

Høringsnotat - Vidensrapport om let hovedtraume – herunder hjernerystelse.

Dansk Center for Hjernerystelse har udarbejdet 2 vidensrapporter om hjernerystelse, en rapport omhandlende voksne, og en rapport omhandlede børn og unge. Dette var på baggrund af oplæg fra videnscenterets styregruppe om, at man ønskede en opdateret rapport med viden på området. Vidensrapporterne har været i høring og i international fagfællebedømmelse i perioden 25.05.23 – 30.11.23.

Dansk Center for Hjernerystelse har modtaget 20 høringssvar på vidensrapporterne fra nedenstående parter:

- Sundhedsstyrelsen
 - Social- og Boligstyrelsen
 - Dansk Selskab for Neurorehabilitering
 - Hjernerystelsesforeningen
 - Dansk Selskab for Fysioterapi: Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi, Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi, Dansk Selskab for Sportsfysioterapi, Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi, Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi.
 - Dansk Selskab for Osteopati
 - Dansk Selskab for Almen Medicin
 - Center for Hjerneskade – Voksenafdeling. Center for Hjerneskade - Neurocenter for børn og unge
 - Kommunernes Landsforening
 - Dansk Selskab for Kiropraktik
 - Hammel Neurocenter
 - Danske regioner: Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Syddanmark, Region Sønderjylland.
- Internationale reviewers
- Professor, overlæge Jan Lexell, ph.d., DPhil h.c., speciallæge i rehabiliteringsmedicin og neurologi, Lunds Universitet og Ängelholms Hospital, Sverige
 - Professor, overlæge Toril Skandsen, ph.d., speciallæge i fysikalsk medicin og rehabilitering, Norges Teknisk-Naturvidenskabelige Universitet (NTNU), St. Olavs hospital, Trondheim, Norge.

Vi har værdsat det store arbejde, som er blevet lagt i høringssvarene til vidensrapporterne og er taknemmelige for alle de konstruktive tilbagemeldinger, som talrige fagpersoner har bidraget med i den sidste del af arbejdet med rapporterne.

De bemærkninger, der vedrører konceptet for udarbejdelse af vidensrapporterne, herunder metode og fokus for vidensrapporterne er viderebragt til styregruppen, som består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, KL, Danske Regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin, Center for Hjerneskade og Hjernerystelsesforening. Bemærkninger kan indgå i de videre overvejelser omkring udarbejdelse af lignende videnskabelige produkter. Dette notat opsummerer hovedlinjerne i de indkomne høringssvar og peer reviews og medfølgende ændringer i vidensrapporterne. Der er derfor foretaget mindre justeringer som følge af de indkomne bemærkninger. De enkelte høringssvar er vedhæftet i dette dokument. Nedenfor har vi anført hovedpointer fra den feedback vi har modtaget.

Høringsparter har bemærket, at rapporterne udmærker sig ved:

- Et omfattende og grundigt arbejde som i mange år kan tjene som opslagsværk for fagfolk
- En massiv databearbejdning som er blevet gennemgået.
- Imponerende med en meget aktuell videnskabelig oversigt.
- Positivt med en opdeling i rapport henvendt til børn og unge området, samt en til voksne.
- God ide med en lang og kort version.
- Positivt med fokus på den bio-psyko-sociale model samt indførelsen af en personcentreret tilgang jf. Hvidbog 2022.
- Positivt med hyperlinks og de fortløbende indholdsfortegnelser over hvert afsnit.
- Positivt med de indledende faktabokse for hvert afsnit.
- Positivt med anvendelse af begrebet 'let hovedtraume'.
- Positivt at rapporterne også inddrager socioøkonomiske perspektiver på såvel det personlige som samfundsmæssige perspektiv.
- "Overall, this is a very impressive work! I think it is the most comprehensive regarding concussion/mTBI that I have seen, and I thoroughly enjoyed reading it. I do hope more colleagues will do that and actually get an up to date review of this area." (ekstern reviewer)
- "Generelt: et virkelig flott arbeid!! Rapporten har absolutt blitt det oppslagsverket dere planla. Jeg kommer til å bruke den masse." (ekstern reviewer)

Høringsparter har haft følgende ændringsforslag:

Evidenshierarki og anbefalinger

Flere parter meldte tilbage, at idet anbefalingerne var direkte uddrevet af evidenshierarkiet baseret på studietype, var der risiko for misforståelse. Dette handlede om, at studier på højeste evidensniveauer pegede på svag evidens for en given indsats, hvilket virkede misvisende i anbefalingerne. Vi indførte derfor et separat hierarki for anbefalinger, som afspejlede i hvilken grad selve indsatsen var understøttet af forskningen. Alle anbefalinger blev herefter gennemgået efter denne metode. Fremgangen er detaljeret beskrevet i rapporternes metodeafsnit.

Ønske om en endnu kortere version af den korte udgave af rapporterne samt en evt. pixiudgave

Flere parter har ønsket, at den korte version skulle være så kort som muligt. Vi har derfor valgt at fjerne evidensstratificerede pointer fra de korte udgaver, og udelukkende præsenterer praksisanbefalinger. Samtidig kan klinikerne finde alle anbefalinger samlet et sted, uden andet tilhørende materiale. Evidensgrundlaget for anbefalingerne kan findes i den fulde version. Tilsvarende har vi fravalgt at inkludere bilag i de korte versioner. I stedet for tilbydes der en bilagsoversigt, som henviser til den fulde version. Der blev også rejst ønske om en pixiudgave målrettet specifikke grupper af fagpersoner, for at understøtte anvendelsen i praksis. Vi har imødekommet dette ved at lave en 6 siders pixiudgave til almen praksis, hvor der kun medtages informationer, der har en særlig relevans for almen praksis.

Ønske om en kort beskrivelse af forskel mellem kort og fuld version

Dette er blevet indført. Det er derudover kun de fulde versioner, som betragtes som selvstændige publikationer, mens de korte versioner er afledt heraf. Det betyder, at de korte versioner altid bør ses i lyset af de fulde versioner.

Anvendelse af metoden GRADE:

To høringsparter har foreslået anvendelse af GRADE metoden ifm. udarbejdelse af rapporter. Vidensrapporterne er imidlertid ikke en national klinisk retningslinje og dækker et meget større område. GRADE var ikke mulig at anvende givet rapportens omfang, formål, og tilgængelige ressourcer. Der findes ikke andre vidensrapporter, der anvender GRADE metoden. Metoden bag rapporterne blev drøftet og afstemt i arbejds- og følgegrupper, og GRADE blev fravalgt. De anvendte metoder bag de forskellige kliniske retningslinjer på området varierer desuden og benytter sjældent GRADE.

Flere samtidige formål for rapporten

Vi er enige i, at flere samtidige formål kan være en udfordring for læsbarheden. Vi har gjort det tydeligt, hvor man finder specifikt indhold i rapporterne, både ved overskrifter og inddelinger. Vi har desuden udeladt større metodiske diskussioner i relation til evidensstratificerede pointer og anbefalinger, for at begrænse rapporternes omfang. En metode man kan overveje til fremtidigt arbejde er særskilte rapporter. En rapport, som indeholder gennemgangen af litteraturen og af den bagvedliggende evidens, og en rapport som kun indeholder anbefalinger og forslag til praksis.

Yderligere opdeling af aldersgrupper for børn og unge.

Der blev foreslået yderligere opdeling af børn og unge i særskilte aldersgrupper. Dette er gennemført, hvor det har været muligt (f.eks. i symptompræsentationer, kliniske tegn og forventet tid til spontan bedring), men ikke i særskilte hovedafsnit. Aldersgrupperne 0-5 år og 6-10 år er langt mindre belyst end aldersgruppen 11-18 år. Vi har desuden inddraget perspektiver fra danske institutioner og specialister på området for at opnå yderligere viden om forskelle i håndtering afhængigt af aldersgrupper. Dette er bl.a. for at kompensere for den manglende forskning.

Indførelse af opdateret arbejde fra 'Concussion In Sport Group' 2022/2023

På opfordring har vi medtaget nyt indhold fra Concussion in Sport Group, herunder deres seneste konsensus retningslinje (Consensus statement) og systematiske reviews og meta-analyser fra 2023.

Manglende fokus på sport i hovedkapitel vedr. længerevarende følger efter hjernerystelse

Vi fravalgte at fokusere særskilt på sport ud fra den tilgængelige viden på området og ud fra, at de allerede præsenterede betragtninger og anbefalinger vedr. udredning og behandling af længerevarende følger, foreløbig også gælder for denne gruppe. Tilsvarende gør sig gældende for militært personale, som heller ikke dækkes i et særligt afsnit. Det vurderes, at disse populationer er dækket af de generiske perspektiver for udredning og behandling af længerevarende følger. Indsatsen skal ligeledes tilpasses den enkelte person ud fra en personcentreret og bio-psyko-social tilgang. Dette understreges i afsnittene 2.6.1, 2.6.2, 2.7.1 og 2.7.2 for udredning, håndtering og indsats ved længerevarende følger.

Lægelig repræsentation ifm. udarbejdelse af rapporterne

Vi har haft en bred neurofaglig og medicinsk ekspertise involveret i arbejdet. Vores internationale reviewers var speciallæger i neurologi og rehabilitering. I arbejdsgruppen udgjorde lægerne 40% af sammensætningen. Vi havde også en neuropædiater tilknyttet arbejdsgruppen. Lægelig ekspertise var også tilstede i begge følgegrupper.

Yderligere indholdsspecifikke kommentarer:

Generelt for både voksenudgave og børneudgave

- Indholdsnære kommentar vedr. sprogbrug er medtaget.
- Fagspecifikke input vedr. undersøgelsesmetoder og interventioner er medtaget.
- Unødvendige bilag, som faggrupper søger viden om andre steder, er ekskluderet.
- Diagnosticering: Indførelse af oversigt over symptomer og kliniske tegn i evidensboks er indført.
- Tilpasninger af flere evidensboks på D niveau med fagspecifikke forslag til faggrupper: Mange af de fagspecifikke forslag er blevet fjernet og den enkelte fagperson må i højere grad navigere efter vedkommendes faglige skøn. Dette inkluderer også udeladelse af generiske undersøgelsesstrategier og metoder, som er sædvanlig kendt og praksis for specifikke faggrupper.
- Der er gennemført en standardisering af betegnelserne af barnet/den unge person; patienten vs personen.
- Kommentar vedr. standardisering af begreberne vestibulær, cervikal muskuloskeletal m.m.: vi har under udredning af længerevarende følger bevidst udeladt termerne i overskifterne, da man før udredningsprocessen endnu ikke kan være sikker på, om symptomerne skyldes disse forstyrrelser/funktionsnedsættelser eller ej. Derfor indføres de først under selve behandling, hvor udredningen bør have udpeget, om de til stede eller ej.
- Overvejelse vedr. prioritering af indsatser og relevans af den enkelte indsats: i både indledningen og i anbefalingerne er der angivet 'OBS for overbehandling', og at det behandlende team sammen bør prioritere og koordinere indsatser ud fra personens behov, interesser og specifikke problemer.
- Indførelse af kilder til D niveau: Hvis der ikke er kilder ved en anbefaling på D niveau, er anbefalingen baseret på konsensus i arbejds- og følgegruppen. Hvis der er en kilde på, afspejler denne ligeledes dokumentation på D niveau, og tilsvarende anbefalinger på konsensusniveau i kliniske retningslinjer.
- Obs på spekulative årsagsforklaringer: de er efterfølgende igen blevet fakta-tjekket med specialister på området og redigeret hvis nødvendigt.
- Indførelsen af perspektivet vedr. 'vælg klogt' ift. strukturelle billedskanninger: ACRM's kriterie for dokumentation med billedskanning er ikke et oplæg til en øget anvendelse af billedskanninger. Kun patienter, hvor der er en grund til at henvise til billedskanning skal skannes, i overensstemmelse med 'vælg klogt' praksis og gældende evidensbaserede stratificeringsværktøjer for hovedtraumepatienter. Hvis skanning er foretaget af andre årsager, og der er dokumentation for abnorme fund svarende til let hovedtraume, er det til gengæld tilstrækkeligt til at stille diagnosen.
- Ønske om, at der i afsnit vedrørende cervikal-muskuloskeletale problemer italesættes metodiske vanskeligheder vedr. afgrænsning af problemers ætiologi i studierne, herunder om problemerne skyldes selve hændelsen, som udløste hovedtraumet, eller skyldes andre årsager. Perspektiver på dette område er blevet indført i afsnittet.
- Afsnit vedr. vestibulære forstyrrelser og funktionsnedsættelser er blevet omskrevet mhp. et mere kritisk perspektiv på litteraturen.
- Epidemiologi afsnittene er indført i starten af hovedkapitlerne efter diagnosticering.

- Differentialdiagnostisk har vi medtaget perspektiver på funktionelle lidelser i afsnit 2.1 hos både børn og voksne. Dette kommer af, at længerevarende følger efter let hovedtraume har mange fællestræk med lidelser/sygdomme, som i en moderne betragtning kategoriseres under funktionelle lidelser.

Børn og unge

- Der er indført perspektiver på børns udvikling, herunder det udviklingspsykologiske, hjernen i udvikling, sårbarhed i givne faser af livet samt børns udviklingsmæssige opgaver.
- Der indført en orientering om, at børn bør aktiveres på mange områder: lystbetonede og sociale aktiviteter, skole og sport. Det kan være fordelagtigt at prioritere de lystbetonede aktiviteter.
- Der er indført yderligere perspektiver på småbørns manglende evner til at udtrykke sig sprogligt og at symptomer og problemer kommer til udtryk på en anden vis.



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 28-06-2023

LIWL

Sagsnr. 04-0399-143

20 53 55 40

Sundhedsstyrelsen har den 24. maj 2023 modtaget høringsudkast til 'Vidensrapport om let hovedtraume; herunder hjernerystelse Børn og unge' i fuld samt kort version og 'Vidensrapport om let hovedtraume; herunder hjernerystelse Voksne' i fuld samt kort version. Rapporterne er udarbejdet af videnscenteret 'Dansk Center for Hjernerystelse'. Vi takker for modtagelsen af høringsmateriale.

Sundhedsstyrelsen er repræsenteret i styregruppen for videnscenteret 'Dansk Center for Hjernerystelse' og er således løbende blevet orienteret om processen med udarbejdelse af vidensrapporterne.

Om Videnscenteret

Formålet med videnscenteret er bl.a. at gøre viden og aktuel evidens vedr. hjernerystelse lettilgængelig og brugbar for sundhedsfagligt personale. Sundhedsstyrelsen ønsker indledningsvist at pointere, at vi i høringssvaret primært har forholdt os til hvorledes vidensrapporterne understøtter formålet med videnscenteret. Vi har således ikke forholdt os til den konkrete metodiske udførelse i vidensrapporterne.

Sundhedsstyrelsens bemærkninger til vidensrapporterne fremgår af det følgende.

Formål og indhold

Generelt finder Sundhedsstyrelsen, at videnscenterets overordnede mål som gengivet ovenfor, fint bliver understøttet med vidensrapporterne.

Rapporterne fremstår dog meget omfangsfulde hvilket udfordrer tilgængelighed og brugbarhed i praksis. Der kan med fordel arbejdes på en mere fyldestgørende indholdsfortegnelse for et bedre overblik over alle afsnit med *Evidensstratificerede pointer og anbefalinger til praksis*, for at øge læsevenligheden.

Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på, at det af kilde hhv. 13 (børn og unge) og 14 (voksne) bør fremgå af litteraturlisten, at 'Hjernerystelse: Observation eller CT-scanning' er udgivet af Sundhedsstyrelsen. Det bør ligeledes fremgå af teksten ved kildehenvisningen, at udgivelsen indeholder en vurdering af, hvorvidt resultaterne af den udenlandske MTV, kan overføres til dansk kontekst.

Herudover vil Sundhedsstyrelsen gøre opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen nu i højere grad udarbejder nationale kliniske anbefalinger fremfor Nationale Kliniske Retningslinjer ift. fodnoten ved 'Bilag 1- Beskrivelse af kliniske retningslinjer'. Se evt. mere her <https://www.sst.dk/da/vi-den/sundhedsvaesen/nkr-og-nka>.

Layout og opsætning

Sundhedsstyrelsen bemærker, at farvekoden på evidensniveau B og C ligger tæt op ad hinanden. Det kan overvejes at ændre det, for at skabe et bedre intuitivt indtryk af forskellen på de to niveauer.

