



Behandling af langvarige følger efter hjernerystelse

Center for Hjerneskade i København har oprettet en enhed, der tager sig af behandling af patienter med langvarige gener efter en hjernerystelse. Artiklen giver et overblik over behandlingen med fokus på fysioterapeuternes opgaver.

HENRIETTE KRØIER HENRIKSEN



HENRIETTE KRØIER
HENRIKSEN

Fysioterapeut. Ansat i commotio-enheden på Center for Hjerneskade i København og har arbejdet med patientgruppen siden 2007. Er også en del af det nystartede tilbud til børn med langvarige følger efter hjernerystelse og en af initiativtagerne bag det nye Dansk Center for Hjernerystelse.

CENTER FOR HJERNESKADE (CfH) har i mange år behandlet mennesker med langvarige følger efter hjernerystelse. Da denne gruppe patienter ikke fik tilstrækkelig udbytte af centerets vanlige intensive genoptræning, der er målrettet mennesker med erhvervet hjerneskade, blev der i 2010 oprettet en tværfaglig commotio-enhed og et specifikt behandlingstilbud til voksne med langvarige følger efter hjernerystelse. I 2018 blev det besluttet, at commotio-enheden også skulle tilbyde behandling til børn og unge.

De fleste af de patienter, der kommer på CfH med følger efter hjernerystelse, er forholdsvis hårdt ramt. De har et komplekst symptombillede og er oftest ude af arbejdsmarkedet, enten på grund af sygdommelding eller opsigelse på grund af fravær, eller fordi de har taget orlov fra uddannelse. Vi ser ofte først patienterne, når de har udviklet langvarige følger af hjernerystelsen. Typisk kommer patienterne i kontakt med CfH 6-18 måneder efter hovedtraumatet, nogle gange dog væsentligt senere.

De børn, vi ser, kommer, fordi de i lang tid har haft symptomer efter hjernerystelsen, de har ofte højt fravær fra skolen og nogle af dem er helt faldet ud af skolesystemet.

Når patienten kommer til CfH, er han/hun typisk henvist af kommunen, oftest af jobcenter eller hjerneskadekoordinator, for børnenes vedkommende er det oftest af sagsbehandleren. De kan også henvises af forsikringselskabet eller pensionskassen. Enkelte vælger selv at betale for deres forløb.

Behandlingstilbuddet

Commotio-enheden på CfH består af neuropsykologer og fysioterapeuter, derudover er der en informations- og kommunikationsmedarbejder (audiologopæd), og en lægekonsulent tilknyttet. Vi samarbejder endvidere med en neurooptometrist omkring patienter med visuelle vanskeligheder.

Første gang vi ser patienten er som regel til en visiterende samtale ved en neuropsykolog. Her gennemgås patientens hidtidige forløb, hvordan er skaden sket, hvilke behandlingstiltag har de været igennem, hvad har virket/ikke virket, og hvordan har symptomudviklingen været.





HJERNERYSTELSE

Gennemgående er der fokus på energiforvaltning, strukturering af hverdagsaktiviteter og hvile/pauser med henblik på at øge aktivitetsniveauet og belastningstolerancen.

➤ Formålet med den visiterende samtale er at vurdere, om CfHs tilbud er det rette for patienten. Hvis vi vurderer, at vi kan hjælpe, beslutter vi, hvad indholdet og omfanget af indsatsen skal være. Som udgangspunkt tænker vi altid fysioterapi som en del af forløbet. Vi har gode erfaringer med den tværfaglige indsats, og vores erfaring er, at når patientens aktivitetsniveau og tolerance for aktivitet bedres, så bedres de kognitive funktioner ofte også.

Eftersom forløb på CfH bevilges af kommunen eller forsikrings-selskabet, er det ikke altid, at patienten får det forløb og det antal timer, som vi i udgangspunktet har vurderet, der er brug for. Det kan derfor være nødvendigt at justere målet for forløbet.

Det tværfaglige team

Fysioterapeuten og neuropsykologen, som er tilknyttet det enkelte behandlingsforløb, arbejder tæt sammen. Ved forløbets start lægges der en tværfaglig plan for, hvilke problematikker der skal arbejdes med og i hvilken rækkefølge.

