

Notulen invitational conference

Notulen invitational conference richtlijn LTH in de acute fase

Datum : 18-11-2021

Tijd : 16:00 – 18:00

Locatie : ZOOM

Aanwezig:

Moors (AZN), van Houts (EN), Kwakkel (KNGF/VVOCM), van de Laar (NHG-wglid), Plötz (NVK), Spakman (VRA), Grond (VRA), van Bennekom (VRA-wglid), Inklaar (VSG), Dorgelo (NVvR), van der Naalt (voorzitter-NVN), Ham (Kennisinstituut), den Ouden – Vierwind (Kennisinstituut)

Genodigd maar niet aanwezig: hersenletsel.nl, NAPA, NFU, NVSHA, NVVH, NVVN, STZ, V&VN, ZINL, NVZ, IGJ, ZN, NVKC, Patiëntenfederatie Nederland

1. **Opening**

Prof. van der Naalt opent de vergadering om 16:00 uur en heet iedereen welkom.

2. **Voorstelronde (naam, organisatie en functie)**

Alle aanwezigen stellen zich kort voor.

3. **Toelichting doel van de middag en proces richtlijnontwikkeling:**

Mw. Ham geeft een toelichting op het doel van vanmiddag en het proces van richtlijnontwikkeling met een presentatie (zie presentatie en stappenplan op Viadesk). Doel van vanmiddag is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een complete richtlijn op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. De werkgroep bepaald uiteindelijk welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van een helder afgebakende multidisciplinaire richtlijn “licht traumatisch hersenletsel in de acute fase” waarvan de inhoud aansluit bij de behoeften van het veld en waarin de patiënt centraal staat.

De richtlijn wordt gepubliceerd op de richtlijndatabase. De Richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten is vanaf nu beschikbaar als een app voor telefoon en tablet. De app is ontwikkeld namens alle wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en is te downloaden in de App store en Google Play store.

Naast deze richtlijn zal er ook een Thuisarts-tekst ontwikkeld worden over Licht traumatisch hersenletsel in de acute fase.

4. **Afbakening**

Prof. Van der Naalt geeft een toelichting op de afbakening van de richtlijn en de aansluiting op bestaande en nieuwe richtlijnen. Met de herziene richtlijn willen we zo optimaal mogelijk aansluiten op bestaande en nieuwe richtlijnen en standaarden (o.a. ambulancezorg en NHG standaard). We kunnen niet op alles aansluiten daarom zullen we ook benoemen wat we niet kunnen.

Aanvulling gebruikers: bedrijfsartsen. NVAB past meer binnen de chronische fase (na 3 maanden als schakelpunt). Prof. Van Bennekom: bij LTH chronische fase is een bedrijfsarts onderdeel van de werkgroep.

a. Aansluiten op richtlijn LTH in de chronische fase

De richtlijn LTH in de chronische fase is gericht op patiënten die na 3 maanden klachten houden (fysiek/cognitief/emotioneel). De uitgangsvragen in die richtlijn gaan over diagnostiek, triage en behandeling van deze patiënten met > 3 maanden klachten. De richtlijn LTH in de acute fase start (meestal) op de SEH en de acute/subacute fase loopt tot 3 maanden na de opname op de SEH, daar zit dus een grijs gebied met overlap in met de chronische fase.

Uitgangsvragen gericht op:

- Diagnostiek van de klachten.
- Triage: Behandeling eerstelijns, neuroloog of revalidatiearts.
- Behandeling

Van Bennekom: De koppeling tussen de richtlijn LTH in de acute fase en LTH in de chronische fase wordt gelegd met de vraag over prognostische factoren voor LTH in de chronische fase.

b. NGH standaard

Van de Laar: NHG standaard hoofdtrauma gaat vooral over het acute stuk en zegt niets over post-acute klachten. M.b.t. de acute verwijzing lijkt de standaard prima te voldoen en is er geen vraag om update. Verwijscriteria bij voorkeur dus ook niet in de nieuwe richtlijn en bij voorkeur verwijzen naar NHG Standaard. Er ligt wel een lacune in de post-acute en langdurige klachten. Welke patiënten zijn 'at risk' hiervoor en welke zorg – juist ook in de eerste lijn – is efficiënt.

c. Bestaande richtlijn

Acute fase van 3 maanden (afbakening)

Afbakening 3 maanden is minder strikt in de praktijk; er zou in de nazorg duidelijk moeten zijn wat de verwijscriteria zijn bij aanhoudende klachten (> 6 weken). In de acute fase wil je al weten welke mensen zijn at risk voor langdurige klachten.

Spakman: wie doet de triage (huisarts/neuroloog/revalidatiearts) is ook belangrijk in de acute fase. Als je te lang wacht hebben patiënten mogelijk meer klachten dan noodzakelijk, juiste behandelaar op het juiste moment.

