

Rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade

Anne Almskou Rasmussen¹, Henrik Stig Jørgensen² & Jørgen Feldbæk Nielsen¹

Hjernen er det helt centrale organ i styringen af al menneskelig aktivitet. Ved en skade på hjernen vil alle symptomer kunne forekomme. Symptomerne på hjerneskade udviser betydelig variation fra person til person alt efter skadens omfang og lokalisation. Tilstanden vil ofte være præget af en kombination af mentale og fysiske symptomer. Mental dysfunktion dækker et bredt spektrum af kognitiv dysfunktion, sprogforstyrrelser, personlighedsforandringer, adfærdsforstyrrelser og depression. Netop de mentale forstyrrelser skaber særlige vilkår og udfordringer, som adskiller hjerneskaderehabilitering fra al anden rehabilitering.

Rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade har i de senere år været genstand for stor opmærksomhed fra politisk side. Der har været en beretiget debat i medierne om, hvorvidt kommunerne magter at løfte rehabiliteringsopgaven efter endt hospitalsrehabilitering, men også en debat om tilbud og organisering i hospitalsvæsenet. Sundhedsstyrelsen har i 2011 publiceret både en medicinsk teknologivurdering [1] og forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade [2, 3]. P.t. foregår der i samme regi udarbejdelse af forskellige nationale kliniske retningslinjer for området samt udarbejdelse af stratificeringsmodeller og kompetencebeskrivelser. I det følgende beskrives derfor et arbejdsfelt i positiv udvikling præget af mange spændende opgaver og store udfordringer.

PATIENTGRUPPE OG ORGANISERING

Årligt rammes ca. 20.000 borgere af sygdom, som kan medføre en blivende skade på hjernen. Det er en blandet gruppe af diagnoser, hvoraf apopleksi udgør langt den største gruppe (Tabel 1). Mange af disse borgere vil have behov for rehabilitering først i hospitalsregi og efter udskrivelse i kommunalt regi.

Den hospitalsbaserede neurorehabilitering er p.t. under omlægning, så den kan opfylde Sundhedsstyrelsens krav til specialeplanlægning med hovedfunktion, regionalspecialiseret funktion og højt specialiseret funktion. Højt specialiseret hjerneskaderehabilitering foregår i Østdanmark på Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital, og i Vestdanmark på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. På disse to centre modtager man patienter direkte fra akutafde-

lingerne (neurokirurgi, neurologi, infektionsmedicin m.fl.) og har årligt ca. 1.000 patientforløb med en gennemsnitlig indlæggelsesvarighed på 1-2 måneder. Samme landsdeling gælder for rehabilitering af patienter med rygmarskade på Vestdansk Center for Rygmarskade, Regionshospitalet Viborg, og Afdeling for Rygmarskader, Glostrup Hospital, Hornbæk. Ligeledes sker der med tilknytning til de neurologiske afdelinger og specialiserede institutioner (f.eks. Sclerosehospitalet i Haslev) rehabilitering af patienter med progredierende neurologisk lidelse, såsom patienter med dissemineret sklerose, demens og Parkinsons sygdom.

NEUROREHABILITERING I ET HISTORISK PERSPEKTIV

Neurorehabilitering er i Danmark ikke et selvstændigt lægespecial, og læger, der arbejder med neurorehabilitering, kommer fra mange specialer: neurologi, neurokirurgi, almen medicin, pædiatri, medicin, psykiatri m.fl. Dette afspejler først og fremmest behovet for mange forskellige lægekompetencer for at kunne honorere udfordringerne, men er også historisk betinget. For at forstå det er det nødvendigt at se på området i et historisk perspektiv.

Neurorehabilitering har rødder tilbage i rehabiliteringsspecialt. Dansk Fysiurgisk Selskab blev oprettet i 1921, og rehabilitering blev i Danmark varetaget af fysiurger [4]. Disse blev senere en del af reumatologien, og i 1983 blev reumatologien et grenspecial i intern medicin. Rehabilitering fik i dette speciale særlig fokus på sygdomme i bevægeapparatet og ikkepro-

STATUSARTIKEL

1) Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Hospitalsenheden Midt
2) Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V01140029

TABEL 1

Incidenter indlæggelsesforløb for de hyppigste diagnoser, som kan føre til blivende hjerneskade [2, 3].

	Incidens 2010, n
Apopleksi	10.700
Traumatisk hjerneskade	2.900
Subaraknoidalblødning	1.000
Primære hjernetumorer	2.100
Infektioner	500
Encefalopater	1.700
Børn med erhvervet hjerneskade	1.000
Samlet	19.900



FAKTABOKS

Behandlingen af kognitive forstyrrelser adskiller neurorehabilitering fra anden rehabilitering.

