

Neurologi på centrallasarett — några erfarenheter och synpunkter

Av docent *Lars-H. Blomberg*, Borås

Neurologiska kliniken i Borås började sin verksamhet i december 1959. Under den tid som gått har avdelningen arbetat under ganska provisoriska förhållanden, vilket i vissa avseenden varit hindrande för utvecklingen. Vi har sålunda ännu inte fått egen vårdavdelning utan varit nödsakade att låna platser här och var på andra avdelningar. På det sättet har utredningsfallen måst klaras med 5 platser, vilket helt naturligt varit ganska besvärligt. Det har bl. a. betytt att man måst göra en ordentlig grundutredning i öppen vård och bara lägga in verkligt "kvalificerade" fall för specialundersökningar. För rehabiliterings- och långvårdsfallen har det då varit bättre sörjt. Då vi började omfattade rehabiliteringsavdelningen på Solhem 77 vårdplatser, där över 50 % av klientelet var neurologiska fall. Till vårt eget förfogande hade vi 10 av platserna på denna avdelning. Hösten 1961 delades rehabiliteringskliniken upp så att hälften av platserna tillföll långvårdsläkaren. För närvarande disponerar neurologen 8 platser, fördelade mellan dessa båda kliniker.

De erfarenheter, som jag här skall beröra, är sålunda inte baserade på någon definitiv verksamhet. Det går inte att lägga fram hållbara kalkyler för framtiden förrän avdelningen för sluten vård blivit färdigställd. Erfarenheterna måste också av naturliga skäl i huvudsak bli av praktisk art och till viss del präglas av de födslovändor, som det innebär att starta en ny och så exklusiv specialitet som neurologi på ett centrallasarett. Det finns heller inte någon liknande avdelning att jämföra med. Trots dessa begränsningar tror jag att redogörelsen kan ha intresse, även ur allmän sjukvårdssynpunkt i dessa tider av kraftig expansion inom sjukvården.

Den fråga jag först vill belysa är *skillnaden mellan universitetsneurologi och lasaretsneuro-*

logi. Denna skillnad gäller naturligtvis allmänt sett, alla specialiteter, men sannolikt i särskilt hög grad neurologi, som hittills varit starkt bunden till universiteten, mycket beroende på neurologens stora behov av specialservice från sådana avdelningar som röntgen, neurokirurgi och neurofysiologi.

På ett centrallasarett får man kontakt med en annan typ av klientel än vid universitetskliniken. Till universitetet kommer ofta utvalda eller ovanliga fall, till lasarettet de icke sorterade, vanliga. På lasarettet blir terapin huvudsaken, vid universitetet kommer denna faktor ofta i bakgrunden för strävan att ställa rätt diagnos, sortera och etikettera, kanske vetenskapligt bearbeta. På lasarettet får man mer att göra med gränsfall, som kollegorna gärna vill ha hjälp med och konsultverksamheten blir också mera omfattande. De sistnämnda fallen blir emellertid vanligen ej så krävande eftersom rutinkonsulter är i majoritet.

Det starkt begränsade antalet vårdplatser har gjort att man aldrig kunnat lägga in patienter enbart av den anledningen att man inte hunnit med en ordentlig utredning i öppen vård. Mottagningsarbetet har därför i stort sett fått följa samma linjer som vid en universitetsklinik, dvs. med en grundlig anamnesupptagning och undersökning redan vid första besöket, som på det sättet tagit lång tid i anspråk. Man fann snart att man måste söka hinna med fler patienter per tidsenhet utan att därför eftersätta kraven på noggrannhet och det blev nödvändigt med åtgärder för att rationalisera arbetet. Vi har därvidlag haft stor glädje av journal-schabloner för olika neurologiska tillstånd, de har sparat tid och dessutom tjänat som god vägledning för orutinerade underläkare. Vi har också arbetat med tidsbeställd remiss-mottagning, där patienterna fått sända in remisserna för bedömning av vilken tid,

som behöver anslås för besöket. Detta system har fungerat utmärkt och till alla parter belåtenhet. Jourfall och preliminära bedömningar har tagits utanför det ordinarie programmet.

