

Helsetilsynet i Hordaland

Postboks 7310
5020 Bergen

Deres ref:

Vår ref: 2011/3220-
192/2012

Kjellfrid Laugaland, tlf 52732045

Haugesund,
03.01.2012**Samarbeid og logistikk ved innlegging av akutte nevrologiske / nevrokirurgiske tilstandar**

Vi syner til brev dagsett 22.11.11.

Kommuneoverlegen i Sauda har i brev datert 10. november 2011 til Helse Fonna bedt om avklaring på kvar pasientar frå indre Ryfylke/indre Haugaland med akutte nevrologiske tilstandar skal sendast, og at det vert utarbeidde retningsliner for dette. Helsetilsynet i Rogaland fekk kopi av dette brevet, og oversendte brevet til Helsetilsynet i Hordaland. Fylkeslegen i Hordaland påpeikar deretter i likelydande brev dagsett 22.11.11 til helseføretaka i Bergen, Stavanger og Fonna at spørsmåla er velgrunna og nødvendige, og har bedt om om at kopi av svar skulle sendast både til Helsetilsynet i Rogaland og Helsetilsynet i Hordaland.

Kommuneoverlegen har fått svar på brevet til Helse Fonna den 05.12.11. Kopi av svarbrevet vart sendt til begge helsetilsyna. Det kan likevel vera på sin plass med nokre tilleggssopplysningar.

I svarbrev frå Helse Fonna vart det presisert at hovudregelen er at pasientar med akutt, nevrologisk sjukdom tilhøyrande Helse Fonna sitt nedlagsfelt, skal innleggjast ved sjukehus i Helse Fonna. Primærlege kontaktar anten AMK-sentralen eller vakthavande ved næraste sjukehus – avhengig av hastegrad. I AMK-sentralen fylgjer personalet instruksar og rutinar i nasjonal Medisinsk Index. Dersom det vert vurdert å vera behov for behandling ved universitetssjukehus, tek vakthavande lege i Helse Fonna kontakt med vakthavande legar ved SUS eller HUS før transport dit. Transport kan så skje direkte til universitetssjukehus, eller etter diagnostikk og oppstart av behandling i Helse Fonna. Vidaretransport er særleg aktuelt dersom det er indikasjon for embolektomi eller intraarteriell trombose ved hjerneslag, noko som ikkje vert utført i Helse Fonna. Ved hovudtraumer eller andre tilstandar der det kan vera aktuelt med nevrokirurgi, skal pasientar frå Helse Fonna-området transporterast snarast til endeleg behandlingsstad – dvs Helse Bergen. Vi har også fått bekrefte (tlf 02.01.11, seksjonsoverlege Svein Arne Hapnes) at desse retningslinene vert følgde av Norsk Luftambulans når denne tenesta er mobilisert: Pasientar frå Helse Fonna-området vert transporterte til Haugesund sjukehus med mindre det er nevrokirurgiske problemstillingar – då vert pasienten transportert til Haukeland Universitetssjukehus. Unntaket er hvis ekstreme værtilhøve tilseier det er naudsynt å fly til anna sjukehus – i slike tilfelle er det fartøysjefen som må ta endeleg avgjerd basert på flysikkerhet.

Internt i Helse Fonna vert pasientar med nevrologiske sjukdomar behandla i tråd med nasjonale retningsliner. Lokalt tilpassa eksempel (under revisjon) er vedlagt.


Status har vore gjennomgått i Fagdirektørmøtet i Helse Vest, og vi er omforeinte om dei retningslinene som vert praktiserte i dag.

Endeleg kan vi opplyse at utkast til samarbeidsavtale som omhandlar beredskapsplanar og akuttmedisinsk kjede (tenesteavtale 11) mellom Helse Fonna og tilhøyrande kommunar skal handsamast i møte i sjukehusstyret den 12. januar 2012.

Helse Fonna HF



Olav Klausen
Adm. dir.



