

Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon/Administrative rutiner	Gyldig fra/til: 02.02.2018/02.02.2020
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Barne- og ungdomsklinikken	Versjon: 2.00
Godkjenner: Tylleskär, Karin Birgitta	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Asle Hirth	Dok.id: D41238

Alle innlagte pasienter i avdelingene (unntatt Nyfødtintensiv) skal vurderes ved hjelp av et standardisert vurderingsverktøy -pediatrisk tidlig varslingskår (PEVS). Formålet er å oppdage negativ sykdomsutvikling hos innlagte barn slik at man kan intervensere før barnet blir livstruende sykt.

### **Sykepleier eller hjelpepleier skal alltid kontakte lege dersom de er bekymret for barnet uavhengig av TOTAL PEVS!**

**Pasientansvarlig sykepleier** på post skal vurdere sin pasient ved hjelp av det standardiserte vurderingsverktøyet **PEVS** en gang pr. vakt, helst i løpet av den første timen av vekten. Dersom den kliniske tilstanden til barnet tilsier det vil **mottakende lege i akuttmottak eller pasientansvarlig lege** på post forordne hyppigere PEVS vurderinger.

Nyinnlagte ØH-pasienter bør vurderes innen 1 time etter ankomst avdelingen, fortrinnsvis som en del av mottak på post.

Elektive pasienter får første PEVS utført av mottakende sykepleier i Fellesmottak og pasienten trenger som regel ikke å scores på nytt før neste sykepleiervakt.

Nattevakten skal fortrinnsvis vurdere barnet når det av annen årsak er våken, for eksempel ved måltid. Barnet trenger ikke å vekkes for å utføre PEVS dersom foresatte oppgir at pasienten var våken, lekte eller viste normalt interessert for omgivelsene dersom det var våkent siste 2 timer før PEVS målingen. Barnet scores da til 0 poeng(A) på Adferd (bevissthet). Dersom det er forordnet hyppigere PEVS målinger skal barnet alltid vekkes ved PEVS måling.

Elektive pasienter trenger ikke å vekkes for å utføre PEVS dersom de hadde 0 poeng ved innleggelsen samme dag og var ved normal våkenhet/bevissthet før de la seg til å sove.

PEVS bør som hovedregel utføres før legenes previsitt.

Postlegen kan etter 1 døgn innleggelse vurdere å redusere antall PEVS forordninger til 2 pr. døgn dersom pasienten scorer 0 poeng og pasienten ikke skal gjennomgå kirurgiske/invasive prosedyrer og ikke skal få i.v. medikamenter/væske.

Legen skal signere på skjemaet når han/hun har vurdert pasienten etter tilkalling utløst av PEVS.

Kommunikasjon mellom helsepersonell vedrørende pasienter skal foregå via **ISBAR kommunikasjonsmodell** for å sikre optimal informasjonsoverføring.

**Dokumentasjon i DIPS:** PEVS overvåknings skjema skal scannes i elektroniske journal av under navnet «PEVS».

## Retningslinjer for bruk av pediatrisk tidlig varslingssskår-PEVS

Sykepleier eller hjelpepleier skal alltid kontakte lege dersom de er bekymret for barnet uavhengig av PEVS score.

OBS! ALLE PASIENTER MED BEHOV FOR UMIDDELBAR BEHANDLING SKAL BEHANDLES FØR DE SCORES. (Pågående kramper, pustestans, hjertestans, hypoglycemi, osv)

