

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 30.05.2012
Sakhandsamar: **Ingeborg Aas Ersdal**
Saka gjeld: **Regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i Helse Vest.**

Styresak 072/12 B

Styremøte 22.06. 2012

Forslag til vedtak

1. Regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i Helse Vest, blir lagt til grunn for vidareutvikling av slagbehandlingstilbodet i regionen.
2. Helseføretaka må utarbeide eigne standardiserte pasientforløp og prosedyrar i samarbeid med kommunane i opptaksområdet, for å sikre kontinuitet og kvalitet i slagbehandlingsskjeda i alle fasar. Den regionale planen må bli lagt til grunn for dette arbeidet.

Oppsummering

Med bakgrunn i føringar i oppdragsdokumentet for 2010 er det utarbeida ein regional plan for behandling og rehabilitering av hjerneslag, som omfattar heile slagbehandlingsforløpet til hjerneslagpasienten. Viktige flaskehalsar er identifisert i dei ulike delane av forløpet, og tiltak som kan skape ei samanhengande slagbehandlingskjede er foreslått. Arbeidet tar m.a. utgangspunkt i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag (2010).

I den regionale planen er det spesielt fokus på rask identifisering og behandling av akutt hjerneslag, auke av trombolytisk behandling, akutt behandling og tidleg rehabilitering i slageiningar i tråd med retningslinja, teleslagløyning for dei små sjukehusa, nok kapasitet/bemanning/ kompetanse i både slageining og i rehabiliteringsavdelingar, tidleg støtta utskrivning i samhandling med kommunane, og utarbeiding av standardiserte pasientforløp som sikrar kontinuitet og kvalitet i heile slagbehandlingskjeda.

Høyringane viser ei semje om hovudprinsippa i planen. Mange innspel er tatt omsyn til og innarbeida i planen. Innspel som ikkje er innarbeida, blir spesielt kommentert i saka.

Fakta

I 2009 starta arbeidet med ein regional plan for diagnostikk og behandling av hjerneslag i Helseregion Vest, og rapporten frå arbeidet blei levert i oktober 2010. Med bakgrunn i føringar i oppdragsdokumentet for 2010 er dette arbeidet revidert og utvida til å omfatte heile slagbehandlingsforløpet til pasienten. Viktige flaskehalsar er identifisert i dei ulike delane av forløpet, og tiltak som kan skape ei samanhengande slagbehandlingskjede er foreslått. Revideringa og utvidinga inkluderer forhold som blei peikt på i rapporten frå oktober 2010, slik at dokumentet som no ligg føre, utgjer ein samla regional plan for slagbehandlingskjeda i Helse Vest. Rapporten frå oktober 2010 (Hjerneslagrapporten 2010) ligg ved (vedlegg 5 til den regionale planen).

Den nasjonale retningslinja for behandling og rehabilitering av hjerneslag kom i 2010. Den er i hovudsak lagt til grunn for arbeidet. Andre regionale og nasjonale dokument, som t.d. forløpsrapport for slagamma frå 2009 (rapport frå Helse- og omsorgsdepartementet i samband med samhandlingsreforma) og tilsynsrapportar, er òg nytta som grunnlagsdokument. I tillegg har ei rekke prosjekt i kvalitetssatsinga, såkornprosjekt og samhandlingsprosjekt i Helse Vest, vore retta mot slagamma og/eller pasientforløp. Pasienttryggleikskampanjen har òg behandling av hjerneslag som eit innsatsområde, der det er pågåande eit pilotprosjekt. Alle desse arbeida er nærmare omtala i planen.

Arbeidsgruppa har bestått av representantar frå helseføretaka (både akutt behandling og rehabilitering), Haraldsplass Diakonale sjukehus (HDS), brukarutval, tillitsvalde og to representantar frå Bergen kommune (via KS). Arbeidet har vore leia frå Helse Vest RHF.

Planen har vore til høyring i helseføretaka, hos det regionale brukarutvalet og hos HDS. Bergen kommune blei òg invitert til å kome med høyringsuttale, men har ikkje nytta dette tilbodet. Det blir gjort greie for tilbakemeldingane frå høyringsinstansane under. Moment i høyringane som ikkje alt er omtalt i planen, eller er retta på etter høyringa, blir spesielt kommentert.

