

# Pediatriisk akutteam

---

SIMULERINGSTRENING VED AHUS



# Hvorfor simulerer vi ped-team?

---

## **Før oppstart:**

- ...Trente simulering på AHLR – men ikke ped-team med anestesi og akuttmottak...
- Ped-team forekommer regelmessig, men sjeldent... kan gå lang tid mellom hver gang den enkelte får «trent».
- Usikkerhet blant deltagere om egne oppgaver og rollefordeling.
- Ønskelig med best mulig tilbud til akutt syke barn.
- Usikkerhet rundt kriterier for å tilkalle ped-team – hvor syk må barnet være?

# Men hva er ped-team?

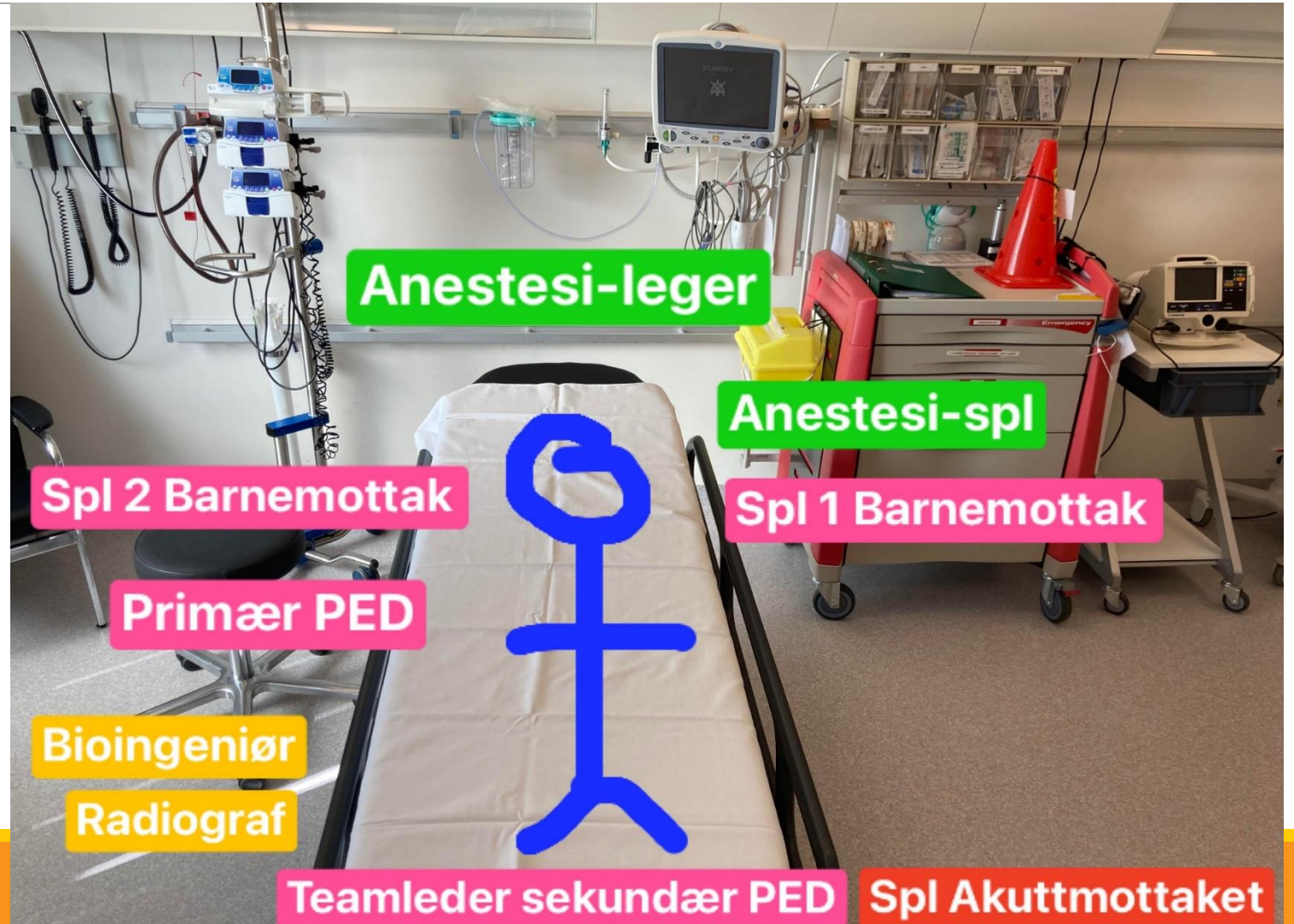
- Akutteam bestående av:→

Typiske pasienter:

- Respirasjonssvikt
- Intokser
- Kramper/status
- Ketoacidose
- Dårlige barn uten kjent diagnose
- Traumepasienter som ikke er fanget opp

Oppgaver:

Stabilisere akutt og kritisk syke barn  
0-18 år



# Hvordan fått til å starte med simulering?

---

- Noen ildsjeler
- Dedikert gruppe
- Forankring i ledelse
- God støtte fra SIM-senteret
- TTT-kurs

## Rent praktisk:

- BEST: Heldagstrening 3 ganger årlig
- BEST:Hver fjerde fredag trening stue 1 i akuttmottaket
- SIM/AHLR-trening to perioder i året.

Det er tre typer simulering Barne- og ungdomsklinikken (BUK) driver med:

1. Pedsafe: lavterskel simulering i avdelingen med leger og sykepleiere fra barneavdelingen. Øver på abcde og isbar-rapport. Annenhver uke.
2. AHLR-SIM: på SIM-senteret to ggr/årlig. Sykepleiere og leger fra BUK øver på hjertestans-scenarier. To perioder i året hvor flest mulig kurses i dette.