Van de Laar: huidige standaard gaat over overleven van de eerste 24 uur. De vraag is: problematiseren of normaliseren? Joukje: psycho-educatie is belangrijk in de acute fase. Floris hoopt dit ook te vinden in de "zachte" interventies; coping strategieën.

Spakman: De bestaande folders zijn te lang. Dit komt m.i. de informatieverstrekking aan patiënten niet ten goede, mede omdat patiënten na LTHL vaak al (veel) moeite hebben met lezen. Mijns inziens zou de folder (veel) korter moeten en evt. een vervolgfolder (pas) meegegeven moeten worden bij nacontrole (door neuroloog of huisarts). Met andere woorden: alleen de hoogstnodige informatie in de 1e dagen en als klachten na 2-4 weken aanhouden een uitgebreidere folder met informatie over klachten en mogelijke behandelingen. Ik denk dat folders dan veel sneller meegegeven worden en dat komt implementatie ten goede (zie ook informatiefolders vanuit eigen praktijk Hersenplan, gemaakt om mee te geven op de SEH of via de huisarts in de eerste dagen na het hoofdtrauma, gemaakt vanuit

revalidatie oogpunt, bevatten geen adviezen voor de neuroloog, maar wel adviezen over de nek, die vaak worden vergeten).

5. Nieuwe richtlijn: Besproken knelpunten

Verwijzingen en informatie voor de patiënt

Spakman: Wanneer moet de patiënt terug gezien worden door de neuroloog? Deze vraag zou je moeten uitbreiden naar: Wanneer naar welke behandelaar (niet alleen verwijzing huisarts-neuroloog)? Incl. verwijsindicaties en verwachtingen van elkaar duidelijk maken (soms is het een tactische verwijzing).

Van Houts: Patiënten willen graag een scan; de neuroloog kan dan met een scan wat uitsluiten en psycho-educatie geven met verwachtingen/adviezen voor de patiënt. De informatievoorziening vanuit het ziekenhuis zou meegegeven moeten worden (niet geïmplementeerd) en dit moet ook gelijk zijn aan informatie van de huisarts en mogelijk ook wat je online kunt vinden. Grond: advies voor "rust" is lastig te interpreteren voor de patiënt in de acute fase. Bedrijfsarts kan ook adviseren om bezoek aan neuroloog af te wachten, waardoor de patiënt niet aan zijn herstel werkt.

Van Houts: Aansluiten bij Handreiking "Eerstelijns herstellzorg hersenletsel" → o.a. VRA, KNGF, EN. Hierin staat beschreven wat zijn de kaders voor eerstelijns herstellzorg; netwerkzorg; kwaliteitseisen; link naar huisartsen en revalidatieartsen (recent gestart oktober 2021 vanuit kennisnetwerk CVA). Veel initiatieven daar zoveel mogelijk in proberen samen te voegen). Zie bijlage notulen.

Inklaar: indicatie voor doorsturen en het advies na diagnose zijn de belangrijkste knelpunten voor sportartsen.

Spakman: welke patiënten terugzien en door wie (eerstelijns: oefentherapeuten, psychologen; huisartsen etc.)? Kwakkel: Moeten we eisen stellen aan de eerstelijnsbehandelaars? Ervaring maakt bekwaam, kaders en netwerken. Edith: dit komt ook terug in het de handreiking eerstelijns herstellzorg hersenletsel. Samenwerking en afstemming met andere zorgprofessionals is heel belangrijk. Van der Naalt: Kun je kwaliteitseisen stellen in de kwaliteitsstandaarden of gooi je dan het kind met het badwater weg? Kwakkel: frequent zien en bepaalde kwaliteitseisen van zorgprofessionals zou je wel kunnen benoemen. Verwijzen naar de handreiking. Coen: dit kun je beschrijven in een module over organisatie van zorg.

Grond: je kent het netwerk in je eigen regio, revalidatiearts weet naar wie je kunt verwijzen, ook al hebben ze geen speciale kwaliteitseisen. In de richtlijn opnemen dat de revalidatiearts geconsulteerd kan worden en naar wie er verwezen kan worden.

Onderscheid kinderen, volwassenen en ouderen

Plötz: kinderen zijn een andere populatie; nazorg zou ook aparte adviezen voor kinderen, ook de risicofactoren zijn anders. In de huidige richtlijn o.b.v. expert opinion gekozen voor drie leeftijdscategorieën (leeftijd 2-5 toegevoegd), dit is internationaal niet zo. Dit kan worden vereenvoudigd.