Derudover vil det være læsevenligt med angivelse af sidetal i den korte version om børn og unge.

Ydermere kan der arbejdes på en ensretning i terminologien, der fremstår med en blanding af latin og almindelige begreber fx ”cervikale områder af rygsøjlen”.

Det kan ligeledes overvejes om henvisningerne til ICD10 skal skæres ned og i stedet primært være henvisninger til det nye kodesystem i ICD11.

Sundhedsstyrelsen bemærker yderligere, at det fungerer godt med hyperlinks og QR-koder i rapporter.

Enhed:
Handicap og Den
Nationale
Tolkemyndighed

Hørings svar vedr. vidensrapporter om let hovedtraume børn og unge samt voksne

Sagsbehandler:
Gitte Thranum
Haldbæk

Titel på høringsdokument:

Vidensrapport om let hovedtraume (Børn og unge)_Fuld version

Sagsnr.:
2023 - 6617

Vidensrapport om let hovedtraume (Børn og unge)_Kort version

Vidensrapport om let hovedtraume (Voksne)_Fuld version

Dato:
13. juni 2023

Vidensrapport om let hovedtraume (Voksne)_Kort version

Høringsmyndighed: Dansk Center for Hjernerystelse

Generelle bemærkninger

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på Vidensrapporter om let hovedtraume børn og unge samt voksne, som er vigtige for arbejdet fremadrettet med målgruppen.

Navnlige vil vi gerne fremhæve det positive i, at der i vidensrapporterne er tydelig henvisning til anbefalingerne i Hvidbogen, herunder en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang med bl.a. borgerens indefra-perspektiv, inddragelse af pårørende og vigtigheden af sammenhæng og koordinering på tværs af indsatser.

Vi finder det relevant, at den bio-psyko-sociale model er gennemgående. Ligeledes at der i vidensrapporterne beskrives risikoen for overbehandling, ligesom der er fokus på energiforvaltning i forhold til i den samlede indsats, at opnå størst mulig deltagelse i sine vanlige sociale kontekster og aktiviteter, både i forhold til børn, unge og voksne.

Desuden vil vi gerne fremhæve anvendeligheden af, at vidensrapporterne er udarbejdet i både en kort og fuld version.

Endvidere er der en god fremstilling af vidensformer samt forholdet mellem viden fra forskning og praksis, som også er i overensstemmelse med forståelsen i Social- og Boligstyrelsens koncept for Lovende Praksis.

Det er et flot stykke vidensarbejde med mange involverede i arbejdsgrupper og følgegrupper, og vi ser frem til udgivelsen af vidensrapporterne.

Hvis kommentarerne giver anledning til spørgsmål, stiller vi naturligvis op til uddybende kommentarer og svar.

Vi vil gerne opfordre til at skrive hjælpemidler endnu tydeligere frem. I de to fulde versioner nævnes hjælpemidler kun to gange og det i forbindelse med psykoedukation og lydoverfølsomhed. Der findes ikke mange studier, men der er fx dette omkring hjælpemidler og kognition: Jessica Brown & Madeline Wollersheim (2019) Exploring assistive technology use to support cognition in college students with histories of mild

traumatic brain injury, Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 14:3, 255-266, DOI: 10.1080/17483107.2018.1428371

Det er godt, at der er fokus på uensartede diagnosticering og dermed forskel i visitation til indsatser til målgruppen, på tværs af kommuner og regioner. Herunder også en opmærksomhed på, hvordan vidensrapporterne kommer ud og bliver omsat i praksis.

Specielle bemærkninger (bemærkninger til de enkelte bestemmelser)

Afsnit 'Visuelle og okulomotoriske forstyrrelser': på side 43 i Vidensrapport om let hovedtraume (Børn og unge)_Fuld version og side 46 i Vidensrapport om let hovedtraume (Voksne)_Fuld version.

Forslag til ændring: Opfordring til specifikt at nævne samsynsproblemer, da disse er fremhævet som 'God praksis' i National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længerevarende symptomer efter hjernerystelse - Dansk Center for Hjernerystelse.

Afsnit '2.5 – Udredning og undersøgelse af længerevarende følger': på side 27 i Vidensrapport om let hovedtraume (Voksne) Kort Version.

Forslag til ændring: I denne sætning formodes at være tilføjet et 'ikke' for meget; 'at fagpersonen tilgår tilstanden ud fra en bio-psyko-social forståelse, da tilstanden ikke afspejler **ikke** en enkelt patofysiologisk entitet'.

Dansk Selskab for Neurorehabiliterings høringsvar om Vidensrapporter om lette hovedtraumer.

Omkring: "Vidensrapport om let hovedtraume, herunder <u>voksne over 18 år</u>	
Overskrift	Høringsvar
Overordnet	<ul style="list-style-type: none">- DSNR anerkender det store, og grundige, arbejde med udarbejdelse af disse rapporter- Det er godt at rapporterne er udarbejdet med en kort, og en lang, version. Man kan med fordel supplere den korte version med en tydeligere angivelse af hvilke interventioner, der både har god evidens og god effekt.- Gode intentioner med at lave links i rapporten, så det hjælper læseren undervejs.- Vi mener rapporternes indhold på sigt vil være af stor værdi som opslagsværk for fagpersoner, der arbejder med hjernerystelse/let hovedtraume. De inkluderede måleredskaber, informationsmateriale og anbefalinger i bilagene vil være anvendelige i praksis.- MEN vi har herunder nogle kritikpunkter bl.a. i forhold til valg af graduering i anbefalingerne vanskeliggør en tolkning af evidensgrundlagets niveau i forhold til udsagnene (se længere nede).
Omkring det faglige indhold	<ul style="list-style-type: none">- Der er eksempler på afsnit, hvor der går i dybden med diagnoser, der ikke er de primære for rapporten. Det kan hvis disse udelades eller nedskaleres bidrage med at afkorte og fokusere rapporten, f.eks. under afsnittet om demens sekundært til multiple små hovedtraumer i voksen-rapporten. Skønt den kliniske problematik er relevant i små (meget velafgrænsede patientpopulationer eksempelvis boksning og amerikansk fodbold, dvs. overvejende i udlandet) er sportsudøvere indenfor disse discipliner jo ikke den vigtigste kliniske målgruppe i en dansk sundhedsfaglig kontekst, hvor den store patientgruppe er mennesker med mindre enkeltstående eller ganske få efterfølgende små hovedtraumer. Punktet bør forkortes.- Generelt har rapporterne et meget individualistisk og patologisk fokus. Der savnes således et større fokus på levevilkår, samskabelse, motivation og forholden sig til omgivelserne herunder samspillet med netværk. Her kunne man f.eks inddrage viden og teoretisk tilgang fra "Hvidbogen" for rehabilitering, 2022.

- Der er behov for uddybelse og omformulering af den sociale del af rehabiliteringen (jf. den bio-psyko-**sociale** model, hvor det sociale fylder meget lidt i rapporterne). F.eks. side 40 i den korte version, børn og unge: *"at en del af indsatserne er rettet mod at resocialisere de børn og unge, som har isoleret sig selv"*. Vi vil i stedet foreslå noget i stil med: "at indsatserne har et socialt sigte, hvor barnet/den unge fx kan spejle sig i andre i en lignende situation, eller styrke interaktionen med eksisterende relationer gennem rehabiliteringsaktiviteter. Dette i det omfang som det lader sig gøre med respekt for barnets/den unges situation inkl. symptomer der kan vanskeliggøre samspil med andre"
- Der er behov for en konkretisering af hvordan der skabes overblik over tilbud og indsatser og hvordan der navigeres i det. F.eks. side 41 i en korte version: *"at man ved behov for flere parallelle indsatser sørger for, at indsatser er koordinerede, og gerne med færrest mulige aktører. Koordinering kan bidrage til, at individuelle indsatser bliver planlagt ud fra en overordnet plan."* Koordinering er vigtig, men for at kunne koordinere kræver det, at nogen har overblikket over, hvad der findes af tilbud og indsatser og kan navigere i det. Det er erfaringen, at det kan være en mangel i de fleste patienters forløb.
- Der kan med fordel i rapporten fremgå den store betydning af personens møde med sundhedsvæsenet. Det er erfaringen at det har stor betydning for effekten af behandlingen og deres videre liv. Her spiller kvaliteten i relationen mellem "patient", pårørende og professionelle en stor rolle, hvor der skal opbygges tillid. Det tager tid og er udfordret bl.a. af den store specialisering og dertilhørende mange fagprofessionelle. Derfor er det vigtigt, at der også er gennemgående fagprofessionelle, hvor der opbygges en god relation, da der ellers kan opbygges mistillid til systemet, de kan drukne i tilbuddene eller muligheden for at få det fulde udbytte af behandlingen mindskes.
- Det er positivt, at Vidensrapporten ikke kun omfatter anbefalinger i forhold til behandling, men modsat også har opmærksomhed på de potentielt negative konsekvenser af overbehandling. Dog kræver det, at der er nogen der kan tage stilling til, hvad den rette type indsats er og har overblik over hvordan det kan tilgås. Det fremgår ikke, om der er eller ikke er nogle kriterier, der kan hjælpe de forskellige faggrupper med netop ikke at udrede og/eller behandle unødvendigt.
- Rapporterne, både kort- og lang version, er alle meget omfattende. Der fokuseres bredt og medtager meget forskelligartet litteratur, på meget forskellige evidensniveauer. Det kan gøre det svært for læseren at skelne mellem den mere robuste evidens, og den viden, der fortsat er på et mere hypotetisk niveau. I teksten

	<p>bliver der refereret til meget litteratur, fund og resultater uden der kan gennemskues en tilstrækkelig kritisk stillingtagen til studierne (metode etc). Det må forventes at arbejdsgruppen hjælper læseren til at træffe klinisk relevante beslutninger/valg og således kommer med anbefalinger til behandlingsmetoder der både er med god evidens og relevant effekt. Er der taget denne stillingtagen, bør det være endnu mere transparent for læseren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Udfordringen omkring rapportens omfang opstår nok allerede i formuleringen af rapportens formål, der både er at redegøre for det aktuelle vidensgrundlag, pege på områder med manglende viden og tilbyde anbefalinger til praksis. Da rapporten vil rumme det hele, bliver der et informations-overload, der gør det vanskeligt for læseren at afkode den rette behandling, uden en mere omfattende læsning. Redaktionelt burde der nok træffes valg vedrørende hvilke studier der omtales/diskuteres for at forenkle budskabet til den klinisk arbejdende læser, men det ville jo så gå ud over den del af formålet, der har ambition om at "redegøre" for vidensgrundlaget. - I kapitlet om dne neurodegenerative risiko, savner man i den korte rapport, at I oplyser nogle tal, så man kan have en fornemmelse af, i hvilken grad, hovedtraumer øger risikoen ved hhv. demens og Parkinson. Af den lange rapport har I netop oplyst tallene fra Alzheimers og demens. - Derudover er det svært at skelne hvornår rapporten omtaler litteratur om hhv. let traumatisk hjerneskade og hjernerystelse. Der bør være en sproglig rød tråd vedrørende disse vigtige begreber.
<p>Omkring metoden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - I forhold til vidensniveauer forvirrer det generelt, at der i den skematiske oversigt i "den korte rapport" alene vurderes og rangeres ud fra studiernes datamæssige kvalitet hvorefter de indplaceres i en skala fra A-D. Et eksempel er vedrørende synstræning (visuelle og okulomotoriske funktionsnedsættelser...side 36 i den korte rapport for voksne), hvor der med evidens niveau A anbefales at fagpersoner kan overveje at tilbyde en synstrænings-relateret indsats...men det noteres, at der meget svag evidens for effekt af dette på denne population. Principielt er det jo ikke forkert: der er "god evidens" for at der, er "meget svag evidens" for effekt. De valg, der er truffet mht. skematisk opsætning, gør dette udsagn næsten uforståelig. Man bør overveje skematisk at anføre både "kvalitet af evidens/evidensgrad" og "evidens for betydende effekt". Det anbefales at der skelnes, så læseren i højere grad bliver hjulpet til at vælge en effektiv og valideret behandling. Man kan f.eks. opdele dette i 2 kolonner der 1. beskriver kvaliteten af studiet, og 2. beskriver evidens for effekt af selve behandlingsmetoden/ tilgang mm. Rangordningen i A-D til vurdering af evidensniveau samt det at tale om "metodologisk kvalitet" skaber et usagligt hierarki blandt de eksisterende undersøgelser, hvor kvantitative tilgange

vurderes over kvalitative. Det er uhensigtsmæssigt, da det antyder, at der er noget vi kan stole mere på end andet. Men tilfældet er nærmere at forskellige metodiske tilgange gør det muligt at undersøge forskellige aspekter af fænomenet med respekt for de resultater det nu engang medfører.

- Det fremgår f.eks. ikke, om n-of-1-trials er inkluderet og på hvilket niveau i stratificeringen? Ifølge OCEBM vil de være niveau A (level 1).
- Man bliver også i tvivl omkring, hvordan de inkluderede internationale og nationale retningslinjer kategoriseres i evidensstratificeringen? Vi forstår det umiddelbart, som om de placeres under niveau D?
- Umiddelbart fremgår en fyldestgørende liste over søgetermer til litteratursøgningen ikke af rapporten?
- Nogle gange i anbefalingerne og i de evidensstratificerede pointer Nogle gange specificerer I at det er et multicenter kohortestudie eller et systematisk review, men flest gange ikke. Måske skal det være konsekvent det ene eller det andet? Alternativt med en udbygning af skemaets kolonner, som tidligere nævnt.
- Selvom I skriver i Metodeafsnittet at evidens niveau D er "Ekspert mening; erfaring; konsensus; kasuistikker; teori" og der således ikke nødvendigvis er en publiceret artikel, der ligger til grund for den udtale/indholdet, så savner man at I oplyser, hvad kilden er.
Man går ud fra, at mange af anbefalingerne vedr. indsatser beror på konsensus.
- I Vidensrapporten bør der være en bemærkning, hvis der er beskrevet et vurderingsredskab, som ikke er oversat til dansk.
- I benytter jer af de billeddiagnostiske biomarkører både som et krav om at være uden strukturelle forandringer (f.eks. på side 13 i den korte version), men om at der kan påvises specifikke strukturelle forandringer foreneligt med lette hovedtraumer.
- Under "Abnorme fund ved konventionel billedskanning" ville det hjælpe fagpersonen/læseren både at vide om det er både MR.C og CT.C I opfatter som konventionel billedskanning og samtidig en liste med hvilke fund, der netop på disse kan fastslå diagnosen. Ud fra det I skriver i resten af rapporten, kan man blive i tvivl, om de konventionelle billedskanninger primært skal bruges til at udelukke andet (altså at det er manglen på abnorme fund) eller/og det er de forandringer, man har kunnet se ved lette hovedtraumer, I mener. Til samme formål, er det interessant, om I har haft en radiologisk fagperson til at forholde sig til rapporten også.

Kommentarer til population:	<ul style="list-style-type: none"> - Der er tale om en heterogen patientgruppe, hvor forskellige diagnostiske kriterier og kliniske betegnelser er blevet anvendt inden for området. Det er positivt, at rapporten for voksne indeholder en detaljeret redegørelse for de forskellige betegnelser og diagnoser, eftersom det kan bidrage til, at fagprofessionelle fra forskellige discipliner inden for rehabilitering får overblik og et fællessprog for tilstandene. - DSNR er dog bekymret over rapportens diagnose afsnit. Det er meget uheldigt at der i afsnittet af den skematiske oversigt, anføres at der er uenighed i arbejdsgruppen. Det bør ikke fremgå af rapporten, hvor der må forventes konsensus i arbejdsgruppen, hvad skal "ikke-eksperten" ellers tænke? Det må have været tiltænkt rapporten at et af hovedformålene ville være denne meget tydelige præcisering. Evidensniveauet på denne definition er jo (ifølge farvekodningen meget lav), hvilket må give arbejdsgruppen en, hvis frihed til at melde entydigt ud.
Andet inkl. sprogligt:	<ul style="list-style-type: none"> - På side 14 i den korte version: Kan I definere, hvordan I skelner "god til fremragende diagnostisk præcision" fra "rimelig til fremragende diagnostisk præcision"? Er der en skala I vurderer det ud fra? - På side 26 i den korte version skriver I "flerfaglig". I bruger tværfagligt i resten af rapporten, men tænker I der er en betydningsforskel? - På side 34 i den korte version under "Generelt i forhold til håndtering og indsats.." sætningen: "Tværfaglig rehabiliteringsindsats muliggør ligeledes prioritering af indsats ved behov for flere samtidigt indsats". Dette bør enten være "...ved behov for flere indsats samtidigt." eller "...ved behov for flere samtidige indsats".

