

Af: Merete Stubkjær Christensen, speciallæge i almen medicin, hospitalsdirektør,
Sclerosehospitalerne - mereci@sclerosehospital.dk

Hvad kan vi bruge sclerosehospitalerne til?

"Hvad kan vi egentlig bruge sclerosehospitalerne til?" Det har kolleger fra almen praksis flere gange spurgt mig om, efter jeg blev ansat som hospitalsdirektør.

Prolog

Jeg ser den lange hestehale ud over kørestolen, da hun drejer om hjørnet ned ad gangen. Hun ankom mandag: 25 år gammel, i gang med studielivet og bor på 3. sal i en gammel ejendom uden elevator. Et pludseligt attak gav hende diagnosen. Hun er i krise og taler alt for meget, med alt for mange og er lidt for grænseløs. Hun kan ikke komme hjem pga. trapperne, og hun var først placeret på en lokal plejeplads.

Hendes spørgsmål, frustration og usikkerhed er overvældende for hende selv og slider på alle omkring hende. Hun isolerede sig på aflastningspladsen.

Nu får hun ro i et "mentalt pusterum". Hun spejler sig i de andre. Hun træner, så sveden springer, til den høje musik, og alt er intenst omkring hende. Hun gennemgår en enorm transformation. Hun er på vej...



"Mentalt pusterum" – en del af rehabiliteringen. Foto: Hanne Loop.



Fysisk træning står aldrig alene – undervisning, udredning, samtaler, refleksion er altid med. Foto: Hanne Loop.

Et helhedsorienteret syn

På hospitalerne modtager patienterne neurorehabilitering, som sammensættes efter individuelle behov og internationalt anerkendte metoder for rehabilitering, hvor målet er størst mulig mening og selvstændighed i eget liv. Vi arbejder på at forbedre "funktionsniveau" og ikke alene fravær af symptomer. Funktionsniveau forstås ud fra den samlede formåen bio-psyko-socialt, som beskrevet i WHO's model for International Classification of Function (ICF).

Grundlaget er et helhedsorienteret syn på mennesket i erkendelse af, at varig effekt af behandling afhænger af, at behandlingen er tilpasset det enkelte menneskes situation. Derfor er rehabilitering en samskabende proces mellem behandler og patient.

Det er i virkeligheden banalt, og vi kender det indgående fra almen praksis. Man kan give insulin uden tilsigtet effekt, hvis patienten ikke har erkendt og taget ansvar for sin diabetes. Patienterne kan træne og få øget muskelstyrke med stor risiko for tab igen, hvis træningen og det daglige liv ikke matcher efter endt genoptræning. Man kan behandle depression, men ikke få livsgnist, hvis der ikke findes energigivende aktivitet eller et nærende netværk. Man kan arbejde så meget forgæves og spilde tiden, hvis man ikke fanger helheden.

Hospitalsmiljøet – med tværfaglige teams og flere dage til at observere, undersøge, afprøve og reflektere sammen med patienten – betyder, at der er muligheder og flere forskellige fagkundskaber under samme tag til at arbejde med det komplekse. Evnen til at udvælge og dosere de rette indsatser i multifaktorielle udfordringer er specialviden.

Et stigende antal patienter

Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev behandler ca. 1.500 patienter årligt

FOR AT GØRE DET VIGTIGSTE KORT:
Danmark har to sclerosehospitaler samlet i en organisation. Østdanmark dækkes af Haslev, og Vestdanmark dækkes af Ry. Sclerosehospitalerne er en del af sundhedsvæsenet og behandler efter regional bevilling.

Henvis jeres patienter med multipel sclerose elektronisk

- når de er nydiagnosticerede (til webbaseret forløb eller første-gangsindlæggelse)
- når de har svært ved at håndtere deres kroniske, progredierende sygdom
- når problemerne er for mange, så koordination af indsatserne er vanskelig
- når træthed og udmattelse bliver ødelæggende for livskvaliteten
- når de selv mærker, at de har behov for det.

