





En unik neurologiklinik med **visioner** och **framtidstro**

Neurologi som specialitet har blivit intressantare och allt fler personer väljer att arbeta inom detta område, menar Marita Toreheim Kase, verksamhetschef för Neurologi- och Rehabiliteringskliniken på Centralsjukhuset i Karlstad. Här står ST-läkare på kö och många läkarstudenter som praktiserar här under termin 8 vill sommarjobba och återvänder även efter sin examen.

– **Forskningen har kommit långt** och i dag erbjuder vi vård med goda resultat och snabbare återgång till arbete och ett liv med möjligheter, även om patienten drabbats av en livslång sjukdom. Möjligheten till tidig upptäckt och åtgärder har också förändrat synen på neurologin, och den gamla ”långvårdstämpeln” har suddats ut och ersätts av nyfikenhet redan på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna, säger Marita Toreheim Kase.

FÖRSTA FRISTÅENDE NEUROLOGIKLINIKEN UTANFÖR UNIVERSITETSSJUKHUSET

Neurologi- och Rehabiliteringskliniken på Centralsjukhuset i Karlstad är den första fristående neurologikliniken utanför universitetssjukhusklinikerna; den är alltså inte en del eller sektion i en medicinklinik som på många andra centralsjukhus. Som namnet anger ingår även rehabiliteringsmedicin där tyngdpunkten ligger på rehabilitering efter stroke eller traumatisk hjärnskada efter till exempel trafikolycka. I år firar kliniken 25-årsjubileum, lagom till årets Neurologivecka här i Karlstad.

Marita Toreheim Kase tog över rodret från Rune Johansson för fyra år sedan. Vid sin sida har hon Johan Sanner, överläkare med medicinskt ledningsansvar. Marita har lång erfarenhet av att leda och utveckla verksamheter.

– Jag tror att neurologin som specialitet kommer förändras ännu mer framöver, även vad det gäller rehabiliteringsmedi-

Lisa Häggeborn, avdelningschef på 34:an, instruerar hur träningsköket fungerar.



Mottagningsverksamheten är egentligen den drivande delen av kliniken, säger verksamhetschef Marita Toreheim Kase. Här tillsammans med Susanne Karlsson, sjuksköterska och avdelningschef för strokeavdelningen, och Niparak Lindström, sjuksköterska och nutritionsombud.

cin. Vi kommer samverka i ännu högre grad med primärvården, speciellt när det gäller våra patienter med kroniska sjukdomar. För att öka deras livskvalitet behöver de kunna få mer stöttning och hjälp på nära håll. Många på landsbygden tycker att det är jobbigt med långa resor och att behöva ta sig in till sjukhuset för återbesök, säger Marita Toreheim Kase.

I framtiden tror hon att man kommer att använda mer tekniska lösningar som exempelvis Skype för att underlätta för patienterna.

FRAMGÅNGSRECEPTET BYGGER PÅ SNABBHET OCH KONTINUERLIG UPPFÖLJNING

Neurologi- och Rehabiliteringskliniken håller i olika etapper på att få nya fräscha lokaler och nya strukturer. När det gäller lokalerna har strävan varit att korta de livsviktiga ledtiderna för akutpatienterna; akutmottagning, röntgen, och vårdavdelning behöver ligga i nära anslutning till varandra. Snabb diagnos, omhändertagande och långsiktig rehabilitering och uppföljning är viktiga komponenter i verksamheten. Kliniken består av två vårdavdelningar, en mottagning samt en dagrehabilitering med egna lokaler i Hagahuset inne i Karlstads centrum. Avdelningarna har mestadels enkelrum för att un-

derlätta vården, minska smittspridning och även göra det smidigare för anhöriga att spendera mer tid hos den sjuka.

DET DRIVANDE NAVET ÄR MOTTAGNINGEN OCH TEAMEN

Mottagningsverksamheten är egentligen den drivande delen av kliniken.