Met betrekking tot mishandeling is onderscheid tussen kinderen < 2 jaar en > 2 jaar wel van belang

Wekadvies

Van der Naalt: Wekadvies hoeft je niet te geven bij kinderen > 6 jaar in huidige richtlijn. Het wekadvies is niet gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, bovendien is een wekadvies erg lastig toe te passen in de praktijk. Wekadvies is al wel beperkt tot leeftijd <6 jaar in oude richtlijn, wetende dat het lastig toe te passen is. Van de Laar: bij de huisartsen “een Nederlands advies”; het voelt intuïtief logisch, maar er is geen enkel bewijs voor.

Inzetten CT-scan hersenen

Indicaties voor CT-scan hersenen staan al heel goed beschreven in de huidige internationale richtlijn, de Nederlandse richtlijn heeft subjectieve criteria? Verschil tussen major en minor criteria.

Dorgelo: Er worden relatief gemakkelijk CT-scans gemaakt, dit is zorgelijk vooral voor kinderen en jongvolwassenen i.v.m. stralingsbelasting. Tweederde van de kinderen > 6 jaar met LTH krijgt een CT-scan hersenen, hier moet kritisch naar gekeken worden. Leeftijd-stratificatie voor CT-scans; is erg lastig voor CT-scans, voor DOAC's is dat wel gelukt.

Voor de indicatiestelling van de CT-scan hersenen verwijst de richtlijn radiologische diagnostiek acute trauma kinderen naar de LTH-richtlijn. Afstemming met deze twee richtlijnen is belangrijk.

Spakman: scans in de acute fase is begrijpelijk maar is een scan na 2-4-6 weken nog zinvol? Wat betekent het voor de behandeling? Streng zijn in de criteria voor een scan. Dit moet wel goed uitgelegd worden aan de patiënt.

Dorgelo: Tijdsfad definiëren; als iemand na een paar dagen komt die zijn hoofd gestoten heeft, dan heeft een scan waarschijnlijk weinig toegevoegde waarde.

Dorgelo: wat mist in de richtlijn zijn de criteria voor kwaliteit van de CT-scan hersenen; botalgoritme, weke dele algoritme; minimale eisen. Is het nodig om dat ze beschrijven in deze richtlijn of hebben we voldoende aan de richtlijnen van de NVvR zelf? Je gaat ervan uit dat deze criteria bekend zijn bij de radioloog. MRI-scan hersenen zou waarschijnlijk meer passen bij de chronische fase en bij meer complexe trauma's. Van der Naalt: bij LTH wil je de risicopatiënten identificeren. MRI-scan hersenen kun je gebruiken om iets aan te tonen (de vraag is of het gerelateerd is aan je klachten) en om iets uit te sluiten, kan doorslag geven om een keuze te maken voor behandeling. MRI-scan hersenen is praktisch niet altijd haalbaar (bijvoorbeeld 's nachts niet). Schedelfoto's verdwijnen uit de richtlijn, volledig obsoleet.

Nazorg

Waar komt het terug in de modules dat een patiënt teruggezien moet worden? En wat adviseer je dan? Wanneer moet een patiënt door de neuroloog gezien worden en wanneer is er een indicatie om door te sturen? Vroege prognostische factoren voor langdurige klachten (red flags en de weg voor verwijzing).

Overige knelpunten

Wat voor een type posttraumatische intracraniale bloeding? Van der Naalt: lastige vraag omdat het onduidelijk is wat er precies mee bedoeld wordt, je vindt door de nieuwe technieken ook meer afwijkingen.

Hoofdpijnmedicatie beleid: hoe lang en welke medicatie?

Spakman: Het is van groot belang dat huis- arts- en verpleegkundigen via deze richtlijn goede instructie krijgen over welke medicatie het herstel na licht hoofd-hersenletsel kan vertragen. NI. Tramadol, Oxycodon worden m.i. veel te vaak en veel te lang gegeven, waardoor cognitieve klachten langer dan nodig blijven aanhouden. Ook worden regelmatig (spier-) verslappers als Diazepam en Oxazepam gegeven, die ook het herstel in cognitief functioneren kunnen belemmeren.

6. Vervolgprocedure

De notulen van deze middag worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen het definitieve raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de werkgroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie.

7. Rondvraag en sluiting

Plötz: Onderzoek gedaan naar wat doet de richtlijn in je eigen populatie en voldoet het aan de verwachtingen? Conclusie: de huidige richtlijn wordt slecht opgevolgd. Het is belangrijk dat het een richtlijn is die goed te implementeren is, het gaat om LTH in de acute fase, dit is dus een acute situatie waarin je weinig tijd hebt. Duidelijke informatie voor ouders en kinderen en voor volwassen patiënten is heel belangrijk hierbij.

De voorzitter bedankt alle deelnemers voor hun actieve participatie en sluit de vergadering om 17.45.