

Neurologiska synpunkter på långtidsvård¹

Av docent Lars-H. Blomberg, neurol. klin., Centrallasarettet, Borås

Under de sista 6—7 åren har vi i Borås kunnat ha ett intimt samarbete mellan långvårds-reha-läkare och neurologer, vilket visat sig vara synnerligen värdefullt och fundamentalt. Det har bl.a. resulterat i att neurologiska kliniken f.n. disponerar ett antal egna platser på reha- och långvårdsklinikerna. Vid gemensamma ronder och sammankomster diskuteras olika fall och så småningom har man kommit fram till hur den idealiska uppläggnigen i behandlingen av de neurologiska långvårdsfallen bör vara. På grund av lokal- och personalbrist har det dock ännu inte gått att göra verklighet av alla dessa intentioner.

Erfarenheten visar att klientelet på den avdelning för aktiv långtidsvård, som finns här i Borås, till över 50 % utgörs av neurologiskt sjuka. Hos det äldre klientelet rör det sig huvudsakligen om cerebrovaskulära insulter och rörelserubbningar av typen parkinsonism. Men det finns också yngre patienter, som hör hemma på en långvårdsavdelning om de har kroniska neurologiska sjukdomar, t.ex. MS, myelopatier och diverse muskelsjukdomar. På en avdelning för långtidsvård får man därför räkna med ganska stora åldersskillnader då det gäller de neurologiska fallen.

I stort sett kan man skilja mellan patienter, som sjuknat akut och i efterförloppet blir i behov av långtidsvårdens resurser och sådana med kronisk nervsjukdom, där långtidsvården blir av typen regelbundet återkommande behandlingsperioder. Till den första gruppen hör t.ex. de cerebrovaskulära

insulterna, till den andra de med t.ex. MS och parkinsonism. En mindre del av de neurologiska fallen utgörs av traumatiska skador på CNS och resttillstånd efter opererade hjärntumörer.

Skillnaden mellan rehabilitering och aktiv långtidsvård kan ibland sägas vara hårfin och förloppet av sjukdomen får avgöra vart patienten skall föras. Man får inte glömma att i begreppet långtidsvård också ligger "långtidsrehabilitering".

De mest brännande problemen f.n. är vården av de cerebrovaskulära insulterna och de MS-sjuka.

Cerebrovaskulära insulter

Dessa patienter utgör en grupp, där man i dagens samhälle saknar tillräckliga resurser både när det gäller att ta hand om dem akut och i eftervården. De utgör en diskriminerad grupp, där man måste satsa betydligt mer för att få tillfredsställande förhållanden. Grundprincipen bör vara att kunna ta in dem akut, göra erforderlig utredning och framför allt ge dem primärrehabiliterande behandling innan de överantvaras till långtidsvården. På så sätt kan man ofta få dem i bästa möjliga skick och många platser kan sparas på vårdhem och andra institutioner.

Situationen f.n. kan belysas med följande översikt som bygger på beräkningar av Broman & Lindberg-Broman från år 1962 i Göteborg. De kom fram till att 2 % av befolkningen i alla åldrar drabbas av cerebrovaskulära insulter. Med ledning av deras siffror kan man beräkna det sannolika antalet nya sådana fall per år i södra delen av Älvsborgs län

¹) Efter ett föredrag i Svenska Sällskapet för Åldersforskning, Borås, 7/5 1966.

(omkr. 220.000 inv.) och då komma till det resultatet att det varje år sjuknar ca 300 personer i åldrarna 65 år och däröver. Tabell I ger en översikt hur det förhåller sig med dessa under det akuta skedet.

Tabell I

Cerebrovaskulära insulter

Avlider i det akuta skedet	40 %	120
Blir snabbt återställda	10 %	30
"Kroniska vårdfall"	20 %	60
Väl rehabiliteringsbara	30 %	90

Summa 300

Siffrorna är naturligtvis ungefärliga, men som synes rör det sig om en betydligt differentierad akutvård med olika målsättningar.

