

Landelijk advies analyse aanhoudende klachten bij kinderen en jongeren met licht traumatisch hersenletsel (LTH)

Oktober 2023

contactpersoon namens HeJ: Diewuqe Bode:
d.bode@libranet.nl

Hersenletsel en Jeugd (HeJ) is een landelijk samenwerkingsorgaan waarin alle revalidatiecentra in Nederland betrokken zijn die werkzaam zijn met kinderen en jongeren met niet aangeboren hersenletsel (NAH). HeJ bestaat uit een stuurgroep en diverse werkgroepen, waaronder de werkgroep revalidatie waarin kinderrevalidatieartsen, psychologen en orthopedagogen¹ (RPO) samenwerken, om de ontwikkeling van de zorg voor deze kinderen te optimaliseren.

In juni 2022 heeft deze werkgroep RPO van HeJ een advies neuropsychologisch onderzoek (NPO) voor kinderen en jongeren met NAH aangenomen². In dit advies komt naar voren dat er bij licht traumatisch hersenletsel sprake kan zijn van cognitieve klachten die niet perse door letsel in het brein veroorzaakt worden. Dit kan verklaard worden door factoren die een negatieve invloed hebben op het herstel en die niet direct met het letsel te maken hoeven hebben. Om uniformiteit in de behandeling binnen de revalidatie te bieden, heeft de werkgroep RPO van HeJ bijgaand advies geformuleerd ten behoeve van de analyse en behandeling van aanhoudende klachten bij kinderen en jongeren met licht traumatisch hersenletsel. Dit advies is opgenomen in het behandelprogramma Next Step voor kinderen en jongeren met NAH.

Wanneer spreken we van licht traumatisch hersenletsel?

Recent zijn de criteria om de diagnose licht traumatisch hersenletsel te stellen gereviseerd. Er zijn een aantal aanvullende criteria geformuleerd om ook in de subacute fase de diagnose te kunnen stellen wanneer de patiënt in een later stadium bij de huisarts komt of in het ziekenhuis wordt gezien (Silverberg, 2023³). Een zorgvuldige (hetero)anamnese is hierbij van belang waarbij signs (door anderen waargenomen kenmerken) belangrijker zijn dan symptoms (door de patiënt gerapporteerde klachten). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een definitieve diagnose van LTH en een vermoeden op LTH.

Er is sprake van een LTH bij een EMV-score van 13-15 bij het eerste onderzoek met één van de volgende diagnostische kenmerken;

- Posttraumatische anterograde amnesie: maximaal 24 uur
- Posttraumatisch bewustzijnsverlies: max 30 min
- Verandering in mentale toestand direct na het ongeval (agitatie, traagheid of verward gedrag)
- Neurologische verschijnselen (stoornissen in coördinatie en oculomotoriek, strekkampen)
- Aangetoonde CT-afwijkingen

¹ In het advies zal verder worden gesproken over 'gezondheidszorgpsycholoog' waar bedoelt wordt klinisch neuropsycholoog of gezondheidszorgpsycholoog / orthopedagoog-generalist met kennis van NAH en kinderen en jongeren

² <https://www.netwerkindennah.nl/informatie/landelijk-advies-neuropsychologisch-onderzoek-voor-kinderen-en-jongeren-met-nah/>

³ <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.03.036>

Ter verduidelijking: Een afwijking bij beeldvormend onderzoek (MRI of CT-scan) is niet nodig voor het stellen van de diagnose licht traumatisch hersenletsel. Daarentegen kan er ook zonder symptomen en klinische bevindingen sprake zijn van licht traumatisch hersenletsel als beeldvormend onderzoek (MRI of CT-scan) afwijkingen laat zien passend bij het letsel.

Prognose

LTH heeft bij kinderen en jongeren over het algemeen een gunstige prognose. De grote meerderheid (meer dan 85%) maakt een spoedig herstel door, met name als er in de acute fase sprake is van een goede informatievoorziening⁴. Een minderheid houdt echter langer dan drie maanden klachten en bij een deel daarvan zijn deze in dusdanige mate aanwezig dat er participatieproblemen ontstaan, met name ten aanzien van onderwijs en sociale participatie⁵. Idealiter worden de kinderen met LTH vervolgd door jeugd-, huis- of kinderarts en bij langer dan vier weken aanhoudende klachten verwezen voor adequate begeleiding in de eerste lijn. Bij een knik in de ontwikkelingslijn en/of persisterende beperkingen op activiteiten- en participatieniveau langer dan drie maanden, zonder duidelijke verbetering, wordt verwijzing naar de revalidatiearts geadviseerd⁶

De HeJ werkgroep RPO adviseert om bij deze groep een brede analyse te maken van de mogelijke factoren die van invloed zijn op het herstel. Het doel van deze analyse is om samen met het kind/de jongere en ouders te komen tot een verklaring vanuit het BPS model⁷ en van daaruit keuzes te maken voor de verdere diagnostiek en passende interventies.