När det gäller att bedöma behovet av underläkarhjälp får man bl. a. räkna med att man på ett lasarett inte kan få underläkare med tidigare neurolog-utbildning. En stor del av underläkarens (och överläkarens) tid går därför åt till undervisning och vägledning. Underläkaren bör också få tillräcklig tid att sätta sig in i varje fall. Detta gör att kapaciteten hos denna hjälp blir ganska liten. Vidare blir omsättningen av patienter på en lasarettavdelning ganska stor, särskilt då det gäller utredningsfallen. Erfarenheterna har visat att antalet underläkare på en neurologisk lasarettavdelning i stort sett svarar mot det antal, som finns på de psykiatriska klinikerna. Neurologens och psykiaterns sätt att arbeta är i flera avseenden också mycket likartade.

Vi har hittills klarat oss med en extraläkare, som väsentligen skött de neurologiska långvårds- och rehabiliteringsfallen på Solhem. Då vårdavdelningen kommer igång kommer det sannolikt att behövas ytterligare 2 läkare.

En annan fråga av intresse rör *behovet av neurologi vid ett centrallasarett*. Kliniken i Borås startade efter drygt 2 års konsultverksamhet, där neurologen bl. a. gjorde den nytta att han hjälpte andra kolleger med diagnos, utredning och behandling av neurologfall, som på så sätt kunde klaras på platsen i de flesta fall. Erfarenheterna av de gångna åren sedan kliniken blev bofast vid lasarettet, har klart visat att ett behov av neurologisk expertis finns. De neurologiska fallen är ofta av sådan art att de tidsmässigt utgör en belastning för de kliniker, som har hand om dem. Jag behöver i detta sammanhang bara nämna patienter med huvudvärk och yrsel, som söker sig till medicin eller öronkliniken, och bl. a. på grund av tidsbrist måste intagas för utredning. Tillkomsten av rehabilitering och långvård har också visat att tillgång till neurolog är en praktiskt taget nödvändig förutsättning för att dessa avdelningar skall kunna drivas på rätt

sätt, eftersom övervägande delen av patienterna där lider av neurologiska sjukdomar. Inom praktiskt taget varje specialitet finns ett klientel, där en neurolog kan vara bra att ha till hands för rådfrågning och för ev. fortsatt kontroll av patienten.

Behovet av neurologi vid centrallasarettet kanske kan illustreras av några tabeller.

TABELL 1. Antal pat. neurol. klin. 1960—1961

	1960	1961	S:a	M	Kv
Intagna	206	313	519	276	243
Öppen vård	823	803	1626	713	913
Konsulter	376	359	735	371	364
Totalt	1405	1475	2880	1360	1520

Tabell 2 (se nästa sida) är uppställd efter det diagnosregister vi använt, detsamma som vid neurologiska kliniken i Göteborg (registret sammanställt av Broman och Müller). Av tabellen framgår antal intagna (INT), antal i öppen vård (Ö) och antal första-gångs konsulter (KS) per år. Som synes dominerar symtomdiagnoserna och en översikt av dessa finns i tabell 3.

TABELL 3.

Symtom-Diagn.	1960	1961	S:a	M	Kv
Huvudvärk	269	310	579	193	386
Epilepsi o. likn.	108	102	210	100	110
Smärtor	87	53	140	69	71
Yrsel	85	88	173	76	97
Övriga	261	208	469	227	242
Totalt	810	761	1571	665	906

Bland de demyeliniserande sjukdomarna var praktiskt taget alla patienter med multipel skleros och bland de degenerativa var alla parkinsonfall.

TABELL 2.
Huvuddiagnos-grupper neurol. klin. 1960—1961.