– Tyvärr räcker inte resurserna till när vi har så stor slutenvård, därför har vi bland annat fått se över arbetssätt och testat arbetsväxling mellan läkare och sjuksköterskor. Detta innebär att sjuksköterskan, i vissa fall, tar hand om återbesöken istället för läkaren eller med denna som rådgivare under besöket. I dag fungerar det mycket bra, vilket till viss del beror på att vi är vana att arbeta i team kring patienten. Vi har team för MS, Parkinsons sjukdom, epilepsi samt motorneuronsjukdomar och spasticitet, säger Marita Toreheim Kase.

MNS-teamet består av sjuksköterska, kurator, dietist, logoped, läkare, lungsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och hjälpmedelstekniker. När diagnosen är ställd kommer patienten på besök till sjuksköterska på mottagningen var tredje månad, men kan också kontaktas vid förändring av hälsotillståndet. Om patienten inte orkar åka till sjukhuset, kan sjuksköterskan göra ett hembesök tillsammans med läkare.



Fysioterapi är en viktig del av rehabiliteringen. Tone Hollowell, fysioterapeut, visar runt i en av träningslokalerna.

”Snabb diagnos, omhändertagande och långsiktig rehabilitering och uppföljning är viktiga komponenter i verksamheten.”

EP-teamet arbetar lite annorlunda, med sjuksköterska och läkare samt kurator vid behov. När diagnos väl är ställd är det patienten och sjuksköterskan som kommer överens om kontaktbehovet. En del patienter vill ha telefonkontakt medan andra hellre vill ha personligt besök, men här är det glesare mellan besöken.

MS-teamet arbetar med att erbjuda alla patienter besök hos hela teamet, som består av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator. Det är sjuksköterskorna som är mest välbesökta då patienten ofta får infusionsbehandling eller är med i kliniska provningar som behöver följas upp.

Parkinson-teamet arbetar på liknande sätt där sjuksköterskan sänder hem en enkät före besöket som patienten fyller i och som man tillsammans går igenom vid besöket. Sjuk-

sköterskan är den som har kontinuerlig kontakt och vet oftast när behov finns för att även träffa en läkare.

– Vi har börjat med så kallad ”gaffelmottagning” för Parkinsons sjukdom och MS, där sjuksköterskan har flera patienter ganska tätt inbokade. Under besöket gör läkaren ett kort inspel för att höra hur det står till och om det fungerar bra med exempelvis medicinering. Patienterna är mycket nöjda med detta nya arbetssätt, berättar Marita Toreheim Kase.

AVDELNING FÖR AKUTNEUROLOGI OCH HJÄRNSKADETEAM

Avdelning 34 har 10 vårdplatser för akut neurologi och ett hjärnskadeteam med sju vårdplatser.

– Vi har ett träningskök och träningsrum i anslutning till avdelningen, men också tillgång till en träningslägenhet några våningar längre ner. Där kan patienterna boka in sig för en heldag och träna på allt som tillhör vardagslivet. Mycket av träningen sker tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut, berättar Lisa Häggeborn, sjuksköterska och en av två avdelningschefer på 34:an.

På neurologsidan av avdelningen stannar patienterna inte så länge, men hos hjärnskadeteamet (rehabiliteringsmedicin) kan patienter med behov av specialiserad teamrehabilitering



Johan Sanner, överläkare, strokeansvarig och medicinskt ledningsansvarig, och Felix Andler, läkare.

vara kvar betydligt längre tid, utifrån den individuellt utformade rehabplanen. Vid behov sker utbildning av assistenter och anhöriga i samband med vårdtiden.

”Trombektomi för glesbygds-patienter är en rejäl utmaning men även Karlstad ligger långt borta från en region-/universitetsklirik med möjligheter att göra trombektomi.”

AVDELNING MED FOKUS PÅ STROKE

Avdelning 59 är den största avdelningen på sjukhuset med 26 vårdplatser.

