

De neurologiska sjukdomarnas rehabilitering

Några organisatoriska synpunkter¹⁾

Av docent Olle Höök, Stockholm.

För 7 år sedan skisserade Medicinalstyrelsen uppläggningsplanen av den medicinska rehabiliteringsverksamheten inom lasarettsvården.

Under de år, som sedan dess gått, har utvecklingen visat att rehabiliteringen av vissa grupper av sjuka med fördel kan rationaliseras genom att dessa sammanföras till särskilda vårdenheter. Sålunda har bl. a. paraplegivård, d.v.s. vård av ryggmärgsförlamade, och annan neurologisk rehabilitering koncentrerats till de neurologiska-neurokirurgiska enheterna. I detta sammanhang kan även nämnas, att den moderna behandlingen av slutna skullskador har utvecklats vid de neurologiska avdelningarna.^{2,5} De goda behandlingsresultat denna kan uppvisa illustreras bland annat av att c:a 95 % av de skullskadade blivit så pass återställda, att de inom åtta veckors tid efter skadan kunnat återgå till arbetet.

Jag vill dock genast framhålla, att denna neurologiska rehabilitering skett i blygsam skala, varvid framför allt metodutveckling ställts i förgrunden. Antalet vårdplatser liksom personella resurser har varit otillräckliga för en mer omfattande verksamhet. Det är ju också ganska uppenbart att på våra akuta neurologiska avdelningar med dess dyrbara diagnostiska hjälpavdelningar såsom klinisk neurofysiologi (elektroencefalografi, elektromyografi), neuroradiologi, d. v. s. specialröntgenavdelning för undersökningar av hjärna och ryggmärg, m. fl. kan endast ges rehabiliteringsvård under kortare tid. Det blir därför organisatoriskt nödvändigt att skilja mellan *korttids-* och *långtidsrehabilitering*.

För att närmare belysa skillnaden mellan dessa begrepp skulle jag vilja lämna följande exempel:

En 50-årig yrkesarbetande kvinna får plötsligt en hjärnblödning och införes på en neurologisk klinik. Hon har en förlamning av hela ena sidan, som första dagarna är höggradig. Samtidigt som hon undersöks för utrönande av blödningskällan och man tar ställning till eventuellt neurokirurgiskt ingrepp, insättes sjukgymnastik — första dagarna passiv, sedan aktiv. Ledstjärnan vid behandlingen är att ej låta patienten ligga till sängs en enda dag längre än nödvändigt. Efter ett par veckor kanske hon kan gå med stöd. Arbetsterapi och anvisningar för tekniska hjälpmedel ges, innebärande träningsåtgärder för den dagliga livsföringen. Social utredning göres för eventuell omplacering i förvärvslivet.

Emellertid kan detta senare ställningstagande vara svårt att göra redan inom 1:a sjukdomsmånaden, eftersom man ej vet med säkerhet graden av kommande funktionsåterställelse och patientens anpassning till sitt handikapp. Den akuta vården jämte de initialt företagna rehabiliteringsåtgärderna (*korttidsrehabiliteringen*) är i detta och liknande fall vanligen avslutad inom någon månad.

Långtidsrehabiliteringen tar vid. Denna kan i det nu exemplifierade fallet måhända göras polikliniskt. I många fall kräver den dock sluten vård. Den innebär neurologisk sjukdomskontroll, fortsatt sjukgymnastisk behandling, fortsatta träningsåtgärder för den dagliga livsföringen och mer definitiva social-medicinska åtgärder.

Orsaken till att vi vill särskilja neurologisk rehabilitering från allmän rehabilitering är dels

¹⁾ Föredrag hållet vid informationsmöte i samband med Svenska Multipel-skleros-föreningarnas Riksförbunds föbundsstämma i Sigtuna den 17 juni 1961.

Tabell 1.
Sjukdomskategorier vid 60 rehabiliteringscentra i USA.

Sjukdomskategori	Antal patienter	%
Organiska nervsjukdomar	22.266	46,5*)
Ortopediska fall		
Led- och muskelsjukdomar	15.542	32,5
Lung- och hjärtsjukdomar	2.877	6,0
Övriga	7.160	15,0
Summa	47.845	100

*) I denna siffra ingår även CP (=5,6 %), döva (=2,5 %) och blinda (=1,6 %), vilka i Sverige är föremål för speciell rehabilitering.

att ju mer ingående kunskaper den behandlande läkaren har om de speciella invaliditetstillstånd han får att handlägga desto större är förutsättningarna för ett gott behandlingsresultat, dels att dessa neurologiska sjukdomar utgör en så relativt stor grupp.

Av de kategorier av patienter, som kommer att vara i behov av denna vård utgöres en av de större grupperna av kärlsjukdomar i hjärnan. Med det ökande antalet åldringar i landet, kommer denna grupp givetvis att öka. För att nämna några siffror: 1970 har vi omkring 1.000.000 människor i åldern över 65 år. Sjukdomar i hjärt-kärlsystemet sålunda inkluderande även hjärnans kärlsjukdomar utgör den största sjukdomsgruppen för dessa patienter. Av samtliga hjärt-kärlsjukdomar utgör hjärnans kärlsjukdomar ungefär 1/3.

En annan grupp är skador — ej sällan trafikolycksfall — på hjärna och ryggmärg, även denna grupp stadd i växande.

Och slutligen de MS-sjuka, vars antal här i landet beräknas till mellan 6—7.000.

På våra neurologiska kliniker finns f. n. vissa resurser för korttidsrehabilitering — det är dock att märka att specialavdelningarna för neurologi ännu ej är utbyggda i full utsträckning på regionssjukvårdsplanet. Av landets 7 sjukvårdsregioner saknar f. n. två denna typ av avdelning, nämligen Linköping och Örebro.

