



Rett og urett

Spalten omhandler juridiske forhold av betydning for leger. Ideer og innlegg sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet

Hos fire pasienter med oversett subaraknoidalblødning fant Helsetilsynet at anamnesticke opplysninger var undervurdert og utredningen mangelfull. Ingen av dem var blitt utredet med spinalpunksjon, og negativ cerebral CT var blitt tillagt for stor vekt. Håndteringen av pasientene ble vurdert som uforsvarlig.

Subaraknoidalblødning er en alvorlig diagnose med høy mortalitet og stor fare for varig men hos dem som overlever. Tilstrekkelig utredning er nødvendig for å kunne gi adekvat behandling (1–4). Helsetilsynet har den siste tiden hatt fire saker der behandling er blitt utsatt som følge av mangelfull primær utredning. Helsetilsynet har i alle sakene vurdert om aktørene har opptrådt forsvarlig ved utredning og behandling av disse pasientene, jf. lov om helsepersonell § 4 og lov om spesialisthelsetjeneste § 2-2. Med denne artikkelen ønsker Helsetilsynet å vise til hvilke forhold vi fant uforsvarlige. Vi ønsker dessuten å peke på forbedringspotensialer i håndteringen av pasienter med akutt innsettende hodepine.

Pasient 1. En 17 år gammel tidligere frisk pike fikk under fest akutt innsettende, intens hodepine med oppkast og rykninger i høyre arm. Ved undersøkelse hos primærlege angav hun smerter ved bøyning av hodet fremover, men var ikke egentlig nakkestiv. Hun ble innlagt som øyeblikkelig hjelp ved barneavdelingen i lokalsykehuset. Der la man stor vekt på hennes lave kroppsvekt og skrev henne ut med en psykiatrisk diagnose etter at subaraknoidalblødning og tumor ble ansett for å være utelukket fordi cerebral CT uten og med kontrast tatt tre døgn etter at symptomene oppstod, var negativ. Pasientens hodepine vedvarte. Hun var generelt uvel og nedfor. Etter tre uker fikk hun på ny akutt, sterk hodepine ledsaget av oppkast. Hun utviklet dobbeltsyn og fikk generaliserte kramper med fokal start. Hun ble innlagt i sykehus i koma-tos tilstand. Ny cerebral CT viste blødning på undersiden av venstre temporallapp. Etter konferanse med nevrokirurg ble det tatt MR-angiografi, som viste aneurisme. Hun ble vellykket operert ved nevrokirurgisk avdeling, men med bestående nevrologiske utfall.

Helsetilsynets vurdering

Allerede innleggelsesdagen rettet barnelegene oppmerksomheten på tegn som ikke kunne forklare pasientens akutt innsettende hodepine og hennes fokale nevrologiske symptomer i akuttfasen. At pasienten aldri tidligere hadde vært plaget av hodepine, at hun nå fikk en akutt innsettende hodepine og at hun våknet med hodepine mens hun var under observasjon i sykehus, ble ikke vektlagt. Nevrolog ble ikke rådspurt. Helsetilsynet mente at barneavdelingen hadde opptrådt uforsvarlig ved at pasientens aktuelle symptomer og tegn både før og etter innleggelse i avdelingen ikke var tatt tilstrekkelig alvorlig, men at det ensidig var lagt vekt på andre forhold, spesielt hennes lave kroppsvekt. Helsetilsynet mente videre at utredningen var mangelfull ved at det bare var tatt cerebral CT og ikke utført ytterligere undersøkelse, for eksempel spinalpunksjon, for å utelukke en sannsynlig og alvorlig diagnose.

Pasient 2. En 40 år gammel kvinne med cystenyre fikk akutt innsettende nakke- og hodesmerter ledsaget av kvalme, oppkast og lysskyhet. Legevaktlegen fant lett forhøyet blodtrykk og øm nakkemuskulatur, men ikke nakkestivhet. Han valgte å se tilstanden an, men bad pasienten kontakte lege ved forverring. Ni dager senere ble pasienten lagt inn i sykehus med mistanke om hjernebetennelse, fordi hun da hadde feber og var nakkestiv og lyssky. Ved sykehuset fant man ikke nakkestivhet, og man unnlot derfor å utføre spinalpunksjon. Dagen etter innleggelsen ble det tatt cerebral CT, som ikke viste blødning. Pasienten hadde vedvarende hodepine, kvalme og forhøyet blodtrykk under sykehusoppholdet. Hun hadde vært deprimert over lengre tid og hadde kontakt med psykiater. Sykehuset mente at pasienten

hadde tensjonshodepine som følge av stress og muskelsmerter. 11 dager etter utskrivelsen døde hun. Obduksjon viste at subaraknoidalblødning var dødsårsaken.

