

NEUROLOGISK REHABILITERING

Stroke neurologiska skador

Stroke drabbar ca 25000 personer varje år i Sverige och ett stort antal får bestående neurologiska skador som kan leda till olika funktionshinder.

Hjärnskadorna uppstår akut till följd av syrebrist och utvecklas därefter gradvis under det kommande dygnet efter insjuknandet, tills dess att skadeområdet i hjärnan fått sin slutliga omfattning. Under denna period har möjligheterna till behandling ökat dramatiskt under senare år. Goda behandlingsresultat har uppnåtts genom att sjukvården har fått tillgång till mer avancerade vårdprogram där t.ex. proppupplösande behandling eller direkt borttagande av blodproppen ingår. På individuell nivå varierar dock utfallet efter behandling och många får kvarvarande problem som kräver långvariga rehabiliteringsinsatser.

Hjärnskadorna

Hjärnskadorna med likartade konsekvenser kan uppstå på andra sätt än genom en stroke, t.ex. efter fallolycka eller trafikolycka, sk. traumatisk hjärnskada. Vanliga funktionshinder som är gemensamma för hjärnskadorna är t.ex. svårigheter att röra ben och armar, balansproblem, känselstörningar, kognitiva problem och/eller afasi som innebär svårigheter att finna och förstå ord och meningar. Konsekvenserna av hjärnskadorna kan för många bli allvarliga t.ex. ett liv med olika typer av rörelsehinder, oförmåga att kommunicera med andra människor och social isolering. Svårigheterna uttrycks på många olika sätt beroende på skadans natur och individuella förutsättningar.

Hjärnan har stora möjligheter till återhämtning

Hjärnan har stor potential för kontinuerlig utveckling, plasticitet och nyinlärning genom hela livet. Detta gäller även för de individer som drabbats av stroke och annan förvärvad hjärnskada. Olika förutsättningar föreligger dock i de enskilda fallen vilket också inkluderar individer i högre åldrar. Det är därför nödvändigt att varje individ bedöms utifrån egna förutsättningar för långsiktig återhämtning, nyinlärning och kompensation för förlorade eller nedsatta förmågor. Individinriktad bedömning och behandling (jmf. 'personalised medicine' eller 'precision medicine') är helt centralt i den moderna neurologiska rehabiliteringen.

Exempel på tillstånd som kan hindra en förbättring är t.ex. om patienten lider av omfattande hjärntrötthet (fatigue) efter skadan, samtidigt lider av ett flertal komplicerande tillstånd, eller saknar motivation till att medverka i sin nödvändiga träning. Detta måste tas hänsyn till i den individuella bedömningen och planeringen av aktuella rehabiliteringsinsatser. Generella insatser och schablonbedömningar måste således undvikas.

Studier visar att rätt intensitet i rehabiliteringsprogram ger resultat

Omfattande klinisk och vetenskaplig bevisning föreligger beträffande nyttan av långsiktighet och rätt intensitet i de individuella rehabiliteringsprogrammen. För en stor del av de hjärnskadade kan långsiktig träning leda till funktionsförbättring under lång tid (under många år) efter det att, exempelvis, en stroke inträffat. Väger man detta mot hur styrningen av sjukvården ser ut idag beträffande resursallokering och riktlinjer för sina rehabiliteringsinsatser så finner man betydande brister där enskilda individer riskerar att stå utan långsiktig planering.

Rehabilitering även lång tid efter sjukdomstillfället/skadan är viktig

Inom sjukvård, myndigheter och remissinstanser möts man fortfarande ofta av uppfattningen att återhämtning efter dessa skador enbart kan ske inom en begränsad tid, upp till ett halvår, möjligen ett år efter skadan. Därefter tror man inte på ytterligare meningsfulla förbättringar. Personen påstås ha kommit in i ett nytt "habitualtillstånd", där man inte söker eller aktivt stödjer ytterligare förbättringar utan endast försöker att underlätta för den enskilde i dess tillvaro. Med utgångspunkt i de stora individuella skillnader som föreligger beträffande långsiktig potential för fortsatt förbättring, så är detta förhållningssätt inte bara förlegat, det är orättvist och oetiskt.