3. BEST-SIM: Fellessimulering for leger og spl fra barneavdeling, samt anestesipersonell og personell fra akuttmottaket. Simulerer teamsamarbeid ved mottak og stabilisering av akutt syke barn.

# Erfaringer - positive

---

Hva har fungert bra?

- Avholdt nesten samtlige av planlagte øvelser (heldags, og «morgentrening»)
- Alle vaktgående overleger har blitt kurset som teamleder etter BEST-modellen
- Kunnet øve på reelle caser som var utfordrende da de oppsto.
- Alle sykepleiere i Barnemottak har blitt kurset
- Gull verdt med SIM-senteret <3
  
- Erfaringsmessig:
  - Bedret samarbeid barneavdeling – anestesi – akuttmottak
  - Mer bevissthet rundt kommunikasjon i akuttsituasjoner
  - Økt bevissthet på hvilke pasienter hvor man kan slå ped-team
  - Dermed likere behandling for akutt syke barn!

# Erfaringer - utfordringer

---

## Hva er vanskelig

- Liten gruppe → sårbar for sykdom/permisjon osv.
- Stor belastning på noen få (mye planlegging, organisering, opplæring mm)
- Nok faglig tyngde...

## Erfaringsmessig

- Lurt med stor nok gruppe
- Som får nok avsatt tid til å planlegge (bl.a. skrive caser, delegering), gjennomføre, koordinere.
- Bygge kompetanse raskt nok; TTT

# Case 1: ductusavhengig hjertefeil

---

**Albert, <2 uker. Terminfødt. normalt svangerskap. Magesmerter? Lite interessert i å amme. Oppkast x 3. Ikke tisset i dag. Hatt flere sennespgule avføringer.**

**I: Albert**

**S:** mindre interessert i amming og litt mer slapp i dag. Mindre spontanmotorikk. Redusert tonus. Strever litt med pusten.