Insultavdelning

Den akuta vården av dessa sjuka åvilar f.n. de medicinska klinikerna och så även i Borås, där neurol. klin. endast kan ta emot ett fåtal fall. I samråd mellan medicinare, långvårdsläkare och neurologer har vi kommit fram till att man — i varje fall på försök — borde få till stånd en särskild avdelning, en insultavdelning, för att lösa de akuta problemen. Det är härvidlag av största betydelse att patienterna redan från början sköts i samarbete mellan dessa olika specialiteter men att avdelningen i första hand skulle sortera under neurologiska kliniken. Särskilt viktigt är att säkra avflödet från avdelningen och detta kan bl.a. ske genom att långvårdsläkarna går gemensamma ronder med neurologerna och hjälper dem att planera det fortsatta handhavandet av patienterna.

En sådan insultavdelning bör omfatta ca 25 vårdplatser. De kan också ev. fördelas på två neurologiska avdelningar för att minska arbetsbördan för personalen. Det bör naturligtvis finnas tillräckligt antal sjukgymnaster men man får inte glömma att avdelningspersonalen kan göra en stor insats genom att hjälpa till med daglig träning. Personalbehovet blir därför sannolikt större än på en vanlig vårdavdelning.

För att en insultavdelning skall kunna fungera behövs tillräckliga resurser hos röntgenavdelningen

för att klara de olika neuroradiologiska utredningar, som rätt ofta blir nödvändiga. I en mindre grupp av fall kan man tänka sig kärlkirurgiska ingrepp, i en annan grupp måste man ha röntgen till hjälp för att få klarhet i om det rör sig om annan orsak, t.ex. tumör eller subduralhämatom. I framtiden hoppas man också på att få fram relativt enkla metoder att kunna studera det cerebrala blodflödet och förbättrade terapeutiska möjligheter. Troligen får man också räkna med att akut operera vissa intracerebrala blödningar, som sitter lämpligt till.

Naturligtvis måste också medicinsk expertis inkopplas i de flesta fall, liksom många patienter är i behov av urologisk undersökning och terapi. Detta arbete bör i huvudsak vara klart innan patienterna överförs till långtidsvården.

Enligt uppgift från härvarande långvårdsklinik har omkring hälften av de cerebrovaskulära fallen, som intages där, trycksår, som uppstått på grund av otillräckliga vårdmöjligheter (ofta i hemmet) under den akuta fasen. Sådana komplikationer verkar betydligt fördröjande på annan behandling, och förlänger vårdtiden avsevärt. Genom adekvat primärrehabilitering kan patienterna överantvaras till långvården i betydligt bättre skick och vårdtiderna där blir betydligt kortare.

Som tidigare nämnts har det tyvärr ännu ej gått att få igång denna planerade verksamhet beroende på lokal- och personalbrist.

De MS-sjuka

MS-fallen representerar en helt annan typ av patienter, som till stor del hör långvården till. Det måste skapas betydligt bättre möjligheter för dessa för att få regelbundet återkommande behandling en viss tid per år på en aktiv långvårdsavdelning. En nyligen gjord inventering av de MS-sjuka i Älvsborgs län gav följande resultat (se tabell II och III).

Som synes är det ett rätt stort antal fall, som är i behov av adekvat behandling. F.n. disponeras endast 2 platser för svårt handikappade MS-fall, vilket gör att väntetiderna blir synnerligen långa, ofta 4—5 år. MS-fallen utgör dessutom ofta ett stort psykologiskt problem ur sjukgymnast-syn-

Tabell II

*MS-sjuka i Älvsborgs län**Nuvarande vård*

Vårdhem	43
Hemsjukvård med hjälp	27
Hemsjukvård med anhörig	99
På sjukhus	5
Klarar sig rätt bra själva; arbetar	106
Summa	280

Tabell III

MS-sjuka: Hos 191 av de 280 finns följande vårdbehov:*A. Periodisk sjukgymnastisk behandling*

i öppen vård	37
i lättvård	77
på aktiv långvårdsavdelning	40

B. Permanent vård

på invaliddaghem	30
på vårdhem	7

Summa 191

punkt. Det inträffar inte så sällan att behandlingsresultatet blir helt spolierat genom att ett nytt skov inträder.

Den bästa lösningen är sannolikt att uppföra särskilda MS-hem (rehabiliterings- eller rekreationshem, invaliddaghem) där de sjuka kan få adekvat behandling och sysselsättning. Långvårdsklinikens resurser bör utnyttjas endast för de fall, som fordrar kvalificerade åtgärder, t.ex. ADL-träning, urologisk genomgång, åtgärder mot spasticitet. Lättare fall bör tas om hand av neurologiska kliniken i samband med skov (steroid-behandling).