Gennemgående er der fokus på energiforvaltning, strukturering af hverdagsaktiviteter og hvile/pauser med henblik på at øge aktivitetsniveauet og belastningstolerancen.

Både neuropsykologen og fysioterapeuten afdækker patientens ressourcer og barrierer, og der arbejdes med udvikling af nye strategier og kompetencer i forhold til både familie- og fritidslivet, samt det fremtidige uddannelses- og arbejdsliv.

I de individuelle timer med neuropsykologen arbejdes der desuden med sammenhængen mellem patientens følelser, tanker, kropslige reaktioner og adfærd, dels med aktuelle og u hensigtsmæssige håndteringsstrategier og leveregler. Det vil sige en slags individuelle færdselsregler, der danner basis for de krav, patienten stiller til sig selv.

En del af forløbet kan afholdes som gruppetimer. Gruppen ledes af to neuropsykologer og indeholder en kombination af undervisning, øvelser, samtale og erfaringsudveksling. Undervisningen består bl.a. af psykoedukation om hjernerystelse, symptomer og forståelse af disse, træthed og energiforvaltning. Der er drøftelse af kognitive barrierer og kompensationsmuligheder i forhold til dem samt andre relevante håndteringsstrategier. Afhængig af hvor i forløbet deltagerne er, kan fokus være mere målrettet arbejds- og studielivet.

Der er ansat to fysioterapeuter i commotio-enheden. Vi varetager

manuel behandling og fysisk træning og vejledning i hensigtsmæssige strategier i forhold til aktivitet. Ofte arbejder vi med de samme problematikker som neuropsykologen, men med en fysioterapeutisk indgangsvinkel. Eksempelvis er det at holde pauser et af hovedelementerne i vores tilgang. Dette belyses hos neuropsykologen, men også hos fysioterapeuten, hvor det kan afprøves i den fysiske træning, og hvor det måske ikke føles helt så "naturstridigt", som det kan føles i hverdagsaktiviteterne.

Lægen kan konsulteres i forhold til eventuel medicinsk behandling, vurdering og viderehenvielse.

Neurooptometrister tester og træner det visuelle. Vores erfaring er, at vi som fysioterapeuter kan teste nogle elementer af synsfunktionen, men at der er dele, som vi ikke kan teste, og at vi derfor kan overse nogle problematikker.

Tilgang og forløb i fysioterapien

Alle forløb begynder med en tværfaglig udredning, hvor patientens symptomer afdækkes. Neuropsykolog og fysioterapeut tilstræber at gennemføre udredningen sammen, for at patienten ikke skal gentage sin historie flere gange. Vi har desuden opdaget, at vi ofte lægger vægt på noget forskelligt, og at vi supplerer hinanden godt.

Der benyttes ikke et fast fysioterapeutisk testbatteri, men der testes med udgangspunkt i de symptomer, som patienten beskriver.

Vi afdækker det aktuelle aktivitetsniveau, hvis der beskrives svimmelhed, og hvis der er balanceproblemer, tester vi for dette og bruger bl.a. BEStest til at afklare inden for hvilke domæner, patientens balanceproblemer ligger. Testen kan ikke stå alene, da den ikke nødvendigvis identificerer alle deficits, som patienten klager over. Hvis patienten har visuelle udfordringer, afdækkes disse med en screening, og vi vurderer, om det er relevant med en egentlig udredning hos en neurooptometrist.

Fysioterapeuterne gennemfører en muskuloskeletal undersøgelse for at afdække eventuelle dysfunktioner i bevægeapparatet og vurderer, hvorvidt der er behov for manuel behandling.

Vi registrerer det generelle symptomniveau med Rivermead Postconcussion Symptom Questionnaire.

Derudover måler vi forbedringen i den tid og belastning, som de kan træne uden symptomforværring, samt i deres subjektive beskrivelse af aktivitetsniveau. Denne aktivitetsbaserede måling

bruges, da der ikke på nuværende tidspunkt findes specifikke test udviklet til denne gruppe.

Oftentimes har patienterne, når de kommer til os, været forbi flere behandlere. Det er typisk cranio-sacralterapeuter, kiropraktorer, osteopater, akupunktører eller fysioterapeuter. Vi afdækker, hvad de har prøvet, og hvad der har haft effekt. Hvis patienterne stadig går hos en behandler, som kan hjælpe dem, koordinerer vi så vidt muligt vores indsats med denne. Nogle gange kan det være hensigtsmæssigt at sætte en behandling på pause, så patienten ikke bliver overbelastet af et for højt aktivitetsniveau.

