

HUISARTS, NAH & PSYCHIATRIE

September 2013

A.J.W. ter Mors



INDELING

- ◆ Definitie
- ◆ Prevalentie
- ◆ Verwijsindicatie NAH Huize Padua
- ◆ Diagnostiek
- ◆ Voorbeeld: rechts hemisferisch letsel
- ◆ Behandeling; medicatie
- ◆ Wat wordt van de huisarts verwacht bij NAH
- ◆ Casuïstiek

DEFINITIE NAH



DEFINITIE NAH

NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL

is alle hersenletsel door welke oorzaak dan ook,
anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan,
dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn
en tot het aangewezen zijn op hulpverlening.

(Landelijk coördinatiepunt NAH)

PREVALENTIE



PREVALENTIE in Nederland

In 2000:

480.000 patiënten onder de 65
in Nederland met hersenletsel

Bron: Prismant, 2000:

“Een kwestie van toeval en geluk”

PREVALENTIE

in de huisartsen-praktijken in Noord Brabant

In 1997, per huisartsenpraktijk:

- 3 nieuwe hersenletselpatiënten (12 - 45 jaar)
- 69 thuiswonende NAH patiënten < 65 jaar.

Bron: Prismant, 2000:

“Een kwestie van toeval en geluk”

VERWIJSINDICATIE

S



VERWIJSINDICATIES NAH HUIZE PADUA

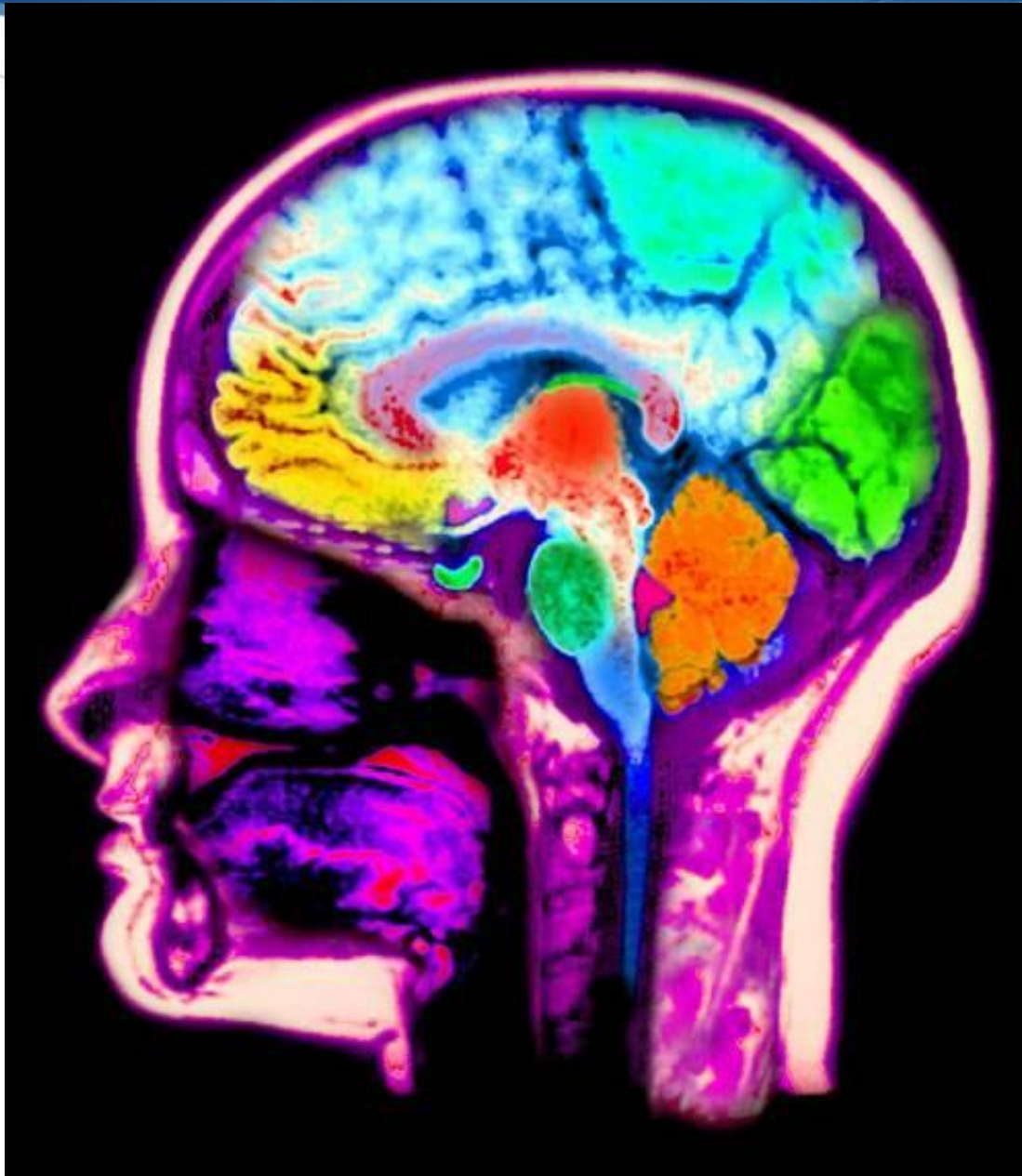
- ◆ Gedragsproblemen door persoonlijkheidsverandering
- ◆ Psychiatrische toestandsbeelden
- ◆ Ernstige (premorbide) persoonlijkheids-problematiek
- ◆ Verslaving post of propter
- ◆ Stagnatie verwerkingsproces
- ◆ Ernstige systeemproblematiek
- ◆ Voor anderen te complexe problematiek.