Helsetilsynets vurdering

Helsetilsynet fant det uforsvarlig at det ved sykehuset bare ble gjort en infeksjonsutredning og at pasientens vedvarende hodepine, kvalme og forhøyet blodtrykk under sykehusoppholdet ikke ble sett i sammenheng med opplysningene om sykdomsdebuten og derfor utredet mer. Sykehuset hadde nevrologisk avdeling, og nevrolog burde vært rådspurt, siden hennes hovedsymptomer var cerebrale. Helsetilsynet mente også at en negativ cerebral CT tatt ti dager etter symptomdebut ble tillagt for stor vekt og at ytterligere utredning med for eksempel spinalpunksjon burde vært utført. Helsetilsynet fant imidlertid ikke grunn til å kritisere sykehuset for at pasientens økte risiko for subaraknoidalblødning ved cystenyre ikke ble tillagt vekt. Helsetilsynet ville sannsynlig vurdert dette annerledes dersom pasienten hadde vært innlagt i et universitetssykehus.

Pasient 3. En 42 år gammel kvinne med hypertensjon følte ved foroverbøyning plutselig at noe «smalt» i nakken. Hun fikk sterke smerter i nakke og bakhode, ble svimmel og kvalm, fikk uklart syn og fikk senere økende nakkestivhet. Samme kveld ble hun innlagt ved lokalsykehuset, der det umiddelbart ble tatt en cerebral CT, som ble tolket som negativ. Hodepinen avtok. Ved undersøkelse fant man palpasjonsømheter i nakken og forhøyet blodtrykk. Hun ble derfor utskrevet neste dag. Samme dag fikk hun på ny et liknende hodepineanfall, oppkast, bevissthets-tap og ufrivillig vannavgang. Hun ble innlagt på ny. Cerebral CT viste da blødning. Hun ble operert ved nevrokirurgisk avdeling. Postoperativt fikk hun hjerneødem og utviklet hemiplegi.

Helsetilsynets vurdering

Ved den første innleggelsen var mistanke om subaraknoidalblødning ikke nevnt i journalen. Radiolog ble ikke tilkalt for

å vurdere om det forelå tegn på intrakranial blødning på CT-bildene. Spinalpunksjon ble ikke utført. Pga. disse manglene vurderte Helsetilsynet at avdelingen hadde håndtert denne pasienten uforsvarlig.

Pasient 4. En 39 år gammel kvinne, som var uføretrygdet pga. mangeårig muskel- og skjelettplager og periodisk hodepine, fikk akutt innsettende hjertevondt, ble visnen i armene og tung i pusten og fikk hodesmerter og kortvarig bevissthetstap. Cerebral CT to dager senere var negativ. Dagen etterpå fikk hun tilsvarende symptomer og i tillegg ansiktssmerter. Neste dag ble hun innlagt i sykehus. Både neurologisk undersøkelse og cerebral CT var da negative. Hun ble derfor utskrevet med diagnosen myalgier. Fire uker senere fikk hun akutt hodepine med kvalme og mental uklarhet. Hun ble lagt inn i sykehus, var da smertepåvirket, lyssky og lydsky. Cerebral CT viste da en subaraknoidalblødning som følge av aneurisme. Hun ble operert ved nevrokirurgisk avdeling, men fikk vedvarende neurologiske utfall.

Helsetilsynets vurdering

Den sakkyndige i denne saken vektla at det i utredningen ikke var tatt tilstrekkelig hensyn til at det hadde vært en progresjon av symptomer fra første til andre innleggelse, og at det derfor ikke var tilstrekkelig å slå seg til ro med negativ cerebral CT ved den andre innleggelsen. Ytterligere utredning, i første rekke med spinalpunksjon, burde vært utført. Helsetilsynet vurderte derfor at pasienten hadde fått en uforsvarlig utredning.

Diskusjon

Alle de fire sykehistoriene inneholder flere av de klassiske hjerneblødningssymptomer som akutt innsettende hodepine, kvalme, lysskyhet, lydskyhet og fokale neurologiske symptomer ved førstegangs legekontakt. Hodepinen kom for alle «som lyn fra klar himmel». Felles i alle sakene er at symptomene og tegnene er angitt, men ikke tilstrekkelig vektlagt i den etterfølgende vurderingen og utredningen. I to av tilfellene har behandlende lege lagt avgjørende vekt på at nakkestivhet ikke forelå. Nakkestivhet kan forekomme i ulik grad ved subaraknoidalblødning (5). Ofte kan det, som hos pasient 1 og 3, bare foreligge en anamnestic opplysning om innskrenket nakkebevegelse. Opplysninger i journalene til de refererte pasientene tyder på at alle i noen grad var nakkestive.

Enkelte er pga. arv utsatt for å få aneurismer og har dermed økt risiko for å få subaraknoidalblødning (6–8). Bare hos én av de refererte pasientene er en risikofaktor for subaraknoidalblødning angitt (cystenyre). Om det i familien har vært tilfeller med aneurismer på cerebrale kar, er ikke angitt i noen av de aktuelle sakene.