Ud fra den indledende undersøgelse og udredning sætter vi sammen med patienten mål for forløbet og lægger en plan. I planen tager vi hensyn til patientens samlede belastningsgrad (andre aktiviteter, behandlinger, arbejde mv.). Den største udfordring for denne gruppe patienter er i virkeligheden nok den begrænsede mængde energi, de har, dertil kommer den forsinkede reaktion på overbelastning og symptomernes indbyrdes påvirkning.

Patientens begrænsede energi

Den begrænsede energi hos patienterne gør, at vi er nødt til at tage højde for patientens andre aktiviteter, når vi planlægger træningen. Nogle aktiviteter er mere anstrengende end andre, men de fleste patienter beskriver, at alle aktiviteter er anstrengende (inklusive at stå op, gå i bad osv.), og de må prioritere, hvad de gerne vil nå i løbet af dagen og ugen.

Derfor er et træningsprogram, på trods af at det er tilpasset, så det ikke skulle være alt for anstrengende, stadig en aktivitet, der "koster" og dermed tager energi fra andre dagligdags aktiviteter, så som at hente børn, madlavning eller samvær med familien. Det betyder, at patienterne ikke nødvendigvis får energi af træning, at socialt samvær kan være ligeså anstrengende som eksamenslæsning, og at en almindelig samtale under en gåtur kan gøre gåturen til en udtrættende aktivitet.

Det er derfor vigtigt at få spurgt ind til, hvor meget energi der er til rådighed, hvor mange andre "hjemmeopgaver" patienterne har, og hvordan det hele passer sammen. De fleste vil rigtig gerne træne/øve meget for hurtigere at blive raske, men meget træning er ikke nødvendigvis godt for denne gruppe.

Desværre er det ofte den fysiske træning, der nedprioriteres, og

OM CENTER FOR HJERNESKADE.

Center for Hjerneskade er et ikke-kommercielt specialsygehus med driftsoverenskomst med Region Hovedstaden. Centret har siden 1985 tilbudt intensiv, multidisciplinær rådgivning og træning til mennesker med erhvervet eller medfødt hjerneskade. Siden 2010 har centret ligeledes haft en tværfaglig indsats målrettet voksne mennesker med langvarige følger efter hjernerystelse (commotio-enhed). Målet er at forbedre de ramtes personlige og erhvervsmæssige funktion og hjælpe dem tilbage til arbejdsmarked eller uddannelse og et aktivt liv.

patienterne risikerer at blive inaktive. Det forsøger vi at afværge ved at lave et træningsprogram, der ikke "koster" alt for meget.

En anden udfordring er, at patienterne kan have det rigtig godt i træningssituationen, men når de kommer hjem, får de det dårligere, både i form af øgede symptomer, men eventuelt også ved en øget sårbarhed ift. aktiviteter og stimuli. Det gør det både lidt sværere, men også til en langsommere proces at finde det rette træningsniveau. Hvis patienterne selvtræner i perioderne mellem konsultationerne hos fysioterapeuten, instrueres de i, at de gerne må sænke aktivitetsniveauet, men ikke hæve det. Næste gang evaluerer vi træningen: var programmet ok? Kunne det gennemføres uden for store omkostninger? Skal de blive lidt endnu på samme niveau eller kan der skrues op?

Symptombilledet er komplekst, og symptomerne påvirker hinanden indbyrdes. Hvis patienten har sovet dårligt, bliver hovedpinen eller kvalmen måske værre. Det kan også være, at transporten til CfH er belastende og med til at øge symptomerne. Det har betydning for, hvor mange ressourcer der er til rådighed til dagens træning. Ind imellem oplever vi at måtte aflyse dagens træning, fordi en patient er så dårlig, at det ganske enkelt ikke er hensigtsmæssigt at træne, fordi deres symptomer risikerer at forværres.