- Vurder pasientens respirasjon (A+B), sirkulasjon (C) og adferd (D) i angitt rekkefølge, se **Vurdering av vitalparameter**
- Noter målingene på PEVS overvåkningsskjema og angi tidspunkt.
- De 3 ulike vitalparametrene respirasjon, sirkulasjon og adferd skåres fra 0 – 3 poeng.
- Høyest mulig poeng fra hver vitalparameter summeres til den endelige PEVS skåren som vil være fra 0-9 poeng.
- Det blir gitt 2 ekstrapoeng for å trenge CPAP, BiPAP, HHFNC (Humidified high-flow nasal cannula angis som HF), kontinuerlig puritanfukter (damp) eller behov for inhalasjoner gitt hvert 15. min. Dette markeres på angitt område nede på PEVS skjemaet. Oksygen gitt på nesekateter (angis som NK) eller maske (angis som M) gir ikke 2 ekstrapoeng. Oksygenbehov angis på eget område under respirasjon på skjemaet i % ved bruk av CPAP og HHFNC og som L/min ved nesekateter eller maske.
- Det blir gitt 2 ekstrapoeng for vedvarende postoperativ brekninger/oppkast. Dette markeres med x i rubrikken for dette.
- Summer opp og angi TOTAL PEVS i angitt rubrikk nederst på PEVS skjemaet.
- Les på «A B C D plakaten» for mulige tiltak som bør iverksettes. Ny scoring utføres etter at tiltak forventes å ha hatt effekt. Ved for eksempel feber eller smerter skal ny vurdering utføres 45-60 min etter paracetadadministrasjon.
- Dersom TOTAL PEVS forverres med  $\geq 2$  poeng eller ved TOTAL PEVS på 3 poeng skal pasientansvarlig lege varsles.
- Ved TOTAL PEVS på 4 poeng skal pasientansvarlig lege varsles og tilse pasienten innen 30 minutter. A-vakt sykepleier skal informeres.
- Ved TOTAL PEVS på 5 poeng eller høyere skal pasienten umiddelbart tilsees av pasientansvarlig lege og tilstede bakvakt 9-5204. A-vakt sykepleier skal varsles. Tilstede bakvakt 9-5204 har ansvaret for pasienten på vakttid og skal raskt vurdere om intensivlege bør kontaktes for hjelp til vurderingen eller for overflytting.
- Tilstede bakvakt har hovedansvaret for å følge opp og behandle alle kritisk syke barn på Barneklubben på vakttid.

### Pasientansvarlig lege:

Dagtid frem til kl. 1600: Postlege

Vakttid kl. 1530-0800 hverdager og hele helgen:

Hjemmebakvakt (9-5208) så lenge han/hun er tilstede, deretter forvakt 9-5210.

Forvakt har ansvaret for å be om hjelp fra tilstede bakvakt 9-5204 ved behov.

### A-vakt sykepleier:

Nyfødt intensiv: 71460

Med 3: 71510

Med 4: 71560

Fellesmottak: 71410

## Vurdering av vitale parameter

### Respirasjon A-airway og B-breathing

- Kle av pasienten på overkroppen.
- Se/hør etter inndragninger, hvesing, stønning.
- Tell respirasjonsfrekvensen i 1 minutt.
- Noter deg klokkeslettet for målingen.

Mål SpO<sub>2</sub> dersom respirasjonsfrekvens er over normal for alderen, pasienten viser tegn til økt pustearbeid (inndragninger, stønning mm), ser blek ut eller skårer over 1 på PEVS uten at SpO<sub>2</sub> er målt. Noter oksygenbehov eller respirasjonsstøtte pasienten trenger.

### Sirkulasjon - C

- Vurder hudfargen ved å se på ansikt og avkledd brystkassen i god belysning. Hudfargen angis som normal (N), blek (B) eller cyanotisk/blålig (C).
- Telle puls eller hjerterefrekvens i 1 minutt ved å måle håndleddspuls (radialis arterien), overarmspuls (brachialis arterien), auskultere hjertet eller lese av på pulsoksymeteret.
- Mål kapillærfyllingstiden ved å trykke med pekefinger over brystbenet på barnet slik at huden blir hvit i 5 sekunder. Slipp trykket og mål tiden det tar før huden blir rosa igjen, altså når blodet i de små blodårene strømmer tilbake i huden. Kapillærfyllingstiden angis i sekunder. Dersom brystbenet ikke er mulig å undersøke kan man trykke mot ribben på fremre del av brystkassen. Dersom det ikke er mulig å få til en god måling på brystkassen kan man måle perifer kapillærfyllingstid. Klem på en negl til den blir hvit og mål tiden det tar før neglen blir rosa igjen.

### Adferd - D

Karakteriser barnet sitt bevissthetsnivå ut fra bokstavene AVPU som er beskrevet under.

- A- alert: Barnet er våkent, leker og er normalt interessert i omgivelsene.
- V- voice: Barnet reagerer på berøring, tilsnakk eller stemmer i rommet. Barnet er slapp, somnolent eller irritabel. Små barn kan være vanskelig å vurdere. Rapport fra foreldre om at barnet nå «bare sover», «er slapp i kroppen», er sutrete eller er irritable bør vurderes til V eller dårligere.
- P- pain: Barnet reagerer kun på smertestimuli.
- U- unresponsive: Ingen reaksjon selv ved smertestimuli.

### Annet - E

På bakgrunn av diagnosen eller symptomene til pasienten kan andre observasjoner eller målinger være nødvendig å gjøre. (For eksempel temperatur, SpO<sub>2</sub>, blodtrykk, vekt, væskebalanse, Glasgow coma scale, smerte (VAS), avføring)