– Egentligen behöver vi inte så många platser längre, eftersom antalet strokepatienter minskat i Värmland. Mycket tack vare behandling av blodtryck, rätt blodförtunning vid förmaksflimmer men också goda insatser från Primärvården med mer fokus på livsstil, tobaksavvänjning och behandling av andra riskfaktorer, berättar Marita Toreheim Kase.

Vårdplatsbehovet har även minskat på grund av att man inte stannar kvar så länge. De platser som man inte använder

själv lånas ut bland annat till internmedicinska patienter. Det är sjukhusets vårdplatskoordinatorer som fördelar platserna och de har full koll över platssituationen på hela sjukhuset mellan kl 07–22.

”RÄDDA HJÄRNAN-LARM” – VIA AKUTEN

DIREKT UPP PÅ RÖNTGEN

På 59:an jobbas det ständigt med att förbättra siffrorna i strokevården genom att bland annat minska tiden mellan insjuknande och behandlingsstart. Här finns alltid ett ledigt rum i beredskap, det så kallade ”Rädda hjärnan-rummet”. Här finns också ”TIA-torget”, en övervakningssal för fyra patienter. Tidigare fick man procentuellt sett en alltför låg andel av TIA-patienterna till strokeenheten, men någon gav rummet det fyndiga namnet ”TIA-torget” i syfte att öka medvetenheten och få alla TIA-patienter från akuten direkt till strokeavdelningen, och det har fallit väl ut.

– Som alla andra kliniker jobbar vi med den akuta handläggningen, vi jagar minuter. Man säger att 2 miljoner hjärnceller dör varje minut, det låter svindlande, men detta påverkar de facto den drabbades fortsatta funktion och livskvalitet. Så den propplösande behandlingen är viktig och kan göra stor skillnad om den ges tidigt, säger överläkare Johan Sanner, ansvarig för strokevården.

Under åren har man successivt minskat den så kallade dörr-till-nåltiden.

Niparak Lindström, sjuksköterska och nutritionsombud, menar att återbesöken på avdelningen har en sekundärpreventiv inverkan. Hon fångar snabbt upp problem som uppkommit.

– Det gäller att snabbt få vetskap om en inkommande strokepatient så vi kan påbörja planering av undersökningar och behandling. Blir det aktuellt med trombolys vill vi kunna ge den behandlingen så snart det bara går, säger Johan Sanner.

Många gånger kan det vara svårt att ta ställning till om patienterna skall ha trombolysbehandling. För att höja kompetensen har man sedan några år inrättat en neurologjour som arbetar alla dagar i veckan kl 08-16. Dessutom har kliniken sedan hösten 2017 en trombolysjour i hemmet ytterligare 6 timmar, kl 16-22, som kan konsulteras per telefon. Det här har gjort att man kunnat öka andelen trombolysbehandlingar.

– Nyligen har vi också börjat med direktkontakt med ambulanspersonalen vid ett Rädda hjärnan-larm. Vid misstanke om stroke kontaktas neurojouren från ambulansen så att läkaren snabbt kan skapa sig en klarare bild av hälsoläget. Nytt är också att det finns möjlighet att utnyttja Facetime i dessa situationer. Enligt Socialstyrelsens nya förslag på målnivå för dörr-till-nåltid om 30 minuter från tidigare 40 minuter, hoppas vi med denna åtgärd kunna möta upp den nya målnivån, berättar Marita Toreheim Kase.

Även på avdelning 59 har man ett delat ledarskap och sjuksköterskan Susanne Karlsson, som vi träffar i dag, delar avdelningschefsansvaret med sjuksköterskekollegan Annika Jarl Ljungsten. Till avdelningen är det kopplat strokemottagning där en sjuksköterska följer upp patienten ca 3 månader efter stroken gärna tillsammans med en anhörig.