Kjellfrid Laugaland
fagsjef

Vedlegg:

- Retningsliner for

- (1) akutt nedsatt bevissthet – lammelser (med. index) – indexkort 27
- (2) supplement til indexkort 27 om slag (utarbeidet i Helse Fonna)
- (3) påvirket bevissthet- ukjent årsak (med index)
- (4) hodesmerter (med. index)
- (5) akutt hodepine inkl. subarachnoidalblødning (Helse Fonna, under revisjon)

- Svarbrev til kommuneoverlege Brita Øygard, Sauda kommune, dagsett 05.12.11

Kopi:

Helsetilsynet i Rogaland, Postboks 59, 4001 Stavanger

Helse Vest v/adm. dir.

Helse Bergen v/adm. dir.

Helse Stavanger v/adm. dir.

Kommuneoverlege Brita Øygard, Sauda kommune, Postboks 44, 4201 Sauda

Klinikkdirektør med. klinikk, Helse Fonna, Laila Nemeth

Klinikkdirektør med. service, Helse Fonna, Anne Hilde Bjøntegård

Seksjonsleiar nevrologisk seksjon, Helse Fonna, Ineke HogenEsch



HELSETILSYNET
I HORDALAND

2011/3220-2

Likelydande brev til:
Helse Fonna HF v/ adm. direktør
Helse Stavanger HF v/ adm. direktør
Helse Bergen HF v/adm. direktør

DYKKAR REF.:

VÅR REF. (TA MED VED SVAR):

DATO:

2011/15134

22.11.2011

Samarbeid og logistikk ved innlegging av akutte nevrologiske / nevrokirurgiske tilstandar

Kommuneoverlegen i Sauda har i brev av 10. november 2011 bedt om avklaring på kvar pasientar frå indre Ryfylke/indre Haugaland med akutte nevrologiske tilstandar skal sendast og om at det blir utarbeidd retningsliner for dette, jf. vedlegg. Problemstillingar som legevaktslege kan møte ved spørsmål om innlegging er konkretiserte. Det går mellom anna fram at det ikkje synest vere ei felles oppfatning mellom dei nevrologiske avdelingane om kvar pasientane skal sendast.

Helsetilsynet i Rogaland har oversendt brevet frå kommuneoverlegen i Sauda til Helsetilsynet i Hordaland.

Helsetilsynet i Rogaland og Helsetilsynet i Hordaland meiner behovet for avklaring slik kommuneoverlegen ber om, er velgrunna og nødvendig. På vegne av dei to helsetilsyna ber vi om at kopi av svaret til kommuneoverlegen blir sendt til Helsetilsynet i Rogaland og Helsetilsynet i Hordaland.

Med helsing

Helga Arianson
fylkeslege

Anne Grete Robøle
seksjonsleiar

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.

Vedlegg:

Brev av 10. januar 2011 frå kommuneoverlege Brita Øygard, Sauda kommune til Helsetilsynet i Rogaland

Velg indeksgruppe:
 27 Nedsatt bevissthet - lammelser

Velg indeksekriterie:

Nr	Tekst
A.27.01	Reagerer ikke på tilrop og risting.
A.27.02	Pustevansker.
A.27.03	Plutselig skjevhet i ansiktet.
A.27.04	Plutselig nedsatt kraft i en arm eller en fot.
A.27.05	Plutselig vansker med å snakke.
A.27.06	Tiltagende uklar/sløv - mistanke om hjerneslag.
A.27.07	Plutselig intens og uvanlig hodepine.
A.27.08	Fortsatt våken, men holder på å besvime.
A.27.09	Blek og klam.
A.27.10	Plutselig sterke magesmerter.
A.27.11	Plutselig hurtig puls og virker medtatt.
H.27.01	Har hatt krampeanfall, har kjent epilepsi og er fortsatt bevisstløs.
H.27.02	Har hatt krampeanfall, og er fortsatt like sløv/forvirret etter mer enn 20 min.
H.27.03	Plutselig uklar/sløv uten åpenbar forklaring.
H.27.04	Vedvarende sløv eller forvirret.
H.27.05	Plutselig lammelse som raskt har blitt bedre.
H.27.06	Mistet bevisstheten flere ganger siste døgn.
H.27.07	Plutselig synstap på det ene øyet.
V.27.01	Besvimte, men våken og OK nå.
V.27.02	Besvimte etter å ha tatt nitroglyserin, men er våken nå.
V.27.03	Har kjent epilepsi. Er i ferd med å våkne etter et anfall.

