



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 02-05-2017
Enhed: AELSAM
Sagsbeh.: DEPJB
Sagsnr.: 1702398
Dok. nr.: 353386

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 22. marts 2017 stillet følgende spørgsmål nr. 690 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares endeligt. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 690:

”Kan ministeren oplyse, om der er standardiseret tilbud til senskader af hjernerystelser i andre lande, samt om ministeren vil arbejde for, at vi får en ensartet godkendt behandling i Danmark?”

Svar:

Til brug for besvarelsen af spørgsmålet har Sundheds- og Ældreministeriet indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen, der har oplyst følgende:

”Afgrænsning

I Sundhedsstyrelsens bidrag til spørgsmålet er formuleringen ’senskader af hjernerystelser’ at sidestille med den faglige term ’post commotionelt syndrom’, som dækker over vedvarende følger efter hovedtraume. Eksempler på følger er abnorm træthed, svimmelhed, hovedpine etc.

Grundlæggende er der tale om et felt med sparsom evidens og Sundhedsstyrelsen har ikke udarbejdet anbefalinger eller publikationer vedrørende post commotionelt syndrom. Post commotionelt syndrom indgår ikke i diagnoselisten for Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for erhvervet hjerneskade fra 2011¹. Dette skyldes, at symptombilledet ved commotio cerebri (hjernerystelse) og post commotionelt syndrom er væsentligt anderledes end symptombilledet ved forløbsprogrammets øvrige diagnosegrupper. Såfremt personen efterfølgende diagnosticeres med en af de inkluderede diagnosegrupper, er personen omfattet af programmet.

Baggrund

Post commotionelt syndrom defineres ifølge *Konsensusrapporten om commotio cerebri (hjernerystelse) og postcommotionel syndrom*² fra 2002 som værende til stede når der har fundet et hovedtraume sted, og der er flere symptomer fra rapportens symptomliste til stede 12 måneder efter traumet har fundet sted. Der er ikke konsensus om denne måde at definere PCS på, og andre lande anvender andre diagnostiske kriterier. Nogle steder stilles diagnosen post commotionelt syndrom allerede efter 3 eller 6 måneder. Når det i konsensusrapporten i sin tid blev anbefalet at vente til efter 12 måneder med at stille PCS-diagnosen, var det på baggrund af viden om, at rigtigt mange mennesker med et hovedtraume kommer sig indenfor de første 12 måneder. At stille diagnosen tidlige, vurderedes at kunne øge risikoen for sygeliggørelse.

¹ <http://www.sst.dk/~media/425B29A5B3CF4C69B2E7E8F3B7D520BC.ashx>

² <https://hjernerystelsesforeningen.dk/wp-content/uploads/2016/03/2003Pinner-mugge-konsensus.pdf>

Epidemiologi

De tal, der findes om forekomsten af commotio cerebri og post commotionelt syndrom er af gammel dato, og det er vanskeligt at sammenligne tal fra forskellige studier, idet der i studierne anvendes uensartede diagnostiske kriterier. Derudover er studiepopulationerne ofte ikke repræsentative for hele befolkningen, og består f.eks. af militærpersoner, der har fået commotio cerebri i forbindelse med sprængningsulykker, eller af atleter.

I *Konsensusrapporten om commotio cerebri (hjernerystelse) og postcommotionel syndrom* fra 2002 anvendes tal fra landspatientregisteret fra 1996. Heraf fremgår det, at der i 1996 blev registreret 25.150 patienter med commotio cerebri. Der er tale om patienter, der er registreret ved indlæggelser og skadestuebesøg. Mennesker, der har fået commotio cerebri og efterfølgende har henvendt sig til praktiserende læger, privatpraktiserende neurologer er ikke inkluderet. Langt de fleste mennesker med commotio cerebri kommer sig hurtigt og i konsensusrapporten sammenfattes, på baggrund af internationale studier, at mellem 15 og 25 %, der rammes af commotio cerebri, oplever symptomer 3 måneder efter, og det antages, at omkring 10 – 15 % har betydelige følger efter 12 måneder.

Der er behov for opdaterede tal, men idet konsensusrapporten er resultatet af en længerevarende indsats fra en tværfaglig arbejdsgruppe, som blev nedsat af Videnscenter for Hjerneskade, så vurderes den at være bedst tilgængelige danske publikation på området.

Retningslinjer i andre lande

Sundhedsstyrelsen ikke har kendskab til, hvilke standardiserede tilbud til mennesker med post commotionelt syndrom, der findes i andre lande. Derfor redegøres der her for udenlandske kliniske retningslinjer, konkret fra USA og Canada.

Der er sparsom viden om, hvorfor nogen mennesker udvikler post commotionelt syndrom. De fleste behandlingstiltag bygger på en opfattelse af, at både biologiske, psykologiske og sociale faktorer, kan have betydning. Der er også sparsom viden om behandling af symptomer efter hjernerystelser, der varer ved ud over to uger. Det samme gælder viden om hvordan kroniske symptomer efter en hjernerystelse kan hænge sammen med det oprindelige traume.

Internationalt findes få kliniske retningslinjer omhandlende post commotionelt syndrom. I Canada, Ontario er der i 2011 udarbejdet *Guidelines for Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms*³. Målgruppen i retningslinjen er voksne med post commotionelt syndrom og formålet er at levere retningslinjer, der kan understøtte sundhedsprofessionelle i at implementere best practice til mennesker med post commotionelt syndrom. Ovenstående guideline er opdateret med nyeste viden i 2015 i publikationen *Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms*⁴. I USA har det amerikanske forsvarsministerium udgivet anbefalinger for håndtering af hjernerystelse og post commotionelt syndrom⁵.

³ http://onf.org/system/attachments/60/original/Guidelines_for_Mild_Traumatic_Brain_Injury_and_Persistent_Symptoms.pdf

⁴ <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02699052.2015.1004755?scroll=top&needAccess=true>

⁵ http://hjernerystelsesforeningen.dk/wp-content/uploads/2016/03/concussion_mtbi_full_1_0-defense.pdf

Denne publikation har til formål at bidrage til mere ensartede faglige tilbud til mennesker med hjernerystelse og post commotionelt syndrom.

I ovenstående kliniske retningslinjer anbefales, at der i akut- og sub akut fasen udleveres informationsmateriale til patienter med hjernerystelse. Informationsmaterialets indhold vægter det faktum, at prognosen for fuld recovery er god, hvilket har til formål at forbygge post commotionelt syndrom. Flere lande har udarbejdet standardiseret informationsmateriale⁶.”

Jeg henholder mig til ovenstående i forhold til spørgsmålet om tilbud i andre lande. Sundhedsstyrelsen har yderligere oplyst, at der ikke er udarbejdet danske retningslinjer for behandling på området, men de eksisterende tilbud vurderes at tage udgangspunkt i de internationale kliniske retningslinjer. I takt med at der fremkommer mere viden om behandlingsmulighederne, vil jeg ikke afvise, at det kan blive aktuelt at udarbejde danske anbefalinger eller retningslinjer på området med henblik på at sikre ensartede tilbud af passende kvalitet.

Med venlig hilsen

Karen Ellemann / Jens Bjerg Johansen

⁶ https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/fact_sheet_concusstbi-a.pdf