– Inför återbesöket får patienterna en enkät att fylla i och skicka tillbaka, och vid återbesöket kan vi prata vid mer och jag kan med egna ögon se hur de mår. Jag besvarar också deras funderingar kring livsstilsfaktorer och annat som kommit upp sedan hemgången, säger sjuksköterskan Niparak Lindström, som också är nutritionsombud på avdelningen.

Alla tre tror att dessa återbesök på den egna avdelningen har en sekundärpreventiv inverkan. Vid besöket pratar man också gemensamt om kosthållning på ett positivt sätt och ser över vad patienten kan hjälpa till med hemma, så att han eller hon inte bara blir sittande och känner sig som en belastning. Niparak Lindström kan också fånga upp problem som uppkommer och till exempel skriva remiss till arbetsterapeut eller vid behov enkelt få kontakt med läkare.

NEUROLOGISKA UTMANINGAR I LÄNSSJUKVÅRDEN

Trombektomi för glesbygdspatienter är en rejäl utmaning men även Karlstad ligger långt borta från en region-/universitetssjukhus med möjligheter att göra trombektomi.

– Man pratar om "the strokecare revolutionen", den sedan några år möjliga behandlingen att kunna utföra trombektomi. Detta är något som vi inte har möjlighet att erbjuda våra patienter på plats. I stället måste vi skicka iväg dem och i vår region är det Uppsala som vi kan skicka våra patienter till, berättar Johan Sanner.





Maria Hellberg, medicinsk rehabiläkare, Lars Stenberg, undersköterska och Elina Thorängen, sjuksköterska, samtalar framför en planeringstavla som ger struktur kring patientvården.

Transport av patienterna inom de rekommenderade sex timmarna från symtomdebut till en klinik som kan utföra trombektomi gör att man är helt helikopterberoende vilket många gånger blir ett dilemma.

– Varje minut räknas, det vet vi ju, men det är frustrerande när vi drabbas av upptagna helikoptrar eller dåligt väder så helikoptern inte kan flyga. För att förbättra patienternas chanser har vi nu tagit upp diskussioner om samverkan med Oslo, berättar Johan Sanner. Det finns redan i dag avtal med Oslo vad det gäller bistånd vid traumasjukvård.

I Sverige finns det i dag diskussioner om en nationell helikopterverksamhet, som man har i Norge, det vill säga att all helikopterverksamhet styrs centralt för att få överblick och kunna prioritera mellan alla pågående nationella transportbehov. Detta är något som både Johan Sanner och Marita Toreheim Kase tror skulle öka flexibiliteten och gynna deras verksamhet och självklart många andra glesbygdskliniker och -enheter. Dörr-till-nåttid har fått ytterligare en dimension, nu gäller det även trombektomibehandlingen och att korta tiden från Karlstad till Uppsala eller Oslo. Något av en stor utmaning känner de båda.

MEDICINSK REHABILITERING EN VIKTIG DEL AV VERKSAMHETEN

Som kliniken namn avslöjar så består den av två specialiteter, neurologi och medicinsk rehabilitering.

– Vi är glada att ha denna specialitet i vår samlade klinik. Så ser det inte ut på alla ställen. För oss är det helt naturligt det bästa. Vi har starkt samarbete både i sluten- och öppen-vård med fokus på patienterna och deras anhöriga, säger Marita Toreheim Kase.

DAGREHABILITERINGEN I HAGÅ

Den medicinska dagrehabiliteringen hör till specialistsjukvården. Dit är alla patienter från kliniken välkomna via internremiss. Det finns även många patienter i yrkesverksam ålder, men gemensamt för alla är att rehabiliteringsbehovet skall vara större än det som kommun- eller primärvårdsrehabiliteringen kan erbjuda. Dagrehab fyllde 30 år 2017.

– Vi är lyckligt lottade som har egen medicinsk dagrehabilitering inom vår egen klinik, det är verkligen inte alla kliniker som har den resursen, säger Marita Toreheim Kase.