OK Avbryt

sl	Ryk	F
02		
04	09:05	09
03	09:58	09
05	08:49	09
05	09:58	09
08	09:41	09
09		
06	10:07	
01	09:41	
00	07:00	
06	08:24	
03	07:50	

Supplement til Indexkort 27 – Nedsatt bevissthet – lammelser.

Pasienter med mistanke om hjerneslag.

Pasienter med plutselig innsettende skjevhet i ansikt (A.27.03), plutselig nedsatt kraft i en arm eller fot (A.27.04), plutselig vansker med å snakke (A.27.05), tliggende uklar/sløv – mistanke om hjerneslag (A.27.06). Plutselig innsettende vedvarende synsforstyrrelse kan også skyldes hjerneslag.

Intravenøs trombolyse kan være aktuelt inntil 4,5 timer etter symptomdebut. Dette kan gjøres på sykehusene i Helse Fonna. Embolectomi og intraarteriell trombolyse kan være aktuelt inntil 6 timer etter symptomdebut. Pasientene fra Helse Fonna må sendes til HUS for denne behandlingen.

Det er uansett av avgjørende betydning å komme tidlig i gang med behandling. Ved < 6 timer siden symptomdebut gjøres følgende:

Prosedyre:

Lege/ambulansealarm i aktuell kommune.

Kontakt vakthavende nevrolog/indremedisiner ved nærmeste sykehus umiddelbart og informer.

Hvis transporttid med ambulanse > 30 minutter; vurder luftambulanse, konferer med vakthavende nevrolog/indremedisiner.

Varsle akuttmottak. Pasienten skal umiddelbart ta blodprøver i akuttmottaket og deretter direkte til CT.

07.01.2010

Leif Landa

Seksjonsoverlege

AMK/Ambulanse

NB. Erstatte tidligere Retningslinjer for AMK ved mistanke om hjerneslag.

Påvirket bevissthet – ukjent årsak			
Tegn og symptomer	Undersøkelse	Tiltak	Overvåkning
Nedsatt bevissthet	Primær us.	Basal	Spesielt/ aktuelt
Respirasjonsproblem	Vitale funksjoner	Se primærhåndtering	Vitale funksjoner
Sirkulasjons-svikt	Avklar hovedproblem	O ₂ -behandling	Glasgow Coma Score
Kramper		Vurder assistert ventilasjon	O ₂ -metning
Lammelser		Leiring etter tilstand	Puls
		Skånsom håndtering	EKG
		Temperaturkonservering	BT

Fortsettes:

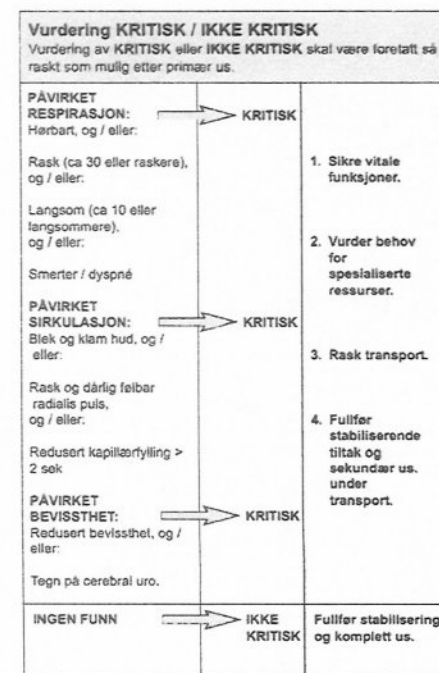
Sekundær us.	Avansert	Andre tilstander
Sykehistorie	Etabler venetilgang Vurder Ringer i.v.	Hjerneslag
Akutte hodesmerter		Subaraknoidalblødning
Lammelser?	Ved kramper: Se Kramper - krampekupering	Subduralblødning
Traume?		Epilepsi
Lysskyhet	Ved hypoglykemi: Se Hypoglykemi	Meningitt
Nakkesmerter /-stivhet	Ved opiat overdose: Se Opiat overdose.	Hypo- /hypertermi
Utslett / petekkier?		Forgiftninger / allergi
Glasgow Coma Score		Hypo- /hyperglykemi
Pupilleforandringer?		Delir
Kroppstemperatur		Hjerte og lungesykdommer
Blodsukker		Hyperventilasjon
		Traumer

