

Brain Injury Alert!

Problemen bij kinderen met hersenletsel signaleren

De problemen van kinderen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) worden vaak niet (tijdig) herkend. Bij kinderen die moeite hebben zich te concentreren, die vaak hoofdpijn hebben of snel prikkelbaar zijn, kan er sprake zijn van hersenletsel. Vilans, kenniscentrum voor langdurige zorg, heeft samen met de Universiteit Maastricht, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en Adelante (Kinderrevalidatie Limburg), de Brain Injury Alert ontwikkeld.⁹⁾ Deze signaleringslijst biedt professionals in de zorg en het onderwijs ondersteuning bij het signaleren van problemen door hersenletsel. Een aanbeveling is om de lijst regelmatig af te nemen: drie en zes maanden na het hersenletsel en vervolgens minimaal eens per jaar.

■ WILMA RITZEN, IEKE WINKENS, CAROLINE VAN HEUGTEN, SASCHA RASQUIN

Achtergrond

Wat is Niet Aangeboren Hersenletsel?

Onder Niet Aangeboren Hersenletsel verstaan we hersenletsel dat niet door of vanwege de geboorte is ontstaan, en dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn.¹⁾ Het hersenletsel kan zowel een traumatische als een niet-

Jaarlijks lopen in Nederland ongeveer 12.000 kinderen en jongeren (tot en met 19 jaar) een traumatisch hersenletsel op.

traumatische oorzaak hebben. Voorbeelden van traumatische oorzaken zijn verkeers- en sportongevallen, vallen in huis of mishandeling. Niet-traumatische oorzaken zijn bijvoorbeeld een tumor, een herseninfectie of een hersen(vlies)ontsteking.

Omvang van het probleem

Jaarlijks lopen in Nederland ongeveer 12.000 kinderen en jongeren (tot en met 19 jaar) een traumatisch hersenletsel²⁾ op. Dit cijfer betreft enkel de kinderen

die in ziekenhuizen of op de spoedeisende hulp gezien worden. Kinderen die zich nergens of alleen bij de huisarts melden en kinderen met hersenletsel door niet-traumatische oorzaken zijn in dit cijfer niet inbegrepen. Bovendien vindt in ziekenhuizen hoogstwaarschijnlijk een significante mate van onderdiagnostiek plaats. Lichtere hersenletsels worden gemakkelijk over het hoofd gezien, zeker in gevallen waarin andere trauma's op de voorgrond staan. Het genoemde cijfer is dan ook een aanzienlijke onderschatting van het werkelijke jaarlijkse nieuwe aantal kinderen en jongeren met hersenletsel.^{3,4)}

Gevolgen van hersenletsel

De gevolgen van hersenletsel bij kinderen lopen zeer uiteen, zowel qua aard als qua ernst. Ongeveer 85% van de kinderen heeft een licht of matig letsel, 15% heeft een ernstig letsel. Lange tijd is aangenomen dat licht letsel leidt tot restloos herstel. Ten onrechte. Ook de kinderen met licht tot matig letsel ondervinden veel vaker dan verondersteld problemen die hun dagelijks functioneren belemmeren.^{5,6,7)} Naast motorische problemen komen problemen op het gebied van geheugen en aandacht voor, evenals karakterveranderingen en psychiatrische, sociale en emotionele problemen.

Waarom deze signaleringslijst?

Wanneer een kind direct na het optreden van een hersenletsel problemen ontwikkelt, is de relatie tussen het letsel en de problemen gemakkelijk te leggen. Soms ontstaan problemen pas later, bijvoorbeeld op het moment dat het kind een nieuwe vaardigheid moet aanleren, zoals zelfstandig werken, of bij de overgang naar een nieuwe klas of school. De link met het hersenletsel wordt dan vaak niet meer gelegd. Hierdoor tast de omgeving in het duister over de oorzaak van de problemen en wordt een kind met hersenletsel vaak onte-

Lichtere hersenletsels worden gemakkelijk over het hoofd gezien, zeker in gevallen waarin andere trauma's op de voorgrond staan.

recht als een lastig kind beschouwd.⁸⁾ Leerkrachten en ouders hebben weinig kennis over de eventuele gevolgen van het hersenletsel. Het is daarom belangrijk dat jeugdartsen samen met hen de signaleringslijst gebruiken waarmee de onzichtbare gevolgen in kaart worden gebracht, zowel snel na het letsel als wanneer dit langer geleden is.

In de groep kinderen waarvan wel bekend is dat er sprake is van hersenletsel is er maar weinig aandacht voor cognitieve en gedragsproblematiek. Van alle kinderen en jongeren met hersenletsel worden er maar relatief weinig vanuit ziekenhuizen doorverwezen naar de revalidatie.^{3,4)} Vrijwel altijd betreft dat kinderen met ernstige motorische letsels. Verwijzingen op grond van enkel cognitieve en gedragsproblematiek komen vrijwel niet voor.

Vooral in de groep kinderen met licht en matig letsel vindt screening naar deze problematiek meestal helemaal niet plaats en is er geen sprake van systematische follow-up.