WAT NIET VERWIJZEN

- ◆ Ongecompliceerd hersenletsel
- ◆ Patiënten met klachten zonder aangetoond hersenletsel.

De neuroloog toont hersenletsel aan,
niet de psychiater/ neuropsycholoog.

DIAGNOSTIEK



DIAGNOSTIEK

Somatisch neurologische aspecten:

- ◆ Soort letsel
- ◆ Ernst letsel (EMV score, PTA)
- ◆ Locatie letsel

ERNST TRAUMATISCH LETSEL

Tabel 1 *Classificatie van de ernst van het hersenletsel* ^{Fout!Bladwijzer niet gedefinieerd.}

<i>Classificatie letsel</i>	<i>Glasgow Coma Scale</i>	<i>Duur PTA</i>
Zeer licht	13-15 bij eerste onderzoek: 13-15	0-5 minuten
Licht	13-15 in de eerste 24 uur na het letsel	5-60 minuten
Middelzwaar	9-12	1-24 uren
Zwaar	3-8 in de eerste 24 uur na het letsel	1-7 dagen
Zeer zwaar	3-8 in de eerste 24 uur na het letsel	1-4 weken
Extreem zwaar	3-8 in de eerste 24 uur na het letsel	> 4 weken

LOCATIE LETSEL

- TRAUMA:
 - coupe- en contre coupe,
 - torsieletsel,
 - diffuse axonale schade,
 - hypoxie van grensgebieden,
 - letsel door zwelling (inklemming)
- CVA:
 - locatie niet afgebakend per circuit,
 - hypoxie van grensgebieden,
 - letsel door bloed en zwelling.

LOCATIE LETSEL, VERVOLG

HYPOXIE:

diffuus letsel

vooral op het niveau van de verbindingen dwars door alle systemen heen.

Dit geldt ook voor:

- ◆ INFECTIES (haarden)
- ◆ WITTE STOF AANDOENINGEN.

DIAGNOSTISCHE CONSEQUENTIES

- ◆ Beeldvorming van de laesie geeft slechts een indruk van de aangedane systemen; het is niet mogelijk het klinisch beeld daaruit te voorspellen.
- ◆ Het klinisch beeld geeft de informatie die we nodig hebben.
- ◆ Kennis van functionele neuroanatomie biedt een kader van waaruit het klinisch beeld beter begrepen kan worden.