Merknader

- Påvirket bevissthet kan være et generelt symptom på mange sykdoms-tilstander eller skader
- NB: Pasient med påvirket bevissthet skal undersøkes av lege. Skal **ALDRI** til politiarrest eller forlates uten at dette er klart av lege.
- Hvis vurdering gjøres uten at lege er tilstede og pasienten ikke følger ambulansen til legevakt/sykehus skal ambulanspersonellet snarest mulig gjennom direkte kontakt med lokal vaktlege informere om: om stendigheter og hvilken vurdering som er gjort.
- Dersom pasienten nekter å bli med til legevakt/sykehus og man vurderer det som uforsvarlig å forlate han eller at han kan være til fare for seg selv eller andre, kan tvang anvendes. Kontakt evt. politiet for hjelp.

Hodesmerter			
Tegn og symptomer	Undersøkelse	Tiltak	Overvåkning
Nedsatt bevissthet	Primær us.	Basal	Spesielt/ aktuelt
Nevrologiske utfall	Vitale funksjoner	Se primærhåndtering	Vitale funksjoner O ₂ -metning (over 95 %) Puls BT
Respirasjonsproblem	Avklar hovedproblem	Evt. O ₂ -behandling Leiring etter tilstand	
Sirkulasjonssvikt		Skånsom håndtering	
Kramper	Sekundær us.	Avansert	Andre tilstander
Tretthet / sløvhet	Sykehistorie Sykdomsutvikling Traume? Lysskyhet? Nakke-stivhet? Utslett / petekkier?	Etabler venetilgang Ved kvalme Evt: Afipran 10 mg iv.	Hjerneslag Subaraknoidalblødning Subduralblødning Epilepsi
Amnesi	Glasgow Coma Score Nevrologiske utfall? Kroppstemperatur Blodsukker	Ved kramper Se: Kramper /krampekupering Ved lavt blodsukker Se: Hypoglykemi	Meningitt Hypo- /hypertermi Forgiftninger /allergi Hypo/ hyperglykemi Nye og tidligere traumer
Merknader			
• Alvorlighetsgrad trenger ikke være åpenbar med det samme.			

Primær undersøkelse og håndtering – tabell	
A Luftveier: <ul style="list-style-type: none"> • Apne • Delvis ufrie • Snorka/surkløyer • Ufrie 	Luftveier: <ul style="list-style-type: none"> • Kjevegrep / hakeløft • Fjern fremmedlegeme • Svelgtube • Sug • Intubasjon
B Respirasjon: <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Anstrengt <ul style="list-style-type: none"> - Dybde og frekvens - Cyanose - Sidelikhet - respirasjonstyd - Stabilitet i thorax • Stans 	Respirasjon: <ul style="list-style-type: none"> • Berolige: rolig og trygg fremferd • Overkroppen hevet • O₂ • Assistert ventilasjon • Ventilasjon
C Sirkulasjon: <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Nedsatt <ul style="list-style-type: none"> - Hud: Temperatur, farge og fuktighet - Radialis puls: Feibar, svak, hurtig eller langsom - Kapillærfylling > 2 sek. • Stans 	Sirkulasjon: <ul style="list-style-type: none"> • Hindre varmetap • Blodningskontroll • Sjøkkleie • Bryskompresjon • Defibrilering
D Bevissthet: <ul style="list-style-type: none"> • Våken • Nedsatt bevissthet • Bevisstløs • Glasgow Coma Score 	Bevissthet: <ul style="list-style-type: none"> • Sideleie • Obs. aspirasjonfare • Beskytt nakken
Avklar hovedproblem: Hva har skjedd? Avklar: Kritisk/ikke kritisk. Husk rask tilbakemelding til AMK ved behov for spesialiserte/økte ressurser. Beskytt nakke og rygg	



