerneslag er det et mål om at 50 prosent skal ha kontaktet AMK 113 innen 15 minutter fra symptomdebut. Fra pakkeforløp hjerneslag har Norsk hjerneslagregister oversikt over andel pasienter i 2021 (til og med 2. tertial) som varslet AMK innen 15 minutter fra symptomdebut. Oversikten viser store geografiske forskjeller. Sykehuset som topper

statistikken har en andel på 50 prosent, mens det dårligste er nede på åtte prosent.

For helseregionene er andelen slik:

- Helse Sør-Øst: 24,5 prosent
- Helse Vest: 23,1 prosent
- Helse Nord: 21,6 prosent
- Helse Midt: 18,8 prosent

Ny symptomkampanje

Fordi det er så viktig at alle kjenner til symptomene på hjerneslag, fordi slag er en alvorlig diagnose, og fordi mange ringer AMK 113 sent, krever LHL Hjerneslag myndighetene bevilger penger til en ny, forsterket «Prate, Smile, Løfte-kampanje». Organisasjonen tar nå til orde for at Helsedirektoratet etter en slik bevilgning legger til «Se» fordi synsforstyrrelser går igjen i ofte rapporterte symptomer.

Også Norsk hjerneslagregisters årsrapport for 2020 dokumenterer behov for å satse på informasjon om symptomer. Her kan vi lese at det er stor variasjon i andel pasienter med hjerneinfarkt som blir innlagt innen fire timer etter symptomdebut, og som dermed er aktuelle for trombolyse (blodpropløsende middel). Andelen ble redusert fra 45,9 prosent i 2018 til 43,7 prosent i 2020. ■

Ta ditt neste steg!

Ta ditt neste steg med WalkAide II. WalkAide II er et hjelpemiddel for deg med droppfot etter en sentral nerveskade. WalkAide II følger opp den mangeårige suksessen fra WalkAide I, og kombinerer den nyeste smartteknologien og et elegant design for å optimalisere ditt ganglag.



Art.nr.: 25-1000

Produktfordeler:

- Den nyeste og mest avanserte teknologien som er tilgjengelig
- Innebygde metallektroder - Ingen deler krever utskiftning
- Kan styres trådløst fra din smarttelefon (iPhone/Android)
- Tilpasser seg til din gange og gir et fint løft av foten
- 10 timers brukstid per opplading - Lades via USB
- Lett å holde ren, kan vaskes med vann (IP66)
- Slankt design, nærmest usynlig under klær
- To års garanti fra produsent*

Se mer og kontakt oss!



<https://www.cypromed.no>
service@cypromed.no
 Tel: 62 57 44 33

Nyhet! Nye SaeboStep er nå tilgjengelig!
 Nå med firepunktsfeste og enda stødigere løft!
 Den samme gode droppfotortosen,
 bare enda bedre!





a

ALFESS™

aller DET NYESTE INNEN ELEKTRISK DROPP-FOTORTOSE

ALFESS Fotløftsystem er utviklet for å hjelpe deg som har droppfoot til å gå mer naturlig og stabilt, med bedret selvtilit og trygghet.

Den avanserte ALFESS-teknologien gir små, elektriske impulser til nerver og muskler for å løfte foten, slik at man får økt mobilitet og en bedre gange. ALFESS kan også benyttes til passiv trening mens du sitter eller ligger.



Mer robust enn tidligere systemer.
Støv- og vanntett.



Innebygget oppladbart batteri. Lades opp via en USB-/magnetkabel



Skandinavisk design og så slank at den er tilnærmet usynlig under vanlige klær.



Innebygde elektroder i rustfritt stål som aldri behøver byttes.

- Styres med en enkel app på mobilen, en liten fjernkontroll eller direkte på systemet – valget er ditt.
- Systemet leser underlaget og tilpasser seg deretter for å gi en naturlig gange uten noen sensor i sko.
- Løfter foten like mye med mindre strøm enn tidligere og gir derfor mer komfortabel.
- Lett og ta av og på med en hånd og enkelt å plasserer riktig rundt leggen.

Ønsker du å prøve ALFESS, ta kontakt med ditt ortopediske verksted eller Alfimed på telefon 92 49 88 00 eller info@alfimed.no

alfimed