	1960			1961			S:a
	Int.	Ö	Ks	Int.	Ö	Ks	
Vask. les. o. sjd.	11	32	58	11	14	42	168
Infekt. o. inflamm.	4	11	6	3	5	2	31
Demyelin. sjd.	8	18	8	7	17	7	65
Degen. o. hered. sjd.	14	28	14	16	35	6	113
Metabol. intox.	4	3	3	—	1	2	13
Utv. rubbn.	5	5	2	—	3	3	18
Traumat. skador	19	43	22	3	35	32	154
Tumörer	6	10	13	13	10	6	58
CNS, ofullst.	11	15	2	15	12	16	71
Perifera NS	19	66	54	25	69	40	273
Symtom-Diagn.	114	508	189	75	512	174	1571
Muskel-sjd.	2	5	1	3	3	3	17
Övr. Somat.	7	33	8	4	22	10	54
Psyk. sjd.	20	70	19	12	30	13	164
Obs. fall	3	18	7	7	21	10	66
	247	865	406	194	789	366	2867

Den nytta neurologen gjort återspeglas också i tabell 4, som visar antalet patienter som remiterats till neurologiska och neurokirurgiska klinikerna i Göteborg för intagning, utredning och operation före och efter det den neurologiska verksamheten började vid lasarettet.

TABELL 4.

	Antal remitt. pat. till Göteborg	
	Neurologiska klin.	Neurokir. klin.
1957 (från med. klin.)	52	12
1960 („ neurol. klin.)	9	22
1961 („ „ „)	4	17

Man frågar sig om erfarenheterna givit några hållpunkter för *hur stor en neurologisk avdelning bör vara för att täcka behovet*. Vårt upptagningsområde omfattar hela Älvsborgs län, dvs. ca 400.000 personer och svaret på frågan är i stort sett beroende på två omständigheter:

- 1) vilka fall man skall anse att en neurolog bör sköta
- 2) hur det är ordnat med eftervård, långvård och rehabilitering.

Om t. ex. alla vaskulära insulter primärt skall skötas av neurologen måste neurologavdelning-

en vara mycket stor, sannolikt omkring 90 vårdplatser med en avsevärd stab av underläkare och annan personal. Våra erfarenheter hittills tycker jag klart har visat att en neurologavdelning inte bör göras till en inrättning, som söker svälja allt som "luktar" neurologi. Den neurologiska avdelningen bör vara en mindre enhet, den blir mer lättarbetad då, mindre kostsam och sannolikt mera effektiv. De flesta neurologiska fallen kan klaras konsultvägen och i öppen vård. Vi har för vår del planerat en avdelning på 22 vårdplatser, och framtiden får visa om vi därvidlag tagit till i underkant. Man har en stark känsla av att det man i första hand bör satsa på, är att på effektivaste sätt söka klara rehabiliteringsfrågan och värden av de långtidssjuka så att dessa avdelningar kan överta de patienter, som efter utredning behöver sådan vård. Vi har räknat med att denna fråga inom en ganska snar framtid blir tillfredsställande löst här i Borås.

När det gäller *rehabilitering och långvård* av neurologiska patienter har vi — som jag tidigare nämnde — redan goda möjligheter. Det var från början helt naturligt att etablera ett intimt samarbete med dessa avdelningar och erfarenheterna har klart understrukt behovet av ett sådant teamwork. Vi har haft regelbundna ronder

och kontakter, vi har sökt fördela arbetsuppgifterna bland oss i de olika fallen. I första hand var rehabiliterings- och långvårdsavdelningarna avsedda för de svårt invalidiserade patienterna. Det visade sig emellertid ganska snart att man inte kunde belasta avdelningarna med för många tungskötta patienter, det blev alltför krävande för personalen och vi måste ransonera intagningarna av sådana fall. Det blev då för vår del några platser över för "lättare" fall, som vi sökte utnyttja genom att ta in patienter, som väsentligen var i behov av en tids sjukgymnastisk behandling och där vi kunde utnyttja de resurser i fråga om sjukgymnaster och arbetsterapeuter, som fanns på dessa avdelningar. Som exempel på sådana fall kan nämnas patienter med huvudvärk, som behövde komma in för avgiftning, avkoppling och sjukgymnastisk behandling och träning, ev. också arbetsterapi. En del patienter med funktionella rubbningar visade sig ofta snabbt bli bättre i denna för dem terapeutiskt fördelaktiga miljö. Mycket goda resultat erhöles också vid behandlingen av skallskadeklientelet och de flesta patienter med parkinsonism blev avsevärt förbättrade.