Doel van de signaleringslijst

De lijst is bedoeld om de mogelijke gevolgen van licht en matig hersenletsel sneller en beter te kunnen signaleren. Het advies is om de lijst drie en zes maanden na het hersenletsel en vervolgens elk jaar af te nemen. Jeugdartsen en verpleegkundigen van de GGD kunnen de lijst zelf afnemen of in een zorgteam van school afspreken wie dit kan doen. Problemen op school of in het gezin komen eerder aan het licht en gezinsleden en leerkrachten kunnen beter rekening houden met de beperkingen van het kind. Soms volstaat het dat ouders en leerkrachten voorlichting en informatie krijgen over mogelijke gevolgen van hersenletsel en tips over hoe hier mee om te gaan.¹⁰⁾ Als die voorlichting niet kan worden geboden, kan men direct doorverwijzen. Ook als informatie en tips niet voldoen, kan het nodig zijn om door te verwijzen naar een revalidatiearts of -team in het ziekenhuis of revalidatiecentrum voor verdere (ambulante) begeleiding en behandeling.

De lijst bestaat uit 10 items op het gebied van cognitie en 9 op het gebied van emoties en gedrag.

Items ten aanzien van cognitie:

- Moeite om twee dingen tegelijkertijd te doen
- Moeite om de aandacht ergens bij te houden
- Moeite met flexibiliteit
- Moeite om informatie (in normaal tempo) te verwerken
- Moeite om nieuwe informatie te onthouden
- Moeite om informatie van langer geleden te onthouden, vergeetachtig
- Moeite om zelfinitiatieven te nemen
- Moeite met plannen en/of organiseren van dingen
- Moeite om gesproken en/of geschreven taal te begrijpen
- Moeite met de expressie van taal

Inhoud en werkwijze signaleringslijst

Als het kind hetzelfde functioneert als leeftijdgenoten is er geen probleem. Het probleem is wel aanwezig als het kind zwakker is dan de gemiddelde leeftijdgenoot. Daarom is het belangrijk dat de lijst wordt ingevuld door iemand die het betreffende kind goed kent (ouders), maar ook door iemand die op de hoogte is van hoe een kind van bepaalde leeftijd hoort te functioneren (leerkracht). Het meest complete beeld ontstaat als zowel de leerkracht als de ouder(s) de vragen uit de lijst beantwoorden.

Uit onderzoek is gebleken dat de bruikbaarheid, de validiteit en de betrouwbaarheid van de lijst goed zijn⁹⁾.

Afnameduur

Gemiddeld duurt het ongeveer 15 minuten om de lijst in te vullen.

Wie kan de lijst afnemen?

Intern begeleiders, ambulante begeleiders, school/jeugd- en kinderartsen, (ortho) pedagogen, psychologen, verpleegkundigen, huisartsen en revalidatieartsen.

Waar vind ik de Brain Injury Alert?

De Brain Injury Alert en informatie over de signaleringslijst zijn te vinden op www.vilans.nl (zoek: signaleringslijst kinderen)

Gebruikte literatuur

1. Landelijke Coördinatiepunt niet aangeboren hersenletsel. *De vormgeving van de zorg voor mensen met niet aangeboren hersenletsel*. Utrecht, 1992.
2. Meerhoff SR, de Kruijk JR, Rutten J, Leffers P, Twijnstra A. 2000. *De incidentie van traumatisch schedel- of hersenletsel in het adherentiegebied van het Academisch Ziekenhuis Maastricht in 1997*. Ned Tijdschr Geneeskd, 144: 1915-8.
3. Hermans E. Wiens kopzorg. Een pilot-onderzoek naar verwijspatronen bij kinderen en jongeren met Niet Aangeboren Hersenletsel in Haaglanden en Zuid Holland Zuid. NIZW, 2006.
4. Hermans E. Kopzorg genoeg. Een pilot-onderzoek naar verwijspatronen bij kinderen en jongeren met Niet Aangeboren Hersenletsel in Limburg. NIZW 2006.

Items ten aanzien van emotie en gedrag:

- Somber, neerslachtig, depressief
- Onverschillig, koel
- Angstgevoelens
- Snel emotioneel, snel huilen, Snel geïrriteerd, prikkelbaar
- Verminderd inzicht in eigen functioneren
- Snel en vaak moe/(hoofd)pijn
- Op zichzelf gericht, weinig sociale contacten
- Het niet kunnen inschatten van sociale situaties

5. Kolb, B. *Brain plasticity and behaviour*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 67-91, 1995.
6. Andrews, TK, Rose FD, Johnson, DA. *Social and behavioural effects of traumatic brain injury in children*. *Brain Injury*, 1998; 12: 133-8.
7. Mc Kinlay A., Dalrymple, J., Horwood, L., Fergusson, D. *Long term psychosocial outcomes after mild head injuries in early childhood*. *Journal of neurological neurosurgery and Psychiatry* 2005; 73: 249-54.
8. Hawley CA et al. *Return to school after brain injury*. *Arch Dis Child* 2004, 89(2): 136-142
9. Heugten, C. van, Rasquin S., Winkens I., Ritzen, W. *De Brain Injury-Alert: een signaleringsinstrument voor de onzichtbare gevolgen van verworven hersenletsel bij kinderen en jongeren*. *Revalida* 152, 2009; 2-5.
10. *Kinderen met NAH: informatie voor ouders en gezinsleden*, 2004, ISBN 90 5931 284 8. Deze publicatie à € 18,- is te bestellen via Axon leertrajecten via de website <http://www.axonleertrajecten.nl/publicaties/boeken-voor-professionals/kr-arbeidsbegeleiders.html>

Auteurs

W. Ritzen, Vilans, kenniscentrum voor langdurige zorg, Utrecht
I. Winkens, School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht
C. van Heugten, School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht
S. Rasquin, School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht en Adelante Zorggroep, Hoensbroek