Akutt innsettende hodepine betyr blødning inntil det motsatte er bevist. En grundig utredning for å avkrefte blødning er derfor nødvendig. Klinisk undersøkelse med adekvat neurologisk vurdering er en selvfølge. I tillegg er cerebral CT indisert. Sjansen for å oppdage en subaraknoidalblødning på cerebral CT avtar betydelig med tiden etter symptomdebut. På samme dag som symptomdebut er sjansen for å finne en subaraknoidalblødning på cerebral CT 95 %. Tre dager senere er sjansen sunket til ca. 75 %, én uke senere til 50 %, to uker senere til 30 % og tre uker senere til nesten null. En negativ cerebral CT må derfor alltid vurderes i forhold til tidspunkt for symptomdebut (9).

Spinalpunksjon ble ikke gjort i noen av de refererte sakene ved første innleggelse til tross for at det ikke hos noen av pasientene er opplyst om kontraindikasjoner for å utføre en slik undersøkelse. Blod i spinalvæsken vil lettere kunne påvises ved spinalvæskeundersøkelse enn ved cerebral CT, selv om det også her er en avtakende sjanse for påvisning jo lengre tid etter symptomdebut. Det vil være indisert å spinalpunktere pasienter med sykehistorie som kan gi mistanke om hjerneblødning, spesielt hvis cerebral CT er negativ (1, 9, 10). MR kan gjøres enten som alternativ til cerebral CT eller som supplement. Heller ikke MR-undersøkelse vil alltid kunne erstatte en spinalpunksjon.

Ingen av de nevnte pasientene ble primært lagt inn i neurologisk avdeling. En ble lagt inn i barneavdeling, de andre på medisinske avdelinger. Ulike medisinske spesialister vil kunne vurdere symptomer og tegn forskjellig. Et samarbeid over avdelingsgrensene kan være avgjørende for å få en riktig vurdering av vanskelige sykehistorier. Mange vil hevde at akutt innsettende hodepine i utgangspunktet er en tilstand som tilhører faget neurologi. Dersom det er mulig, bør spesialist i neurologi rådføres når pasienter med uavklarte årsaker til hodepine er innlagt i andre avdelinger.

Felles i de nevnte sakene er at man på sviktende grunnlag har endt opp med psykiatriske tolkninger av symptomer og tegn. Enhver diagnose krever medisinsk vurdering. Fortsatt er en grundig anamnese en vesentlig del av vurderingsgrunnlaget. Når sykehistoriene leses i ettertid, er viktige kardinalsymptomer oversett, og det virker søkt at den akutt innsettende hodepinen er oppfattet som psykisk betinget. Fellestrekk i de nevnte sakene er at:

- det ble lagt for liten vekt på de anamnesticke opplysningene
- det var for lite samarbeid mellom relevante spesialiteter
- utredning og klinisk observasjon var mangelfull

- cerebral CT var eneste supplerende undersøkelse
- negativt CT-funn ble tillagt for stor vekt
- spinalpunksjon ble ikke utført og burde vært vurdert

Håndteringen av pasientene ble vurdert som uforsvarlig og dermed et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Pga. de alvorlige konsekvenser en oversett subaraknoidalblødning kan få, finner Helsetilsynet grunn til å minne om at de ovenfornevnte elementer må inngå i god praksis for behandling av pasienter med akutt innsettende hodepine.

Grethe Hellstrøm Hoddevik

ghh@helsetilsynet.no

Grete Bjørang

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Litteratur

1. Magnæs B. Subaraknoidalblødning er fremdeles en meget alvorlig sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1878.
2. Medele RJ, Schmid-Elsaesser R, Steiger HJ. Therapy of subarachnoid hemorrhage. First aid already on site! MMW Fortschr Med 2000; 142: 29–31.
3. Martinez-Manas R, Ibanez G, Macho J et al. A study of 234 patients with subarachnoid hemorrhage of aneurysmic and cryptogenic origin. Neurocirugia (Astur) 2002; 13: 181–93.
4. Mayberg MR, Batjer HH, Dacey R et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke 1994; 25: 2315–28.
5. Grunwald IQ, Holst B, Moller V et al. Clinic diagnosis and therapy of subarachnoidal hemorrhage. Radiologe 2002; 42: 860–70.
6. Permiakov NK, Negretskii AP, Krylov VV et al. Cerebral artery aneurysms: Clinico-anatomic analysis of 610 cases. Arkh Patol 1993; 55: 10–6.
7. Bozza A, Aguirari G, Scapoli C et al. Autosomal dominant polycystic kidney disease linked to PKD2 locus in family with severe extrarenal manifestation. Am J Nephrol 1997; 17: 458–61.
8. Enger E. Subaraknoidalblødning – muligheter for profylakse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2360.
9. Berstad AE, Bo SH, Sortland O. Cerebral computertomografi ved subaraknoidalblødning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 267–71.
10. Kloster R. Subaraknoidalblødning i Vestfold. Forekomst og prognose. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1879–82.