Övervägande andelen patienter har haft stroke, men även MS-patienter och personer med traumatiska hjärnskador är vanliga. Hit kommer patienterna två–tre halvdagar i veckan under den tid som planerats i den individuella rehabplanen. Grupperna är på 5–7 personer och cirka 17 personer är ”i rullning” under en vecka.

– Här träffar patienterna ett reaheteam. Vi är två specialister i medicinsk rehabilitering som jobbar ungefär 40 pro-

cent här och resterande tid inne på sjukhuset, lite utefter behoven. Övrig personal är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, kuratorer, logoped, undersköterska och sjuksköterska, säger Maria Hellberg, rehabiläkare.

Här finns grupper som funktionstränar, men också de som snart är på väg tillbaka ut i arbetslivet. Man lär sig hantera sina fysiska funktionsnedsättningar och den begränsade hjärntröttheten som många drabbas av.

– Patienterna får jobba med kompensatoriska strategier och daglig planering för att orka. För de som skall tillbaka ut i arbetslivet är dagrehab steget strax innan, kan man säga. Men det förekommer att vi även jobbar med direkt arbetslivsinriktad rehabilitering, säger Maria Hellberg.

MS-patienterna kan mellan skoven behöva komma dit under en tid för att till exempel göra ny kartläggning om funktionsförmågan förändrats. Det förekommer också att personer jobbat på för hårt i arbetslivet efter en hjärnsjukdom eller skada och behöver hitta en mer lagom nivå för att orka med.

REHABILITERINGSKOORDINATOR – NY NATIONELL SPINDELRESURS

Marie Lundgren är ursprungligen arbetsterapeut, men arbetar i dag som rehabiliteringskoordinator, en ganska ny nationell funktion. I landstinget i Värmland har man drivit detta med rehabiliteringskoordinator som ett projekt under något år, men från årsskiftet är det en permanentad funktion.

Nu har det etablerats 15 heltidstjänster för de 31 vårdcentralerna och slutenvården i Värmland och det finns mycket att göra. Inom slutenvården finns funktionen i dag på neurologi- och rehabklinikerna och ortopedklinikerna. Intentionen är att starta upp funktionen på ytterligare ett par kliniker inom slutenvården under våren.

– Vi finansieras med statliga medel, för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Vår roll är att vara spindeln i nätet i sjukskrivningsprocessen. Koordinatorerna är en brygga mellan patient, hälso- och sjukvården, arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassan och även socialtjänsten. Syftet är att förebygga sjukskrivning och främja återgång till arbetet. En viktig del i vårt arbete är att säkerställa att det finns en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan, berättar Marie Lundgren.

– Vi jobbar med tre delar, dels individuellt stöd till patienten i sjukskrivningsprocessen, intern samverkan på vårdnheten och extern samverkan med övriga aktörer, där arbetsgivaren och dennes ansvar är viktiga komponenter, säger Marie Lundgren.

– Från läkarnas sida är det värdefullt att kunna samverka runt våra neurologiska patienter, ofta med långa sjukskrivningar, med Marie Lundgren som nav för kontakter med exempelvis arbetsgivare och andra aktörer, menar Marita Toreheim Kase.

EGEN NEUROPSYKOLOG

Audun Lyngstad är leg. psykolog och specialist i klinisk neuropsykologi. En neuropsykologisk utredning kan vara en viktig informationskälla både vid diagnostisering och rehabiliteringsplanering. Det är också ett sätt för patient och närstående att bättre förstå hur den neurologiska sjukdomen eller skadan har påverkat hjärnans funktion.

Marie Lundgren är rehabiliteringskoordinator, en ny nationell funktion. Som sådan fungerar hon som en spindelresurs i sjukskrivningsprocessen.



Audun Lyngstad, leg. psykolog och specialist i klinisk neuropsykologi, demonstrerar med skålar hur en begränsad hjärnkapacitet ökar risken för överbelastning.