Utkast til regional plan og høyringsuttala ligg vedlagt. Unntaket er Helse Bergen som ikkje har kome med eige høyringsbrev, men satt kommentarar og forslag til rettingar inn i høyringsutkast til plan.

Kommentarar

Hovudelement i planen

Hjerneslag er den tredje hyppigaste dødsårsaka i Noreg og ei dominerande årsak til alvorleg funksjonshemming. Kvart år får nesten 15 000 personar hjerneslag i Noreg. Om lag 25 prosent av dei har hatt hjerneslag tidlegare (= residivslag). Årleg blir det registrert om lag 2500 nye tilfelle av TIA (midlertidig episode med nevrologisk dysfunksjon).

Rask identifisering og behandling av akutt hjerneslag kan redde liv og hindre eller redusere hjerneskode. For mange hjerneslagpasientar vil konsekvensane av slaget bli mindre ved tidleg start av behandling og rehabilitering. Det er avgjerande for livskvaliteten og funksjonsnivået til den enkelte og er positivt samfunnsøkonomisk.

Eit viktig mål for den regionale planen er å fremme tiltak som kan skape ei samanhengande slagbehandlingskjede, både i spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og spesielt kommunane. Det er lagt vekt å finne fram til flaskehalsane og brot i behandlingsskjeda, for å kunne identifisere dei viktigaste tiltaka.

Det er vidare utarbeida relativt detaljerte pasientforløp for akuttfasen av slagbehandlingskjeda og rehabiliteringsfasen i rehabiliteringsavdelingar. Desse ligg med som vedlegg til planen. Forløpa er tenkt som utgangspunkt for lokale tilpassingar i helseføretaka. Prosjektgruppa legg i hovudsak til grunn framstillinga av slagbehandlingskjeda i den nasjonale retningslinja for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, men foreslår nokre forbetringar som blir gjort greie for under.

Fokus i planen for å nå måla, delt opp etter dei ulike fasane i forløpet:

Førebygging

Primærførebygging, som er å styrkje helsa og hindre sjukdom eller skadetiltak, er primært kommunehelsetenesta sitt ansvar. Spesialisthelsetenesta har likevel òg eit ansvar for å bidra med kompetanse og råd til m.a. kommunehelsetenesta om primærførebygging og befolkningsretta førebygging, det vil seie folkehelsearbeid. Ei av flaskehalsane som er identifisert i planen er manglande kunnskap i befolkninga om symptomattkjenning. Eit viktig forbetringstiltak i den regionale planen er derfor:

- Informasjonskampanje både lokalt og nasjonalt, om symptomattkjenning retta mot befolkninga og mot fastlegar.

Tidleg diagnose og rask intervensjon

Tidsaspektet i denne fasen av slagbehandlingskjeda er kritisk for overleving, funksjonsnivå og livskvalitet. Det er vesentleg for utfallet at pasienten kjem tidleg til eit sjukehus med rett kompetanse og effektiv organisering. Rask intervensjon er avgjerande for behandlingseffekten, og er i tillegg økonomisk gunstig.

Dei viktigaste forbetringstiltaka i den regionale planen er som følgjer:

- Prosjektgruppa foreslår ei forbetring av det akutte pasientforløpet i forhold til forløpet som er beskrive i den nasjonale retningslinja. Forbetringa inneber at alle personar med symptom på akutt hjerneslag, både forbigåande (TIA) og permanente symptom, skal til sjukehus / akuttmottak. Retningslinja har beskrive eit forløp der TIA pasientar ikkje skal direkte til sjukehus. Prosjektgruppa meiner at TIA er ein vanskeleg diagnose, der det lett kan bli gjort feil vurderingar, og at diagnostikken derfor ikkje bør overlatast til lege utanfor sjukehus.
- Rutinar i alle helseføretak for oppfølging av den nasjonale retningslinja når det gjeld prehospitale tenester og varsling / behandling av slagpasientar.
- Nok kompetanse /bemanning, utstyr og geografisk dekning til å utføre tidleg diagnostikk og rask intervensjon i tråd med den nasjonale retningslinja.
- Det er ei uttrykt nasjonal målsetting at alle som kan ha nytte av det skal behandlast med trombolysa så raskt som mogleg¹. Den regionale planen har satt som eit mål at minst 20 prosent av alle pasientar med hjerneinfarkt og 40–50 prosent av dei som blir innlagde innanfor

¹ Frekvens av trombolytisk behandling blir målt gjennom ein nasjonal kvalitetsindikator, der talet på og delen av pasientar under 80 år med hjerneinfarkt, som får trombolysbehandling, blir målt. Trombolysa er ein medikamentell behandling som løysar opp blodproppar.

eit tidsvindaug på 4,5 timar², bør få trombolyse. Det overordna målet er at trombolytisk behandling skal starte innan 30 minutt etter innkomst sjukehus/ akuttmottak. Jo tidlegare behandling, desto betre resultat.