Parkinson-patienterna

Dessa patienter utgör också en grupp, som är i behov av intermitterent långtidsvård med aktiv behandling. Erfarenheterna av stereotaktiska ingrepp är mycket goda under förutsättning att man noga väljer ut de lämpliga fallen och många av våra patienter har kunnat återgå till fullt arbete. Med ledning av utredningar i Göteborg av Broman & Lind-

berg-Broman kan man beräkna att inom Älvsborgs län (ca 385.000 inv.) f.n. bör finnas ca 500 patienter med parkinsonism. Över hälften av dem är över 70 år och i dessa åldrar beräknas parkinsonism förekomma i ungefär 1 % av befolkningen. I genomsnitt tillkommer 40—50 nya fall per år. Se tabell IV, som bygger på Göteborgs-utredningen.

Tabell IV

Parkinson-patienter: Inom hela Älvsborgs län finns nu ca 500, varav 300 är 65 år och däröver. Ca 50 nya fall per år, sällan under 40 år.

I behov av årlig behandling — sluten vård 50

I behov av årlig behandling — öppen vård 50

Afasi-behandling

Vi har mycket goda erfarenheter av sådan behandling sedan flera år tillbaka. Man kan beräkna att ca 50 nya fall per år tillkommer som fordrar kvalificerad afasi-terapi. Det är helt naturligt att neurologen blir den som i första hand får sortera ut och analysera de fall, som lämpar sig för sådan behandling och sedan sköta dem i samråd med långvårdsläkarna. Särskilda tjänster för afasiterapeuter och assistenter bör inrättas.

Av fundamental betydelse är också den ständiga kontakten mellan neurolog och sjukgymnaster-arbetsterapeuter med sikte på att kunna få diskutera de problem som uppstår i varje enskilt fall. En stor del av den neurologiska terapin utgörs av insatser från dessa personalkategorier, som oftast kan åstadkomma betydligt mer än vad medikamentell terapi förmår.

Sammanfattning

Erfarenheterna från Borås visar sammanfattningsvis följande:

1) De neurologiska fallen dominerar bland långvårdsklientelet.

2) Det mest adekvata sättet att sköta dessa fall är i samarbetets form. Långvårdsläkarnas verksamhet bör ej avskiljas från akutsjukhusets, vilket tyvärr ofta lätt blir fallet.

3) En grundprincip bör vara att patienterna, innan de överantvaras åt långvården, dels är grundligt utredda, dels primär-rehabiliterade till bästa möjliga skick.

4) För att klara krisen inom långtidsvården måste man sålunda satsa både på den akuta vården och eftervården. En effektiv samordning mellan dessa är av fundamental betydelse.

5) När det gäller de neurologiska fallen lönar det sig därför sannolikt att inrätta fler neurologiska kliniker vid centrallasaretten och ge dem tillräckliga resurser för att kunna vara långtidsvården behjäl-

lig. Särskilda insultavdelningar förefaller vara en god lösning för en patientkategori, som utgör en stor del av långvårdsklientelet.

6) Det behövs också betydligt ökade möjligheter för intermittent behandling av patienter med kroniska nervsjukdomar, särskilt MS och parkinsonism. Man bör därvidlag sträva efter mera differentierade vårdmöjligheter än nu, t.ex. rehabiliterings- och rekreationshem, invaliddaghem, lättvård, utbyggnad av hemsjukvården samt vård utomlands i stil med Vintersol på Teneriffa.

LITTERATUR:

Blomberg, L.-H.: Situationen för de MS-sjuka i Älvsborgs län, Läkartidningen, 1966:63, 3554—3560.

Broman, T. & A. M. Lindberg-Broman: Beräkningar rörande det neurologiska rehabiliteringsbehovet i Göteborg, 1963 (i stencil).

ELITSTENOGRAFENS SKRIV- & BOKFÖRINGSBYRÅ AB

**RENSKRIVNING AV VETENSKAPLIGA
UPPSATSER, TABELLER, osv.**

ADRESSKRIVNING, DUPLICERING
ELEKTROSTENCILERING
FOTOKOPIERING
UTSKRIFT EFTER REX RECORDER OCH
BANDSPELARE

Tel. Skrivbyrån 21 67 01

Tel. Bokföringsbyrån 21 70 19