– Genom att jag sitter på neurologi- och rehabiliteringsmottagningen där även alla läkare har sina rum, är det lättare att få till ärendediskussioner och konsultationer. På så vis kan vi med en begränsad resurs nå ut till fler ärenden. Som psykolog är man också ofta med i utbildningar riktade både mot patienter, deras närstående och till annan personal. Då får man hitta olika pedagogiska sätt att exemplifiera och förklara hur hjärnans funktion påverkar vardagslivet, säger Audun Lyngstad.

INGEN EGEN FORSKNING – MEN DELTAR I LÄKEMEDELSSTUDIER

De kliniska prövningarna är till en del företagssponsrade men även akademiskt drivna. För närvarande pågår prövningar inom MS, myastenia gravis och stroke medan studier rörande Parkinsons sjukdom och migrän är avslutade.

– Kliniska prövningar innebär en kompetensutveckling, kunskapsspridning och stimulans för oss, säger Rune Johansson, Veronica Dalevi och Anna-Carin Björnson som är några av de ansvariga för prövningar vid mottagningen.

HELA FAMILJEN DRABBAS, OM EN BLIR SJUK

Att involvera anhöriga i rehabiliteringen vid neurologiska sjukdomar och hjärnskador är viktigt, eftersom hela familjen drabbas om en familjemedlem blir sjuk. Kliniken har därför satsat på patient- och närståendebildning (<http://liv.se/Forvardgivare-och-samarbeten1/Patient-och-narstaendebildning/Patient-och-narstaendebildning/Utbildningar/>). Det hela började med det hälsofrämjande samarbetsprojekt "Det goda livet" mellan åren 2006–2008, där Landstinget Värmland och Handikappförbunden Värmland testade en norsk modell. Modellen, som ingår i den ordinarie verksamheten, kommer från Laering og mestringcenter på Akers sjukhus i Oslo (<https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/>).

– Den första utbildningen vi hade var för en parkinsonsgrupp 2007 tillsammans med Parkinsonförbundet. I dag är den utbildningen en del av parkinsonvårdprogrammet, berättar

Monica Magnusson, avdelningschef för mottagningen och kontaktsjuksköterska för MNS-patienter, tillsammans med Margareta Tauberman, kurator och samordnare för patient- och närstående utbildningen i landstinget Värmland.



Anna-Carin Björnson, MS-sjuksköterska, Rune Johansson, neurolog, och Veronica Dalevi, MS-sjuksköterska, är några av dem som ansvarar för kliniska prövningar.

tar Margareta Tauberman, kurator vid kliniken och landstingsövergripande samordnare för patient- och närståendeutbildning i Värmland.

Det är sju landsting som jobbar med denna form av utbildningar. Sedan starten för tio år sedan har landstinget i Värmland genomfört ett hundratal utbildningar med över 1.000 deltagare inom 10 vårdområden. Många av utbildningarna har varit inom neurologiklinikens ansvarsområde och nyligen fick man pris från Parkinsonförbundet för sitt fina helhetstänk kring parkinsonvården i Värmland.

HÄR FINNS STIMULERANDE OCH SPÄNNANDE KOMBINATIONER

– Att jobba på en så här lagom stor neurologiklinik, är väldigt trevligt. Vi jobbar nära varandra och hjälps åt väldigt mycket. Senaste halvåret har vi bland annat infört behandlingskonferens en gång i veckan, en timme eller så, där vi diskuterar ”knäckfall”. Och där vi tar hjälp av varandras kunskap för att hitta de bästa behandlingsalternativen, berättar Johan Sanner.

– En fördel med ett länsjukhus är också att man får en bred kunskap inom allmänneurologi och jobbar med många olika diagnoser, även om man har en specialnisch. Här finns den spännande och stimulerande kombinationen med både mycket slutenvård och öppenvård, sammanfattar Johan Sanner.



SUSANNE LJ WESTERGREN
Medicinjournalist
Foto: ANDERS DEROS