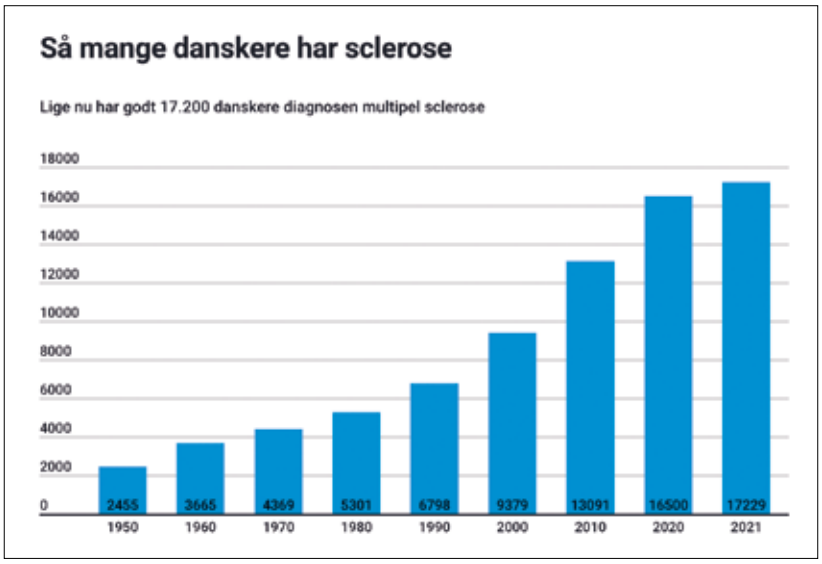
Vi visiterer til forskellige behandlingstilbud:

- indlæggelse (1, 2 eller 4 uger) med fokus på det fysiske, det mentale, energi eller resiliens
- webbaseret forløb for nydiagnosticerede
- daghospital med tværfaglig vurdering og behandlingsplan
- udgående funktion til hjemmet med behandlingsvejledning og rådgivning.

Ring til MS Videnscenter på 78412500, hvis du har brug for rådgivning, vejledning eller kurser. Se mere på www.sclerosehospitalerne.dk.



Neurorehabilitering sammensættes efter individuelle behov og internationalt anerkendte metoder. Foto: Hanne Loop.



Figur 1: Stigningen i antallet af mennesker med sclerose skyldes dels, at flere får sygdommen, og dels at man nu om dage lever betydeligt længere med sygdommen. Kilde: Scleroseforeningen.dk

med diagnosen multipel sclerose (MS) fra hele landet. Henvisningerne var tidligere fordelt med 50 pct. fra almen praksis og 50 pct. fra neurologer, men i de seneste år har det været 33 pct. fra almen praksis og 66 pct. fra neurologer. Hvad er årsagen til det?

Danmark ligger som nummer fire over lande med den højeste forekomst af MS pr. indbygger. Hvert år diagnosticeres 600 nye patienter med MS. Hyppigst er den attakvise type (60 pct.), hvor diagnosealderen hyppigst er 20-40 år, og 69 pct. er kvinder. Tiden fra symptomdebut til diagnose er faldet og har nu en mediantid på ét år. Aktuelt lever over 17.000 mennesker med sclerose i Danmark, hvilket er en fordobling siden 1998 (se Figur 1).

Store opgaver at løse sammen

Fremtidens sundhedsvæsen er snart lige nu. Det stigende antal mennesker, der lever med MS, er kun én gruppe af mennesker med kroniske sygdomme. Alle kurver over kronikere, multimorbide og ældre stiger. Samtidig hælder forudsigelserne over det antal fagprofessionelle hænder og hoveder, der skal til for at kunne behandle disse, truende den anden vej og falder. Hvordan kan hænderne slå til? Hvordan kan vi som sundhedsprofessionelle overleve det store arbejdspres, som venter? Hvordan undgår vi ulighed i sundhed, hvor nogle kan købe eller tale sig til behandling, mens andre står tilbage i en kø?

Jeg kan ikke andet end tænke, at vi som rehabiliteringsfolk og almen praksis har store opgaver at løse sammen.

Historien om Knud

”Jeg var faktisk i tvivl, om jeg ønskede at komme her [Sclerosehospitalet] igen. For hvad skulle det egentlig gøre af forskel? Jeg har haft sclerosen så længe og har indstillet mig på det. Jeg har mit stille liv og mine plager, som jeg må leve med. Min kone synes, jeg skulle af sted, og hende retter man sig jo efter! Nu er det hjem igen i morgen, og jeg har fået en ny skinne, som jeg ikke selv vidste, jeg manglede – og det gjorde dem, der kommer hjemme hos mig heller ikke. Men nu kan jeg komme omkring inde, og jeg har prøvekørt forskellige el-scootere, selv om det har været en stor overvindelse. Jeg må indrømme, det giver en stor frihed. Mit humør bliver bedre af det, og jeg har bestemt, at jeg kan hente vores indkøb nu”.

Knud var blevet passiv og initiativløs. Hans kone var ved at være slidt, og bolig og fremtid var til drøftelse. Situationen var kendt for både kommune og egen læge, der hver havde forsøgt deres. Indlæggelsen, de andre patienter, patientvejledningen og tid til refleksion gjorde en forskel. Han kommer hjem med fornyet energi, forbedret mobilitet og nye hjælpemidler. Der er håb om et liv med større mening og selvstændighed for både ham og konen. Det kræver ikke stor fantasi at se store socioøkonomiske besparelser i både tid og penge.

Han blev henvist, fordi en vågen alment praktiserende læge lyttede til en udmattet kone... //