Selve træningen

Vi træner med henblik på at øge patientens generelle aktivitetsniveau og tolerance over for aktivitet. De patienter, vi ser, er meget forskellige, det er f.eks. forskelligt, hvor aktive de har været, inden de kom til skade. Når de kommer i commotio-enhed, har nogle stort set været inaktive i længere tid, andre holder aktivitetsniveauet oppe med dagligdagsaktiviteter, og endelig er der en gruppe, som er meget aktive uden at tage hensyn til deres symptomer.





➤ Vores overordnede tilgang er at udnytte de ressourcer, patienten har og finde det niveau, de kan klare, uden at deres symptomer øges væsentligt. Træningen indeholder elementer af konditions- og styrketræning samt mere specifik træning, hvis der er behov for det. Nogle får træningsprogrammer med ganske få øvelser, der kan laves hjemme, andre kan klare at træne i træningscenter et par gange ugentligt.

CfH tilbyder træning på et fitnesscenter, der udfordrer med mange lyd-, lys- og sensoriske stimuli. Patienterne opfordres til at benytte solbriller/kasket, ørepropper osv. i det omfang, det er nødvendigt for at træne. Alternativt kan patienterne træne i CfH's eget træningsrum, hvor der er mulighed for at justere på musikken.

I træningen arbejder patienterne med energiforvaltning og pauser. Det er desuden muligt at inkorporere nogle af de elementer, der arbejdes med hos neuropsykologen, i træningen.

Den manuelle del

Når man pådrager sig en hjernerystelse, vil der ofte ske en påvirkning af columna. På CfH ser vi især påvirkning i form af dysfunktioner thorakalt og cervikalt.

Nogle patienter er primært generet af symptomer relateret til selve hjernerystelsen, andre har primært gener relateret til en cervikal problematik, og nogle, nok de fleste, har gener fra begge dele.

De fleste patienter undersøges muskuloskeletalt. Fysioterapeuten laver en generel screening, og ud fra denne undersøges specifikke mulige leddysfunktioner og områder, der er påvirket. Fundene sammenholdes med patientens klager og symptomer, og der lægges en behandlingsplan, hvis det er relevant.

Vi ser ofte en sammenhæng mellem dysfunktioner i de højercervikale segmenter og symptomer i form af kvalme, svimmelhed og utilpashed. Når dysfunktionerne behandles, bedres symptomniveauet ofte.

Der benyttes en bred vifte af manuelle behandlingsteknikker, såvel direkte som indirekte. Behandlingen planlægges og træningen tilpasses, så de supplerer hinanden. I den afsluttede status kommer vi blandt andet med anbefalinger til videre indsats. Hvis patienten eksempelvis fortsætter træning eller manuel behandling, forsøger vi at lave en overlevering til den terapeut, der skal fortsætte arbejdet.

Pacing-princippet

På CfH arbejder vi efter pacing-princippet. Det vil sige lav belastning og intensitet, små opjusteringer i belastnings- og aktivitetsniveauet, kombineret med vekslen mellem aktivitet og pauser, under hensyntagen til symptomerne. Der planlægges ud fra patientens aktuelle funktionsniveau og ikke ud fra, hvad patienten "plejede at kunne".

Principper for pacing:

- Opjusteringer skal ligge under grænsen for, hvad den enkelte magter (max. 80 % af kapaciteten)
- Tid til tilvænning og mestring på hvert niveau af belastningsstigen.
- En lille symptomøgning i forbindelse med aktiviteten accepteres, men denne skal kunne reduceres igen vha. kortere tids hvile.
- Hvilebehovet skal stå i forhold til aktiviteten og bør maksimalt være på et par timer. Hvis ikke dette kan overholdes, må aktiviteten nedjusteres, eller patienten må vente med at øge aktivitetsniveauet, til han/hun har overskud til det.

Effekt

Patienternes forløb er meget forskellige. Nogle forløb varer op til 1 år, andre varer 8 uger.

De fleste kommer med et mål og et håb om at komme tilbage til arbejde/uddannelse og genoptage deres liv fra før ulykken.

Når patienterne slutter forløbet, er nogle meget tæt på at kunne det, som de kunne før ulykken, andre skal videre i jobafklaringsforløb i kommunen, eventuelt i samarbejde med CfH, eller de fortsætter træning/behandling et andet sted.