Omkring: "Vidensrapport om let hovedtraume, herunder <u>hjernerystelse for børn og unge under 18 år</u>"	
Overskrift	Høringsvar
Overordnet kommentarer	<ul style="list-style-type: none"> - Et stort og vigtigt arbejde, for en patientgruppe, der tit kommer til at sidde mellem flere stole i systemet grundet alder og "manglende umiddelbare sværhedsgrad af symptomer". - Vigtigt at I inddrager et fokus på tilbagevenden til sport og skole. - Vores kritikpunkter er overordnet de samme som for rapporten for voksne at gradueringen af evidensen kan være misvisende også i forhold til, hvad I ønsker at bruge den til, samt at den korte version kunne gøres endnu mere klinisk venlig ved f.eks. at klargøre om pointerne ved de "gode studier" også var signifikante.

Omkring metoden	

Høringssvar til Dansk Center for Hjernerystelse vedrørende vidensrapporter om senfølger efter hjernerystelse for børn og voksne

Vidensrapporterne er vigtige milepæle

Generelt finder vi, at rapporterne har meget stor positiv betydning, da der ikke i de sidste 20 år er opgjort en samlet status over viden på hjernerystelsesområdet i Danmark. Desuden mener vi generelt, at rapporterne kvantitativt og kvalitativt er de bedste i Danmark indtil nu.

Godt med dynamisk fokus på evidens

Vi tilslutter os det dynamiske perspektiv på evidens, som ligger til grund for rapporterne og som afspejler patienternes virkelighed. Formidlingen af evidens via 4 kategorier er et godt kompromis mellem påvisning af evidensstyrke og læselighed, og åbner desuden op for at andre interessenter end fagfolk, kan drage nytte af rapporterne. En lignende evidenskategorisering er også anvendt af Ontario Neurotrauma Foundations i deres retningslinjer for mTBI, som har fundet vid udbredelse og anerkendelse.

Nyskabende og positivt med socio-økonomiske perspektiver

Det er positivt, at rapporterne også inddrager socio-økonomiske faktorer på det personlige, såvel som det samfundsmæssige plan, og det er et område, som vi håber bliver udfoldet endnu mere fremadrettet. Udgifternes størrelsesorden understreger de store samfundsøkonomiske omkostninger, som hjernerystelser medfører.

Det kunne være godt med en tydeligere understregning i tekstboksen om økonomiske følger, at de angivne omkostninger er baseret på en $\frac{1}{3}$ af patientgruppen. I tråd med den biopsykosociale model, kan det fremhæves, at megen behandling i dag er egenbetalt, hvilket udgør en belastning oven i den statistiske lønnedgang.

Bevidstløshed

Der er desværre fortsat en udbredt antagelse om, at man skal have været bevidstløs for at pådrage sig hjernerystelse eller at kunne opleve senfølger heraf. Selvom bevidsthedstab nævnes flere gange i rapporten, kunne denne grundlæggende pointe med fordel fremhæves endnu tydeligere.

Perspektivering af den bio-psykosociale/netværks- og personorienterede model

Vidensrapporternes tilgang/model beskrives godt og indgående. Det er et legitimt perspektiv, som har fundet udbredelse på Hjernerystelsesområdet i Danmark. Netop i en så

omfattende rapport, kunne yderligere overvejelser af fordele og ulemper ift. eventuelle andre perspektiver samt begrænsninger og forholdsregler være relevante.

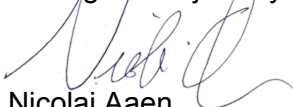
Forslag til fremtidige implementeringer

Det er helt afgørende, at vidensrapporten fremover revideres og opdateres minimum hvert 4. år. Der er flere øvrige områder under udvikling, som kan medtages i fremtiden og/eller udfoldes yderligere.

- Biomekanik - herunder accelerationsspændet for pådragelse af hjernerystelse.
- Indvirkningen af genetiske faktorer på hjernerystelse og senfølger heraf.
- Sammenhængen mellem hjernerystelse og socialproblematikker herunder senere udvikling af lovovertrædende adfærd, misbrug, hjemløshed og suicidalitet.
- Forskellen i patofysiologiske processer efter vanlig hjernerystelse og blast TBI herunder mulige kavitationsmekanismer.
- En mere uddybende beskrivelse af den akutte neuropatofysiologisk kaskade ved let hovedtraume.
- Kumulative hjernerystelsers indvirkning på funktionsevnen på kort og lang sigt.
- Om øvrige skanningsmodaliteter, udover CT og MRI som ex. SPECT, kunne have en diagnostisk værdi ved særligt svære tilfælde af senfølger efter hjernerystelse.
- Et dedikeret afsnit om neuroinflammation og dets rolle under akutte og kroniske følger.
- Kommunikation til og med patienter med senfølger efter hjernerystelse.
- Inddragelse af pårørende og deres rolle i forhold til bedringsprocessen samt dynamikker og rolleændringer mellem patienter og pårørende under sygdomsforløbet.

Vi ser frem til at rapporterne vil gøre en positiv forskel for ramte af hjernerystelse.

På vegne af Hjernerystelsesforeningen



Nicolai Aaen
Sekretariatschef

Til: Hana Mala Rytter,
Dansk Center for Hjernerystelse, Amagerfælledvej 56A, 2300 København S

Høringssvar vedrørende Videns rapport Let hovedtraume, herunder hjernerystelse

Dansk Selskab for Fysioterapi har med stor interesse læst de 2 vidensrapporter om *Let hovedtraume, herunder hjernerystelse*, der omhandler henholdsvis børn og unge under 18 år, og voksne.

Rapporterne har været sendt i høring i de faglige selskaber i fysioterapi.

Høringssvaret leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)
- Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi (DSPF)
- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi (DSSF)
- Dansk Selskab for Neurologisk Fysioterapi (DSNF) og
- Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF)

DSF og de faglige selskaber vil hermed gerne takke Dansk Center for Hjernerystelse (DCFH) for at løfte opgaven med Vidensrapporterne.

Vi anerkender det store og grundige arbejde der er lavet i forbindelse med udarbejdelsen af disse og takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et gennemgribende arbejde med emnerne.

Det er et anerkendelsesværdigt formål at skabe et mere ensartet vidensniveau om let hovedtraume / hjernerystelse og længerevarende følger efter hjernerystelse, blandt fagprofessionelle i Danmark, samt bidrage med konkrete anbefalinger til praksis ud fra dette. Der er behov for at samle det aktuelle vidensgrundlag på området og ikke mindst er der en vigtig opgave med at pege på områder med manglende viden på området, både i arbejdet med voksne og børn. Vi takker hermed for arbejdet med at forsøge at skabe et mere ensartet vidensniveau på tværs af fagområder i Danmark, samt en mere ensartet tilgang til den enkelte person med let hovedtraume.

Da vidensrapporten giver anbefalinger til praksis har bla. DSSF valgt at vurdere vidensrapporten vha. AGREE II som anvendes til kvalitetsvurdering af retningslinjer og i tillæg hertil, har de faglige selskaber anvendt både generelle og strukturerede vurderinger af rapporterne.

Vurderingen ud fra AGREE II fremgår i særskilt afsnit.

Generelt fremstår rapporterne mere gennemarbejdet end det præliminære udkast der tidligere har været i høring, men evaluering af begge udgaver samlet (herefter kaldet 'vidensrapporterne') giver fortsat anledning til bekymringer ift. den metodiske stringens, review og sammenstilling af evidensen, samt anvendeligheden af rapporten i klinisk praksis.

Vi vil derfor påpege, at der fortsat er metodiske udfordringer og en række nedslag som vi mener der bør arbejdes videre med, samt dele der bør genovervejes i de endelige rapporter.

Samlet set er det derfor vores vurdering, at vidensrapporterne kun kan anbefales som retningslinjer under forudsætning af, at der gennemføres modifikationer i forhold til både metode og struktur.

Desuden bør der ske en væsentlig reduktion af det medtagne indhold i meget store dele af rapporterne gennem kritisk gennemgang af litteraturen og et væsentligt større fokus på at prioritere den væsentligste og mest underbyggede viden fremfor ønsket om at medtage flest mulige temaer og emner.

Vi håber, at arbejdsgruppen og DCFH finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Med venlig hilsen på vegne af de faglige selskaber i fysioterapi,

Gitte Arnbjerg

Formand Dansk Selskab for Fysioterapi

HØRINGSSVAR

Nedenstående er en samling og sammenskrivning af input til hørings svar fra de faglige selskaber der er forsøgt struktureret efter I) AGREE II vurdering, II) generelle kommentarer og III) specifikke og konkrete kommentarer.

Desuden er særlige pointer fremhævet med understregning.

Denne struktur er valgt i dette hørings svar da det er et stort materiale med en lang række sammenfald i de indkomne input, der påpeger udfordringerne i Vidensrapporterne.

Vi vurderer derfor, at denne struktur er den bedste måde at formidle vores input og vurderinger mest konstruktivt og effektivt til DCFHs videre arbejde.

I. AGREE II vurdering

Scope and purpose

Formål, afgrænsning og målgruppe for Vidensrapporten er defineret.

Stakeholder involvement

En række relevante interessenter, herunder også patientperspektivet via hjernerystelsesforeningen, har medvirket til udarbejdelse og kvalificering af rapporten. Dansk Selskab for Fysioterapi trak sig fra arbejdsgruppen undervejs og det observeres at kiropraktorerne heller ikke er repræsenteret i arbejdsgruppen. Begge faggrupper spiller en stor rolle i håndteringen af denne patientgruppe.

Rigour of development

Der er redegjort for litteratursøgning, med relevante søgeord, men link til søgestrategi på DCFHs hjemmeside linker ikke til søgestrategi, men blot forsiden af hjemmesiden? Én person har sorteret på titel/abstract niveau. Det fremgår ikke tydeligt hvorledes udvælgelse af litteratur til rapporten er foregået, ej heller hvilke kriterier der er anvendt for udvælgelse af studier der er særligt uddybet/refereret i teksten.

Det fremgår at litteratur, herunder diagnostiske kriterier fra American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM), som er publiceret efter den seneste søgning i december 2022 er inkluderet i vidensrapporten. Der er i juni 2023 udkommet 10 nye systematiske reviews i British Journal of Sports Medicine samt nye anbefalinger fra Concussion in Sport som med fordel kunne inkluderes i rapporten.

Kvalitetsvurdering af SR er foretaget af 2 personer som anbefalet. Kvalitetsvurdering af øvrige studier er foretaget af 1 person. Det fremgår ikke hvorvidt der er foretaget kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer. Link til kvalitetsvurderingerne på DCFHs hjemmeside linker til forsiden og er ikke umiddelbart tilgængelige.

Kommentar til evidensstratificering (se desuden kommentarer i afsnit II.)

At der er udført et systematisk review er ikke ensbetydende med at evidensniveauet på de inkluderede studier eller konklusionen i det systematiske review svarer til evidens på A-niveau.

Flere anbefalinger på A-niveau må anses for at være baseret på et spinkelt evidensgrundlag, hvilket

konklusionerne i nogle systematisk review også påpeger. Enkelte steder fremgår det dog i teksten, at der kun ligger få studier til grund for anbefalingen. Se eksempel nedenfor. Vi mener resultaterne fra denne fremgangsmåde til evidensstratificering kan mistolkes, som om der er et større evidensgrundlag end det reelle evidensniveau.

Eksempel: ”I forhold til fysisk- og manuel behandling, anbefales det: (s. 19) A: at fagpersoner kan igangsætte en undersøgelse og behandling ved tegn på en vedblivende vestibulær funktionsnedsættelse. Der er beskedne, men lovende resultater på, at en indsats kan reducere symptomer, forbedre funktionsniveauet og medvirke til, at personen vender tidligere tilbage til aktivitet.⁶⁸ Da der er indikation på en høj grad af spontan remission af balanceproblemer og svimmelhed mellem 48 timer og 3 uger, kan man med fordel overveje en behandlingsindsats efter 3 uger.”

Dette er baseret på denne konklusion fra Murray et al 2017; Conclusions: Current evidence for optimal prescription and efficacy of VRT in patients with mTBI/concussion is limited.

Available evidence, although weak, shows promise in this population. Further high-level studies evaluating the effects of VRT in patients with mTBI/ concussion with vestibular and/or balance dysfunction are required (reference 68: Murray 2017 Can vestibular rehabilitation exercises help patients with concussion? A systematic review of efficacy, prescription and progression patterns.)

Udarbejdelse af anbefalinger

I denne Vidensrapport gives anbefalinger til praksis hvilket er relevant, da der er en stor mængde af litteratur på området af varierende kvalitet.

Det fremgår desværre ikke tydeligt, hvorledes disse anbefalinger er fremkommet. Det fremstår som om anbefalingerne er baseret på evidensniveau, men at principperne fra Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations (GRADE) ikke er anvendt. Det er således usikkert hvorvidt der er nedgraderet for risk of bias, imprecision, inconsistency, indirectness og publication bias. Det undrer os at GRADE ikke er anvendt som metode til udarbejdelse af anbefalinger, da ”Sundhedsstyrelsen bruger GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), der er et internationalt brugt systematisk og transparent system, til at vurdere kvaliteten af evidens og til at give anbefalinger.” (<https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/NKR-og-NKA/Saadan-udarbejdes-NKR>).

Vi er opmærksomme på, at dette ikke er en klinisk retningslinje, men da der gives anbefalinger til klinisk praksis, må det forventes at en valid metode til dette anvendes.

Det er usikkert hvorfra pointerne og anbefalingerne på D-niveau stammer, da der kun er få eller ingen referencer. Ét eksempel: I forhold til smertelindring anbefales det: (s. 19): D: at voksne med behov for smertelindring kan evt. kortvarigt benytte analgetika i håndkøb. Anvendelse af opioider anbefales ikke. Det anbefales ligeledes, at personen vejledes i ikke-medicinske strategier til smertehåndtering (f.eks. afspænding, gåture). Ved længerevarende behov for smertelindring skal man konsultere sin læge.

Vidensrapporten har været i ekstern høring ved relevante eksperter.

Der er ikke beskrevet en plan for opdatering.

Clarity of presentation

Der er udgivet 2 separate udgaver, for hhv. børn og voksne, hvilket bidrager til øget tilgængelighed for klinikerne. Der er ligeledes udgivet en kort version af begge udgaver. Der er en læsevejledning og hyperlinks i dokumentet som øger navigationen. Der er oversigtstabeller over "Evidensstratificerede pointer" og "Anbefalinger til praksis" samt tabeller og figurer der understøtter teksten.

De fulde versioner er meget omfangsrige med mange oplysninger, som kan være svære at vide hvordan skal anvendes i klinisk praksis. Et eksempel er f.eks. afsnittet om biomarkører og billeddiagnostik med meget detaljerede oplysninger om metoder til diagnosticering som på nuværende tidspunkt er for tidlige at anvende i klinisk praksis, og derfor med fordel kunne minimeres.

Der er virkelig mange anbefalinger og det er vanskeligt at danne sig et overblik over hvilke anbefalinger der er de vigtigste. Det er vanskeligt at overskue hvad der er "need to know" og hvad der er "nice to know" ift. klinisk praksis. De vigtige pointer drukner i de mange informationer og vi er derfor nervøse for at rapporten ikke vil være anvendelig for klinikerne i en travl hverdag i praksis.

De korte udgaver indeholder efter en introduktion tabeller med evidensstratificerede pointer og anbefalinger. Uden den medfølgende forklarende tekst er der risiko for at klinikerne misser en række vigtige pointer ift. evidensniveau som er væsentlige.

Kommentar til "Perspektivering" og "Manglende viden"

I afsnittet omkring biomarkører er der en perspektivering, som ikke findes i andre afsnit.

Hvorfor dette særlige fokus i netop dette afsnit?

Det fungerer godt med at afsnit om "Manglende viden" i afsnittet; "Håndtering og indsatser ved længerevarende følger". Det ville kvalificere rapporten yderligere med "Manglende viden" i alle afsnit af vidensrapporten og ikke kun i ovennævnte afsnit.

