

Upptäckten av RS-virusinfektion hos spädbarn försenades

Borde snabbt ha remitterat flickan till barnmedicinsk bedömning

Flickans ringa ålder och övriga hälsotillstånd innebar nedsatt immunförsvaret och nedsatt muskelkraft. Distriktsläkaren kritiseras därför för sin passiva handläggning, främst för att han inte snabbt remitterade flickan till barnmedicinsk bedömning. (HSAN 1051/06)

Den två månader gamla flickan kom till vårdcentralen den 13 februari med hosta och feber. Hon var född sex veckor för tidigt och hade Downs syndrom, ett öppetstående ductus arteriosus och syrebrist vid födseln. När distriktsläkaren undersökte henne var hon snabbbandad, men allmäntillståndet var gott. Diagnosen blev förkylning.

Vid ett telefonsamtal med en sjuksköterska två dagar senare framkom inget direkt alarmerande. Efter rapport från sköterskan bedömde distriktsläkaren att man kunde avvakta men rekommenderade mamman att söka jourmottagningen om flickan blev sämre.

Fick andningsstopp

Mamman kontaktade jourmottagningen, men flickan fick ett andningsstopp. Under ambulanstransport blev flickan bättre, och på sjukhuset bedömdes allmäntillståndet som gott. En undersökning visade att hon hade en RS-virusinfektion (respiratoriskt syncytialvirus).

Mamman anmälde distriktsläkaren. Ansvarsnämnden tog in flickans journal och yttrande från distriktsläkaren.

Denne uppgav att flickan vid undersökningen den 13 februari var vid gott allmäntillstånd – ej febril, ingen väsende andning.

Flickan hade fin färg och hostade ingenting under undersökningen. Där fanns

inga biljud från lungorna, inga tecken till lunginflammation eller annan bakteriell komplikation. CRP visade ett normalt värde. Han tolkade detta som en förkylning, en virusinfektion utan bakteriell komplikation.

Problemet var snuva och nästäppa, och han informerade mamman om vikten av att hålla näsan öppen med hjälp av

Nezeril och saltlösning regelbundet och framför allt före matning och sömn.

En eventuell remiss till barnklinik var inte uppe till diskussion. Han såg inget behov av en sådan, och modern frågade inte efter någon. Han uppmanade henne att kontakta vårdcentralen igen på dagtid eller jourcentralen på jourtid om flickan blev sämre.

RS-virusprovtagning med snabbtest har de inte tillgång till på vårdcentralen. Hade flickan haft trångt i luftrören, hög feber eller nedsatt allmäntillstånd hade han remitterat henne till barnklinik, där barnläkarna då brukar ta RS-virusprov, uppgav distriktsläkaren.

»Brast inte i riskbedömningen«

Vad gäller riskbedömning och bedömning av spädbarn med extra hög risk för att få RS-virusorsakade andningsbesvär av den grad att sjukhusvård krävs, finns detta beskrivet i Läkemiddelsverkets behandlingsrekommendationer från 2000, bakgrundsdokumentationen, hänvisade distriktsläkaren.

Där anges att vid RS-virusinfektion i åldern 0–1 år behövs sjukhusvård hos 1–2 procent av barnen utan riskfaktor, hos 2,3 procent vid underburenhet <35 veckor, hos 2,8 procent vid underburenhet <32 veckor. Påtagligt större är risken

vid hjärtfel, 6,1 procent (det rör sig om operationsfall eller hjärtfel med hjärtsvikt) samt vid kronisk lungsjukdom (cystisk fibros och liknande), 10 procent.

Flickan har ingen kronisk lungsjukdom, inget gravt hjärtfel och är inte född före vecka 32. Han ansåg därför inte att han brustit i riskbedömningen.

Den 15 februari hade han en indirekt kontakt med mamman via en telefonrådgivningssköterska vid 16-tiden. (Vårdcentralen stänger kl 17, då öppnar jourcentralen.) Av sköterskan fick han veta att mamman var orolig för att flickan efter besöket hos honom fått feber kring 38 grader och dessutom hade nedsatt aptit. Febern svarade dock mycket bra på Alvedon, och flickan hade

fina urinmängder. Snuvan fanns kvar men flickan hade sovit bra.

Han bedömde 38 graders feber som måttlig och såg i den goda Alvedoneffekten ett gott tecken. Han fann därför ingen överhängande fara för en bakteriell komplikation. De goda urinmängderna talade mot intorkning och för att flickan fick i sig tillräckligt med vätska.

»Rimligt att avvakta«

Med den utgångspunkten ansåg han att det var rimligt att avvakta till nästa morgon, men om febern då kvarstod var det lämpligt att flickan fick en akuttid på förmiddagen för en ny undersökning – återigen med tillägget att om flickan fick högre feber, svårigheter med andningen eller om modern på annat sätt upplevde något oroande i flickans tillstånd under kvällen eller natten skulle hon åka in till jourcentralen. Han fick ingen indikation på att flickan i detta läge hade blivit sämre i andningen.

Det som sedan hände flickan därhemma kunde tolkas inte som ett stopp i luftvägarna utan som en CNS-utlöst apné, hävdade läkaren.

Distriktsläkaren ansåg att han inte kunde klandras för att han inte förutspått ett sådant oväntat andningsuppehåll.

Handläggningen för passiv

Distriktsläkaren borde vid besöket den 13 februari ha tagit tillbaka flickan för en ny bedömning snarast, om han då inte tänkte på möjligheten av RS-virusinfektion. Uppgiften och fyndet att flickan var snabbbandad, i kombination med de övriga hälsoproblemen, var emellertid tillräckligt för att remittera henne vidare redan då, menar Ansvarsnämnden.

Vid telefonkontakten, som togs den 15 februari för att flickan blev sämre, avgjorde distriktsläkaren efter en rapport från sjuksköterskan att man kunde avvakta till nästa dag eller i vart fall till en ytterligare eventuell försämring.

Flickans ringa ålder och övriga hälsotillstånd innebar nedsatt immunförsvaret och nedsatt muskelkraft både den 13 och den 15 februari. Distriktsläkaren kritiserades för sin passiva handläggning, främst för sin underlåtenhet att remittera flickan till barnmedicinsk bedömning.

Han får en erinran. ■

»Uppgiften och fyndet att flickan var snabbbandad, i kombination med de övriga hälsoproblemen var emellertid tillräckligt för att remittera henne vidare redan då.«