De fleste er tilbage i arbejde eller på uddannelse med få eller ingen begrænsninger. Måske mærker de kun deres symptomer, når de er pressede. Nogle fortæller, at de stadig har brug for at tage hensyn, f.eks. i form af at holde pauser, planlægge deres hverdag mv., men at de så til gengæld ikke mærker så meget til deres skade i dagligdagen. Selvom de måske ikke er "raske" og kan helt det samme som før ulykken, så oplever de få eller ingen begrænsninger.

Enkelte må dog leve med større gener, ofte hovedpine og smerter, og må kompensere i mange henseender, f.eks. i form af en anden funktion på arbejde eller et helt nyt job. ●



CASE

KAREN ER EN 42-årig kvinde, som falder på cykel og slår sit hoved. Hun kørte uden cykelhjem.

Umiddelbart efter ulykken er hun dårlig, svimmel i en grad, så alt sejler, når hun er oprejst, og hun har kvalme og massiv hovedpine. Hun sover 13-18 timer i døgnet. Hun er dårlig i 5-6 uger efter ulykken og oplever kun meget begrænset bedring.

Da hun kommer til CfH, er der gået 8 måneder siden ulykken. Hun er stadig plaget af svimmelhed, kvalme og hovedpine. Herudover beskriver hun koncentrationsbesvær, nedsat hukommelse, langsommere tænkning og hurtig udtrætning. Hendes aktivitetsniveau er meget begrænset, hun er sygemeldt fra sit arbejde (lederjob i en kreativ virksomhed), og klarer ganske få lette hverdagsaktiviteter. Hun køber ikke ind, laver ikke mad eller gør rent. Alle symptomer forværres ved øget aktivitetsniveau. Karen har tidligere dyrket motion 3-4 x ugentligt.

Karens mål er at vende tilbage til sit job, kunne dyrke motion og løbe igen, samt være social.

Da Karen stadig er plaget af en del hovedpine og indimellem gener fra nakken, bliver hun undersøgt af vores manuelle fysioterapeut. Der er dysfunktioner højcervikalt, som behandles. Behandlingen af dysfunktionerne i nakken giver Karen bedre mobilitet samt en følelse af en mere "let" nakke. Det letter på hovedpinerne samt hyppigheden og intensiteten af disse.

Karen begynder at træne i træningscenter. De første gange består træningen af cykling på kondicykel, (moderat tempo i max 10 min) efterfulgt af pause. Efterfølgende træner Karen 3-4 øvelser i maskiner primært UE.

De første par gange er det hårdt for Karen at være i træ-

ningscentret grundet de mange stimuli, samtidig er det en god oplevelse for hende at kunne noget af det, hun har kunnet før og opdage, at hun fysisk kan være aktiv, også selvom der er tale om meget lav belastning.

Lige så vigtig, som de enkelte træningsøvelser, er øvelsen i at holde pauser jævnlige i løbet af træningen. For Karen er det med pauserne svært, det er ikke noget, hun har dyrket før, tværtimod. Nu bliver hun tvunget af fysioterapeuten til at holde pause flere gange i løbet af træningen.

Efter et par ganges træning har Karen vænnet sig til omgivelserne i træningscentret, og vi kan koncentrere os mere om selve træningen. Det er overraskende for Karen, hvor meget det betyder, at hun holder pauser. Den erfaring tager hun med sig til andre situationer, f.eks. sociale aftaler og arbejde.

Lige så langsomt kan vi øge belastningen og intensiteten. På kondicyklen betyder det, at vi kan begynde at indlægge korte puls-intervaller, og i styrketræningen betyder det, at vi kan øge belastning og antal øvelser.

Efter cirka 4 uger er Karen godt på vej i sit træningsprogram. Der er stadig indlagt pauser, og intensitet og belastning er stadig tilpasset, men fordi hun er vant til at træne, kan hun administrere de nye strategier selv og dermed begynde at træne i træningscenter i lokalområdet.

Efter 12 ugers forløb træner Karen selvstændigt med god intensitet og belastning. Hun har genoptaget løb, og fraset, at hun stadig indlægger pauser i løbet af dagen, føler hun sig egentlig ikke begrænset.

Karen starter i virksomhedspraktik, som forløber over 26 uger. Efter praktikforløbet finder Karen et job inden for den kreative branche på normale vilkår. ●