Sprogligt

Teksten bærer præg af begrænset faglig indsigt i det fysiske område, f.eks. det muskuloskeletale område, hvor dette kommer til udtryk ved uddybende forklaringer af begreber som er alment anvendte fagudtryk inden for faget. Et eksempel s. 131: "I forhold til undersøgelse af bevægelsesudslag og leddenes bevægelighed kan man anvende tests til 'Range Of Motion' (ROM). Man kan f.eks. anvende en aktiv cervikal ROM, undersøge smerter ved ROM samt andre mål for bevægelighed af den cervikale del af rygsøjlen. Disse anbefales at blive fastsat ved første besøg ved den behandlende fagperson."

Der ses spekulative forklaringer, der ikke understøttes af referencer. Et eksempel: Prognostiske risikofaktorer (s. 76) "Dette kan muligvis være relateret til, i hvilken udstrækning personer med forskellige uddannelsesniveauer er økonomisk dækket (f.eks. af forsikringer) i tilfælde af længerevarende sygdom." Dette kan blot være én af mange mulige forklaringer.

Applicability

Overvejelser omkring implementering er berørt under afgrænsning og overvejelser findes relevante.

Editorial independence

Dansk Center for Hjernerystelse står for formandskab og sekretariat ift. organisering af arbejdet. Det fremgår ikke hvem der har initieret arbejdet eller hvordan finansiering af arbejdet er foregået.

Medlemmerne af arbejdsgrupperne er nævnt ved navn, titel og tilknytning, men det fremgår ikke hvorvidt eventuelle interessekonflikter er deklareret.

Samlet vurdering

Scope and purpose samt Stakeholder involvement er sufficient beskrevet og vurderes relevant.

Ift. Rigour of development er der en række bekymringer og opmærksomhedspunkter der med fordel kan adresseres for at øge kvaliteten af vidensrapporten. Dette gælder i særdeleshed udarbejdelse af anbefalinger til praksis, hvor det metodiske ikke lever op til nationale og internationale anbefalinger.

Tiltroen til validiteten af de stratificerede evidensniveauer og anbefalinger til praksis er lav, grundet svaghederne i metoden. Det har været uden for rammen af denne høringsproces at fakta-tjekke sammenhængen mellem evidensniveau og anbefalinger.

Der er flere gode elementer ift. Clarity of presentation i form af separate rapporter for hhv. børn og voksne samt hyperlinks, tabeller og figurer.

Der er virkelig mange anbefalinger og det er vanskeligt at vide hvad der er "need to know" og hvad der er "nice to know". Et let tilgængeligt overblik over de allervigtigste anbefalinger mangler.

De korte udgaver er et forsøg på dette, men mangler forklarende tekst til anbefalingerne.

Teksten er præget af begrænset kendskab til specifikke fagområder, herunder de fysiske funktionsnedsættelser og fysioterapi. Der er flere eksempler på spekulative årsagsforklaringer, som mindsker troværdigheden af indholdet i rapporten.

Ift. applicability er der redegjort for relevante overvejelser omkring implementering, som ligger uden for rammerne af denne vidensrapport.

Editorial independence: Der er redegjort for deltagere i arbejdsgruppen og følgegrupperne med navn, titel og tilknytning. Det er uklart hvordan finansiering er foregået og hvorledes eventuelle interessekonflikter er håndteret.

II. Generelle kommentarer til vidensrapporterne

- Rapporterne fremstår langt mere gennemarbejdet end midtvejsversionen og vi vil gerne rose arbejdsgruppen for valget om at lægge sig op af internationale standarder og anvende begrebet 'let hovedtraume'.
- Det virker godt med de indledende "faktabokse" i hvert kapitel (dem hvor der står A- D ud for i farver) der er med til at øge overblik og læsevenlighed.
- Både de korte og lange versioner bør kortes væsentligt ned i længde / antal ord og strammes op sprogligt. Særligt den lange version fokuserer meget bredt, hvilket gør den svær at læse på baggrund af de mange formål. Det betyder at de mange detaljer og arbejdsgruppens vurdering af og forbehold i fh.t. de enkelte studier medfører at hovedpointerne står mindre skarpt. Det får desværre også den betydning at det kan blive svært at bruge rapporten som opslagsværk for mange klinikere.
- Forslag: hovedpointerne kan trækkes væsentligt tydeligere frem i den korte version, så den fremstår mere som et opslagsværk; i den fulde version kan man så dykke ned i detaljerne.
- Faktabokse bør være kortere, og kun indeholde opsummerende fakta. Forslag: udelad længere metode diskussioner i faktabokse, især i kapitel 2. og vær opmærksom på at disse diskussioner også står i teksten uden for boksene.

Metode, samt udarbejdelse af anbefalinger ud fra studier med lavt evidensniveau

- Generelt er det – lige som i det forrige høringsudkast - stadig et stort problem at rapporten blander forskningsrelevant viden med viden, der har klinisk relevans.
Fx angives det på side 20 at man "anvender S100B som markør for eventuel billeddiagnostisk undersøgelse" med angivelse af en 10 år gammel reference, men uden at forklare om det er fulgt op, relevant, bedre til at stille diagnoser, som er relevant for rapporten o.a.
Dette skal ses i kontrast til den viden, der er om andre biomarkørers (manglende) evne til at bidrage relevant til diagnostik. Afsnittet risikerer at fremstå som en anbefaling - med heraf følgende bidrag til overforbrug af sundhedsydelse - uden på nogen måde at forklare relevansen af S100B for læseren før på side 31, hvor det fremgår, at markøren bruges til et helt andet formål (at udelukke strukturel skade på nervevæv).
- Der er flere eksempler på "post hoc ergo propter hoc" bias, fx side 28 hvor man angiver hvor mange "abnorme fund" der findes på CT-skanning. Men afsnittet giver ingen forklaring på fundene, og det kan læses som om forfatterne tror, at der er en kausal sammenhæng mellem fund og hovedtraume. Et andet eksempel er angivelsen af hvad mikro-RNA kan bruges til (fx at se tegn på inflammation) og relevansen for mennesker med let hovedtraume: Det er jo helt logisk, at der vil være en kropslig reaktion på et hovedtraume, men hvilken rolle spiller mikro-RNA i diagnostikken?
- Sammenfatningen i punkt 1.7.1 illustrerer ovenstående pointer: Der er ingen stratificering af biomarkører eller billeddiagnostik, og punkt 1 er netop den store chance for en god prognose. Der kan således ikke være kliniske anbefalinger om at prioritere sundhedsvæsenets ressourcer til at diagnosticere hjernerystelse.

- For at imødekomme det store arbejde opfordrer SMOF til at man laver to rapporter; en med kliniske anbefalinger og en med grundforskning.

Det er tydeligt, at forfatterne har forsøgt at balancere de to dele, men som helhed giver sammenblandingen forvirring for læseren.

Ved at adskille dem vil det være langt mere klart, at der både er relevante, præliminære fund og reelle kliniske anbefalinger.

Andre faglige selskaber foreslår endvidere, at fx diskussion af de enkelte studier (at der er frafald, bias og meget mere) flyttes til bilag.

Samlet set opfordres det til at arbejdsgruppen tager til efterretning at der er behov for gennemgribende strukturelle ændringer hvis rapporterne skal kunne anvendes til det der er formålet

- Der anvendes og redegøres for evidensniveauerne (A til D), hvilket er fint. Men der tages i rapporterne ikke stilling til graden af effekten med vurdering af i hvilket omfang en enkelt intervention virker.
At der er lavet et review betyder jo ikke nødvendigvis at interventionen kan anbefales (uddybende; hvis der er tale om et metodemæssigt veludført review, gives A eller minimum B som anbefaling, også selvom reviewet påpeger, at der fx er meget få studier, at de er af dårlig metodemæssig kvalitet, at effekten af den undersøgte intervention i studierne er lille/tvivlsom).
- Overordnet anbefaler vi, at det i højere grad synliggøres gennem rapporten, at evidensniveauet på flere af anbefalingerne bygger på et meget lille grundlag og at de studier, hvor evidensen beskrives som kritisk lav, ikke medtages i den samlede rapport, eller at der laves tydeligere markering af dette.
- *DSNF skriver bla.:* Det er nævnt rigtigt mange steder at studierne er meget forskellige hvilket gør det svært at generalisere resultaterne. Kan man i stedet skrive det indledningsvist og så undlade det flere steder undervejs i rapporten? Eller korte ned så man bruger en kort standard sætning fremfor mange linjer med indskudte parenteser, som det eksempelvis ses på side 94 øverst: "...de enkelte studiers metodiske design. Der ses forskelle i de anvendte kriterier og casedefinitioner for let hovedtraume (dette er inkl. inklusions- og eksklusionskriterier, f.eks. psykiatri, neurologiske sygdomme, tidligere lette hovedtraumer og medicinsk behandling) og længerevarende følger. Nogle studier fokuserer på befolkning generelt, mens andre afdækker forekomsten i sports- eller militære populationer, som har sine særlige karakteristika. Forekomsten varierer også i forhold til, hvilke kategorier af længerevarende følger man har undersøgt (længerevarende symptomer, påvirket funktionsniveau og livskvalitet, tilbagevenden til sport, tilbagevenden til arbejde, dødelighed m.m.), og hvor lang tid der er gået siden hændelsen...."

Fejlfortolkning og anvendelse af viden om billeddiagnostik

- Der lægges i rapporterne op til at anvende flere/bedre objektive kriterier for diagnostik af hjernerystelse. Det i sig selv er både relevant og meningsfuldt, men rapporterne skyder helt forbi målet når det kommer til kriterie 3 (Billeddiagnostiske fund).

Her lader det til at arbejdsgruppen har vendt kildehenvisningens anbefaling på hovedet. Det slås fast flere gange i kilden, at "Neuroimaging is not required to diagnose mild TBI using the ACRM diagnostic criteria", men hvis skanning (af andre årsager) er gennemført, er der konsensus om, at det er tilstrækkeligt.

I dansk kontekst hvor bl.a. "Vælg Klogt" spiller en stor rolle fx i at reducere unyttige eller skadelige undersøgelsesmetoder, må det anses som sandsynligt, at konsensus IKKE vil være den samme og at billeddiagnostik derfor ikke kan anbefales.

Det betyder, at der som minimum bør være endnu stærkere fokus på, at skanning IKKE er et nyttigt og relevant kriterium, så vidensrapporten ikke fortsat giver det fejlagtige indtryk, at det er uproblematisk at skanne efter hovedtraumer uden anden indikation end diagnostisk verifikation af de kliniske symptomer på diagnosen.

Devaluering af klinikerens faglighed

- I rapporten er der flere eksempler på generelle undersøgelser og vurderinger, som man må forvente at den fagprofessionelle vil foretage, fx i kraft af deres kliniske, faglige tilgang til barnet/den unge. Et eksempel kan være, når fx vitaminmangel og øreforgiftning nævnes i rapporten. Ulempen ved at nævne mange mulige overvejelser, som kan være mere eller mindre relevante, men som ikke er specifikt commotio-relaterede, er en overbelysning på emner, som er uvæsentligt for forståelsen af hjernerystelsen.
- Desuden rummer rapporterne en række beskrivelser af generiske kliniske kompetencer – fx gennemgangen af den cervikale undersøgelse, almindelig neurologisk undersøgelse samt oversigt over undersøgelse af kranienerver.
Det er unødvendige beskrivelser i Vidensrapporter, og der er risiko for at det fremstår som en miskreditering af den faglighed som fagprofessionelle naturligt vil tilgå problemstillingen med i klinikken.

Brug af begreber og vendinger

- Anvendelsen af begreber, termer og almen ordbrug har en potentielt stor betydning i det kliniske arbejde og i samspillet og arbejdet med patienter og borgere. Bla. indenfor både det muskuloskeletale område, børneområdet og smerter har de seneste årtier medført paradigmeskifter. Det gælder ikke mindst i den kliniske hverdag i arbejdet med fx at sætte scenen for bedring for børn, unge og deres forældre. Når barnet/ den unges skærmbrug beskrives kunne vi ønske os, at man i ordlyden lagde sig op ad de nye internationale retningslinjer, i en reformulering, hvor der i stedet for at tale om at "undgå skærmbrug" i stedet taler om "skærmbrug i begrænset omfang". Og man ikke bruger et begreb som "skånehensyn i skolen", men i stedet beskriver "muligheder for støtte". Brug af ordet "spidsbelastning" skal ikke anvendes i alm. skolesammenhæng ift. brug af afskærmning, såsom høreværn og solbriller, da skolen ikke må ses som en spidsbelastet, men i stedet skal fokus være at på at hjælpe barnet til at holde de nødvendige pauser.
Generelt bør rapporterne desuden gennearbejdes yderligere mhp. at understøtte en aktual og opdateret smertevidenskabelig forståelsesramme.

Manglende aldersopdeling udfordrer validiteten i vidensrapporten (DSPF)

- Det skal påpeges, at målgruppen i rapporten, børn og unge op til 0-18 år, er en meget uhomogen gruppe, og at det derfor ikke er meningsgivende at udarbejde anbefalingerne til børn og unge som en samlet målgruppe. Man bør, på linje med DCFHs patientvejledninger fra 2023, aldersopdele rapporten i førskolebørn, skolebørn og unge, da det er helt centralt, som det også står beskrevet i vidensrapporten, at udredning og undersøgelser skal tilpasses målgruppen. En sådan opdeling vil samtidig underbygge behovet for yderligere forskning på området, da de tilgængelige studier hovedsageligt er amerikanske, sportsrelaterede undersøgelser i aldersgruppen 10+.

Anbefalinger til praksis vedr. igangsættelse af behandling vs. remission

- Vi kan i vidensrapporten identificere nogle modstridende argumenter mellem henholdsvis at beskrive at den forventede periode for spontan bedring er op til 4 uger hos en del unge i alderen 13-18 år og op til 8 uger hos en mindre andel af piger i samme aldersgruppe og samtidig anbefale, at fagpersoner kan igangsætte undersøgelse og behandling ved tegn på en vestibulær funktionsnedsættelse allerede ved 3 uger. Det bliver en misvisende rettesnor, hvis disse anbefalinger på sigt bliver gældende for hvornår man igangsætter behandling.

Beskrivelse af påpasselighed ift. test af anstrengelsestolerance

- I rapportens anbefalinger til undersøgelse af anstrengelsestolerance beskrives det, at børn og unge, som er meget symptomatiske, bør udskyde den symptomguede, graduerede anstrengelsestest (The buffalow concussion test). Dog viser kendskab til udførelsen af testen, ved den undersøgende behandler, hvilke kontra indikationer, der er ved udførelsen af testen og det er velbeskrevet i hele test protokollen, hvordan testen udføres og hvornår den stoppes. Der bliver derfor uvæsentligt at påpege sikkerhedshensyn og individuelle begrænsninger, da formålet netop er at fremkalde symptomer ved anstrengelse, hvorfor det er misvisende at vise påpasselighed eller udskyde testen på baggrund af dette. Der bør i stedet blot henvises til testen samt test-protokol.

Repræsentativitet

- Det er nævnt mange gange at meget viden er fra hospitalsregi og at netop de patienter formentlig er de hårdest ramte og dermed ikke repræsentative.

F.eks. i afsnit 2.4 er det nævnt adskillige gange:

"Resultater er på baggrund af hospitalsbaserede data, hvor en andel havde andre fysiske skader, og hvor flere samtidig havde abnorme intrakranielle fund, end hvad der sædvanligvis findes i kohorter af personer med let hovedtraume.²⁹ 24 % af den samlede gruppe med let hovedtraume havde ikke fuld opfølgning, hvilket kan medføre et selektionsbias i resultaterne.²⁹ Den undersøgte gruppe kan derfor repræsentere en sværere påvirket andel af den samlede populationen med let hovedtraume"

Forslag: Kan man i stedet skrive noget indledningsvist enten i rapporten eller i det enkelte kapitel om studierne og så undlade at nævne det mange gange og i detaljer?

III. Specifikke og konkrete kommentarer til vidensrapporten

SCAT6 på banen

DSSF opfordrer til at de 10 nye systematiske reviews fra British Journal of Sports Medicine og de opdaterede kliniske redskaber til håndtering af sportsrelateret hjernerystelse inkluderes i Vidensrapporten.

