

Tidlig hjelp etter lett hodeskade

Hensikten er å *utarbeide* materiell, oppdatere eksisterende ressurser (f.eks NEL), samt *prøve ut* et tidlig, og i hovedsak digitalt, tilbud til pasienter med plager etter lette hodeskader; «hjernerystelse». Gjennom det skal pasientene i tidlig fase få forskningsbasert informasjon om tilstanden og oppdaterte råd om *tiltak som hjelper dem med å øke aktivitet og funksjon*.

Målene er (1) at pasienter som har slike plager skal kunne mestre sin tilstand hensiktsmessig helt fra tidlig fase, og få et kortere og mindre belastende forløp, og (2) at pasienter med lette hodeskader skal ha tilgang til gode helsetjenester, med lite ressursbruk, som er tilgjengelig for alle, uavhengig av bosted.

Et langsiktig mål kan være å utarbeide et enkelt pasientforløp som er felles for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

1. Bakgrunn, hensikt og mål

Det er økende oppmerksomhet rundt «hjernerystelse», både nasjonalt¹ og internasjonalt², med nye krav til helsetjenesten. Rehabiliteringsklinikken på St. Olav har for tiden ca 60-70 nye henviste pasienter med langvarige plager etter lett hodeskade. Typiske plager er hodepine, svimmelhet, utmattelse, humørsvingninger, kognitive vansker mm. På St. Olavs hospital mangler et pasientforløp for disse pasientene. I den forbindelse ser vi behov for å prøve ut en ny måte å møte denne pasientgruppa på - som kan gi en etterspurt hjelp til flere, uten vesentlig økt bruk av ressurser.

Problemer vi ønsker å løse: (1) *Pasientene kommer for sent*. Median tid fra skade til første besøk er 6 måneder (n=164, etablert forskningsdatabase), ofte mye mer. Pasientene rapporterer om mangelfulle helsetjenester i tidlig fase, uten konkrete tiltak og planmessighet, en tilbakemelding som også gjenfinnes i internasjonal forskning³. Vi opplever at vi hjelper mange, men forløpene er langvarige, ofte blir ikke pasientene helt restituert, og det brukes ressurser på oppfølging og eksterne rehabiliteringstilbud, med usikker effekt. (2) *Det er en stor geografisk skjevhet i det eksisterende tjenestetilbudet*. Det finnes i dag et tilbud til pasienter med lett hodeskade ved Sunnaas og universitetssykehusene, men det er i liten grad bygget opp digitale tjenester. (3) *Pasientene har for lite kunnskap* til å selv kunne ta en aktiv rolle i sin rehabilitering. (4) *Primærhelsetjenesten har for lite kunnskap*, og de mangler en god oversikt over ulike ressurser for pasientopplæring og videre oppfølging.

Er tidlig innsats en vei å gå? Det er nå grunn til å anta at *tidlig aktivitet – og særlig trening* forkorter forløpet. I motsetning til hva mange fortsatt tror, anses det *ikke* lenger som riktig å være rolig og unngå stimuli i tidlig fase. Trening er best dokumentert, men det er også evidens for at psykoedukasjon, individuell rådgiving og kognitiv atferdsterapi i tidlig fase kan være effektivt for å hindre en negativ utvikling. Ikke hvis det tilbys som rutinekontroller, men hvis det rettes direkte mot pasienter som *har* mye symptomer og funksjonstap i tidlig fase^{4, 5}. Det er sprikende funn i litteraturen, så vi mangler sikker kunnskap om *hvordan* tidlig innsats bør innrettes. Et viktig og motiverende funn som går igjen, er at tidlig innsats ikke trenger å være så omfattende, og at den for mange formål kan gis uten fysisk oppmøte.

Hva vil vi gjøre? Vi ønsker å utvikle vårt tilbud i retning av tidlig innsats og teste det på pasienter. Denne innsatsen skal gjøre at pasientene lykkes med å øke aktivitet på en hensiktsmessig måte. Symptomene kan oppleves som skremmende. Mange har erfart at tilstanden forverres noe ved aktivitet, de blir engstelige og slutter gjerne med aktivitet. Den fysiske inaktiviteten og den psykososiale belastningen av å ha redusert funksjon over tid, kan bidra til en ond sirkel. Mange trenger derfor en kompetent vurdering og rådgiving for lykkes med en hensiktsmessig aktivitetsøkning. De trenger også kunnskap om tilstanden og forståelse av kompleksiteten og biopsykososiale sammenhenger.

