

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten

Tidlig diagnostikk og behandling av det alvorlig febersyke barnet

Ukom Rapport 2-2020

Resyme;

Gutt (Lukas) 20 mnd, 4 dagers sykehistorie med feber, kontakt med legevaktsentral, fastlege, innlagt barneavdeling, overflyttet universitetssykehus. Gutten dør 4.døgn. Obduksjonen konkluderte med at døden var forårsaket av hjernehinnebetennelse med pneumokokker, og at disse bakteriene trolig hadde spredd seg fra en infeksjon i luftveiene.

Hendelsesforløp;

Dag 1; Lukas har blitt syk med feber. Han er trett og slapp. Foreldrene ringer legevakten fordi Lukas hadde høy feber etter paracetamol. Legevakten ga råd om videre bruk av febernedssettende medikamenter og håndtering av febersykt barn.

Dag 2; Lukas hadde høy feber og ble hjemme fra barnehagen.

Dag 3; Lukas fikk time hos fastlegen da han hadde høy feber. Årsak til feber ikke funnet. CRP 37. Får med urinpose hjem. Ny legetime neste dag kl 11. Lukas våkner på natten, gråter og kaster opp. Temp 39,6 gr C. Ny paracetamol. Foreldrene avventet kontakt med legevakten grunnet ny legetime neste dag.

Dag 4; Lukas våkner ved 06-tiden med skrik, og han kastet opp flere ganger. Foreldrene kontaktet legevakten. Legevakten innhentet informasjon om at Lukas ikke hadde feber og var lett å vekke. Ble enige om å kontakte legekantoret rett etter åpningstid. Far kontaktet legekantoret rett etter åpningstid. Fikk tilbud om å komme, men måtte påberegne ventetid. De beholdt den opprinnelige timen. Ved us kl 11; CRP 143 mg/L. Lukas var varm og ga dårlig kontakt. Lukas undersøkes etter 40 min av lege. Feber uten kjent årsak. Legen oppfattet det som en alvorlig nedsatt allmenntilstand med slapphet, lite motstand og redusert kontakt. Legen bestilte ambulanse på rød respons, og hun kontaktet barnelegen på sykehuset. Ambulansen kom raskt til legekantoret. Ambulansen utførte egne undersøkelser og ga paracetamol og kjørte til sykehuset 30 min senere. Lukas sov under transport, men var lett å vekke. Turen tok 30 min. Normale målinger for respirasjon og sirkulasjon. GCS 14.

Mottaksrom på barneavdelingen 12.40; Lukas var slapp og gråt litt. Temp 36,0 gr C. Innlagt venekanyle, tatt blodprøver og blodkultur. Prøver fra nese og svelg. Forsøkt å ta urinprøve. Lukas protesterte lite på tiltakene. Gitt iv væske.

Mor ankommer sykehuset 13.40. Hun spør om det kan være hjernehinnebetennelse. Hun får beskjed om at Lukas ikke har de typiske tegnene som petekker og nakkestivhet.

CRP 188. PEVS scor viste lav scor; lite som indikerte alvorlig sykdom. Infeksjon med ukjent fokus. Forvakten har ikke startet opp med antibiotika. Avventer urinprøve.

Vaktskifte 15.00. Sykepleier oppfatter Lukas som alvorlig syk. Hun fikk ikke ordentlig kontakt med han, han var gulblek og slapp. Hun varslet legene 15.50. Legene gikk sammen inn til Lukas. Han var slapp, men hadde normale vitale parametere. Det ble ikke gjort endring i vurdering og behandling.

Ingen bedring av iv væske. Kl 17.00; iv antibiotika og antiviral behandling med cefotaxim og aciclovir. Nye prøver ble tatt i forkant. CRP 191. Hvite normale. Lukas flyttet til vanlig sengepost.

Rundt kl 19.20 reagerte mor på at Lukas gjorde rare sirkelbevegelser med armen mot det ene øyet. Mor tilkaller sykepleier. En halvtime senere får Lukas krampeanfoll. Lege blir tilkalt, det ble gitt Midazolam. Lukas fikk korte pustestans med fall i O2-metning. «Dårlig barn alarm» ble iverksatt. CT caput viste hevelse og tegn på forhøyet trykk i hjernen. Universitetssykehus ble kontaktet, det ble startet behandling mot forhøyet hjernetrykk.

Lukas ble fraktet til universitetssykehus med helikopter kl 21.45. Etter ankomst viste CT at blodsirkulasjonen i hjernen hadde opphørt. Foreldrene samtykker til organdonasjon. Organdonasjon vurdert ikke gjennomførbart dagen etter.

Lukas døde kl 22.59.

Hendelsen ble varslet til Statens helsetilsyn som avsluttet saken etter innledende undersøkelser. Etter klage fra foreldrene opprettet Fylkesmannen tilsynssak mot sykehuset. Konklusjon; «Fylkesmannen vurderer at det initiale mottaket og behandlingen av pasienten i akuttmottaket ikke var i tråd med god praksis. Sett i lys av dette, samt at bakvakten heller ikke ble kontaktet umiddelbart, finner Fylkesmannen at behandlingen av pasienten på akuttmottaket samlet sett utgjør et brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.» «Fylkesmannen er etter dette kommet til at oppfølgingen og behandlingen som ble gitt ved og etter vaktskiftet var i tråd med god praksis for norske barneavdelinger. Man kunne imidlertid ha gitt antibiotika en time tidligere enn det ble, med det er lite sannsynlig at dette ville endret utfallet. Det var heller ikke grunnlag for å ta CT tidligere enn det ble, og uansett usikkert om dette kunne ha ført til livreddende behandling».