Indicatiestelling revalidatiebehandeling bij LTH

Als kinderen en jongeren in de MSR komen met Licht Traumatisch Hersenletsel (LTH), is er, zoals gezegd, sprake van aanhoudende klachten, waarbij niet duidelijk is waarom na minimaal drie maanden herstel nog niet voldoende heeft plaatsgevonden.

De revalidatiearts stelt dan de functiestoornissen en de beperkingen in activiteiten en participatie die daarmee samenhangen vast. Vervolgens beoordeelt de revalidatiearts het resultaat van de voorgaande behandelingen en stelt vast of behandeling in de eerste lijn voldoende heeft plaatsgevonden. Zo nodig wordt terugverwezen naar de eerste lijn. Als behandeling in de eerste lijn voldoende heeft plaatsgevonden en niet tot het gewenste herstel heeft geleid, zal door de revalidatiearts een plan worden opgesteld voor verdere analyse en zo nodig behandeling binnen de revalidatie. In het contact met het kind/de jongere en ouders wordt met behulp van educatie de verschillende hypothesen naast elkaar gezet en via shared decision making wordt een plan gemaakt voor verdere analyse en behandeling. Afhankelijk van de totale analyse kan vervolgbehandeling binnen de revalidatie nodig zijn of wordt doorverwezen naar de eerstelijns of een GGZ instelling. Uitgangspunt bij het bepalen waar de behandeling plaats zal vinden, is dat wordt volstaan met de minst intensieve zorg waarvan wordt verwacht dat dit leidt tot een duurzaam behandelresultaat (stepped and matched care)⁶.

⁴ Effectiveness of the Brains Ahead! intervention: Six months results of a randomized controlled trial in school-aged children with mild traumatic brain injury. Renaud, IM, et al. sl : Head Trauma Rehabil, 2020, Vol. 2020

⁵ Longitudinal trajectories of postconcussive symptoms in children with mild traumatic brain injuries and their relationship to acute clinical status. Yeates, KO. March 2009, Pediatrics., Vol. 123(3):735-43.

⁶ Zorgstandaard THL jeugd, Visie HeJ op medisch specialistische revalidatie bij kinderen en jongeren met langdurige klachten na LTH

⁷ https://www.boompsychologie.nl/product/100-10369_Kinderrevalidatie

Analyse van herstel, belemmerende factoren voor herstel en aanhoudende klachten

De analyse en behandeling van kinderen en jongeren met LTH in de MSR richt zich op vijf vaak voorkomende hypothesen verklarend voor de klachten. De revalidatie arts stelt de indicatie en de gezondheidszorgpsycholoog en maatschappelijk werk, waar nodig aangevuld met fysiotherapeut en/of ergotherapeut, diepen de analyse verder uit. In de analyse is er geen volgorde waarin de hypothesen beantwoord dienen te worden.

Hypothese Er is sprake van ontregeling in het brein doordat het niet gelukt is om een goede balans te vinden in rust en inspanning (nodig voor herstel)

Interventie: Valideren van klachten.

- Gesprek over de klachten, het gedrag in relatie tot de klachten, de reacties van ouders op de klacht en de gevolgen van de klachten in de context van het dagelijks leven: school, gezin, vrije tijdsbesteding, contact met vrienden.
- Uitvragen welke adviezen er al gegeven zijn en of deze eenduidig zijn.
- Educatie over het brein en hoe een brein kan herstellen na hoofdletsel (o.a. info over neuroplasticiteit).
- Uitleg over hoe het pijn-, energie-, immuun- en emotiereguleratiesysteem in het brein ontregeld kunnen raken wat kan leiden tot aanhoudende klachten.

Resultaat: Met behulp van deze specifieke educatie worden het kind/de jongere én de ouders gestimuleerd om te bedenken wat er nodig is om herstel en opbouw van belastbaarheid en activiteiten te bevorderen en worden ze begeleid in de opbouw, al dan niet binnen de revalidatie.