- Trombolytisk behandling krev nevrologisk vurdering. Ikkje alle små sjukehus i Helse Vest har nevrologisk kompetanse. Det er derfor nødvendig at små sjukehus, som behandlar pasientar med akutt hjerneslag, må nytte teleslag for å få nevrologisk vurdering og slik sikre heildøgns omgåande diagnostikk og trombolytisk behandling. Det er delvis utvikla eit teleslagnettverk i Helse Vest. Det blir arbeidd med å få eit fungerande operativt nettverk som del av Helse Vest sin teknologiplan sitt program «Bilettdiagnostikk og behandling».
- Barn og pasientar med openbart store slag må direkte til nærmaste store sjukehuset (her Stavanger Universitetssjukehus eller Haukeland universitetssjukehus) med helikoptertransport, for mulig intra-arteriell intervensjonsbehandling. Dei skal ikkje til lokalsjukehuset først.

Akutt behandling og tidleg rehabilitering i slageining.

Det er eit styringskrav frå Helse- og omsorgsdepartementet for 2012 at alle pasientar med akutt hjerneslag skal behandlast i slageining. Den nasjonale retningslinja oppgjer anbefalingar om dimensjonering, nødvendig kompetanse og anna organisering i slageiningar. Det er eit viktig tiltak i den regionale planen at akutt behandling og tidleg rehabilitering av slagpasientar skal skje i slageiningar som tilfredsstiller kvalitetskrava i den nasjonale retningslinja.

Dei minste/små sjukehusa har i hovudsak ikkje grunnlag for å etablere eigne slageiningar i tråd med retningslinja. Når det er lang avstand, og dersom transporten til nærmaste sjukehus med slageining og nevrologisk kompetanse tek vesentleg lengre tid enn transporten til nærmaste lokalsjukehus, kan pasientar med akutt hjerneslag vurderast for trombolytisk behandling ved dei minste sjukehusa utan slik slageining. Ein rekkje forhold må vere på plass for at dette skal vere mulig: etablert teleslag opp mot eit stort sjukehus i helseføretaket (nevrologisk konsultasjon), velfungerande og trenar team i akuttmottak, CT-maskin og sjukehuslaboratorium i døgndrift, tilgang til strakshjelps-CT-undersøking under heile akuttforløpet, overføring til sjukehus med slageining og nevrologisk kompetanse etter første akuttvurderinga og/eller trombolytisk behandling.

Andre forbedringstiltak i den regionale planen:

- Etablere rutinar for intern samhandling i sjukehus og med kommunane blant anna for å planleggje pasientforløpa og for å planleggje utskriving tidleg.
- Sikre nok kapasitet for hjerneslagpasientar ved rehabiliteringsavdelingane for å sikre god pasientflyt og rett bruk av kompetansen og plassane i slageiningane.
- Nok nevropsykologisk kompetanse og ressursar for å sikre adekvat vurdering av kognitive utfall i ein tidleg fase, og kompetanse innanfor synspedagogikk i den tidlege rehabiliteringsfasen.

Vidare rehabilitering, oppfølging og samhandling

Denne fasen av pasientforløpet stiller store krav til samhandling mellom nivåa, både i spesialisthelsetenesta og med spesielt kommunane, for å unngå flaskehalsar og brot i slagbehandlingskjeda.

Tidleg støtta utskriving

Eit viktig tiltak i denne fasen er å planleggje for tidleg støtta utskriving. Dette inneber utskriving frå institusjon til eigen heim så tidleg som ein kan gjennomføre det på ein forsvarleg måte, kombinert med oppfølging av eit tverrfagleg ambulant team frå spesialisthelsetenesta og den tverrfaglege rehabiliteringa i førstelinjetenesta. Tidleg støtta utskriving med vektlegging av rehabilitering med basis i heimen er eit av dei best dokumenterte elementa i slagrehabiliteringskjeda. I den regionale planen blir det foreslått at det må bli lagt til rette for tidleg støtta utskriving og etablerast ambulante team, i tett samarbeid med kommunehelsetenesta.