Det er ærgerligt at henvise til SCAT5, når SCAT6 lige er udkommet.

Der er udarbejdet nye anbefalinger til en "office" undersøgelse (SCOAT6), som kan bidrage til at kvalificere undersøgelsesafsnittene i Vidensrapporterne yderligere. Der er ligeledes opdaterede data på tid til tilbagevenden til sport som med fordel kan opdateres.

Tilbage til sport og anden moderat til hård aktivitet

Det undrer DSSF og DSMF at der ikke er fokus på tilbage til sport i kapitel 2 om længerevarende symptomer, da der findes udførlige retningslinjer ang. tilbage til sport, samt anden moderat til hård aktivitet. Det må være et fokusområde for alle personer med længerevarende symptomer efter hjernerystelse også at genoptage sport og fysisk aktivitet jf. sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet.

s 18 afsnit om biomarkører

Der er MEGET tekst i flere af faktaboksene. Man kan afkorte denne boks betydeligt og blot skrive "Der er endnu ikke opnået konsensus om, hvilke biomarkører der skal anvendes i klinisk praksis."

S 45-46 Cervikal-muskuloskeletale funktionsnedsættelser

Indledningsvist understreges det at:

"Hos børn og unge er det endnu en meget begrænset mængde studier, som specifikt fokuserer på cervikal-muskuloskeletale funktionsnedsættelse efter let hovedtraume."

Dette afsnit bør gennemskrives med tydeligere fokus på adskillelse af symptomer relateret til hhv. cervikale problemstillinger og til cervikale problemstillinger relateret til lette hovedtraumer.

Desuden fremstår sammenhængene flere steder spekulative, da der netop er begrænset evidens til at understøtte disse.

s. 46 Vestibulær Vestibulære forstyrrelser og funktionsnedsættelser

Dette afsnit bør reformuleres med et mere kritisk og metodisk afsæt, så det fremstår som en behandling af evidensen (der er sparsom og metodisk svag) og konklusionerne trækkes ud på denne baggrund, så de væsentligste og vidensbaserede dele medtages fremfor at inddrage ethvert tema fra forskningsartiklerne.

s 46 nederste 9 linjer

"To andre nylige systematiske reviews med tilhørende metaanalyser af kritisk lav metodologisk kvalitet har også dokumenteret en forøget forekomst af visuelle forstyrrelser efter let hovedtraume.155,319

(Tiltroen til resultaterne i disse studier er dog lav bl.a. på baggrund af manglende systematisk vurdering af risiko for bias i de enkelte studier. Derudover havde den ene metaanalyse sammenfattet resultater for undersøgelser, som havde fundet sted mellem 14 dage og 22 år efter let hovedtraume, hvilket rejser mistanke om eventuelle fejlkilder.³¹⁹ Samlet set giver resultaterne en indikation på en forøget forekomst af visuelle funktionsforstyrrelser efter et let hovedtraume, men der mangler studier af højere metodologisk kvalitet til endeligt at kunne fastslå omfanget heraf)." Forslag: I kan lette læsningen ved at slette de sidste 6 linjer, som jeg har sat i parentes, da i allerede har skrevet at de to reviews er af kritisk lav kvalitet?

Dette er blot et eksempel, der er mange lignende eksempler på at pointerne drukner i detaljerne.

Kære Hana Malá Rytter

Allerførst, tak for at videresende ”Vidensrapport om let hovedtraume, herunder hjernerystelse” til høring hos Dansk Selskab for Osteopati.

Vores vurdering er, at vidensrapporterne er virkelig gennemførte, lever op til den nyeste viden og på en transparent måde anvender best practice og en evidensbaseret praksis tilgang.

Det er et meget omfattende materiale, der er gennemarbejdet og velstruktureret, og hvor evidensen er suppleret med relevante anbefalinger og ekspert konsensus.

Vidensrapporterne hviler således, efter vores bedste overbevisning, på den bedst tilgængelige viden, evidens og konsensus, der udmønter i relevante og velovervejede anbefalinger, med udgangspunkt i biopsykosocial og personcentreret tilgang.

Vi har således ingen yderligere kommentarer andet end ros for det store og omfattende arbejde.

De bedste hilsner fra

Dansk Selskab for Osteopati

Andreas Sønderris,
Lau Saugman Hansen
Thomas Hyldelund, og

Hanna Tómasdóttir
Formand for Danske Osteopater

17. juni 2023

Dansk Center for Hjernerystelse

Høringsvar til Vidensrapport vedr. let hovedtraume

Vi har modtaget jeres vidensrapporter angående let hovedtraume i høring. Det er tydeligvis et stort og grundigt stykke arbejde, I har gennemført. Vi har kun læst de korte versioner.

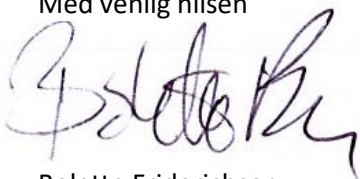
I deres nuværende form finder vi ikke de to rapporter anvendelige i almen praksis. De er meget omfattende, og de kliniske spørgsmål og svaret på disse er ikke helt gennemskuelige. For eksempel ledte vi efter svar på et spørgsmål som; "Hvad er chancen for, at jeg er tilbage på arbejde igen om en måned?" for én, der har været sygemeldt en uges tid. Der står noget om, at halvdelen er tilbage efter en måned. Et andet sted står der, at halvdelen er tilbage efter nogle uger. Måske drejer det sig om forskellige populationer? Nok ikke dem vi ser i almen praksis, hvor mange fortsætter med at arbejde.

Generelt ser det ud til, at ganske få evidensbaserede pointer fører til en lang række evidensbaserede anbefalinger. Der er muligvis en grundig gennemgang af dette i den lange version, men i og med at den korte version er på 51 sider inklusive referencer, er den lange version nok for de særligt interesserede.

Der er også en tendens til at anbefale en masse procedurer for den samlede population; klinisk undersøgelse af alle med let hovedtraume, brug af kognitive tests i den initiale udredning osv. Sådanne anbefalinger trækker naturligvis store ressourcer, hvis man skulle implementere dem bredt i almen praksis, hvor vi taler med mange med mindre hovedtraumer hver eneste uge. Hvis de skal med, bør de ledsages af en vurdering af ressourceforbruget, og om effekten opvejer dette.

Så alt i alt en meget grundig gennemgang af litteraturen, der muligvis kan bruges videre i arbejdet med anbefalinger på området, men ikke så brugbar i den nuværende form i almen praksis.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM



Dansk Center for Hjernerystelse

Høringsvar til Vidensrapport om let hovedtraume; herunder hjernerystelse, Voksne – Kort version

Frank Humle

Telefon: (+45) 35329006

Direkte: (+45) 35329010

E-mail: Frank.Humle@cfh.ku.dk

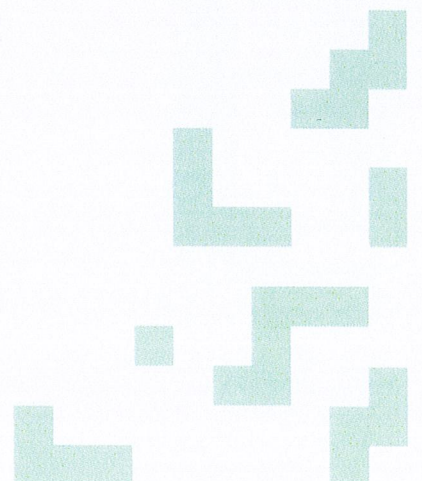
Vi vil gerne takke for muligheden for at kommentere på Vidensrapporten om Let hovedtraume; herunder hjernerystelse. Voksne. Vi har i Center for Hjerneskade udelukkende læst og kommenteret på den korte version. Den fulde version fremstår meget omfangsrig. Nedenstående er derfor udelukkende rettet mod den korte version.

Først og fremmest er det en imponerende og omfattende rapport, indholdet i den er både tiltrængt og vigtigt. Det er tydeligt, at der ligger en enorm mængde dataindsamling og dermed viden bag denne rapport. Man fornemmer også tydeligt forfattergruppens ønske om at stille denne viden til rådighed.

Når dette er sagt, er der dog nogle punkter, som vi gerne vil kommentere.

Overordnet kan der med fordel læses grundig korrektur på rapporten, da der er stadig en del slåfejl, og tungt sprog, som gør rapporten vanskelig at overskue. De korte tekstafsnit fungerer rigtig godt. I længere tekstafsnit er sprogbruget mere tungt, og svært, bl.a. grundet informationstyngden. De kan gøres mere læsevenlige med linjeskift og underafsnit.

Ang metodeafsnittet, så kunne det være en hjælp, at evidensstratificeringen blev beskrevet tydeligere, så det blev klarere, hvilken tiltro man skal have til enkelte anbefalinger. Det er svært at gennemskue, om en A anbefaling bygger på højeste evidens, eller blot på at det stammer fra et systematisk review. De manglende referencer for de virkelig mange anbefalinger på D-niveau gør det vanskeligt at få overblik over, hvor disse stammer fra, og dermed hvilken tiltro man skal have til dem. Her kunne man måske overveje at hjælpe læseren





på vej ved at udelade nogle anbefalinger, og så i beskrivelsen af evidensniveauet redegøre for denne prioritering.

Det fremgår af oversigten over arbejdsgruppen at Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Kiropraktik ikke har deltaget i udarbejdelsen af Vidensrapporten. Det manglende kendskab til de enkelte fagområder er flere steder tydeligt. Dels i sprogbrug/terminologi, dels i uddybning og beskrivelse af de enkelte anbefalinger. Disse er flere steder (for de fysiskrelaterede gener/symptomer) meget konkrete og specifikke, andre steder (og for andre fagområder) mere overordnede. Det foreslås, at man udelader anbefalinger af specifikke undersøgelses- og interventionsmetoder, og i stedet henviser retningslinjer for de respektive faggrupper og symptomer.

Ang sprogbrug, så foreslås det, at man vælger hvilken terminologi, man ønsker at benytte, og så holder sig til den. Nogle steder skriver man 'cervical-muskuloskeletal funktionsnedsættelse, vestibulo-okulomotorisk funktionsnedsættelse, anstrengelsesintolerance og motorisk funktion, og enkelte steder i sammenhæng hermed ordet "domæner". Vi er klar over, at terminologien sandsynligvis kommer fra retningslinjen 'Fysioterapeutisk undersøgelse og behandling efter hjernerystelse', men det er ellers ikke en terminologi, som er meget benyttet i dansk kontekst. Af og til anvendes lægmandssprog f.eks. "balance", "nakkesmerter". Denne inkonsistens i sprogbrug får nogle afsnit til at fremstå lidt rodede.

Der er en oversigt over bilag, hvilket er rigtig godt. Hvis det skal fungere således, at man kan nøjes med at forholde sig til den korte version, foreslås det, at disse også vedlægges den korte version, således at man reelt kan nøjes med at læse den korte version. Alternativt, at der skrives, at bilag kun er med i den fulde version.

Man kunne med fordel lave et afsnit først i introafsnittet, hvor forskellen på den korte og den fulde version beskrives.

I tilknytning til afsnittet om tilbagevenden til arbejde foreslås det at have en kommentar om, at nogle af anbefalingerne formentlig vil kunne benyttes ift. til at vende tilbage til et studie, også selvom evidensen ikke stammer herfra.

Som nævnt, har vi på Center for Hjerneskade ikke læst den fulde version. Vores bekymring vil være, at rapportens længde og tyngde, gør, at mange vil vælge



den korte version af samme årsag. Dette er ærgerligt, da der er brug for opdatering af viden og mere ensartet tilgang på tværs af faggrænser og regioner. Vi vil derfor anbefale, at man i forfattergruppen revurderer den fulde version, med henblik på at stramme den op og afkorte den. Dette på trods af at det vil kræve yderligere selektion i information.

Tekstnære kommentarer

Concussive event

s. 4.*cervikale dele af rygsøjlen, og (længere ned)* foreslås ændret til cervical- og thoracalcolumna. *Vestibulære organ* foreslås ændret til vestibulære system. Eksempel på sammenblanding af fag- /ikke fagsprog.

Evidensstratificering

s. 6 Der skrives, at *tiltro til resultaterne formidles i den tilhørende tekst*, men dette er ikke tilfældet i den korte version.

s. 7 Under beskrivelsen af de forskellige niveau, er der 5 -, der forklarer evidensniveauerne. Disse foreslås skrevet som almindelig tekst, da de er væsentlige for forståelsen af de 4 niveauer.

Kapitel 1 – Let hovedtraume

1.1 Diagnostisering og diagnostiske kriterier

s. 13 her refereres til kliniske tegn og symptomer, det kunne være rart med en oversigt over disse symptomer og kliniske tegn, evt som bilag. Så man ikke skal konsultere den fulde version.

Billedscanningsbaserede biomarkører

s. 14 første anbefaling – Hører den ikke til i øverste kasse? (Bevidsthedstab, posttraumatisk hukommelses tab og intrakranielle fund)

1.3 Symptomer og funktionsforstyrrelse i de første uger

s. 16 Ad overskriften. Det foreslås, at man tilføjer, hvor mange uger det drejer sig om F.eks. sub akut eller uge 1-4. Dette for at fastholde de tidsinddelinger, man har brugt i afsnittet om tidsperspektiv og for at tydeliggøre perioden

1.4 Håndtering i de første uger

s. 18 Samme som ovenfor

I forhold til aktivitet og hvile



s. 18 B-anbefaling; det foreslås at '*relativ hvileperiode*' ændres til 'periode med relativ hvile', da det er denne terminologi, der benyttes i praksis. I samme anbefaling skrives '*... minimal fysisk og kognitiv aktivitet*' en lidt problematisk term, idet man risikerer at lægge op til mere begrænset aktivitet end nødvendigt.

Senere i samme skema er en overskrift: "I den subakutte fase" (s. 19) Det er uklart, hvordan denne adskiller sig fra den overordnede overskrift: Håndtering i de første uger

1.10 Tilbagevenden til sport

anbefalinger til praksis

s. 26 D-anbefaling. *Den fysiske/kognitive aktivitet ikke må medføre en symptombyrde, som er højere end 6/10 på en individuel smerteskala fra 1-10.* Vi undrer os over, på hvilken baggrund man har valgt at være så præcis og savner en reference. Derudover skrives der smerteskala, her anbefales at skrive en VAS skala, hvis den også skal gælde for andre symptomer end smerter, hvilket der lægges op til.

Kapitel 2 – Længerevarende følger efter let hovedtraume

2.2 Fænomenologisk forstyrrelse

s. 28 D-anbefaling *...selvbiografisk forstyrrelse...* foreslås ændret til 'selvbiografisk påvirkning' og *.... tilfangetagelse i denne tilstand...* foreslås ændret til 'følelsen af at være fastlåst i denne tilstand'

2.5 Udredning og undersøgelse af længerevarende følger

Vedr. nakkesmerter og problemer med bevægelsen af nakken

s. 33 A anbefaling om anvendelse af cervicocephaliske test, her anbefales specifikt 6 gentagelser. Man får indtrykket af, at det er nogle særlige tests, der menes, og noget særligt udstyr, men det kommer vel an på hvilke test? Foreslår at () slettes

D anbefaling (*f.eks. benlængde, skulderdrop...*), foreslås at hele parenteser slettes. Det bliver meget specifik, og da rapporten henvender sig til fagfolk ved de godt. Alternativt henvis til relevante kliniske retningslinjer



Vedr. anstrengelsesintolerance

s. 35 B anbefaling ...*Denne er også relevant at bruge >4 uger efter traumet...*
Hele afsnittet er for >4 uger, foreslås derfor slettet. Længere nede i samme anbefaling *Testen kan bl.a. vise forsinket pulsrespons...* Der er inkonsistens imellem, hvornår en anbefaling er meget forklarende, specifik og udførlig, og hvornår den er kort og præcis. Det fungerer bedst, når de er korte, parenteser foreslås slettet.

D anbefaling ...*hvis der er andre domæner...* Domæne terminologien bliver ikke brugt konsekvent, det foreslås, at man i stedet skriver andre symptomer

2.6 Håndtering og indsatser ved længerevarende følger

Vedr. vestibulære funktionsnedsættelser anbefales det

s. 41 A anbefaling ...*behandles med canolith repositionsmanøvre (Epleys manøvre)* foreslås, at parenteser slettes, da Epleys manøvre kun er rettet mod posteriore buegang, og de, som skal udføre det, ved godt, at der er forskellige manøvrer

Vedr. visuelle og okulomotoriske funktionsnedsættelser

s. 41 Anbefaling Man giver en A anbefaling, som er stærkest mulige og i samme anbefaling skriver man der ...*indtil videre er meget svag evidens for ...* det virker underligt

Ad bilag

Bilag 4 I 'introteksten' *For aldersgruppen 13 år.* Her menes vel for aldersgruppen > 13 år.