Helsepersonell;

Totalt 61 ulike personer har vært i direkte eller indirekte kontakt med Lukas og foreldrene. 32 personer har hatt en innvirkning på hendelsesforløpet frem til Lukas døde.

Foreldrene tok kontakt med Ukom i mai 2019.

Ukoms hovedkonklusjon er at vurdering av allmenntilstand, svekkelse av allmenntilstand ikke er vurdert godt nok og ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret i fagmiljøer.

Vurdering av allmenntilstand;

McCarthy og medarbeidere beskrev i 1982 om barns allmenntilstand, «state of well-being» ut i fra vurderingen av seks parametere, hvorav fire beskriver adferd og to beskriver sirkulasjon. De seks parameterne er; gråt, reaksjon på foreldres stimuli, våkenhet, reaksjon på undersøkelsen, hudens farge, hydrering. Acute Illness Observation Scale (AIOS) ble oversatt og tilpasset norske forhold av barnelege Trond Markestad, publisert i «Klinisk Pediatri.» Den benyttes også i «Allmenntilstand» av Steinar Hunskaar samt «Legevaktshåndboken».

De fleste barneavdelinger benytter i dag skåringsverktøyet **PEVS**; Pediatrisk tidlig varslingskår, som vurderer **Respirasjon** A; respirasjonsfrekvens og B; respirasjonsarbeid og behov for O₂, **Sirkulasjon** C; hudfarge, puls, kapillærfyllingstid, **Adferd** D. E; BT, Temp, Smerte, GCS.

Totalscore max 13.

Ved skår 4 skal pasienten TILSES av lege innen 30 min. Ved skår > eller = 5 skal pasienten TILSES av lege umiddelbart.

PEVS ble brukt både ved innkomst og i vaktskiftet, men fanget ikke opp barnets alvorlige tilstand.

Konklusjon fra Ukom.

Læringspunkter;

Ukom anbefaler at nasjonale fagmiljøer utarbeider en mer enhetlig forståelse av hvordan allmenntilstand skal beskrives og vurderes. Dette kan være med på å bidra til å styrke tidlig diagnostikk og behandling av akutt febersyke barn.

Ukom anbefaler at beslutningsstøtteverktøyene (Telefonråd og Norsk index for medisinsk nødhjelp) som brukes på legevaktsentraler har tydelig informasjon til foreldre om faresignaler hos barn med feber.

Ukom anbefaler at kvalitetssikret informasjon om håndtering av og faresignaler hos febersyke barn, gjøres bedre tilgjengelig for foreldre.

Ukom anbefaler at det gjennom hele akuttkjeden utarbeides egne standarder og rutiner for dokumentasjon av foreldres observasjoner og vurdering av barn.

Helsedirektoraret publiserte de nasjonale faglige rådene «Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand».

30.april 2020.

Mine merknader i kursiv;

Temperatur dag 1 til 3 ikke oppgitt.

Det er ikke oppgitt hvilke råd legevakten ga om videre bruk av febernedsettende medikamenter og håndtering av febersykt barn dag 1.

Vitale parametere på legekantoret og i ambulansen ikke oppgitt.

PEVS score ikke oppgitt i rapporten. Heller ikke hvilke parametere som ble målt.

Det er vanskelig å påpeke evt svakheter ved respons og evt hva som kunne vært gjort annerledes når ingen målinger er oppgitt i rapporten. Her er det fokusert på allmenntilstand. Vurdering av allmenntilstand er en vurdering basert på skjønn. Det kan se ut til at scoringsverktøy, i dette tilfellet PEVS, blir for komplisert og forvirrende å bruke. Slik jeg leser denne rapporten er det opplagt at pasienten er alvorlig syk. Dette blir ikke fanget opp ved bruk av PEVS. Da blir hensikten med slike scoringsverktøy borte.

Mitt generelle inntrykk er at jo flere scoringsverktøy som brukes, jo mer «drukner» det medisinske skjønnet.

Det kunne vært sendt ut ambulanse på morgningen i 06-tiden dag 4. Pasienten kastet opp flere ganger. Han har vært undersøkt av lege dagen før og har ny legetime samme dag. Timene fra 06-11.40 medfører forsinkelse i behandlingen. En undersøkelse av ambulanse kl 06 ville gitt rask avklaring.

Fastlege oppfatter alvorlighetsgraden basert på slapphet, lite motstand, redusert kontakt og utløser rød respons. Antibiotika kunne vært startet ute av fastlege/ambulanse før transport til sykehus. Det tok 30 min før ambulansen dro, og det var 30 min til sykehus.

Det kommer ikke frem i rapporten om det har vært språkproblemer som har vanskeliggjort kommunikasjonen med legevaktsentralen.