VERDERE DIAGNOSTIEK

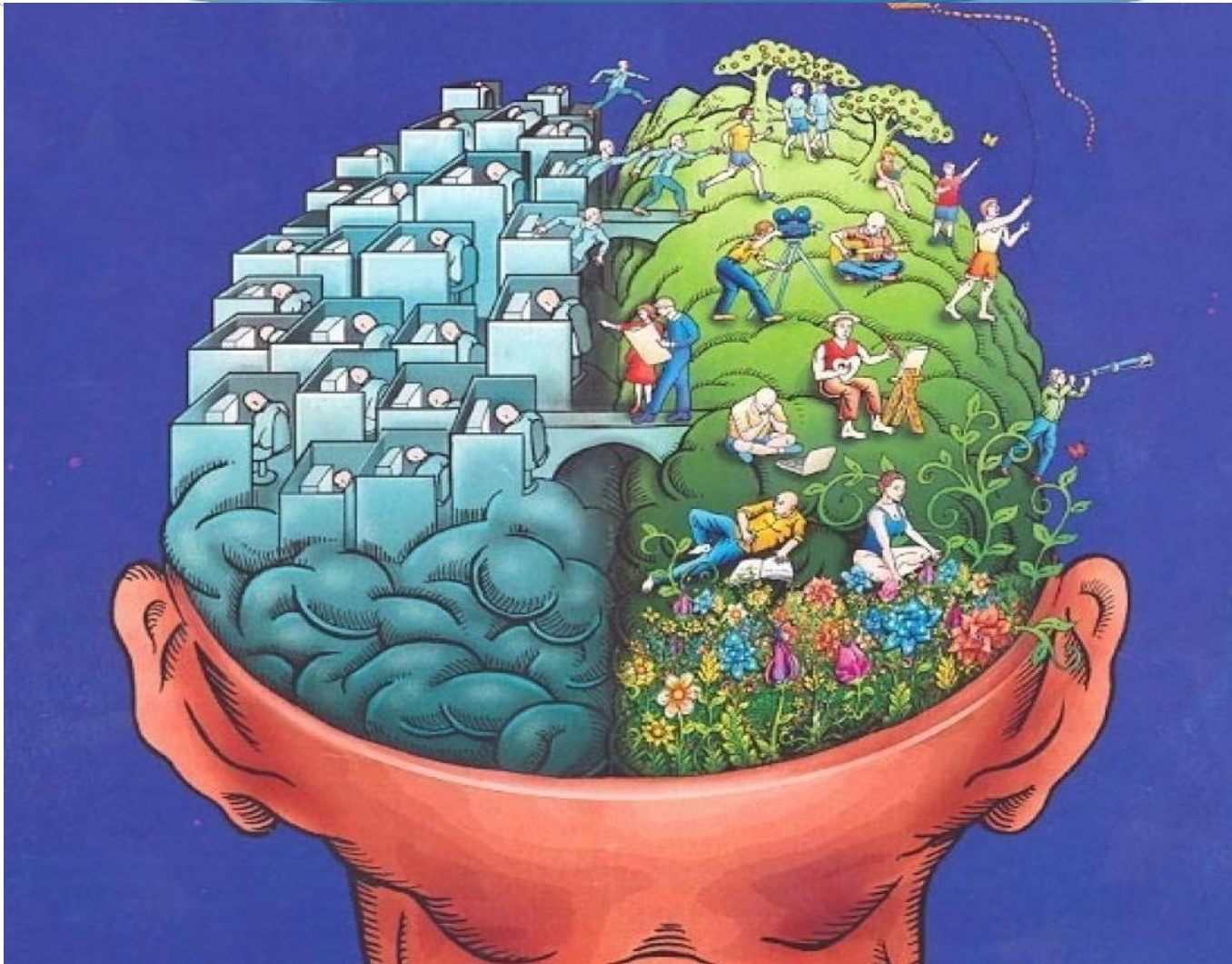
- ◆ Premorbide functioneren
- ◆ Systeeminteractie voor en na het letsel
- ◆ Neuropsychologische functies
- ◆ Psychiatrisch toestandsbeeld
- ◆ Persoonlijke verandering na letsel (emoties, drive, impulscontrole)
- ◆ Energiebalans; afstemming belasting op belastbaarheid.

NOTA BENE

OVERVRAGING

- ◆ In 9 van de 10 gevallen oorzaak van het ontstaan van problemen bij NAH patiënt.
- ◆ Vanuit onvoldoende onderkenning van neuropsychologische functiestoornissen/ hersenletsel.

SYSTEEMPROBLEMEN



VOORBEELD: RECHTS HEMISFERISCH LETSEL

SYSTEEMPROBLEMEN

- ◆ Vooral aan de orde bij persoonlijkheidsverandering door het letsel
- ◆ Vaak onzichtbare gevolgen, waardoor onbegrip van omgeving en hulpverleners
- ◆ Geef erkenning en verwijst, maar niet naar relatietherapeut!

VOORBEELD:

RECHTS HEMISFERISCH LETSEL

COGNITIEF:

- ◆ Gestoorde herkenning van voorwerpen, afbeeldingen, gezichten, klokken, cijfers, letters (*visuele agnosie*)
- ◆ Stoornissen in het begrip en de uiting van humor
- ◆ Miskennen van stoornissen en beperkingen (*anosognosie*)

RECHTS HEMISFERISCH LETSEL, VERVOLG

EMOTIONELE VERANDERINGEN:

- ◆ Emotionele vlakheid en onverschilligheid
- ◆ Egocentrisme

RECHTS HEMISFERISCH LETSEL, VERVOLG

COMMUNICATIEPROBLEMEN:

- ◆ Problemen met het begrijpen van prosodie
 - Problemen met het aangeven van de grote lijn van een verhaal
- ◆ Problemen met verborgen of impliciete betekenissen

RECHTS HEMISFERISCH LETSEL, VERVOLG

- ◆ Afdwalen van gespreksonderwerp
 - breedsprakigheid, veel herhalen
 - snel, plotseling veranderen onderwerp
 - niet relevante info toevoegen
 - moeite tot de kern te komen
 - moeite met gestructureerd formuleren

- ◆ Niet goed inschatten van de sfeer

BEHANDELING



BEHANDELING

Psychiatrische toestandsbeelden:

- ◆ Hetzelfde als bij patiënten zonder hersenletsel
- ◆ Wel aanpassen van b.v. de medicatie
- ◆ Bijwerkingen vaak heftiger
- ◆ Cave interactie met de andere medicatie
- ◆ Cave interactie met de bestaande somatisch neurologische beperkingen

BEHANDELING, VERVOLG

Andere therapievormen:

- ◆ Allemaal gemodificeerd toe te passen

(aanpassing cognitieve gedragstherapie bij gestoorde cognitieve functies)