² Det er ikkje anbefalt å gi trombolysbehandling, dersom det har gått mer enn 4,5 timer etter symptomstart (jf. forskning).

Samhandling mellom kommune og helseføretak.

God samhandling mellom aktørane er ein føresetnad for eit godt pasientforløp der pasienten får veldokumentert og koordinert behandling til rett tid i alle fasar av forløpet.

Følgjande tiltak er foreslått:

- For å bidra til avklara samarbeidsforhold og saumlause tenester må helseføretaka og kommunane saman etablere standardiserte pasientforløp for hjerneslagbehandling og rehabilitering på tvers av nivåa. Fastlegane må inkludrast i dette arbeidet. Samhandlingsrutinar må avtalast. Kommunikasjonen må betrast.
- System for å hjelpe kommunane, inkludert fastlegane, med råd, rettleiing og kompetanseutveksling på slagrehabiliteringsområdet.
- Individuell plan som samhandlingsverktøy for aktuelle pasientar.
- Fleire samhandlingsarenaer for å sy saman tenestene mellom nivåa.

Vidare tverrfagleg spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetenesta

Pasientar med alvorlege utfall eller funksjonssvikt etter hjerneslag treng ofte vidare rehabilitering i sjukehus. Følgjande forbetringstiltak er foreslått:

- Sørgje for nok kapasitet for hjerneslagpasientar ved rehabiliteringsavdelingane/AFMR for å sikre god pasientflyt.
- Optimalisere pasientflyten mellom slageininga og rehabiliteringsavdelinga/AFMR og optimalisere organiseringa i rehabiliteringsavdelingane.
- Tilgjengeleg kompetanse ved rehabiliteringsavdelingane/AFMR må vurderast i lys av den nasjonale retningslinja. Kompetanse innan synspedagogikk og kognitiv rehabilitering må bli betre.

Opplæring for pasientar og pårørande – i kommunane og helseføretaka

Opplæringa kan gjere det lettare for slagamma og dei pårørande å leve med utfordringane dei møter i kvardagen, meistre den nye livssituasjonen og ta ansvar for si eiga helse.

Forbetringstiltak er:

- Helseføretaka sitt lærings- og mestringstilbod til slagamma og dei pårørande skal vurderast ut frå kva tilbod som blir bygde opp i kommunane, i tråd med samhandlingsreforma. Oppgåvedelinga med kommunane må inngå i samarbeidsavtalar.
- Pasient- og pårørandeopplæring skal integrerast i dei standardiserte pasientforløpa.

Poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetenesta

Ein poliklinisk etterkontroll i spesialisthelsetenesta éin til tre månader etter utskrivinga er dokumentert viktig og nyttig for funksjonsnivået til pasientane.

Forbetringstiltak er derfor:

- Helseføretaka må sikre at slagpasientar får tilbod om ein fortrinnsvis tverrfagleg poliklinisk etterkontroll om lag tre månader etter utskrivinga.
- Fokus på å fange opp kognitive utfall og sikre vidare formålstenleg oppfølging av dette, med god informasjon til og godt samarbeid med fastlegane.

Rehabilitering i seinfasen

Ut frå dagens kunnskap er det rimeleg å konkludere med at den vesentlege betringa i funksjonsnivået skjer dei første seks månadene, og at rehabilitering dei første tre til seks månadene er svært viktig for langtidsoverlevinga og funksjonsnivået for slagpasientar. Ved nye problem, komplikasjonar eller funksjonsforverring anbefalar likevel den nasjonale retningslinja at spesialisthelsetenesta (poliklinikken eller ambulanseteam) har eit tilbod. Dei private rehabiliteringsinstitusjonane vil òg kunne ha ei rolle her.

Nevropsykologisk vurdering / screening i tidleg fase, og fokus på kognitive utfall ved poliklinisk kontroll, kan fange opp mange med ytterlegare rehabiliteringsbehov i samband med kognitive utfall.

Forsking

Det er i gang forskingsprosjekt som er relaterte til hjerneslagbehandling i Helse Vest, men det må stimulerast til vidare forskning relatert til hjerneslagbehandling og -rehabilitering.