Medisinsk - Nevrologi - Generell prosedyremal

bedlegg (5)

Akutt hodepine inkl. subarachnoidal blødning

Ugyldig! **Gått ut på dato.** Under revisjon.**Innhold**

Om dokumentet

Kvittering

Tilbakemelding

Beskrivelse

 Vis tomme felter

- [1.Fritekst](#)

1. Fritekst**AKUTT HODEPINE INKL. SUBARACHNOIDALBLØDNING**

Hodepine som er intens og når smertetopp raskt, fra sekunder til noen minutter, av og til lenger. Pasienten beskriver den ofte som den verste hodepine noensinne, og som annerledes enn tidligere hodepine. Fra litteraturen og av erfaring vet vi at det kan være vanskelig å skille livstruende tilstander fra ufarlige hodepinetilstander bare ved hjelp av sykehistorie og kliniske funn.

Håndtering:

Pasienten mottas til innleggelse/vurdering som øyeblikkelig hjelp, for å avklare om det foreligger en livstruende tilstand som subaraknoidalblødning (SAB), bakteriell meningitt eller intracerebral blødning. Pas. legges i seng og holdes liggende til SAB er avkrefret. Sedasjon bør unngås, men pas bør ha smertelindring.

Aktuell sykehistorie opptas raskt, fra pas og eventuelle komparenter, med spesiell vekt på omstendighetene rundt hodepinedebut og eventuelle ledsagende symptomer. (Hvor raskt utviklet hodepinen seg: 1 sekund?, 1 minutt?)

Hva holdt pasienten på med da hodepinen startet? Initialt bevissthetstap? Kvalme, oppkast?

Synsforstyrrelser?

Medikamenter, stoff (nitrater, kokain, amfetamin?)

Undersøkelse:

- Bevissthetsnivå graderes ved Glasgow Coma Scale.
- Orienteringsevne for tid, sted, egne data og situasjon
- Puls, BT, temperatur, blodprøver, EKG
- Nevrologisk status, Obs nakkestivhet, oftalmoskopi, pupillereaksjon, øyenmotilitet, talefunksjon, bevegelser i ekstremiteter spontant og på kommando, muskeltonus, orienterende krafttesting uten å belaste pas, samt reflekser spesielt plantarreflekser.

Cerebral CT rekvireres som øyeblikkelig hjelp. Dersom cerebral CT avslører patologi, skal pas behandles i henhold til aktuell prosedyre (SAB, intracerebral blødning, cerebralt infarkt). Man skal da **ikke** spinalpunktere pas.

Ved normal cerebral CT skal spinalpunksjon gjøres. Ved sterk mistanke om bakteriell meningitt, som høy feber, redusert almentilstand og evt petekkier, gjøres spinalpunksjon umiddelbart etter CT. Uten slik mistanke bør man vente med spinalpunksjon til det er gått 12 timer **fra hodepinedebut**. Bare da kan man være sikker på å ikke overse en SAB.

Det gjøres trykkmåling og taes prøver til celletall, protein, glukose, bakteriologisk undersøkelse

(agarskåler), virusantistoffer, og glass til spektrofotometri.

Utseende av spinalvæsken bedømmes av legen, og på laboratoriet før og etter sentrifugering.

Spektrofotometri må gjøres for å kunne avgjøre med sikkerhet om det foreligger bilirubin i spinalvæsken, som tegn på nedbryting av blod in vivo. Den kan bestilles også utenom vanlig arbeidstid, bedømmes av vakthavende nevrolog da. Er punksjon foretatt 12 timer etter hodepinedebut, og spektrofotometri er negativ, kan SAB utelukkes.

I perioden før slik avklaring foreligger, og i påvent av overflytting til HUS skal pas behandles som SAB og **legges på intensiv post** til overvåking dersom reell sterk mistanke, ellers eventuell med hyppig overvåking på nevrologisk sengepost.