- ◆ Structurerende begeleiding:

aanbrengen van externe structuur,

i.p.v. aanleren van structuur of overleggen

Externe structuur betekent ook de context inschakelen in de structuur

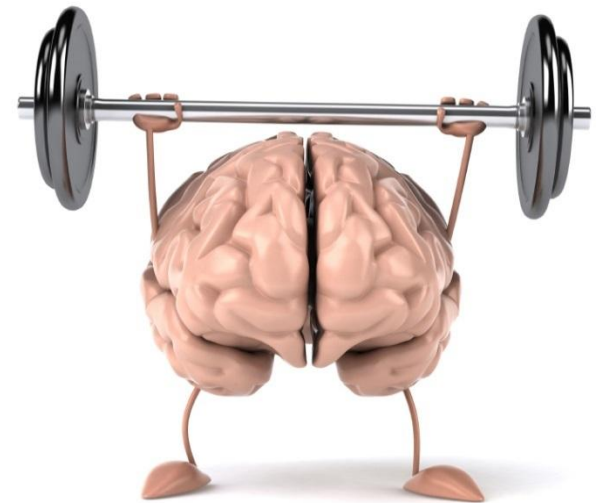
BEHANDELING, VERVOLG

- Eventueel systeemtherapie bij ingewikkelde systeempathologie, gemodificeerd naar het hersenletsel

- Speciale rehabilitatiemethode voor hersenletselpatiënten:

”Hooi op je vork”

AJW ter Moks, psychiater NAH, GGZ Oost
Brabant, Huize Padua



BEHANDELING, MEDICATIE



AJW ter Mors, psychiater NAH, GGZ Oost
Brabant, Huize Padua

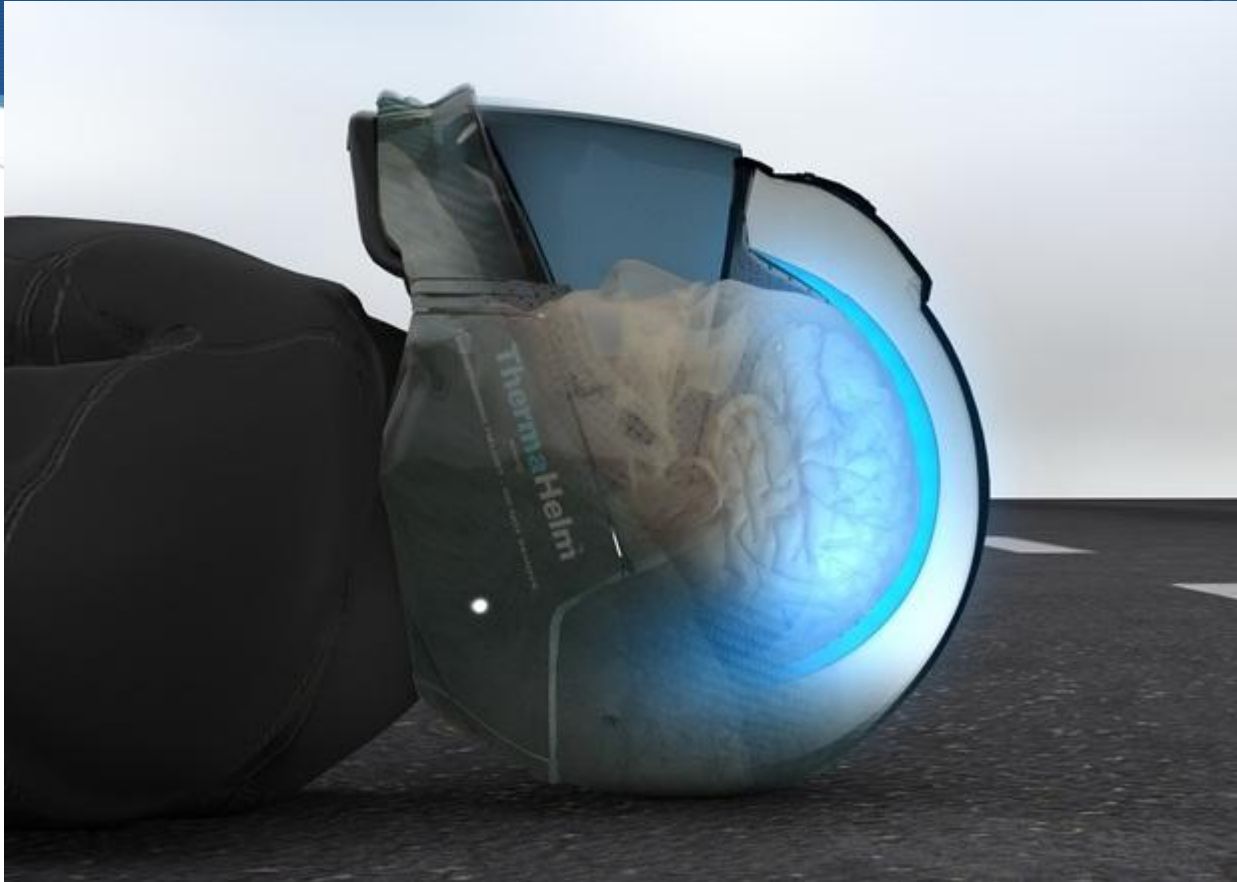
ALGEMENE RICHTLIJN VOOR PSYCHOFARMACA BIJ HERSENLETSEL:

- ◆ Start low go slow
- ◆ Psychofarmaca: onderaan de lijst van interventies
- ◆ Benzodiazepinen: liefst niet of kort gebruiken; dempend effect op de resterende cognitie- en inhibitiemogelijkheden van het brein.
- ◆ Amantadine of methylfenidaat: bij problemen in de aandacht, alertheid en/of aandrift. *Off-label!*
- ◆ Anti-epileptica bij ontremming.
- ◆ Affect afvlakking.
- ◆ Antipsychotica: in principe niet, tenzij delier of een primair psychotische stoornis

MEDICATIE, VERVOLG

- ◆ Voormeting (observatiereferentie) voor start van medicament
- ◆ Houd bij start van medicatie andere variabelen zoveel mogelijk gelijk
- ◆ Start geen twee medicamenten tegelijk
- ◆ Evalueer medicatie-effect kritisch
- ◆ Stop medicatie die niet werkt!
- ◆ Documenteer indicatie en effecten van medicatie en hou een beloop in de tijd bij.

TRAUMATISCH HERSENLETSEL & HUISARTS



CONCEPT ZORGSTANDAARD THL 2013

Wat mag de patiënt met THL verwachten bij een schedel- of hersentrauma?

Wat mag de patiënt met licht hersenletsel verwachten na kortdurende medische hulp (huisarts, SEH)?

- Goede mondelinge en schriftelijke voorlichting over 'normale' posttraumatische klachten

Wat mag de patiënt met hersenletsel verwachten inzake signalering thuis?

- Een goede inschatting van de samenhang tussen aanwezige klachten of problemen en gevolgen