Høyringar

Høyringane viser ei semje om hovudprinsippa i planen, og det blir m.a. understreka at tidsfaktoren i samband med tidleg diagnostikk og korrekt behandling av hjerneslag er like avgjerande som for akutt hjarteinfarkt. Det blir òg kommentert at planen legg opp til stor forbetring og gode pasientforløp.

Mange av høyringsinnspela er ønskjer om presiseringar. Desse er i hovudsak tatt inn i teksten. Det har òg vore innspel om korleis handtering av born med hjerneslag bør omtalast i planen. Dette er tatt inn i teksten. Nokre faktafeil er òg retta opp.

Nokre høyringsinnspel er det behov for å kommentere nærmare:

Trombolyse og intra-arteriell intervensjonsbehandling:

- Det er spørsmål ved skilje i indikator for trombolysebehandling for pasientar over og under 80 år.

Kommentar:

Dette er ein nasjonal kvalitetsindikator som alle sjukehusa i Helse Vest blir målt på kvart tertial. Dette tyder likevel ikkje at pasientar over 80 år ikkje kan få trombolyse. Det er gjort presiseringar i teksten.

- I kap. 4.3 er intra-arteriell intervensjonsbehandling omtalt (sjå over). Høyringsinnspela viser at forslag til forbetringstiltak ikkje er klart nok formulert og kan bli misforstått. Det blir også stilt spørsmål ved om kven som prehospitalt skal vurdere kor pasienten skal sendast, på kva måte, kompetanse til dei som skal vurdere og på kva grunnlag avgjera skal fattast. Det blir kommentert at kan vere vanskeleg å avgjere på eit så tidleg tidspunkt kven som treng intra-arteriell intervensjonsbehandling og ikkje.

Kommentar:

Både tekst om intra-arteriell intervensjonsbehandling og vedlegg 3 (pasientforløp i akuttfasen) er presisert angående korleis pasienten skal vurderast, og når pasienten skal sendast til rett stort sjukehus for mulig intra-arteriell intervensjonsbehandling. Det blir vist til vedlegget i planteksten. Det kjem òg frem i vedlegget at vakthavande lege ved sjukehus må konsulterast ved usikkerheit prehospitalt.

Teleslag:

- Det blir kommentert at teleslag-logistikken har vore vanskeleg å få til å fungere. Det blir stilt spørsmål som: Kva skal til for å sikre nytteeffekt av dette systemet? Kor går grensa for når tilsette får volumerfaring med bruken utan risiko for forseinking?

Kommentar:

Teleslag-logistikken blir det arbeidd med i samband med Helse Vest sin teknologiplan. Vurdering av volumerfaring o.l. er ei vurdering som helseføretaka sjølv må gjere.

Kompetanse og organisering:

- Eit innspel er at planutkastet ikkje seier noko om kor stor ei slageining skal vera for å kunne drivast rasjonelt og stabilt, eller kor grensa for «småsjukehus» i denne samanhengen går. Det er òg eit ønskje om å namngje sjukehusa for å skilje mellom store og små sjukehus.

Kommentar:

Det blir i planen vist til den nasjonale retningslinja for organisering av slageining. Dette, inkludert minimumsbemanning, er detaljert omtala i kap. 5.1 i den regionale planen. Når det gjeld kva for sjukehus der helseføretaka skal byggje opp slageining i tråd med retningslinja (store og/eller små sjukehus), så er dette ei vurdering helseføretaka sjølv må gjere. Den regionale planen understrekar styringsbodskapan om at slagbehandlinga berre skal skje ved sjukehus med slageining (i tråd med retningslinja). Som vist over kan likevel akutt diagnostikk og ev. intravenøs trombolysebehandling skje ved sjukehus utan slageining, dersom føresetnadar som fungerande teleslag m.m. er oppfylt. Det kjem òg frem i den regionale planen at helseføretaka må sørgje for geografisk dekning for å sikre tidleg diagnostikk og rask intervensjon i tråd med den nasjonale retningslinja.

- I eit innspel blir det omtalt som uklart korleis nevrologkompetanse på små sjukehus skal handterast.