Intensiv träning i en stimulerande miljö

I flera sena vetenskapliga studier poängteras fördelen, och behovet av, en individualiserad, fokuserad, intensiv träning som helst ska ske i en stimulerande miljö. Det föreligger däremot ingen eller mycket sparsam evidens för att lågintensiv träning med enstaka träningsstillfällen per vecka kan ge ett påtagligt resultat, även om träningen pågår under en längre tidsperiod. Tyvärr får den stora majoriteten av hjärnskadade långsiktigt enbart ta del av sparsamma och okoordinerade insatser som är baserade på den lågintensiva modellen.

För samhället skulle det löna sig att satsa på långsiktig rehabilitering

Ofta framhålls de bristande resurserna inom sjukvården som förklaring till att rehabiliteringen är eftersatt. Det bör därför poängteras att för många personer med aktuella funktionsproblem, t.ex för de som har svårigheter att gå eller kunna kommunicera tillfredsställande, så är samhällets kostnader för omsorg och assistans avsevärt högre än vad samhället idag satsar på dessa individers långsiktiga rehabilitering. För många som fortfarande är yrkesaktiva och är socialt aktiva, spelar dessutom de kognitiva och psykologiska nedsättningarna en mycket stor roll. Svårigheter att upprätta yrkesrollen och att delta i sociala sammanhang leder ofta till långa sjukskrivningar, depression, förtidspensionering och utanförskap. Allt till mycket stora kostnader för samhället.

Dessa förhållanden blottlägger ett omfattande och helt oacceptabelt gap mellan det ökande vetenskapliga underlaget för långsiktigt mer aktiva åtgärder och de rådande otillräckliga insatserna för dessa personer.

Trots upprepade påpekanden från professionen och rapportering från svenska myndigheter och brukarorganisationer om bristande struktur och resurser för långsiktiga rehabiliteringsinsatser för neurologiskt skadade, saknas alltså en sammanhållen och genomtänkt struktur i syfte att åtgärda dessa missförhållanden.

De individuellt anpassade och vetenskapligt underbyggda rehabiliteringsprogram som organiseras och erbjuds av Optima Rehab tillgodoser väl flera av de aspekter som diskuteras ovan, och kan utgöra basen i en sammanhållen, långsiktig rehabiliteringsstrategi där flera aktörer kan samverka.

Professor Michael Nilsson, MD, PhD, FAFRM (RACP)

Director, the Centre for Rehab Innovations, (CRI)

Global Innovation Chair of Rehabilitation Medicine, University of Newcastle, Australia

Sverige:

Specialist i Neurologi och Rehabiliteringsmedicin

Adjungerad Professor, Rehabiliteringsmedicin, Göteborgs Universitet

Referenser (exempel)

1. Livingston-Thomas et al., *Neurotherapeutics*, 2016, 13, 395-402
2. Lang et al., *Curr Opin Neurol*, 2015, 28, 549-555
3. Teasell et al., *Expert Rev Neurother*, 2014, 14, 1307-1314
4. Lohse et al., *Stroke*, 2014, 45, 2053-2058
5. Veerbeek et al., *PLOS One*, 2014, 9, e87987
6. Teasell RW et al., *Arch Phys Med Rehab*, 2014, 95, 595-596
7. Teasell RW et al., *Top Stroke Rehabil*, 2012, 19, 457-462
8. Allen L et al., *Top Stroke Rehabil*, 2012, 19, 523-535
9. Venna VR et al., *Transl Psychiatr*, 2014, 4, e351
10. Zhang J et al., *Stroke*, 2014, 45, 788-793
11. Swati Mehta et al., *Top Stroke Rehabil*, 2012, 19, 463-470
12. Pekna M et al., *Stroke*, 2013, 44, 2819-2828
13. Cramer SC, *Brain*, 2011, 134, 1591-1609
14. Whitall J et al., *Neurorehabil Neural Repair* 2011, 25, 118-129
15. Sarkamo T et al., *Brain*, 2008, 131, 866-876
16. Page et al., *Arch Phys Med Rehabil*, 2004, 85, 1377-1381
17. Bunketorp Kall L et al., *Stroke*, 2017, 48, 1916-1924
18. Vive S et al., *J Neurol Phys Ther*, 2020, 44, 145-155
19. Ward NS et al., *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2019, 90, 498-506