Videre tiltak:

Dersom det foreligger SAB, skal nevrokirurgisk avdeling HUS kontaktes omgående og pasient flyttes til intensiv post umiddelbart, kontakt vakthavende anestesist for avtale. Pas må få adekvat med smertestillende og kvalmestillende medikasjon før transporten, og bør følges i ambulansen av anestesipersonell som kan intubere ved behov. Det er viktigere med rask transport til nevrokirurgisk avdeling enn å bruke tid på å igangsette infusjon av Nimotop. Cyklokapron gis før avreise i dosering 1g i.v., men bare ved spontan ikke traumatisk SAB og dersom det er mindre enn 48 timer siden hodepinedebut.

Dersom transporten utsettes, gis Nimotop tabl. 60mg x 6, eller i.v. 1mg/time (se Felleskatalog). Streng sengeleie, rikelig med væske (2500 - 3000 ml)

- BT: hypertensjon øker faren for reblødning, hypotensjon kan øke ischemi ved spasmer. Absolutte grenser for tiltak kan ikke gis, er avhengige av alder og evt. tidligere hypertensjon. Konf. med nevrokirurg, evt. indremedisiner ved meget høye trykk (>200-220/120).

- Smertelindring: Paracet 1g rectalt x 4 - 6, Largactil 12,5 mg i.m. x 6 (også mot kvalme og hypertensjon), Ketorax 5 – 7,5 mg im x 6. Behandling av kvalme.

- Overvåking: bevissthetstilstand, evt. ved hjelp av Glasgow Coma Scale. BT hver 2.time (oftere ved bevissthetssvekket pasient).

Praktisk viktig **klassifisering** på vakt:

1. Subarachnoidalblødning (SAH)? => Kontakt Nevrokirurgisk avd. HUS (55975000)
2. Bakteriell meningitt? => Se egen prosedyre, infeksjonsmedisinsk avdeling kontakte straks.
3. Intrakranielt hematom ? => Kontakt Nevrokirurgisk avd., spesielt ved hematom i bakskalleprop.
4. Migrene
5. Tensjonshodepine
6. Benign anstrengelsesutløst hodepine
7. (Sphenoidal) sinusitt
8. Klase- hodepine
9. Cluster – hodepine
10. Akutt glaukom
11. Temporalisarteritt
12. Hypofysær apoplexi
13. carotis-/vertebralis disseksjon => se kapittel under hjerneslag

Dokumentets URL

http://fonnanett.ihelse.net/modules/module_136/handbook_view.aspx?documentId=1707

mer informasjon om tilstanden til pasienten. Ved luftambulansetransport er det fartøysjefen som har endelig beslutningsmyndighet for hvilket sykehus pasienten skal transporteres til (værforhold, etc).

Selv om luftambulansetransport er vurdert til ikke å være nødvendig, vil det i sjeldne tilfeller være mest hensiktsmessig å transportere pasienten til Bergen eller Stavanger. Også i slike tilfeller vil nevrolog gjøre nødvendige avklaringer med mottakersykehuset.

Aktuelle prosedyrer er allerede avtalt med legene ved nevrologisk seksjon.

Vi håper at pasienter med akutte nevrologiske tilstander kommer raskere til diagnostisk avklaring og behandling med nye/oppdaterte retningslinjer, og at primærlegene vil oppleve forbedret logistikk ved innleggelser av pasienter med akutte nevrologiske tilstander.

Endelig takker vi for tilbakemeldingen, som er til stor hjelp i kontinuerlig forbedringsarbeid i foretaket. Vi vil også være takknemlige om vi kunne få tilbakemelding om et halvt års tid om legene i Sauda opplever konkret forbedring.

Helse Fonna HF

Olav Klausen
Konst. Adm. dir.

Kjellfrid Laugaland
fagsjef

Kopi til:

Haukeland Universitetssjukehus, Praksiskonsulent, nevrologisk avdeling, 5021 Bergen

Helse Fonna praksiskonsulent, nevrologisk avdeling, 5504 Haugesund

Helsetilsynet i Rogaland, Postboks 59, 4001 Stavanger

Stavanger Universitetssjukehus, Praksiskonsulent, nevrologisk avdeling, 4011 Stavanger

Helsetilsynet i Hordaland, Pb 7310, 5020 Bergen

Laila Nemeth, klinikkdirektør, medisinsk klinikk

Ineke HogenEsch, seksjonsleder, nevrologisk seksjon