Bilag 20 Undersøgelse af kranienerver. Sprogligt er der en balancegang imellem fagsprog og lægmandssprog, som ikke lykkes helt. Kunne med fordel strammes op, da rapporten henvender sig til fagpersonale.

Bilag 25 – teksten bliver uklar, dels fordi den nogle steder er meget præcis og specifik og andre steder helt overordnet, dels fordi den har udvalgt noget, men udeladt andre af de undersøgelser, der typisk indgår i en muskuloskeletal undersøgelse. Samtidig er det usikkert, om anbefalingen er til fysioterapeuter/kiropraktorer/osteopater, eller om den også skal kunne benyttes af fx læger andre og behandlere. Terminologien læner sig meget tæt op af den terminologi, der benyttes af fysioterapeuter, men man kunne overveje at gøre anbefalingen mindre konkret og dermed ramme flere faggrupper.



Bilag 26 – ad Gaze stability – Hovedet skal bevæges hurtigt, (og ikke langsomt, som der står), når det er det vestibulære system, som skal aktiveres.

Fodnote cixxxiii – Vertigo er andet end ørestenssvimmelhed

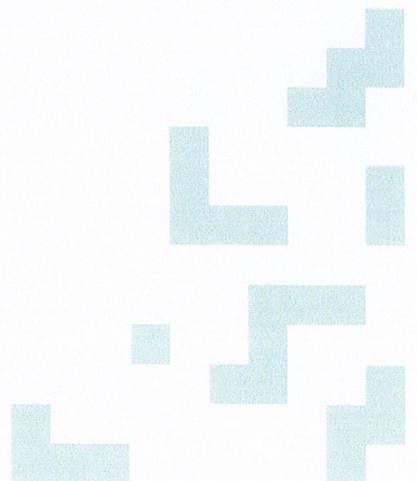
Fodnote cixxxiv – udelad beskrivelse af dix- Halpike, fagfolk kender den, hvis de ikke gør, er de alligevel nødt til at søge mere udførlig forklaring. Og testen vil hos personer med BPPV udløse nystagmus, som vigtigste fund

Bilag 29 Den kognitive pyramide – Tekstboks med kompenserende strategier ift sanseindtryk ændres til 'Pauser; skift af aktiviteter, evt brug af solbriller og ørepropper i begrænset omfang' CfH står som reference for denne model, så det er vigtigt, at dette bliver rettet.

Med venlig hilsen

Frank Humle

Direktør, neuropsykolog





Til Dansk Center for Hjernerystelse

Vedr. Vidensrapport om let hovedtraume; herunder hjernerystelse BØRN og UNGE

Først og fremmest et imponerende, omfattende og grundigt materiale, som giver et godt overblik over best practise med udgangspunkt i, hvad der er evidens for i forhold til håndtering af børn og unge med hjernerystelse både i den akutte fase, og hvis der opstår senfølger. Det er særligt imponerende med en meget aktuel videnskabelig oversigt.

Det er positivt, at Dansk Center for Hjernerystelse vælger at dele vidensrapporterne op således, at der er et særskilt fokus på børn og unge. Det er godt, der nu er så meget erfaring og forskning på børneområdet, at der nu kan udkomme en rapport særskilt for børne- og unge området. Der mangler dog meget forskning på området – særlig i forhold til småbørn.

Vi har primært koncentreret os om den korte udgave.

Det er en virkelig gode ide med en kort og en lang version. Det er dog en afvejning, hvordan de to udgaver struktureres, da den korte udgave nok vil blive den mest læste i en travl verden. Som vores kommentarer afspejler, er der informationer man kommer til at mangle i den korte version – som står i den lange.

Man kunne overveje, om der er særlige forhold, der gør sig gældende på børneområdet, som skal medtages i læsevejledningen. (Se indholdsmæssige kommentarer)

Struktureringen med evidenshierarkier A, B, C, D er en god ide – giver en god forståelse for, hvad der er forskningsmæssig evidens for – over hvad man konkret kan gøre i praksis, og hvad der rent faktisk er praksis for mange steder, selv om der endnu ikke er evidens for det.

Vi har ikke forholdt os andet end overordnet til det redaktionelle, men tænker helt overordnet, at der med fordel kan overvejes en sproglig systematik fx danske eller latinske termer. Rapporterne er henvendt til fagpersoner – men fagpersoner på børneområdet er også lærere og pædagoger, som ikke nødvendigvis har kendskab til latinske termer. Der er ikke konsistens i brugen af barn/Unge, Barn/den unge og nogle steder bruges person, og et enkelt sted 'patienten'. Dette bør ensrettes.

Der benyttes nogle steder terminologien vestibulær funktionsnedsættelse, cervikal-muskuloskeletal funktionsnedsættelse etc, andre steder balance, svimmelhed og nakkesmerter. Enkelte steder skrives også domæne, det bliver en lidt uklar terminologi.

Indholdsmæssige kommentarer:

Sidetæl i den korte version mangler.

I indledningens sidste afsnit skriver i lidt om besværlighederne i, men også vigtigheden af det tværfaglige samarbejde omkring børnene. Helt formelt er der i Danmark vandtætte skotter mellem skoleforvaltning og socialforvaltning, hvilket ofte gør samarbejdet i disse sager vanskeligt. Skoleforvaltningen inddrages ikke automatisk, når socialforvaltningen kontaktes – og socialforvaltningen kan ikke disponere over skoleforvaltningens ressourcer, det skal måske nævnes, for det gør mange ting besværlige ikke mindst for forældrene. (der står noget om det i den lange udgave) På nuværende tidspunkt er der heller ikke en "lige vej" til støtte, hjælp og



rådgivning, især senere i forløbet, hvorfor forældre, der har mulighed for det, søger sig til hjælp privat. Hvis forældrene selv betaler for et forløb kan det nogle gange være endnu sværere at få PPR og socialforvaltning til at medvirke i et tværfagligt forløb.

En andet forhold der er særligt på børneområdet er, at børns hjerner, og børn i det hele taget, udvikler sig løbende, også i et forløb med hjernerystelse. Det gør dem særligt sårbare. Dels tager det helt konkret længere tid for hjernen at "hele", og dels betyder det, at de bliver dobbelt ramt af langvarige følger – de skal både helt konkret hænge på fagligt og socialt – men kammeraterne udvikler sig løbende, og dem skal der også holdes trit med. Det er en præmis på børneområdet, som er anderledes i forhold til voksenområdet. Det udviklingspsykologiske perspektiv bør derfor gerne fremhæves og blive endnu tydeligere, da det er en særlig præmis på børneområdet. Det har også betydning for forløbet, hvor barnet/den unge er i sin udvikling og hvilke udviklingsmæssige "opgaver", som det står i og overfor, når det får en hjernerystelse.

Tilbagevenden til daginstitution bliver slet ikke nævnt i rapporten. Der er formentlig ikke forskningsmæssig evidens for, hvordan det kan foregå – men principperne er de samme som for opstart i skole: Inddragelse af personalet i forhold til planlægning af tilbagevenden og idet hele taget vidensdeling om hjernerystelse, gradvis øgning af tiden i institutionen, opmærksomhed på at skærme barnet og give det muligheder for pauser.

Ift. tilbagevenden til skole er der i rapporten lagt særlig vægt på det sociale, hvilket naturligvis er en vigtig del af barnets udvikling og tilbagevenden. Dog er det også vigtigt at fremhæve, at det også en udfordring, at der løbende er en progression af de faglige udfordringer – hver dags indlæring bygger så at sige på den forrige. Hvis du har haft en lang periode med fravær har udgangspunktet ændret sig – barnet skal ikke vende tilbage til det samme, men til noget der har udviklet sig gennem den tid, der er gået. Det er også en præmis, der adskiller sig fra tilbagevenden til et job. Den faglige udvikling er også en del af den kognitive udvikling.

Tilbagevenden til skole er ikke kun særskilt vigtig for unge/ældre børn, som det bliver nævnt i rapporten – det er også vigtigt for yngre skolebørn, som jo er i gang med at få sat den grundlæggende læring på plads, men som også har et socialt liv på skolen.

Vi har her i vores afdeling ændret holdning til den fremherskende holdning om først skole så fritidsaktiviteter. Der er nu mere udbredt konsensus i forhold til, at børnene efter den akutte fase skal aktiveres lidt på alle områder lige så langsomt eller tilpasset efter formåen. Og at det også skal prioriteres at de laver de ting der giver dem glæde og energi – naturligvis tilpasset efter at der skal være energi til det hele – også skole. Men selvfølgelig skal der være fokus på at for meget fravær som sagt er u hensigtsmæssigt, da det faglige niveau i skolen hele tiden udvikler sig. Faglig indlæring bygges op trinvis – mangler du for mange trin bliver fundamentet så at sige skrøbeligt/hullet.

En udfordring i arbejdet med børn er endvidere at særligt de helt små, har svært ved at formulere sig konkret om deres gener, men er afhængig af, at omgivelserne kan aflæse deres adfærd. Meget af den adfærd, der kan være udtryk for hovedpine, svimmelhed, kvalme kommer til udtryk gennem "pjevsethed", som er en almindelig del af småbarnsadfærd – så der er risiko for enten at have overfokus på almindelig adfærd – eller helt overse symptomer på hjernerystelse. Adfærdsmæssige ændringer, f.eks. udadreagerende adfærd eller vrede, kan også være udtryk for symptomer.

Det understreger, hvorfor forældrene altid er en vigtig del af børnenes forløb – men den intensitet, hvormed de skal deltage aftager, jo ældre børnene bliver, og barnet dermed selv tager en aktivt større del i rehabiliteringen.



Uanset alder er det vigtigt at også barnet, ikke kun forældrene, får information om hjernerystelsen, både i den akutte del og i den senere fase. Informationen skal naturligvis tilpasses det individuelle udviklingsniveau.

Det er rigtigt godt, at i betoner vigtigheden af det præmorbid – har man vanskeligheder, før man får en hjernerystelse – så påvirker det som regel forløbet vedr. hjernerystelsen.

Det er godt med et tydeligt fokus på den biopsykosociale forståelsesmodel samt på det, at langt de fleste kommer sig uden meen. Den individuelle tilgang fremkommer også tydeligt i rapporten, hvilket vi også erfarer er væsentligt i arbejdet med børn, unge og familier med hjernerystelse.

Helt konkrete kommentarer:

Til den initiale undersøgelse:

Anbefales kognitiv testning som supplement – vi tænker, det er med, fordi der er forskningsmæssig evidens for det – men vi bruger aldrig kognitiv testning i det indledende forløb – da vi som regel ikke har en baseline, vi kan sammenligne med, og fordi det er vores erfaringer, at børnene godt kan præstere i den strukturerede 1:1 testsituation – men kan være meget udmattede bagefter og dermed have overanstrengt sig.

Erfaringen med testning i det senere forløb er, at børn og unge med hjernerystelse muligvis/sandsynligvis præsterer lidt dårligere end før hjernerystelsen, pga. symptomerne

Som I skriver bør man som kliniker/børneneuropsykolog dog være opmærksom på, hvorvidt neuropsykologisk testning vil være relevant efter rehabilitering/når symptomerne aftager, hvis der fortsat er særlige bekymringer, for at kunne tilrettelægge de rigtige fremadrettede indsatser omkring barnet.

I forhold til visuelle og okkulomotoriske funktionsnedsættelser er det vores erfaringer, at de øvelser, der skal laves, er meget energikrævende og svære at kombinere med andre tiltag – så det bør være en samlet afvejning, hvordan barnets energi bruges bedst muligt.

afs.2.7

Vores erfaring er, at når børnene først har fået længerevarende følger, er det vigtigt at anerkende, at det kan tage lang tid at komme tilbage i skolen – og at tilbagevenden kan "bølge" frem og tilbage – timer sættes op – reduceres igen – sættes op. Dette må gerne fremgå i rapporten.

Tekstnære kommentarer

s. 4 Concussive event

Sætningen *..såsom muskuloskeletale strukturer og netværk, cervikal områder af rygsøjlen (og lavere)*. Jeg er usikker på hvad der menes med muskuloskeletale netværk? Og *cervicale områder af rygsøjlen (og lavere)*, foreslås ændret til cervical og thoralcolumna, da der jo skrives til fagfolk.

s.3 *kroniske symptomer og tilstande...* Skelnes her mellem kroniske og længerevarende?

s. 6 Metode

Forklaringen til evidensniveauerne (angivet med – under boksen. Det foreslås at disse 'pinde' skrives som almindelig tekst. Det er mere læsevenligt, og hjælper til forståelsen af evidensvurderingen. Ligeledes kunne det være rart med en beskrivelse af D-niveau, der er rigtig



mange D-niveau anbefalinger, og det ville være rart at vide ud fra, hvilke kriterier man har valgt de anbefalinger, man har.

s. 7 – Midt, her nævnes ... *balance, vestibulo-okulomotoriske forstyrrelse* , Dette er vel nogenlunde det samme?

s. 8

Børn og unge med Kan opleve symptomer så som hovedpine, træthed.... Næste sætning skiftes der helt terminologi ... *kropslige forstyrrelse og funktionsnedsættelser(vestibulære ...)* Det foreslås at man holder sig til terminologien og skriver nakkesmerter, svimmelhed/balance?

S 16 1.2 Symptomer og funktionsforstyrrelser i de første uger

Det foreslås at man tilføjer (sub akut eller uge 1-48, for at fastholde de inddelinger, man har brugt i afsnittet om tidsperspektiv

Ad A- anbefaling *Adfærdsforandringer* det hedder adfærdsændringer

s. 16. Håndtering i de første uger

Ville være en hjælp, hvis man angav uger, som matchede intervalangivelserne i starten

s. 18 anbefalinger ift aktivitet og hvile

begrebet 'relativ hvile' er ikke beskrevet andet steds, det er ikke sikkert at alle er bekendt med begrebet. Derudover foreslås det at '.... Relativ hvileperiode...' ændres til periode med relativ hvile, så det bliver tydeligt at det er hvilen som er relativ og ikke perioden

s. 18 Subakutte fase Hvad er forskellen på de første uger og den subakutte fase.

D-anbefaling. Usikker på hvad der menes. Hvis meningen er at man skal vurdere om det er hensigtsmæssigt at begynde en manuel indsats, foreslås det at sætningen strammes op, så dette fremgår tydeligere

s. 21 PROGONOSE

A- anbefaling Eksempel på sprogligt tungt. *De fleste vil opleve spontan bedring efter let hovedtraume uden vedvarende følger* Evt ændre *uden vedvarende følger til og kommer sig helt*

s. 22 1.6 – risikovurdering for længerevarende følger

Anbefalinger til praksis

A - anbefaling nr 2. her anbefales at en prædiktionsmodel valideres på dansk kohorte før man anvender denne model. Senere i samme er der anbefaling om at info.brev til skole fra sundhedspersonale øger chance for daglige skånehensyn. Jeg undrer mig over at man ikke her har brug for et forbehold ift de forskelle der er på skolestruktur i hhv udland og DK

s. 23 nederst. Her henvises til figur 6, foreslår at denne lægges som bilag.



2. 25 D-anbefaling, en meget konkret anbefaling om at fysisk/kognitiv aktivitet ikke må medføre sværhedsgrad over 6/10. Det er en meget konkret anbefaling, på en lavt evidensniveau. Jeg undrer mig lidt over hvorfor man har valgt at være så præcis. Derudover refereres der til en smerteskala, ret beset er det vel en VAS skala, hvis den også skal gælde for andre symptomer end smerter. Hvilket der lægges op til.

Kapitel 2 -LÆNGEREVARENDE FØLGER

2.4 symptomer, funktionsforstyrrelser og mentalt helbred

s. 29 B-anbefaling *Både før og efter 4 uger* Betyder det umiddelbart efter traumet?

