dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Hana Mala Rytter
Dansk Center for Hjernerystelse

29. september 2020

DSAM's høringssvar vedrørende NKR for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse

DSAM takker for muligheden for at komme med høringssvar allerede i en indledende fase.

Vi har læst retningslinjen med interesse og kan konstatere, at der er en lang række "svage anbefalinger" for forskellige tiltag. Dvs. at der er undersøgelser, der peger i retning af en mulig effekt, men stadig med for svag evidens til, at noget bør indføres her og nu, fx som tilbud til alle patienter med længerevarende symptomer efter hjernerystelse.

Ikke mindst er den første anbefaling om, at man skal informere patienten, interessant. Vi er enige i, at nogle patienter i dag kan opleve et informationsmæssigt limbo, hvor rådene er usikre og kan variere fra behandler til behandler.

Udover at vi skal informere, handler det vel også om, hvad man skal informere patienten om? Vi har i vores optik at gøre med tilstande, der er relativt vanskelige at afgrænse fra f.eks. mere funktionelt kategoriserede lidelser. Som det fremgår af indledningen til denne NKR, så er der endnu ikke opnået internationalt konsensus omkring, hvorvidt og hvordan hjernerystelse (concussion) og let hovedtraume (mTBI) adskiller sig fra hinanden, samt hvilke diagnostiske kriterier, der bør benyttes. Giver det mening at fastlægge bedste behandling for så dårligt afgrænsede tilstande, når man tilmed ekskluderer de moderat og hårdt ramte?

De længerevarende symptomer efter hjernerystelse omfatter hovedpine, svimmelhed, lyd- og lysfølsomhed, irritabilitet, angst, tristhed, koncentrationsbesvær, hukommelsesvanskeligheder, langsommere tænkning, påvirket søvn m.fl. Disse symptomer er ganske uspecifikke og til stede hos mange patienter, som ses i almen praksis, også patienter som aldrig har slået hovedet.

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Generelt er der beskrevet en del tiltag i retningslinjen, som ikke er relevante i almen praksis, da det hverken er noget den praktiserende læge udfører eller kan henvise til indenfor det offentlige sundhedsvæsen - enten fordi det koster en del for patienten, eller fordi tilbuddet ikke eksisterer i lokalområdet. Her tænker vi på vestibulær træning, manuel behandling (ved særligt uddannet, fx kiropraktor), optometrisk samsynstræning og henvisning til psykolog (uden mulighed for tilskud).

Selv om en NKR ikke skal tage sig af organiseringen i sundhedsvæsenet, så vil vi fra DSAM's side i det følgende komme med nogle kommentarer om det videre arbejde med at forbedre forholdene for patienter med langvarige symptomer:

Det er vigtigt, at man stiler efter at lave informationsmateriale, som rummer al den usikkerhed, som findes omkring afgrænsningen af commotio og mTBI.

Hvis der skal tilbydes mere specifikke genoptræningsmetoder som nævnt i denne NKR, skal alle praktiserende læger kunne henvise til det på lige vilkår i hele landet. Det er samtidig vigtigt, at vi får forskning i hvilke patienter, der er i risiko for langvarigt forløb med funktionsnedsættelse, og som derfor kan være kandidater til en tidlig rehabiliterende indsats. Hvis det stadigt stigende antal henvendelser til almen praksis om lette hovedtraumer og funktionsnedsættelse pga. uspecifikke symptomer alle skulle henvises til særlige rehabiliteringstilbud, så ville der meget hurtigt opstå ventelister. Ventelister kan i sig selv være ganske skadelige i forhold til en spontan heling for dem, der befinder sig på ventelisten.

Helt overordnet er det nødvendigt, at vi undgår "silotænkning" og beholder generalistperspektivet, når det handler om patienter med længerevarende funktionsnedsættelser og rehabiliteringsbehov – uanset diagnose.

Der er i dag et stort pres på forskellige rehabiliteringstilbud i kommuner og regioner, og der er kamp om ressourcerne. Tendensen er i dag, at mange patienter, bl.a. via politiske enkelttiltag, bliver kategoriseret i forskellige "diagnose-bokse", som f.eks. længerevarende symptomer efter hjernerystelse, ikke-alvorlige infektioner, forlænget sorg, følger efter traumer, ME, funktionelle lidelser og nu senest senfølger efter covid-19.

Vi finder, at denne fokusering på én udløsende ætiologisk enkeltfaktor kan være uhensigtsmæssig, og at både behandlere og de ramte kan miste et helhedsorienteret syn på problemerne. Sundhedsvæsenets "silotænkning", som har vist sig ineffektiv og uhensigtsmæssig, bør ikke styrkes, når det handler om komplekse tilstande.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM