

Workshop 2

Case 1: Pasient med astma i barnemottak

Anne har kjent alvorlig astma og er henvist til det meget travle barnemottaket, fra legevakten, med akutt pustebesvær. Annes kroppsvekt er 10 kg., og legen har dosert medisinen som vist på kurven (vedlegg).

Spørsmål 1: Hva tenker dere om legens forordninger av racemisk adrenalin og Ventolin, slik de framkommer på kurven?

Barnemottaket benytter racemisk adrenalin fra uregistrerte engangsampuller, merket "Racpinephrine Solution, USP 2,25 %. For inhalation only".

Barnemottaket benytter Ventoline 5 mg/ml inhalasjonsvæske i 20 ml. i opptreksflaske til utblanding i isotont saltvann og ferdig utblandede Ventoline engangsampuller i tre ulike styrker.

På grunn av sykdomsforfall (svineinfluensa) er sykepleieren som behandler Anne innleid fra et svensk vikarbyrå. Hun trekker opp racemisk adrenalin på denne måten fra en engangsampulle (foto).

Spørsmål 2: Hva tenker dere om sykepleierens måte å håndtere racemisk adrenalin på?

Etter at sykepleieren har blandet ut korrekt mengde racemisk adrenalin i rett mengde isotont saltvann og gitt Anne en inhalasjon blir hun lettere i pusten.

Deretter trekker sykepleieren opp Ventoline og gir Anne dette på forstøverapparatet.

Annes puls stiger nå brått fra 110-170, samtidig som hun virker redd og utrøstelig og roper på mamma. Sykepleieren måler Annes blodtrykk, som nå er 150/90 mmHg. Lege blir tilkalt, og sjekker hva sykepleieren har gjort. Han tror sykepleieren kan ha gjort en alvorlig feil.

Spørsmål 3: Hva kan ha skjedd?

Legen iverksetter nå flere tiltak for å behandle Anne, og etter en stund er hun bedre.

Spørsmål 4: Hvordan kunne sjansen for denne feilen vært redusert?

Spørsmål 5: Hvordan kan rutinene rundt astmabehandling i barnemottaket forbedres?

Workshop 2

Case 2: 2,5 år gammel pasient kronisk lungesykdom siden nyfødtp perioden (tracheostoma /respiratorbehandling, PEG og veneport)

Angelica er en 2,5 år gammel jente med interstitiell lungesykdom, sannsynligvis surfactantdysfunction. Hun får hjemmerespiratorbehandling over tracheostoma, er enteralt ernært med PEG og hun får også intravenøst tillegg (elektrolytter / sporelementer) i veneport.

Barnet er veldig godt kjent i hennes regionsykehus og på RH. Hun har en hjemmesykepleier og foreldre som alle er veldig flink i behandlingen. Alle kjenner medikamentlistene hennes og særlig administrasjonsmåte også veldig godt (vedlegg).

Problem 1)

Hun skal få en second opinion fra en spesialist på et utenlandsk barnesykehus (Tyskland), derfor reiste familien sammen med personlig ansvarlig sykepleier (hun er tysk) til Tyskland. Personlig sykepleier for Angelika får ikke lov å jobbe i denne tyske barneavdelingen. Derfor underviste hun dagvaktavende sykepleiere i omgang med medikamentene hennes.

Problem 2) Vaktskifte ! Informasjonstap fra dag til nattvakt. Mye akutte problemer med respiratorinnstillinger, slim og størrelse av trachealkanyle. Da situasjonen var stabil, startet hun å forberede medikamenterapplikasjon. Forskjellige norske medikamenter/ernæringer er ikke brukt eller vanlig i Tyskland. Ingen dobbelsjekk var foretatt, ingen mulighet å spørre en kollega fra dagtid.

Problem 3)

KL 22:00 nattvakt tilkoblet PEG ernæring på luer-lock forbindelse av veneport.

Angelika døde i kardiosirkulatorisk sjokk. Legene stoppet gjenopplivingforsøk etter 15 minutter pga hennes alvorlige grunnsykdom.

Diskusjon / Spørsmål