**B:** Frisk fra før.

**A:** i ambulansen: frie luftveier. RF 58, litt stønnende. SpO2 60-tallet %, puls 167. Blek. KF 5 sek. Fått 10 ltr oksygen på maske. Ikke rukket å legge veneflon. Ikke tatt blodtrykk. **Blodsukker 4,8 mmol.**

**R:**



# Case 2: huggormbitt (C-problem)

---

## Melding fra ambulanse til PedTeam:

**I:** Eva, 18 mnd.

**S:** Frisk fra før. Hentet i barnehagen av ambulanse fordi hun sannsynligvis er blitt bitt av huggorm. Har kastet opp x 4 i ambulansen, og blitt økende sløv og søvnig.

**B:** Fra tidligere frisk. Foreldre er varslet og er på vei.

**A:** Vitalia fra ambulansen: RF 39, SpO2 96%, puls 142, blek i huden, kjølig perifert. Ikke fått målt BT. Sløv, snøvlende tale. Gjort to forsøk på pvk.

# Case 3: akutt abdomen

---

Syk siste 1,5 døgn. Oppkast dagen før og en gang i dag. Ikke diaré. Akutt slapp i kveld. Vært kvalm, slapp, redusert allmenntilstand, lite matlyst. Blek.

Meldt som lite kontaktbar, oppkast, spørsmål om sepsis.

Kommer nå med ambulanse med lege. De klemmer inn nacl-iv på vei inn i mottak. Pågående væske. Har en veneflon.

I: Gustav, 2,5 år

S: 1,5 døgn sykehistorie med oppkast to ganger, ikke diaré. Slapp, nedsatt allmenntilstand, nedsatt matlyst. Ble akutt slapp i kveld, tilkalte ambulanse.

B: . Frisk fra før.

A: fri luftveier, RF 40, SpO2 99%, sidelik respirasjon. Puls 157, KF 3 sek, ikke fått målt BT. GCS 15. Har en veneflon – pågående væskestøt nacl.

R:

# Case 4: Langvarige kramper

---

**Beskrivelse for fasilitator:** 14 mnd gammel. Frisk fra før. Fikk feber i går. Ukjent fokus, ingen luftveissymptomer. I dag fått generelle kramper for første gang. Hentet av ambulanse. Fått 5 mg stesolid rektalt, og 2,5 mg valium iv. Fått to pvk. Pvk gått subkutant like før ankomst barnemottak. Må legge IO-nål. Ikke mulig å kuppere krampene med legemidler, krampene stopper når barnet intuberes.

## **I: Sofia, 14 måneder**

**S:** fikk feber i går. Ukjent fokus. Første gangs krampeanfall nå i kveld. Fått stesolid rektalt og valium iv uten at krampene er kuppert. Fått 125 mg paracet sup.

**B:** Frisk fra før.

**A:** Når ambulansen henter dem er puls 200, spO2 80%. Like før ankomst er RF 64, SpO2 100% med 5 ltr O2, puls 175, blek, blålig. Fortsatt kramper: stiv - toniske kramper, ikke kontaktbar, blikkdeviasjon, lysstive pupiller. Krampene har nå pågått i 40 minutter.

**R:**

# Case 6: Sepsis med hjertestans

---

## Melding fra AMK til deltakerne:

Barn 12 mnd (9,8 kg) blek, slapp med høy feber. Infeksjon ukjent fokus. Ikke hatt urin i dag. Sutrete - ikke normal kontakt. Vil holde øynene igjen. Forventet ankomst 2 min.

## Melding fra ambulanse til PedTeam:

**I:** Noah på 11 mnd.

**S:** Feber siste tre dager. Time hos fastlege i dag, men fastlegen sender de i ambulanse da barnet er høyfebril, infeksjon ukjent fokus, takykard, vil ikke åpne øynene. Slapp. Blek, klam.

**B:** Medfødt hjertefeil; AVSD og pulmonal hypertensjon. Venter på operasjon.

**A:** Frie luftveier, RF 62, SaO<sub>2</sub>: 94 %. Blek, puls 178, KF 3 sek. Ikke fått målt BT. Tp 39,6 hos fastlege.

# Case 5: Ketoacidose med kramper

---