Hvorfor skal en slik tjenesteinnovasjon skje i spesialisthelsetjenesten? Fordi vi mener at pr i dag mangler det nødvendige kunnskapsnivået, engasjementet og rammevilkårene blant leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Men NB; et premiss i vår tjenesteinnovasjon er at denne tjenesten på sikt skal gis også i primærhelsetjenesten, av ulike yrkesgrupper, og tilbys alle, helt uavhengig av geografi.

Hva skal tjenesten inneholde?

Etter tidlig henvisning fra fastlege hos pasienter som trenger videre sykmelding (få uker) følger 3-4 trinn:

1. Digital konsultasjon med en fagperson (lege, sykepleier eller ergo- eller fysioterapeut) uten særlig ventetid. Pasienten får tilsendt informasjonsfoldere og korte filmer som pasienten må se på forhånd. Samtale om pasientens tilstand, i relasjon til innholdet i materialet.
2. Ny digital konsultasjon. Dersom det er fin framgang, avsluttes kontakten, med åpning for ny kontakt senere. Dersom det er vedvarende høyt symptomtrykk og behov for mer støtte, initieres videre oppfølging (punkt 3).
3. Pasienten møter fysisk eller digitalt til tverrfaglig poliklinikk med noen av: lege /fysioterapeut /sykepleier/ ergoterapeut/psykolog for individuell vurdering og forslag til videre tiltak. Pasienten og pårørende får tilbud om å delta i en løpende *undervisning i gruppe* om lett hodeskade og hvilke tiltak som kan fungere, og om biopsykososiale sammenhenger og likheten med andre sammensatte helseplager. Flere temaer vil være felles for pasienter med følgetilstander etter lett hodeskade og covid. Individuelle kontakter avtales etter behov, slik som i dag.

Brukermedvirkning

Pasienter: (a) et brukerpanel, rekruttert via Hjernerystelsesforeningen og ved henvendelser til tidligere pasienter og (b) de første pasientene som mottar «tidlig hjelp etter lett hodeskade», gir innspill til videre forbedring av undervisningssesjonene og filmmanuskripter. **Helsepersonell:** Fastleger, fysio-og ergoterapitjenesten i Trondheim kommune, helsepersonell på legevakt, akuttmottak, kirurgisk avdeling utenfor St. Olav, nevrokirurgisk avdeling og en rehabiliteringsavdeling utenfor St. Olav, undervisere på helseutdanningene ved NTNU. NEL vil bli kontaktet mtp forslag til oppdatering og lenker til opplæringsmateriell.

1. Skjeldal OH, Skandsen T, Kinge E, Glott T, Solbakk AK. Langvarige plager etter hjernerystelse. Tidsskr Nor Legeforen 2022.
2. de Koning ME, Scheenen ME, van der Horn HJ, et al. Non-Hospitalized Patients with Mild Traumatic Brain Injury: The Forgotten Minority. J Neurotrauma 2017;34:257-261.
3. Nguyen JVK, Willmott C, Ponsford J, et al. Moving forward on the road to recovery after concussion: participant experiences of interdisciplinary intervention for persisting post-concussion symptoms. Disabil Rehabil 2023:1-9.
4. Caplain S, Chenuc G, Blancho S, Marque S, Aghakhani N. Efficacy of Psychoeducation and Cognitive Rehabilitation After Mild Traumatic Brain Injury for Preventing Post-concussional Syndrome in Individuals With High Risk of Poor Prognosis: A Randomized Clinical Trial. Frontiers in neurology 2019;10:929.
5. Kontos AP, Jorgensen-Wagers K, Trbovich AM, et al. Association of Time Since Injury to the First Clinic Visit With Recovery Following Concussion. JAMA Neurol 2020;77:435-440.