I alt 20.000 borgere rammes årligt af en erhvervet hjerneskade.

Neurorehabilitering er ikke en del af et rehabiliteringsspeciale.

Mange lægespecialer er repræsenteret i den lille gruppe læger, der arbejder inden for området.

Neurorehabilitering er et område, der er under definering i dialog med det neurologiske grundspeciale.

gredierende rygmarsvlæsioner. I takt med reumatologiens udvikling væk fra fysiurgien blev det gradvist sværere at fastholde rehabilitering som et specifikt område. Samtidig blev det gradvist tydeligere, at der ikke var et rehabiliteringstilbud til patienter med erhvervet hjerneskade, og at vi her haltede bagefter andre vestlige lande. Problematikken blev beskrevet i en redegørelse fra Sundhedsstyrelsen i 1997, hvor man anbefalede initiativer til en bedre rehabilitering af patienter med hjerneskade [5]. Man anbefalede etablering af to enheder til tidlig rehabilitering og øgning af de faglige kompetencer gennem undervisning og forskning.

Dette førte til grundlæggelsen af Hammel Neurocenter og Afsnit for Traumatisk Hjerneskade på Hvidovre Hospital. Udviklingen havde ikke basis i en lægefaglig diskussion, men var langt hen ad vejen drevet af fremsynede og entusiastiske terapeuter.

Først med specialeplanen i 2006 blev det lægefaglige tilhørsforhold endeligt defineret, og neurorehabilitering blev en opgave under neurologi. Dette kom også til at gælde for rehabilitering af patienter

med rygmarsvlæsioner. Denne historiske udvikling adskiller sig markant fra udviklingen i de øvrige europæiske lande, hvor rehabilitering er et selvstændigt lægespeciale. Foruden Danmark er det kun Luxembourg og Malta, der ikke har et rehabiliteringsspeciale [6]. Der er dog internationale tendenser mod, at rehabilitering indarbejdes i hvert enkelt grundspeciale (f.eks. kardiologi og onkologi). Dette gør sig også gældende inden for neurologi. Det er formentlig drevet af, at den eksplosive vidensudvikling inden for alle lægefaglige specialer, der har gjort det tiltagende svært for den enkelte rehabiliteringslæge at have viden på et tilstrækkeligt højt niveau inden for så forskellige områder som bevægeapparatslidelser, gigt-sygdomme, hjerneskader etc. Der er således kommet en tiltagende forståelse for, at rehabilitering af patienter kræver en detaljeret indsigt i den underliggende patofysiologi. Inden for neurorehabilitering knytter vi os til den fantastiske udvikling, der har fundet sted inden for neurovidenskaben i de seneste 20-30 år, båret frem af nye teknologiske muligheder, først og fremmest inden for billeddiagnostikken. Således kan de hjernemekanismer, der sættes i gang, når skaden er sket, nu nærmere beskrives, ligesom behandlingen kan udvikles og målrettes herefter. Neuroplasticiteten, dvs. de neurobiologiske fænomener, som giver mulighed for, at hjernen kan tilpasse sig og udvikle sig livet igennem og reagere på en hjerneskade, er blevet central for forståelsen af neurorehabilitering.

LÆGENS ROLLE

Neurorehabilitering er et lille arbejdsfelt for læger. I Danmark er der efter vores skøn 30-40 læger, som vil betegne sig selv om neurorehabiliteringslæger. Vi arbejder spredt ud over landet og i et felt med mange andre faggrupper. Neurorehabiliteringen er organiseret i team, som har daglig kontakt med patient og pårørende. Det nære team består typisk af en rehabiliteringslæge, sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Herudover inddrages neuropsykologer, logopæder, neuropædagoger og hjerneskadekoordinatører (socialrådgivere) afhængigt af patientens og de pårørendes behov.

Det lægefaglige fokus i den tidlige fase er på forebyggelse/tidlig diagnostik og intervention rettet mod komplikationer og følgevirkninger. Dette fokus er afgørende for, at et veltilrettelagt rehabiliteringsforløb kan foregå uden unødigt tidstab. Forløbet kompliceres ofte af, at patienten kan have en betydelig grad af komorbiditet, misbrug og psykiatrisk sygdom. Lægen skal derfor have et detaljeret kendskab til hjernens funktioner, de enkelte sygdommes forventede forløb og prognose, forebyggelse/tidlig diagnostik samt be-

Vurdering af synkefunktion med fiberendoskopisk undersøgelse hos en patient med svær dysfagi.