Jag vill nu skissera hur en avdelning för neurologisk långtidsrehabilitering och eftervård bör

se ut. Sådana avdelningar har vi ännu icke annat än i mycket provisorisk utsträckning. Avsikten är att varje regionssjukhus bör förfoga över en sådan avdelning.

Avdelningen bör omfatta omkring 50 sängar, ha en stor öppen mottagning och ligga med god kontakt med övriga enheter inom regionssjukvården. Det bör dock uppställas ett krav på tillgång till "grönområde" i anslutning till avdelningen, enär sport och lekar i det fria under sommarhalvåret visat sig vara en betydande stimulator för erhållande av goda behandlingsresultat.

Tabell 2.
Regionssjukhus

Akuta vårdavd. Patient- gästhem	Rehabilitering	
	Neurologisk rehab.-avd.	Allmän rehab.-avd.
Neurologi		
Neurokirurgi*	Sjukgymnastik Arbetsterapi Arbetsvårds- kontakter (soc.kur.)	Sjukgymnastik Arbetsterapi Arbetsvårds- kontakter (soc.kur.)
Urologi*		
Plastik- kirurgi*	Tekniska hjälpmedel	Arbetsprövning
Ortopedi*		
Psykiatri*		Omskolning (Bandage- verkstad) Tekniska hjälpmedel
Konvalescenthem för paraplegipat. och liknande		

* Avdelningar viktiga för behandling och konsultationer inte minst med hänsyn till paraplegifall.

I anslutning till den öppna mottagningen vid rehabiliteringsenheten bör man överväga att lägga ett patientgästhem. Detta gäller särskilt vid långa avstånd inom mottagningsområdet — som fallet är exempelvis inom Umeåregionen.

Inom varje avdelning bör finnas:

1. *Sjukgymnastikavdelning* omfattande mindre gymnastiksal, välförsedda med tekniska hjälpmedel så att gruppterapi i möjligaste utsträckning kan genomföras m. m.

2. *Arbetsterapiavdelning* med modellkök och olika tekniska hjälpmedel för invalidvård.

3. *Arbets träningsavdelning* av mindre omfattning, samtidigt omfattande mindre verkstad för utformning av individuellt avpassade tekniska hjälpmedel (dock ej bandage e. d.).

4. *Socialkurator.*

5. *Psykolog.*

6. *Logoped.*

Beträffande övriga rehabiliteringsinstanser och hjälpavdelningar (arbetsträningsverkstad, arbets-klinik, skyddad och halvskyddad verksamhet, ortopedisk expert och bandageverkstad m. m.) torde det vara lämpligt att avdelningen replierar på regionssjukhusets allmänna rehabiliteringsavdelning och stadens respektive länets arbets-nämnd.

Jag kan här inskjuta att i regionssjukvårds-propositionen har riksdagen i princip beslutat, att den neurologiska rehabiliteringsvården orga-niseras direkt i anslutning till de neurologiska sjukvårdsenheterna.

Vilka faktorer kommer nu att bestämma ut-byggnaden av ovan skisserade förbättrade vård-möjligheter för våra patienter med organiska nervsjukdomar, inte minst för de MS-sjuka?

Till en början kan sägas, att under ett ganska långt utvecklingsskede då en betydande standard-ökning skedde för huvudparten av befolkningen glömdes en grupp mer eller mindre bort, nämligen skaran av invalida. Under de sista åren har härvidlag en förändring skett så att beslutande myndigheter blivit mer lyhörda för invalidernas legitima behov av standardlyftning. Jag tror därför att tiden är inne för att förverkliga ovan skisserade program. Men innan man sätter igång och bygger vårdplatser och dyrbara rehabilite-ringsanläggningar måste man veta att man har den personal som krävs. I dagens läge är det därför ofrånkomligt att man skyndsamt vidtager åtgärder för utbyggnad av sjukgymnast- och ar-betsterapeututbildning samt förbättrar den sist-nämnda gruppens löner, att man inför lyftning och differentiering av sjuksköterskelöner så att man har möjlighet att dirigera sjuksköterskor till denna många gånger personalkrävande och tunga

sjukvård, att läkare med specialutbildning för denna vård finns tillgängliga etc.

Sjukvårdskostnaderna blir vid denna form av sjukvård betydande men — fränsett det själv-fallna humanitära angelägenhetskravet — visar gjorda beräkningar att den ur nationalekonomisk synpunkt är i högsta grad lönande.

LITTERATUR:

1. Graham, E. C. and Mullen, M. M.: Rehabilitation literature 1950—1955. McCraw-Hill Book Company, Inc. New York 1956.
2. Müller, R. och Naumann, B.: Aktiv medicinsk be-handling av akuta skallskador. Sv. Läkartidn. 52: 945:1955.
3. Rehabilitation Centers Today. U. S. Dep. of Health, Education, and Welfare. Washington 1959.
4. Rusk, H. A.: Rehabilitation Medicine. The C. V. Mosby Comp. S:t Louis 1958.
5. Silfverskiöld, B. P.: Behandling vid encephalopathia traumatica. Sv. Läkartidn. 47:1281:1950.
6. Kungl. Maj:ts prop. nr 159/1960: regionsjukvårdens utbyggande.

Ny upplaga

UTVECKLING OCH PERSONLIG-HETSBILDNING I TIDIGA BARNDOMSÅR

av

Överläkare

BERTIL SÖDERLING

Hft. 16: 50, inb. 20: 50 + oms.

"Den förmedlar mycken kunskap i en klar och underhållande stil. — Doktor Söderling är en god missionär för saklighet och tolerans i barn-uppföstran."

Docent Rutger Lagercrantz i BARN



AB NORDISKA BOKHANDELNS
FÖRLAG