På sista tiden har vi fått möjligheter att utnyttja sjukgymnasterna där i öppen vård, vilket varit av stort värde. Erfarenheterna av behandlingen i de "lättare" fallen har varit synnerligen goda, och vi är därför mycket glada åt att man nu går in för att utbygga både rehabilitering och långvård till 60 platser vardera, samt ett centralt sjukhem på 120 platser. Vi saknar emellertid möjligheter till s. k. halvöppen vård, dvs. ett patienthotell, där vissa kategorier av patienter kunde bo under behandlingstiden. Ett sådant hotell skulle säkert också ställa sig billigare för landstinget än att, såsom nu, låta dessa patienter uppta en dyrbar sängplats på en vårdavdelning. Bild I visar hur vi tänkt oss ett sådant hotell inlemmat i verksamheten.

Tabell 5 visar vilka typer av patienter, som varit intagna på Solhem på neurologplatserna under åren 1960 och 1961. Som synes dominerar även här symptomdiagnoserna.

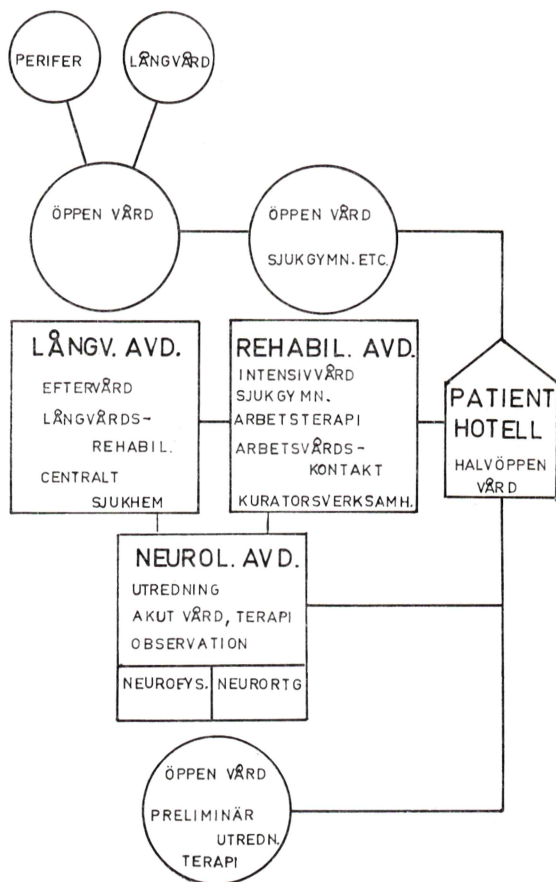


Bild 1

TABELL 5. Intagna Solhem.

	1960	1961	S:a
Vask. les. o. sjd.	3	2	5
Inf. o. inflamm.	2	1	3
Demyelin. sjd.	8	5	13
Degen. o. hered.	14	5	19
Metabol. intox.	3	—	3
Utv. förlösn.	2	—	2
Traumat. skad.	11	3	14
Tumörer	2	—	2
Sjd. CNS ofullst.	11	9	20
Sjd. perifera NS	10	9	19
Symtom-Diagnoser	39	23	62
Muskel-sjd.	2	1	3
Övr. somat. sjd.	7	5	12
Psyk. sjd.	8	6	14
	122	69	191

För att neurologen skall kunna arbeta effektivt fordras att han på platsen har möjligheter till *neurofysiologiska undersökningar*, i första hand EEG, men också EMG. Under den gångna tiden har våra EEG-undersökningar utförts på en apparat tillhörig psykiatriska kliniken, som också haft en sköterska knuten till denna verksamhet. Det har visat sig att en apparat inte varit tillräcklig för att täcka behovet, och man har varit tvungen att inskränka antalet undersökningar. I framtiden planeras två apparater till neurologiska kliniken och centralkomplexet, medan psykiatriska kliniken sannolikt kommer att behöva sin apparat för att täcka de egna behoven.