2.5 Udredning og undersøgelse ved længerevarende følger

Vedr nakkesmerter og problemer med bevægelse af nakken.

s. 31 -anbefaling Hvorfor fremhæves 6 gentagelser ? det kommer vel an på valg af test.

s. 32 D-anbefaling – det bliver en meget konkret beskrivelse af hvilke elementer der skal indgå i en undersøgelse, særligt den sidste parentes. Da det er en D anbefaling er der vel ikke evidens for at netop disse elementer skulle være særligt væsentlige, fremfor andre, som ikke er nævnt. Det foreslås at hele anbefalingen gøres mindre konkret, og at der supleres med en sætning i retning af ... ud fra fagprosonens kliniske erfaring og vurderet relevans. Da der jo skrives til fagprsonale.

s. 32. Obs at Epleys manøvre er 1 af 3 repositionsmanøvre, det afhænger af i hvilken buegang den løse øresten befinder sig.

Med venlig hilsen,

Neurocenter for Børn og Unge



Høring vedrørende videns rapport om let hovedtraume herunder hjernerystelse fra Center for Hjernerystelse

Center for Hjernerystelse har sendt to videns rapporter i høring som hhv. omhandler børn og unge under 18 år, og voksne med frist den 30. juni 2023. Derudover har centret udarbejdet en kort version af de to rapporter. Det er et omfangsrigt arbejde, som centret har gennemført.

Det fremgår, at målet med rapporten er at bidrage til et mere ensartet vidensniveau på tværs af fagområder i Danmark, og derigennem at bidrage til en mere ensartet tilgang til den enkelte person med let hovedtraume. Rapporten henvender sig til fagpersoner, som håndterer personer med let hovedtraume.

Det påpeges, at rapporten ønsker at favne den heterogene gruppe med hjernerystelser og indarbejde perspektiver fra alle relevante faggrupper.

KL skal bemærke, at vi finder, at det er en svaghed, at der ikke er en neurolog repræsenteret i gruppen i og med personer med hjernerystelse ofte vurderes af en neurolog ligesom opfølgning ofte foregår i neurologisk regi (speciallægepraksis og/eller sygehus).

Det fremgår, at rapporten stiller den aktuelle viden til rådighed og at rapportererne er tænkt som et opslagsværk. Det påpeges, at det er den enkelte behandler eller det behandlende teams ansvar, sammen med personen, at vurdere og afgøre, hvilke tiltag der er relevante, og hvilke der ikke er det. Ligeledes påpeges risikoen for overbehandling også.

KL skal hertil bemærke, at det er to meget omfattende rapporter og det dermed kan være svært for den enkelte fagperson at orientere sig. Det er derfor også godt, at centret har udarbejdet en kort version.

Evidens

I afsnit 2.6 "Håndtering og indsatser ved længerevarende følger" bemærkes det, at langt største delen af anbefalingerne er på evidensniveau D. KL finder, at de mange anbefalinger og især anbefalinger i D kategorien, som kan gøre det meget svært for den enkelte fagperson, eller personen med hjernerystelsen mv. at orientere sig og skelne mellem, hvad der er tilstrækkelig evidens for at igangsætte af indsatser.

Det betyder også, at centrets anbefaling om at undgå overbehandling kan blive svær at efterleve.

Dato: 29. juni 2023

Sags ID: SAG-2023-02916
Dok. ID: 3348043

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 3

KL vil anbefale, at det fremgår tydeligere af resumé i den korte udgave, og det også med fordel kan overvejes, om alle anbefalinger på niveau D er lige relevante.

Udgangspunktet bør være, at der tilbydes indsatser, der er en nogenlunde evidens for, så borgeren ikke udsættes for indsatser, som ikke har en effekt og samfundets ressourcerne anvendes hensigtsmæssigt.

Afgrænsning

Det fremgår under overskriften om afgrænsning, at der efterlyses evt. visitationsretningslinje, forløbsbeskrivelse eller lignende handleplan.

Det fremgår desuden, at det ville kunne afhjælpe den aktuelle situation, hvor både personer med længerevarende følger og fagpersoner udtrykker frustration over, at det er svært at kunne bibringe den rette indsats for personen.

KL skal hertil bemærke, at det vel fortsat handler om, at der er manglende evidens for, hvad der virker, og at de enkelte borger har mange forskellige symptomer, så det derfor kan være svært at lægge en klar behandlingsplan. KL vil anbefale, at det præciseres, hvem der anbefaler dette i fald det i det hele taget skal fremgå af en evidensrapport.

Det fremgår, at der efterspørges et forum for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med forbedret kommunikation mellem aktører. Det bør tydeliggøres, hvem det er, der efterspørger et sådant forum.

Tidsperspektivet

I artiklen publiceret 19. maj 2023 i Archives of Physical Medicine and Rehabilitation fremgår det bl.a., at sub-akutte symptomer også kan opstå i efterforløbet, men at de næsten altid optræder inden for få timer. KL vil anbefale, at dette også kommer til at fremgå af videns rapporten, så det ikke blot fremgår, at det er inden for 72 timer.

Desuden anføres det, at der tillige skal være akutte symptomer og at man skal udspørge patienten herom som supplement til de sub-akutte symptomer. KL finder, at det er vigtigt, at diagnosekriterierne er klare. Derfor bør man justere rapporten, så det passer med anbefalingerne og beskrivelsen i artiklen samt opdaterer referencelisten.

Evidensbegrebet og formuleringer

På side 9 i videns rapport vedr. voksne med hjernerystelse fremgår følgende: "Nogle personer oplever følgevirkninger i lang tid efter let hovedtraume. Uanset tidspunkt *antyder* litteraturen og klinisk praksis, at man bør tilbyde indsats i alle faser efter let hovedtraume".

KL finder, at såfremt evidensen er så dårlig, at man anvender udtrykket, "antyder", bør man i en videns rapport ikke anbefale, at man skal tilbyde indsatser i alle faser.



Videre på side 9 fremgår følgende: "Selv personer, der har lidt af følger i mange måneder (og op til flere år), *kan have glæde af* en tværfaglig rehabiliterende indsats og få et øget aktivitetsniveau samt en forbedret livskvalitet".⁴²

KL finder igen, at graden af evidens ift. denne anbefaling bør tydeliggøres. Hvad betyder "at have glæde af" og er det tilstrækkeligt til, at det anbefales, at der skal ske en tværfaglig rehabilitering af personer efter hjernerystelse efter mange år?

Fodnote 42 henviser i øvrigt til en undersøgelse, som sammenligner et tilbud på Center for Hjerneskade med et "standard tilbud" i en kommune.

På side 10 fremgår følgende: "Denne ville kunne afhjælpe den aktuelle situation, hvor både personer med længerevarende følger og fagpersoner udtrykker frustration over, at det er svært at kunne bibringe den rette indsats for personen".

KL finder ikke, at det i en videns rapport bør være et tilstrækkeligt argument for at anbefale indsatser, at personen med hjernerystelse og fagpersoner er frustreret over, at der ikke er nogle indsatser. Det afgørende er, om der er tilstrækkelig evidens for indsatsen.

Side 13: KL vil anbefale, at de diagnostiske kriterier i den korte udgave konkretiseres, så de svarer præcis til den lange udgave (side 22). Det er et stort problem, at mange (selv fagfolk) ikke følger kriterierne for diagnosen hjernerystelse. Det bør understreges, at en god anamnese og klinisk undersøgelse så tæt på skaden som mulig er vigtig for at stille diagnosen korrekt.

Det fremgår (side 18), at såfremt man udvikler svimmelhed og problemer med koncentration to dage efter skaden, er diagnosen ifølge beskrivelsen i rapporten opfyldt, hvis der samtidig er et eller flere abnorme fund ved klinisk undersøgelse og/eller laboratorietestning. Et af vores input fra kommunerne er, at det ikke er logisk rent lægeligt. Ved et hovedtraume er der akutte symptomer og ikke kun symptomer, som opstår flere dage efter. KL går ud fra, at der er bred opbakning om denne definition også fra Dansk Neurologisk Selskab.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak
Kontorchef

Dato: 29. juni 2023

Sags ID: SAG-2023-02916
Dok. ID: 3348043

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 3

Høringssvar vedr.

Vidensrapport vedr. let hovedtraume, herunder hjernerystelse til høring

Hermed fremsendes fra Dansk Selskab for Kiropraktik høringssvar vedr. ovennævnte videns rapport.

Dansk Selskab for Kiropraktik takker for invitationen til at kommentere og afgive høringssvar på den fremsendte videns rapport. DSK vil gerne udtrykke anerkendelse af at man har valgt at sætte øget fokus på dette store og komplekse område, og dermed forsøge at bidrage til et mere ensartet vidensniveau blandt involverede fagpersoner og interessenter.

Grundet omfanget af rapporten, er det ikke muligt at gå i detaljer med det hele, så vi har blot lavet nogle nedslag indenfor udvalgte områder.

Kommentarerne gælder både rapporten om voksne og rapporten om børn, da de samme ting gør sig gældende begge steder.

Det er nogle meget detaljerede rapporter og i flere sektioner kunne man måske skære mere ind til benet. Hvis der fx ikke er studier af høj kvalitet til at bakke op om den anførte undersøgelse, er det måske ikke nødvendigt at beskrive lav-kvalitets studierne i detaljer, men blot nævne de findes og hvad konklusionen var.

Det kunne være gavnligt at anvende de samme overskrifter til nogle af emnerne i kapitel 1 og 2, fx 'Symptomer og funktionsnedsættelser', 'Udredning og undersøgelse' og 'Håndtering og indsatser'. Dette vil give et bedre overblik for læseren.

Afsnittene om epidemiologi kunne med fordel være i starten af sektionerne som baggrund for det følgende indhold.

Der er enkelte steder med manglende sammenhæng mellem den skrevne tekst og de opsummerede pointer. Fx på tabel 1.5.1 på s 64 (børn/unge-rapporten) skriver I intet om cervikale funktionsnedsættelser som risikofaktor for længerevarende følger, på trods af at I har beskrevet specifikt dette ad flere omgange i de forudgående afsnit.

I det følgende refererer de anførte sidetal til rapporten omkring voksne, men det samme gør sig gældende for rapporten omkring børn.

Forståelse

Det ville være gavnligt at få lavet en gennemgående revision af en sundhedsfaglig, da der mange steder er uklarheder i teksten mht forståelse og sprogbrug, nogle steder er der subjektive antagelser uden belæg og flere steder mangler referencer.

Ex side 7:

En traumehændelse, som resulterer i et let hovedtraume, medfører en påvirkning af hjernen. Dette ønskes underbygget af referencer, samt evt eksempler på hvordan hjernen evt. påvirkes.

Ex side 7:

Litteraturen beskriver en række symptomer, forstyrrelser og funktionsnedsættelser...

Når man angiver at 'litteraturen beskriver', så vil jeg forvente mere end 1 reference (klinisk guideline for en enkelt faggruppe).

Ex side 38:

De røde flag kan være indikationer på intrakraniel skade, cervikale skader og/eller vestibulær påvirkning i det indre øre, og kan kræve neurokirurgisk eller anden terapeutisk intervention.
Der er ikke tidligere nævnt noget om terapeutisk intervention. anbefaler dette slettet. Evt erstattet af 'akut neurokirurgisk vurdering og intervention'.

Ex side 50

Funktionsnedsættelser formodes bl.a. at skyldes skrøbeligheden og kompleksiteten ved det cervikale område.

Denne formodning om skrøbelighed er rent subjektiv og bør slettes eller omformuleres.

Ex side 60

....fagperson med den fornødne viden og erfaring.

Mener I ".... fagperson der har kendskab til indholdet i denne rapport?" eller "læge/fysioterapeut/kiropraktor?" Det andet er desværre udefinerbart og giver derfor ikke helt mening. Den formulering går igen flere gange i rapporten.

Ex side 125 + 126

Foto- og fonofobi oversættes til 'frygt for lys og lyd'. Denne oversættelse er ikke passende, der anvendes oftere overfølsomhed eller lignende. Dog vil de fleste sundhedsfaglige forstå den korrekte brug med fono- og fotofobi.

Evidens niveauer

Det er uklart hvorfor man har valgt at simplificere evidens niveauerne i sammenligning med CEBM, da fagpersoner formodes at kunne forholde sig til dette.

Visse steder synes evidensniveauet ikke at stemme overens med den anførte litteratur.

Ex side 118: *Anbefalingen er på baggrund af forskningsresultater inden for sportslige populationer. Generaliserbarheden til ikke-sportslige populationer er ikke afklaret i forskningen, men relevansen understøttes af kliniske erfaringer.* Dette synes ikke at stemme overens med niveau A.

Ex side 143 ved cervikal funktions nedsættelse: *der er beskedne, men lovende resultater.* Dette synes heller ikke at stemme overens med niveau A.

Ved visse D niveauer er der ingen referencer, fx s 141. Hvis niveauet baserer sig på konsensus, bør det angives hvor denne konsensus er opnået. Andre steder findes der litteratur til at bakke anbefalingen op, men dette er ikke angivet, fx ved cervikogen hovedpine s 143.

Evidensgrundlag

Vi mener, at det foreliggende evidens grundlag er noget usikkert til at lave de anførte anbefalinger på området. Ved flere af de evidensstratificerede pointer er der meget lav evidens, hvilket man som læser/kliniker måske ikke er fuldt bevidst om og derfor potentielt set vil tage stilling til håndtering på et forkert grundlag. Dette bør være mere tydeligt anført.

Ex side 27

Den manglende overensstemmelse i de anvendte kriterier medfører problemer med generaliserbarhed af resultaterne på tværs af studierne.

Dette og den foregående beskrivelse er et meget væsentligt udsagn, hvilket sår tvivl om rapportens anbefalinger, når grundlaget er så usikkert.

Generelt er der ikke noget særligt solidt grundlag bag nogle af de anførte undersøgelser/tests (kognition, balance m.m.)

Ex side 27

Forekomst af kliniske tegn behæftet med stor usikkerhed.

Da det kun er hospitals- og sports populationer, er der meget stor sandsynlighed for at der er et stort mørketal mht lette hovedtraumer, hvilket igen sår tvivl om rapportens anbefalinger, når grundlaget er så usikkert.

Benævnelse af faggrupper

Der er tidligere anført at man bevidst ikke har valgt at anvende specifikke faggruppe betegnelser i rapporten.

Ex Side 123:

Hos personer med let hovedtraume, hvor det vurderes sikkert og passende, kan man udføre en grundig fysioterapeutisk undersøgelse.

Vi tænker det er en fejl der står anført fysioterapeutisk her. En formulering kunne være en "grundig muskuloskeletal undersøgelse".

Ex side 157:

Samme gør sig gældende, hvor det anføres at cervikogen hovedpine kan behandles med fysioterapi og psykologisk behandling, hvor det ikke er nærmere specificeret hvad dette indeholder. Vi anbefaler at man holder sig til at beskrive selve interventionen og ikke faggruppen, da faggruppen i sig selv ikke siger noget om hvad interventionen indeholder.

Billeddiagnostik

Der er flere steder selvmodsigende udsagn angående brugen af billed diagnostik.

Side 23

Billeddiagnostiske fund som dokumenterer intrakraniell påvirkning. Hvilke fund kan der være tale om? Hvad skal fagpersoner være opmærksomme på?

Jvf side 43-44 er det uafklaret hvorvidt billeddiagnostiske fund er relateret til symptombilledet, hvilket ikke understøtter billeddiagnostik som kriterie.

Side 23

Begreberne 'hjernerystelse' og 'let hovedtraume' kan benyttes synonymt, så længe der ikke er billeddiagnostiske fund, der viser intrakraniell påvirkning, eller når billeddiagnostisk undersøgelse ikke er indiceret.

Selvmodsigende i forhold til ovenstående, da 3. kriterie er billeddiagnostiske fund.

Sport

Ex side 39

Aktuelt findes der heller ikke en universel klinisk test eller markør, som kan anvendes til at stille diagnosen i sportsmiljøet

Denne formulering undrer, taget i betragtning hvor grundigt I gennemgår "SCAT5" og "CRT"-værktøjerne ganske kort længere nede i rapporten.

Men hvorfor tænker man at der kræves andre tests/markører i sportsmiljøet end hos andre personer? Det er vel de samme fund/symptomer man skal være opmærksom på, samt samme type monitorering.

Samme mht para-atleter. De nævnte tests som man ikke vil kunne anvende til fx personer med begrænset syn, vil jo også kunne opleves hos ikke-sports aktive med begrænset syn.

Ikke sikker på hvorfor man finder hele sportssektionen væsentlig at have med jvf ovenstående.

Håndtering

Ex side 58

Der er beskedne, men lovende resultater på, at en indsats kan reducere symptomer

Hvilken indsats menes her?

Ex side 58 + 61

Da der er indikation på en høj grad af spontan remission af balanceproblemer og svimmelhed mellem 48 timer og 3 uger, kan man med fordel overveje en behandlingsindsats efter 3 uger.

Hvad er argumentet for hvorfor man med fordel kan vente 3 uger med at starte behandlingsindsatsen? Under risikofaktorer i afsnit 1.5 Prognose skriver I, at der er en øget risiko for længerevarende følger ved tilstedeværelsen af vestibulære funktionsnedsættelser, hvorfor så vente? Der ønskes lidt klarhed omkring hvorfor det giver mening at vente.

Ex side 80

Risikostratificeringsværktøjet (figur 4)

Det er ikke helt tydeligt hvordan man giver point. En kort figurtekst med en lille vejledning i scoringssystemet kunne være gavnligt, hvis det skal kunne være anvendeligt for klinikerne.

Hovedpine

Ex side 124

Hele afsnittet om hovedpine (og for så vidt også nogle af de andre afsnit i denne sektion) er ikke specifikt for længerevarende følger, så kunne lige så vel være anført tidligere som symptom generelt efter let hovedtraume.

Måske skulle man i dette afsnit angive anbefaling om hovedpine dagbog/kalender som måleredskaber til bedre diagnosticering, samt monitorering af hovedpinen – ligesom de redskaber der er angivet under fx søvn.

Beskrivelsen af de forskellige typer hovedpine (post-traumatisk, cervicogen og occipital neuralgi) er unødigt detaljerede, fx omkring de forskellige diagnosekriterier.

Ex side 126

Cervikogen hovedpine er en kronisk hovedpine...

Det er ikke korrekt at den er kronisk, den kan også forekomme episodisk.

Arbejdsgruppen

Følgende anføres:

Dansk Selskab for Fysioterapi har ikke deltaget i udarbejdelsen af rapporten

Det undrer at der kun er anført dette ene selskab, da andre faglige selskaber heller ikke har deltaget i processen, fx Dansk Selskab for Kiropraktik.

På vegne af Dansk Selskab for Kiropraktik

Kiropraktor, seniorforsker, ph.d.

Kristina Boe Dissing

Kiropraktor, ph.d.-studerende

Aske Holm Joensen

Kiropraktor

Rasmus Bech

Kære Hana

Stort og flot arbejde - tillykke med det. Jeg er ikke enig i alt, men er med på, at der i et sådant arbejde skal indgås kompromiser.

Jeg forholder mig kun til vidensrapporten til voksne, idet min erfaringer med børn er begrænsede.

Specifikke kommentarer:

(1) Symptomer. Der mangler indledningsvis en afgrænsning af hvilke symptomer man typisk ser efter en hjernerystelse - det er jo ikke alle symptomer, der kan relateres til en hjernerystelse. Eksempelvis har man brug for dette under diagnostiske kriterier på side 12 og senere.

(2) Diagnostiske kriterier side 12. Der mangler en reference til disse kriterier. Der er jo mange andre forslag til diagnostiske kriterier, herunder WHO, som kan anvendes. Der er ingen konsensus på området.

(3) Kognitive, vestibulo-okulomotoriske funktioner side 13. Malplaceret her - de nævnte symptomer er nogle blandt mange flere, og bør flyttes til et afsnit, hvor symptomer beskrives.

(4) Den initiale undersøgelse side 12. Hvorfor skal lægen bruge tid på at beskrive bevidsthed, forvirrethed, hukommelse, hvis det ikke direkte kan knyttes til de diagnostiske kriterier eller prognose?

(5) Prognostisk risikofaktorer for længevarende forløb side 20. Flyttes til kapitel 2 som omhandler længerevarende følger

(6) Anvendelse af evidenshierarkiet - afsnit 2.5 side 28. Blot fordi en procedure/behandling af et symptom er nævnt i et systematisk review (f.eks reference 19), betyder det jo ikke, at der stærk evidens. Det gælder for eksempel anbefalinger til søvnvanskeligheder, vestibulære- og visuelle funktionsnedsættelser. Jeg synes ikke det er korrekt at betegne viden som A-evidens for eksempel når man på side 36 beskriver "at man overvejer at tilbyde personer med længerevarende vestibulære funktionsnedsættelser. Der er beskædne, men lovende resultater.. Her skriver man jo indirekte at der ikke er stærk evidens - og ikke A-evidens. Det samme gør sig gældende for visuelle funktionsnedsættelser " at der indtil videre er meget svag evidens for,. Det stemmer jo ikke med den grønne farve og A-evidens. Så mange af disse konkrete anbefalinger skal nedgraderes - ellers bliver det utroværdigt.

Det var mine umiddelbare kommentarer. Jeg er altid tilgængelig på telefon, hvis det kræver uddybning

mvh
Jørgen
[29657057](tel:29657057)

Jørgen Feldbæk Nielsen
Professor, overlæge dr.med.
Hammel Neurocenter - Universitetsklinik for Neurorehabilitering
[78419043](tel:78419043)

Region hovedstaden svar

Herlev-Gentofte´s børneafdeling

Vi bemærker, at der lægges op til en helt anden og mere indgribende tilgang til hovedtraumer hos børn, end den vi praktiserer for nuværende, hvor vi følger VIP for Regionen og vejledning udarbejdet af Dansk Pædiatrisk Selskab, det begge er baseret på de skandinaviske retningslinjer (SNC).

Dvs. at praksis hos os på Herlev (og mener vi også i de andre børne- og ungemodtagelser), er at der foretages en faglig vurdering ud fra traumets karakter og fund hos barnet, om der er indikation for CTC med det samme alternativt observation i modtagelsen efter guidelines. Det er et fåtal der bliver skannet og stort set ingen af dem får taget blodprøver. Dvs. at skulle vi følge anbefalingerne i vidensrapporten vedr. let. hovedtraume, ville vi påføre en stor gruppe af børn ekstra ubehag i form af en blodprøve. Desuden er specificiteten af S100B markøren ifølge litteraturen meget lav.

Heldigvis anbefaler rapporten også: **"at fagpersoner i den akutte fase følger en evidensbaseret retningslinje for at bestemme hovedtraumets sværhedsgrad med den tilhørende indsats. Dette kan f.eks. være Skandinavisk Neurotraume Komites retningslinje (SNC)²¹ eller retningslinjerne fra 'National Institute for health and Care Excellence' (NICE).^{313,314}**

Hvis dette fremhæves undgår vi at CT scanne for mange børn, og primært de rigtige, samt at tage unødvendige blodprøver (jf. #vælgklogt)

Der mangler at blive taget stilling til, hvem der kan/skal udføre de undersøgelser de anbefaler, f.eks. neuropsykologisk screening, undersøgelse af samsyn, cervicocephaliske proprioceptive test, Dix Hallpike. Der kan blive tale om et meget tungt set-up, hvis ikke det specificeres tydeligt.

I den korte udgave er der en reference fejl til anbefalingen "*Blodbaseret biomarkør S100B kan skelne mellem børn og unge, som har behov for en strukturel skanning, og børn og unge som ikke har.*⁷⁶ *Meta-analysen indikerer at anvendeligheden er højest inden for de første 3 timer*".

De refererer til "76. Zemek R, Barrowman N, Freedman SB, et al. Clinical Risk Score for Persistent Postconcussion Symptoms Among Children With Acute Concussion in the ED. *JAMA*. 2016;315(10):1014-1025. doi:10.1001/jama.2016.1203

Det må være en referencefejl, da der ikke er noget i den referencen om S100B.

Referencen skulle nok have været: Oris C, Pereira B, Durif J, et al. The Biomarker S100B and Mild Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis. *Pediatrics*. Jun 2018;141(6)doi:10.1542/peds.2018-0037.

Har desuden fra børneafdelinge på RH fået denne bemærkning fra cheflægen:

Skal gøre opmærksom på, at I i rapporten og håndtering af disse sager også direkte italesætter muligheden for, at barnet/ den unge har været udsat for vold - og at underretning jf. Serviceloven bør foretages ved mindste mistanke.

Som Region må vi tage forbehold for de økonomiske og ressourcemæssige konsekvenser der måtte blive såfremt anbefalingerne følges

Afslutningsvis et input ud fra erfaringerne med de klinkise retningslinjer: I burde overveje at lave en pixi-version til klinikerne. Selv de korte versioner af vidensrapporterne vurderes at være for omfattende til brug i dagligdagen

Yderligere svar fra Nikolaj M:

I skal ikke regne med yderligere kommentarer fra os

Mht ressourcer/økonomi kender vi godt styrelsens holdning. Samme gælde fx for de nationale kliniske retningslinjer. Men vi synes alligevel vi bør gøre opmærksom på mulige konsekvenser

Nikolaj Mors

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Hospitalsplanlægning

Telefon: [2380 3315](tel:23803315)

Dato 26-06-2023

Berit Kamp Kragh

Tel. +4521526494

BEKRAG@rm.dk

1-30-128-06-V

Side 1

Høringsvar fra Region Midtjylland

Region Midtjylland takker for muligheden for at kommentere på de to vidensrapporter vedr. let hovedtraume, herunder hjernerystelse for henholdsvis børn og unge og voksne.

De to vidensrapporter har været i høring ved hospitalerne i Region Midtjylland og ved de tværfaglige specialeråd i akutmedicin, pædiatri, neurologi, ortopædkirurgi, neurokirurgi, børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Der eftersendes eventuelt bemærkninger fra Aarhus Universitetshospital.

Til høringssvaret er vedlagt kommenteret version af den korte udgave af vidensrapporten for børn og unge fra det tværfaglige specialeråd i Børne- og ungdomspsykiatri. Hovedkommentarerne heri fremgår nedenfor.

Kommentarer

De to vidensrapporter opleves generelt som fine, brugbare, grundigt gennemarbejdede og velskrevne.

Det bemærkes fra et enkelt specialeråd, at selv den korte version er meget omfattende, og at det bør overvejes, om der kan udarbejdes en endnu kortere version f.eks. svarende til, når der laves Quick Guides til nationale kliniske retningslinjer.

Hermed mere specifikke kommentarer:

- Det foreslås, at anbefalinger til praksis har sit eget kapitel i de korte versioner, således at anbefalingerne er nemmere at finde frem til.
- Det tværfaglige specialeråd for neurokirurgi anbefaler at vidensrapporterne sendes til kommentering ved Dansk Neurokirurgisk Selskab.
- Det tværfaglige specialeråd i voksenpsykiatri ønsker at få klarlagt, om hovedbankning kan sidestilles med skader ved kampsport?

- Det tværfaglige specialeråd i børne- og ungdomspsykiatri fremhæver i deres svar:
 - at der kan overvejes funktionel lidelse differentialdiagnostisk eller som overbygning til tilstanden.
 - at det er klinisk udfordrende, at de diagnostiske kriterier er så vage, idet de i klinikken oplever, at flere børn og unge får at vide, at de har haft en hjernerystelse uden dette er tilstrækkeligt valideret. Det kan være med til at sygeliggøre dem og give langvarige sygdomsforløb med uhensigtsmæssige skånevilkår.
 - at man ift. problemer med mentalt helbred henholder sig til almindelig praksis for henvisning for psykiske problemer, idet det bliver lidt uklart, hvem der kan foretage en sådan vurdering. Det skal have in mente, at der kan være tale om en forbigående tilpasningsreaktion, som ikke kræver mere specialiseret indsats.
 - at brugen af ordet pacing kan forbindes med en tankegang om, at der tale om en vedvarende begrænset mængde energi efter hjernerystelsen (en stationær tilstand).
 - at det under 2.6 (håndtering og indsatser ved længerevarende følger) anføres, at der ikke må være et stress respons ved rehabilitering. Men ved eksponering, som det vil være når man skal i gang igen på forskellige måder, vil der forventeligt kunne være et initialt angstrespons som en del af dette. Det kan derfor overvejes om det at skrive, at der slet ikke må være et stressrespons, kan være med til at forhale processen og forstærke "avoidance behaviour"

Kære Hana

Hospitalet i Region Nordjylland har ingen bemærkninger eller kommentarer til nærværende vidensrapport vedr. let hovedtraume.

Med Venlig Hilsen

Andreas Albrektsen

AC-Fuldmægtig

Tlf. [23 47 67 35](tel:23476735)

E-mail: Andreas.Albrektsen@rn.dk

REGION NORDJYLLAND

Patientforløb og Økonomi

Sundhedsplanlægningen

Niels Bohrs Vej 30

9220, Aalborg Ø.

www.rn.dk

Hej

Region Syddanmark har ingen bemærkninger til ovennævnte høring.

Venlig hilsen

Helle Sindberg
Socialformidler
Regionssekretariat og jura

E-mail: Helle.Sindberg@rsyd.dk

Direkte:

Mobil: [24840539](tel:24840539)



Region Syddanmark

Region Syddanmark
Damhaven 12, 7100 Vejle

Hovednummer: [7663 1000](tel:76631000)

<https://regionsyddanmark.dk>

Sygehus sønderjylland

Hej igen

Jeg har netop modtaget bemærkninger fra Sygehus Sønderjylland:

Fælles Akut Modtagelsen og Hjerne- og nervesygdomme:

Her undrer man sig over udsagnet om, at 20% af de lette hovedtraumer, som udgør 90% af alle hovedtraumer jf. rapporten, ikke kommer sig umiddelbart, men nærmest får kroniske symptomer. Lette hovedtraumer er det man i FAM ser meget hyppigt. Eksempelvis patienter der har slået hovedet mod en dørkarm, bagsmæk i bilen, skabslåge, faldet/snublet og slået hovedet mod bordkant etc. Lette hovedtraumer har oftest ingen påvirkning af GSC, ABC stabile, ikke bevidstløse, ingen opkastning eller hovedpine.

Finder det usandsynligt at 20% får varige mén.

Man har et ønske om at se evidens for, at 20% får varige mén.

Jan Lexell

Professor, overlæge, MD, PhD DPhil h.c., speciallæge i rehabiliteringsmedicin og neurologi, Lunds Universitet og Ängelholms Hospital, Sverige.

Ekstern Reviewer

Kommentarer fremsendt d. 21.08.23

Jan Lexell har angivet tekstnære kommentarer i selve rapporten. Derudover har hun skrevet en kort mail til centeret. Herunder fremgår indhold i mailen, som vedrører selve rapporten:

” Overall, this is a very impressive work! I think it is the most comprehensive work regarding concussion/mTBI that I have seen, and I thoroughly enjoyed reading it. I do hope more colleagues will do that and actually get an up to date review of this area. Congratulations to you all!!”

Man kan få udleveret den kommenterede version af rapporten, ved at tage kontakt til DCFH.

Mail: kontakt@dcfh.dk

Toril Skandsen

Professor, overlæge, ph.d., speciallæge i fysikalsk medicin og rehabilitering, Norges Teknisk-Naturvidenskabelige Universitet (NTNU), St. Olavs hospital, Trondheim, Norge.

Ekstern Reviewer

Kommentarer fremsendt d. 28.07.23

Toril Skandsen har angivet tekstnære kommentarer i selve rapporten. Derudover har hun skrevet en kort mail til centeret. Herunder fremgår indhold i mailen, som vedrører selve rapporten:

” Nå har jeg lest gjennom den fulle versjonen av rapporten (jeg tok lett på dette med CTE, for det er jeg ikke så skolert innen eller opptatt av. Men jeg er opptatt av å si til mine pasienter at de ikke skal tenke på det. Det er viktig at vi motvirker helseangst).

Generelt: et virkelig flott arbeid!! Rapporten har absolutt blitt det oppslagsverket dere planla. Jeg kommer til å bruke den masse.

Jeg synes dog at den legger seg veldig mot «symptom-behandling» kontra å vektlegge støtte og trygghet når det gjelder generell, gradvis økning av hverdagslige aktiviteter. Jeg foreslår, som dere vil se i dokumentet, at dere løfter det mer inn. Men her venter vi jo på GAIN 2.0. Hvis den viser effekt, håper jeg dere rekker å få den inn i rapporten. ”

Man kan få udleveret den kommenterede version af rapporten, ved at tage kontakt til DCFH.

Mail: kontakt@dcfh.dk