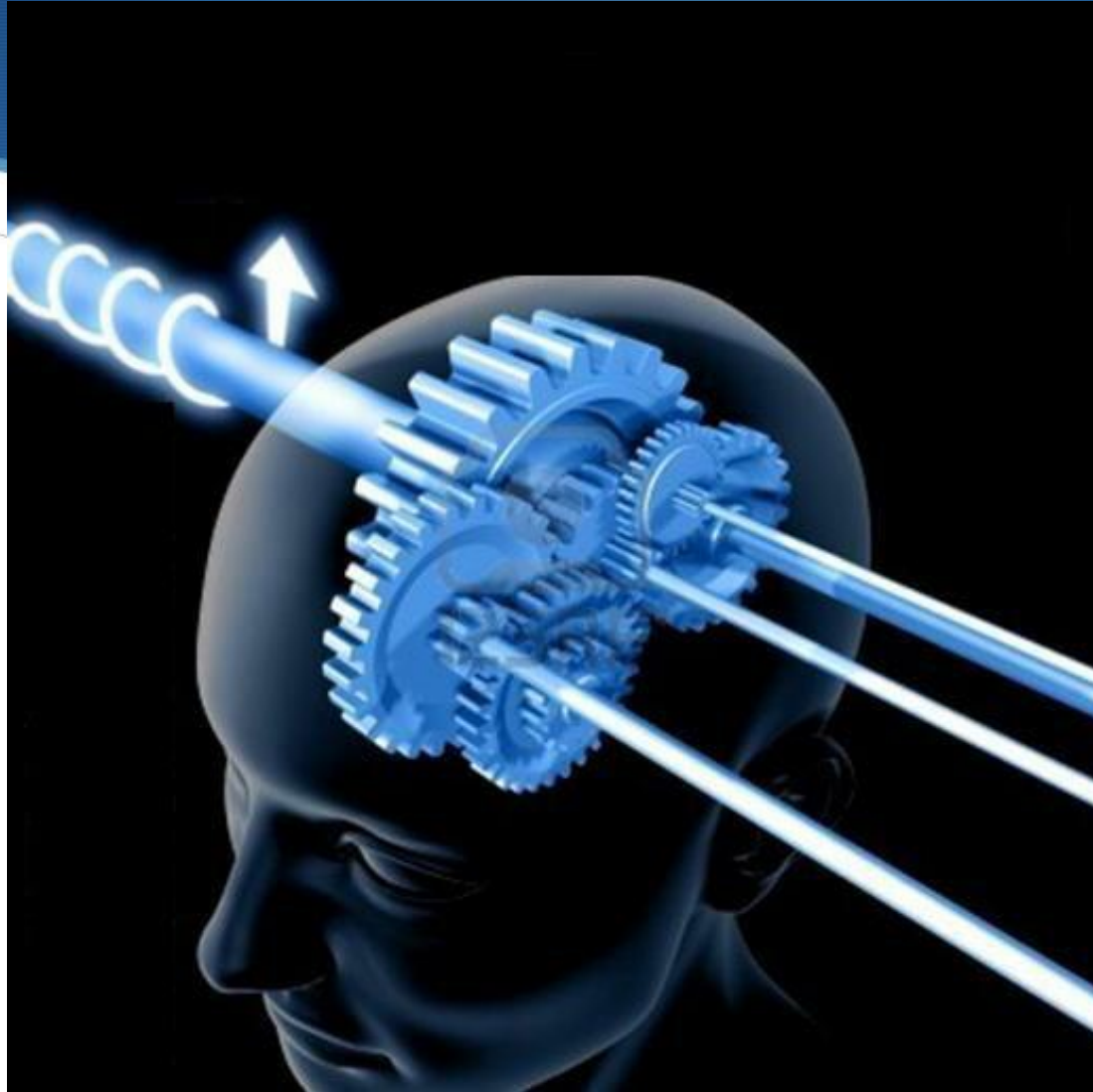
Signalering thuis, vervolg

Indien geen diagnostisch onderzoek heeft plaatsgevonden terwijl er sprake is van klachten of problemen als gevolg van hersenletsel, verwijst de huisarts door voor nader diagnostisch onderzoek door een neuroloog, neuropsycholoog, psychiater met deskundigheid op gebied van NAH, of een andere NAH-deskundige met een diagnostische bevoegdheid.

Wat mag verwacht worden ten aanzien van ondersteuning van het cliëntsysteem?

Vast aanspreekpunt die de situatie goed kent, luistert, meeloopt, de rode draad vasthoudt

NOG EVEN DIT...



ALS LAATSTE:

NAH:

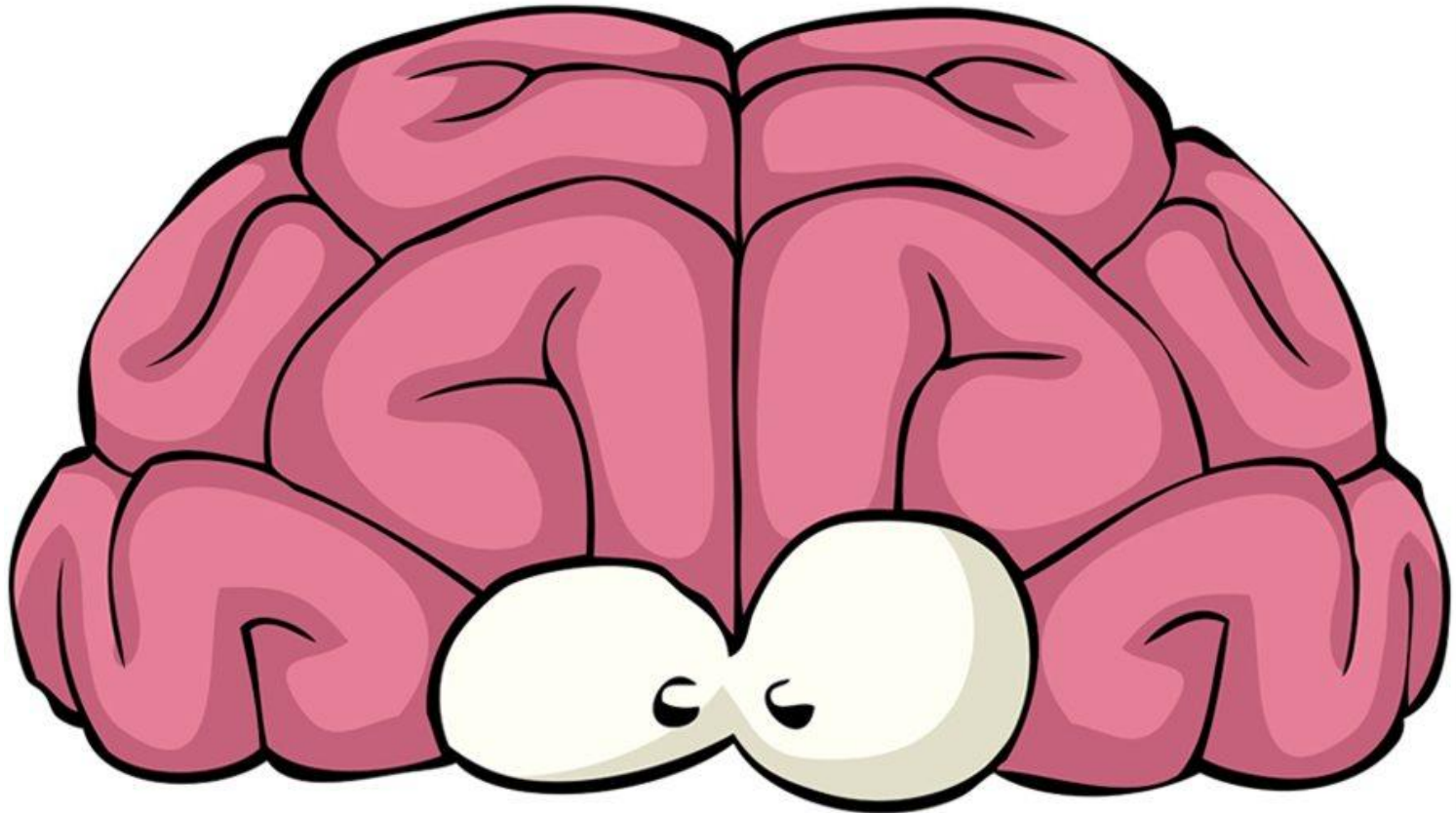
Enorme existentiële problematiek zowel bij de getroffene zelf als bij zijn/ haar omgeving.