Hypothese Er is sprake van stress gerelateerde problemen als gevolg van een reactie op het ongeval

Stemming- en angstproblemen (o.a. PTSS) zijn ontstaan sinds het ongeluk en hebben geleid tot een versterking of het in stand houden van de klachten met vermindering van participatie als gevolg.

Interventie: nadere analyse psychische klachten met zo nodig kortdurende behandeling

- Anamnese t.a.v. het klachtgedrag van het kind en de reactie en cognities van ouders daarop.
- Uitvragen van coping met klachten (o.a. vermijding, terugtrekken, negeren) bij zowel kind als ouders.
- Vragenlijsten: SDQ, BYI-2-NL (zo nodig aangevuld met diagnostiek zoals beschreven in het domein sociaal functioneren van het Landelijk advies NPO).
- Evt diagnostiek met het gevolgenmodel⁸ (inclusief vicieuze cirkels)
- Educatie over psychische problemen in relatie tot herstel.
- Kortdurende behandeling (CGT en EMDR, beschrijven eigen verhaal).

Resultaat: Met behulp van deze analyse krijgen het kind/de jongere en ouders inzicht in evt onderliggende psychische problemen en de rol van coping op herstel waarmee passende hulp zoals bijvoorbeeld kortdurende CGT/EMDR, ALK behandeling, al dan niet binnen de revalidatie ingezet kan worden.

⁸ <https://www.gevolgenmodel.nl/gevolgenmodel/>

Hypothese Er is sprake van premorbide psychologische of psychiatrische problematiek

Premorbide was er sprake van problemen in de ontwikkeling (bv ADHD, ASS, leerstoornissen zoals dyslexie, dyscalculie), middelengebruik (bv drugs, alcohol), emotieregulatie problemen, stemming- en angstproblemen en/of PTSS. De combinatie van het ongeluk, eventuele levensfase problematiek en de premorbide problemen hebben geleid tot een versterking of het in stand houden van de klachten met vermindering van participatie als gevolg.

Interventie: nadere analyse premorbide functioneren

- Ontwikkelingsanamnese (evt vragenlijst ontwikkelingsanamnese).
- Moment in de ontwikkeling; is er sprake van life-events en of transities in de ontwikkeling?
- Schoolresultaten en schoolverloop.
- Uitvragen welke hulp eerder is ingezet en hoe dit heeft geholpen.
- Indien er premorbide diagnostiek is verricht, verslaglegging opvragen en differentiëren van huidige klachten.
- Indien er premorbide geen diagnostiek is verricht en er wel al premorbide vragen waren, verwijzing naar de GGZ overwegen voor nadere diagnostiek en behandeling.

Resultaat: Met behulp van deze analyse wordt met het kind/de jongere en ouders gezocht naar passende hulp (overweging verwijzing GGZ) ter ondersteuning van de ontwikkeling en herstel.

Hypothese Er is sprake van systemische problematiek

Er is sprake van opvoedingsverlegenheid en /of kwetsbaar ouderschap en/of interactieproblemen tussen ouder en kind waardoor het voor ouders moeilijk is om aan te sluiten bij de ontwikkeling/ herstelbehoefte van het kind.

Interventie: analyse ouderschap

- Gesprek met de ouders t.a.v. het klachtgedrag van het kind en de reactie en cognities van ouders daarop
- Inventarisatie van het ouderschap en de omstandigheden waarin ouders opvoeden. Leidraad schema opvoed taken vs ontwikkelingstaken.
- Evt. diagnostiek met het gevolgenmodel (ouders en kind)
- Evt. aanvullende screening gezinsfunctioneren.

Resultaat: Met behulp van deze analyse wordt met het kind/de jongere en ouders gekeken welke hulp passend is voor herstel en de ontwikkeling van het kind (denk aan verwijzing naar gezinsondersteuning via de gemeente of de GGZ).

Hypothese Er is sprake van problemen in het neurocognitief functioneren / cognitieve functiestoornissen (mogelijk als gevolg van het letsel)

Interventie: Analyse cognitief functioneren.

- Inventarisatie cognitieve klachten, vergelijk voor en na ongeval
- NPO volgens het landelijk advies

Resultaat: Met behulp van deze analyse krijgen het kind/de jongere en ouders inzicht in het cognitief functioneren waarna met hen meegedacht kan worden op welke manier participatie in de eigen omgeving versterkt kan worden:

- Vertaalslag NPO naar school en andere belangrijke leefgebieden
- Educatie over licht hersenletsel in relatie tot participatie
- Leerstrategieën