Foto: Mathias Fløe Lind.



handling af følgetilstande og komplikationer og skal derfor være bredt orienteret inden for tilgrænsende fagområder som internmedicin og psykiatri. I **Tabel 2** er der givet eksempler på behandlingskrævende følgetilstande.

Samarbejdet mellem de mange faggrupper beskrives ofte som tværfagligt, men mere præcist arbejdes der i et interdisciplinært samarbejde tæt koordineret mellem teamets forskellige fagpersoner, som arbejder mod et på forhånd aftalt fælles mål. Der er tale om en fælles arbejdsproces, hvor der planlægges et struktureret program, prioriteres indsatsområder, formuleres mål, dokumenteres og evalueres i fællesskab [7].

Lægen skal kunne agere, ikke som solist, men som en specialist med en stærk monofaglighed, der byder ind i det interdisciplinære samarbejde. Lægen må påtage sig behandlingsansvaret, have overblik over forløbet, være rede til at kunne argumentere for sine synspunkter mht. prognose ud fra en akademisk tilgang og være opdateret med ny viden, der kan inddrages i arbejdet. Det er dog ikke muligt for nogen at være fuldt opdateret på alle faggruppers arbejdsområder. I stedet må lægen deltage i samarbejdet med ydmyghed over for de andre faggruppers monofaglighed. Når samarbejdet fungerer, er det muligt at håndtere selv meget komplekse problemstillinger. Det kan bidrage til stor arbejdsglæde og fortsat læring hos de involverede fagpersoner, der hver især bidrager med deres kerneydelse til, at opgaven løses i fællesskab.

HVOR STÅR VI NU?

Vi begræder ikke, at der ikke findes et rehabiliterings speciale i Danmark, og mener langt hen ad vejen, at neurorehabilitering ligger bedst under neurologi, men det giver mange udfordringer [1]. Patienterne er præget af meget varierende følgevirkninger og komorbiditet, og den medicinske kompleksitet er høj (Tabel 2). Håndteringen af dette er ikke typiske kompetencer for en neurolog. Dette bliver konkret løst ved, at man på rehabiliteringsstederne også har ansat speciallæger med anden lægelig baggrund end den neurologiske (eks. almenmedicin, neurokirurgi, internmedicin, infektionsmedicin, geriatri og psykiatri). P.t. er neurorehabilitering et fagområde, der er beskrevet i brede vendinger i specialebeskrivelsen af neurologi. Der mangler dog en samlende beskrivelse af de kompetencer, man som neurolog skal have inden for neurorehabilitering.

På neurorehabiliteringsenhederne arbejder der overvejende speciallæger og kun få yngre læger. Dette skyldes, at ophold på en neurorehabiliteringsenhed kun i meget begrænset omfang indgår i intro-



TABEL 2

Eksempler på behandlingskrævende tilstande, som kan ses efter erhvervet hjerneskade.

Autonom dysfunktion
Neuroendokrine forstyrrelser efter traumatisk hjerneskade
Øget intrakranielt tryk, behov for kraniektomi og behandling med ventil
Ændret bevidsthedsniveau
Gastrointestinal dysfunktion
Dysfagi (fiberendoskopisk undersøgelse)
Vægttab (den katabole patient)
Respirationsinsufficiens, betinget af manglende evne til at beskytte luftveje, behov for: <i>cuff</i> ede trakealkanyler, <i>continuous positive airway pressure</i> , <i>bilevel positive airway pressure</i> , <i>cough assist</i>
Infektioner hos immunsupprimerede patienter
Inkontinens for urin og afføring
Nyre-/leverpåvirkning
Epilepsi
Spasticitet med behov for botulinumtoksin eller intratekal baclofen
Neurogene smerter
Depression/angst/mentale forstyrrelser
Udadreagerende og anden uhensigtsmæssig adfærd
Krisereaktioner og eksistentielle problemstillinger hos patient og pårørende

duktions- eller hoveduddannelsesforløb. Og i en tid med mangel på neurologer på de neurologiske afdelinger er der svært at få åbnet for denne mulighed. Dette kan give rekrutteringsvanskeligheder, da yngre kollegaer får vanskeligt ved at stifte bekendtskab med området.

Dansk Selskab for Neurorehabilitering blev dannet i 2005 som et tværfagligt selskab. Det er et selskab, som i høj grad afspejler den tværfaglige og teambaserede arbejdsform på området, men som naturligt nok taget de få læger, som er inden for området, i betragtning, ofte mangler der en lægefaglig vinkel. Der forestår et stort arbejde med at implementere de anbefalinger, som er givet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade. Det gælder både for nye evidensbaserede interventioner som f.eks. robotteknologi samt udbygning af de ambulante funktioner og etablering af regionalt specialiserede hospitalstilbud.

Samlet set er det spændende at være læge på et område, som langsomt er ved at blive defineret. I de kommende år vil der ske en nøjere definition af neurorehabiliteringslægens kompetencer i dialog med det neurologiske grundspeciale. Men samtidig må vi inddrage internationale erfaringer fra det rehabiliteringsspeciale, vi ikke er en del af.

KORRESPONDANCE: Anne Almskou Rasmussen, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Voldbyvej 15, 8450 Hammel. E-mail: anchrira@rm.dk

ANTAGET: 19. marts 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Hansen TI. 1990'erne – bevægeapparatets årti. Ugeskr Læger 1993;155:2752-3.
- Behandling af traumatisk hjerneskader og tilgrænsende lidelser. København: Sundhedsstyrelsen, 1997.
- Ward BW, Gutenbrunner C. Physical and rehabilitation medicine in Europe. J Rehabil Med 2006;38:81-6.
- Wæhrens EE, Winkel A, Jørgensen HS, red. Neurologi og neurorehabilitering. København: Munksgaard, 2013.

Rehabilitering af voksne patienter med kræft

Dorte Gilså Hansen¹, Bjarne Rose Hjortbak² & Lene Jarlbaek^{3,4}

STATUSARTIKEL

1) Nationalt Forskningscenter for Kræftrehabilitering, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
2) MarselisborgCentret
3) Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
4) Onkologisk Afdeling, Odense Universitets-hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V01140026

Rehabilitering af patienter med kræft omfatter professionelle indsatser med fokus på at afhjælpe tab i den fysiske eller psykosociale funktionsevne, som primært skyldes kræftsygdommen eller kræftbehandlingen. Indsatsen ydes med det formål, at patienten skal opnå bedre livskvalitet i et selvstændigt og meningsfuldt liv med de forandringer, som sygdommen giver [1]. I Danmark anvendes to definitioner på rehabilitering: Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's definition og Rehabiliteringsforum Danmarks definition fra »Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet« [2, 3]. For begge definitioner gælder, at de tager udgangspunkt i det enkelte menneskes funktionsevne. Kræftrehabilitering er et paraplybegreb uden klar afgrænsning [4]. Forskellige indsatser omfattes af begrebet, herunder indsatser, der har karakter af forebyggelse, genoptræning eller behandling (**Tabel 1**). Kræftrehabilitering kan være relevant både tidligt og senere i patientens sygdomsforløb, og behovet kan skifte undervejs. Området har stigende politisk og faglig opmærksomhed, og læger har et ansvar for at medvirke til, at rehabilitering integreres systematisk i kræftbehandlingen [1, 5-7].

Det ligger uden for rammerne af denne artikel at gennemgå evidensen for forskellige typer af rehabilitering. Formålet er at beskrive relevante patientpopulationer, mulige generelle og kræftspecifikke funktionsevnetab, bredden af kræftrehabilitering, feltets særlige udfordringer og behovet for fortsat forskning.

Ved udgangen af 2011 havde knap 234.000 voksne danskere kræft eller havde tidligere haft kræft, og heraf var 90.000 (38%) i alderen 20-64 år [8]. For knap 97.000 af patienterne var kræftdiagnosen stillet inden for de seneste fem år. En ukendt andel har behov for rehabilitering, og et ukendt antal er

i gang med rehabilitering [1]. I 2011 fik 34.000 voksne personer stillet en kræftdiagnose, og heraf var 13.000 (38%) under 65 år [8]. De hyppigste kræftformer blandt kvinder var brystkræft (n = 4.521), tyk- og endetarmskræft (n = 2.188), lungekræft (n = 2.185) og malignt melanom (n = 1.144), og blandt mænd var de hyppigste kræftformer prostatakræft (n = 4,257), lungekræft (n = 2.251), tyk- og

TABEL 1

Eksempler på rehabiliteringsindsatser, som har til formål at forbedre funktionsevnen hos patienter med kræft.

Fysioterapi
Fysisk træning, motion
Lymfødembehandling
Bækkenbundstræning
Smertelindring
Proteser
Hjælpemidler
Ergoterapi
ADL-træning
Psykologbistand
Samtalerapi
Patientgrupper
Pårørendegrupper
Praktisk hjælp til personlig pleje, husførelse, transport m.m.
Sociale foranstaltninger og rådgivning
Omsorg og foranstaltninger for familiens børn
Arbejdspladsindretning og -aftaler
Støtte til rygeophør
Kostvejledning
ADL = activities of daily living