Het letsel zal voor alle betrokkenen veel in de rest van hun leven bepalen.

Handout:

Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel.

VRAGEN ?
EVEN PAUZE ?



CASUÏSTIEK



CASUS 1

- Vrouw 35 jaar
- Status na klein CVA re hemisfeer
- Beperking fijne motoriek en positiezin li hand
- Milde cognitieve stoornissen:
aandacht, geheugen, vertraagde
informatieverwerking
- Bij overbelasting huilt ze veel
- Er zijn veel psychosociale problemen die al voor het
letsel bestonden

Vervolg casus I

- Hulpverlening vindt haar depressief. De behandeling wordt volledig gericht op de stemming. De cognitieve beperkingen worden genegeerd en patiënte start re-integratie op het werk.
- Er ontstaat een strijd tussen patiënte en hulpverleners over de depressie. Patiënte en echtgenoot vinden niet dat ze depressief is, de hulpverleners wel. Patiënte voelt zich miskend en gaat door overbelasting en bij gebrek aan hulp slechter functioneren.
- Ze krijgt geen revalidatie.

Vervolg casus I

- Ze wordt naar de psychiater gestuurd, met de vraag de depressie te bevestigen en therapie in te stellen (medicatie).
- De psychiater constateert geen depressie en stuurt door naar een cognitief revalidatieprogramma.
- Twee dingen gaan mis. De diagnose is niet goed gesteld en er is niet integraal gekeken en zo zijn essentiële onderdelen van het probleem gemist.

CASUS 2

- ◆ Patiënt 50 jaar
- ◆ Schoonmaker in groot bedrijf met eigen schoonmaakdienst
- ◆ Cardiac arrest op de werkplek
- ◆ Succesvolle en in principe ook tijdige reanimatie
- ◆ Coma 24 uur
- ◆ . geeIedereen blij en opgelucht dat hij er zo goed is afgekomen op de on-site defibrillator.n motorische uitval.

- ◆ Geen neuropsychologisch onderzoek
- ◆ Thuis eerst geen problemen
- ◆ Gereïntegreerd op het werk in 3 ploegen; succesvol
- ◆ Extreem vermoeid maar doorzetter dus houdt vol op zijn tandvlees
- ◆ Vriend en ploegbaas valt weg (vervroegde uittreding), andere vaste kracht valt uit, h
- ◆ I.p.v. alleen maar uitvoeren krijgt hij nu ook

- Krijgt klachten: somberheid, veel huilen vooral als men hem op het werk vraagt hoe het gaat; schaamte. Komt in negatieve spiraal, wordt suïcidaal en thuis zeer snel geïrriteerd.

Conclusie:

Beleid:

- ◆ Symptoombestrijding door SSRI
- ◆ Psycho-educatie patiënt en echtgenote
- ◆ Cognitieve training
- ◆ Begeleiding bij reïntegratie (belastingscontingent)
- ◆ Overleg bedrijfsarts

Overleg bedrijfsarts:

- Uitleg over cognitieve stoornissen
- Uitleg over hoe de verandering van werksituatie juist een appèl doet op de beperkingen van patiënt.
- Uitleg over de cognitieve revalidatie daarvoor
- Afstemmen consequenties daarvan voor re-integratie

Afspraken:

- ◆ Patiënt start met reïntegratie
- ◆ Bedrijfsarts ziet hem met vaste regelmaat om proces te volgen
- ◆ Volgende reïntegratie stap wordt pas gezet als de vorige succesvol is en er geen tekenen zijn van overbelasting.
- ◆ Bij elke volgende stap is er overleg met de neuropsycholoog die vanuit de behandeling de reïntegratie begeleid.

CASUS 3

Man geb 47

- 74 alum. Balk tegen hoofd
- 80 getroffen door bliksem
- 2000 kop-staart botsing: whip-lash
- 2000 fibromyalgie
- 2004 auto-motor kneuzingen
- 2006 overreden door bus kneuzingen
- MRI alleen klinisch niet relevante signaal afwijking
- Chronisch hyperventilatiesyndroom 2007

CASUS 4

- ⬤ Vrouw 49 jaar
- ⬤ SAB, o.a. stamletsel en epilepsie.
- ⬤ Laatste jaren achteruitgang, wisselend alert, cognitieve achteruitgang, wisselende stemmingen en gedrag o.a. automutilatie en suïcidepogingen.
- ⬤ Door stamletsel ondertemperatuur 33C en bradycardie
- ⬤ Regelmatig te hoge spiegels van anti-epileptica, intoxicatie.