Tolkningen av EEG-kurvorna har i huvudsak skett på neurofysiologiska laboratoriet på Sahlgrenska sjukhuset, men sista året har vi själva sökt klara åtminstone de lättare av dem. Det är alldeles tydligt att en lasaretsneurolog bör ha viss utbildning i neurofysiologi och särskilt viktigt är detta när det gäller EMG-undersökningarna. Vi har fått apparat för EMG och har väl kunnat klara vissa av undersökningarna själva, t. ex. bedömandet av prognosen vid perifer nervskador. De tveksamma fallen har vi remitterat för undersökning i Göteborg.

Man har naturligtvis diskuterat frågan om en neurofysiolog borde anställas vid lasarettet men kommit fram till att tiden ännu inte är mogen för detta. Vi tycker att vi f. n. inte har tillräckligt med neurofysiologiskt arbete för att kunna försörja en heltidsanställd sådan läkare. Det neurofysiologiska arbetet kommer emellertid sannolikt att öka avsevärt i framtiden, nya apparater och undersökningsmetoder kommer fram, som kan få stor praktisk betydelse. Även om neurologen kan klara en del av dessa undersökningar kommer hans tid icke att räcka till.

En annan faktor av stor betydelse är röntgenavdelningens kapacitet när det gäller *neuroradiologiska undersökningar*. Vi har haft turen att få hjälp av röntgenläkare med specialutbildning inom detta område. En neurologisk avdelning

kan inte fungera på tillfredsställande sätt utan sådan röntgenservice. De senare åren har också ställt allt större krav härvidlag, särskilt då det gäller utredningen av de vaskulära insulterna. Specialundersökningarna är dessutom tidsödande och kräver att utrustningen moderniseras. Man får därför räkna med att tillkomsten av en neurolog på ett lasarett också betyder en avsevärd utbyggnad och komplettering av röntgenavdelningen.

Slutligen skall också här nämnas något om behovet av *urologisk expertis*. Vi har under de gångna åren haft hjälp av urolog, som besökt lasarettet en gång i veckan. Utvidgningen av långvårds- och rehabiliteringsavdelningarna gör att en till lasarettet knuten urolog i framtiden sannolikt blir nödvändig för att vården av neurologpatienterna där skall bli så effektiv som möjligt. Blåsfunktionen blir ju ofta avgörande för om en patient skall vårdas på sjukhus eller kunna klara sig hemma. Gynekologer och kirurger har av allt att döma också stor glädje av en sådan läkare.

Sammanfattningsvis har våra erfarenheter visat att det finns ett stort behov av neurologisk expertis på ett centrallasarett av Borås' typ. Verksamheten har gått att utöva på ganska tillfredsställande sätt trots rätt primitiva och provisoriska förhållanden i många avseenden. En praktiskt inriktad neurologi hävdar sig väl i konkurrensen med andra specialiteter när det gäller de terapeutiska resultaten. Neurologen kan sannolikt klara sig med en relativt liten vårdavdelning under förutsättning att det är väl ordnat för långvårds- och rehabiliteringsfallen. Vi tror att det bör finnas ett behov av neurologi även på andra centrallasarett, utan att man därför behöver tänka sig utbyggnad till stort regionssjukhus. Neurologen kan inhysas utan alltför kostsamma ny- och ombyggnader, men den svåraste frågan blir säkert att få tag i välutbildade läkare.