Kommentar:

Det er i planen understreka fleire krav til små sjukehus utan slageining og nevrologisk kompetanse, for at dei skal kunne ta imot pasientar med mistenkt hjerneslag. Eit av krava er at den nevrologiske kompetansen må sikrast via teleslag opp mot stort sjukehus. Det er mao. ikkje nødvendig med tilsett nevrolog ved desse sjukehusa, men det er heilt nødvendig å sikre muligheit for konsultasjon med nevrolog via teleslag heile døgnet.

- I kap. 5.1 står det at transport frå eit lite sjukehus til sjukehus med nevrologisk kompetanse etter trombolytisk behandling/ første akuttvurdering, krev legestøtte. I innspel blir det kommentert at dette, saman med transporttid, peikar i retning av auka bruk av helikopter då sjukehusa har lite legeressursar å avsjå, særleg i vakttid. Det blir stilt spørsmål ved om denne konsekvensen er dimensjonert og vurdert, og om kva «legestøtte» inneber i praksis.

Kommentar:

Det har ikkje vore gjennomført ein konsekvensanalyse av dette. På kva måte legestøtta skal skje er ei medisinsk vurdering, som må gjerast i helseføretaka.

Diverse innspel:

- Eit innspel er at det bør setjast saman ei tverrfagleg, regional faggruppe som utarbeider totalforløp for pasientar med TIA/hjerneslag i Helse Vest sitt nedslagsfelt. Forløpet må sikre at pasienten kjem til rett behandlingsnivå utan tidstap, at tilbodet til innbyggjarane er likeverdig så langt det er mulig, og må fylgjast av mindre lokale tilpassingar.

Kommentar:

Det er vurdert at totalforløp bør utarbeidast lokalt. I den regionale planen som no ligg føre er det lagt ved eksempel på forløp for den akutte fasen og for fasen i rehabiliteringsavdeling ved sjukehus. Desse forløpa må, i tillegg til dei omtala forbettringsområda/-tiltaka i planen, bli lagt til grunn for at helseføretaka utarbeidar eigne standardiserte pasientforløp og prosedyrar i samarbeid med kommunane i opptaksområdet.

- Primærhelsetenesta burde vore betre representert i arbeidsgruppa

Kommentar:

Representantar for kommunane blei foreslått av KS. Helse Vest RHF er enig i at det ville vore ønskjeleg med fleire representantar frå kommunane. Samstundes er det i utviklinga av dei lokale pasientforløpa at samarbeidet med kommunane blir spesielt viktig.

- Det blir sakna ei kort omtale av medisinske vurderingane ift. demente og/eller pleietrengande pasientar som blir lagt inn med spørsmål om hjerneslag, og at dei i mange tilfelle bør få eit individuelt tilpassa opplegg med vesentleg meir vekt på god palliasjon enn offensiv utgreiing og behandling.

Kommentar:

Dette er ein medisinsk og etisk fagleg vurdering, som det ikkje er ønskjeleg å legge vekt på i ein regional plan.

- Det blir kommentert at dei private rehabiliteringsinstitusjonane teoretisk kan ha ein funksjon i ein tidlegare fase av behandlingsskjeda enn det som planen foreslår.

Kommentar:

Dei private rehabiliteringsinstitusjonane i Helse Vest har per i dag lite tilbod til denne gruppa pasientar. Arbeidsgruppa har vurdert det slik at dei først og fremst kan ha ein rolle i seinfasen av rehabiliteringa.

Konklusjon

Forslag til regional plan for behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest byggjer på nasjonale føringar og retningslinjer. Høyringane viser ei semje om hovudprinsippa i planen og dei forbetringstiltaka som er nødvendige for å ivareta denne pasientgruppa. Det er nødvendig at helseføretaka utarbeidar eigne standardiserte pasientforløp og prosedyrar i samarbeid med kommunane i opptaksområdet, for å sikre kontinuitet og kvalitet i slagbehandlingsskjeda i alle fasar. Den regionale planen må bli lagt til grunn for dette arbeidet.

Det blir tilrådd at den regionale planen for behandling og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest blir vedteke, og at den blir lagt til grunn for den vidare utviklinga i kvart helseføretaksområde.

Vedlegg:

1. Utkast til regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i Helse Vest, 2012 – 2016
2. Vedlegg 5 til regional plan
3. Høyringsuttale frå Helse Stavanger HF
4. Høyringsuttale frå Helse Fonna HF
5. Høyringsuttale frå Helse Førde HF
6. Høyringsuttale frå Haraldsplass Diakonale Sjukehus