Vervolg casus 4

- ◆ Klinisch gevoel van de psychiater: dit hele beeld is door de somatiek bepaald
- ◆ Aandringeren op grondige somatische screening. Neuroloog en internist stuurden haar per kerende post terug: geen nieuwe bevindingen. Volgens mij dachten ze dat het “tussen de oren zat”.
- ◆ Wat zou de oplossing zijn?

Casus 5

- ◆ Vrouw, 45 jaar. Bloeding mesencephalon.
- ◆ Hemibeeld re, ataxie, fatische problemen en uitval deel re gezichtsveld
- ◆ Vrijwel direct na accident
- ◆ Gevolg: stagnatie revalidatie
- ◆ Dit betreft een echte (psychiatrische) depressie

- ◆ Vooral behandelen depressie
- ◆ Revalidatie beperken tot voorkomen van secundaire complicaties
- ◆ Doen wat verder mogelijk is.

CASUS 6

- ◆ Man 55 jaar. Status na intracerebrale bloeding li hemisfeer.
- ◆ Motorisch opgeknapt, ook afasie in remissie
- ◆ Vanaf moment van letsel mist hij het gevoel, de beleving bij alles wat hij doet. Hij lijdt daar erg onder en wil zo niet leven (bv. naar muziek luisteren is niet meer zoals vroeger; hij hoort de tonen en klanken, maar beleeft er niets meer bij)
- ◆ Dit affectverlies is een direct gevolg van het letsel en geen depressie

Wat te doen met casus 6?

- ◆ Uitleg geven
- ◆ Hem steunen in het verwerken van zijn verlies
- ◆ Hem helpen mogelijkheden te creëren om andere dingen te gaan waarderen en zijn leven anders in te richten
- ◆ Uitleg geven aan familie en vrienden zodat deze hem ook zo goed mogelijk kunnen ondersteunen
- ◆ Dit ingebed in integrale revalidatie voor de restbeperkingen die hij nog meer heeft

CASUS 7

Depressie klaart op maar herstel (recovery) stagneert.

Hoe kan dat?

- Verwijzing via UWV
- Patiënt, glazenwasser valt van ladder.
- Naast contusie wordt er bij toeval een tumor cerebri gevonden (mogelijk val door beginnende neurologische uitval door tumor)
- Wordt succesvol behandeld voor tumor
-
-

Beloop:

- ◆ Herstelt van depressie, maar telkens als hij zijn functioneren weer oppakt heeft hij een recidief of gaat in de richting daarvan
- ◆ Behandeling blijft puur psychiatrisch gericht op de depressieve symptomen
- ◆ Veel lijdensdruk bij patiënt en gezin
- ◆ Veel onbegrip, toenemende medicatie, waardoor iatrogeen slechter toestandbeeld

- ◆ Door verwijzing naar NAH poli aandacht voor cognitie en veranderde persoonlijkheid
- ◆ Gevolgen:
 - reductie aantal opnames voor depressie,
 - vermindering medicatie,
 - minder overbelasting (ook thuis, mede door inschakelen ondersteuning in de thuissituatie).
- ◆ Helaas niet aan echte reïntegratie toegekomen door recidief tumor die onbehandelbaar bleek.

CONCLUSIE CASUÏSTIEK:

- 💧 Denk bij stagnerend herstel (recovery) bij patiënten met hersenletsel, ook al klaart een toestandbeeld op, aan onderbelichting van de beperkingen voortkomend uit het hersenletsel.
- 💧 Bekijk een casus integraal, weeg alle aspecten van de patiënt bij de analyse van waarom reïntegratie in bijv. werk, c.q. herstel niet lukt.

VRAGEN?



Eindtoets/ leerpunten

1. Op Huize Padua wordt al bijna 200 jaar zorg aan psychiatrisch patiënten geleverd.
2. Het verzorgingsgebied van het NAH zorgcircuit van Huize Padua: heel Nederland.
3. Een huisarts in Noord Brabant heeft gemiddeld 70 thuiswonende NAH patiënten onder de 65 jaar in zijn/ haar praktijk.
4. Diagnostiek van NAH is geen verwijsindicatie.
5. De PTA is één van de indicatoren van de ernst van een hersenletsel.
6. Vanuit beeldvorming van het brein is het klinisch beeld niet te voorspellen.
7. Binnen de NAH-zorg wordt veel medicatie 'off label' voorgeschreven; dit is tweedelijns maatwerk.
8. Bij het ontstaan van problemen bij een NAH patiënt speelt in 9 van de 10 gevallen overvraging een grote rol.
9. Rechts hemisferisch letsel heeft vaak onzichtbare gevolgen, waardoor onbegrip van het probleem bij omgeving en hulpverlener ontstaat.
10. Bij stagnerend herstel bij patiënten met hersenletsel zijn de beperkingen voortkomend uit het letsel vaak onderbelicht geweest.