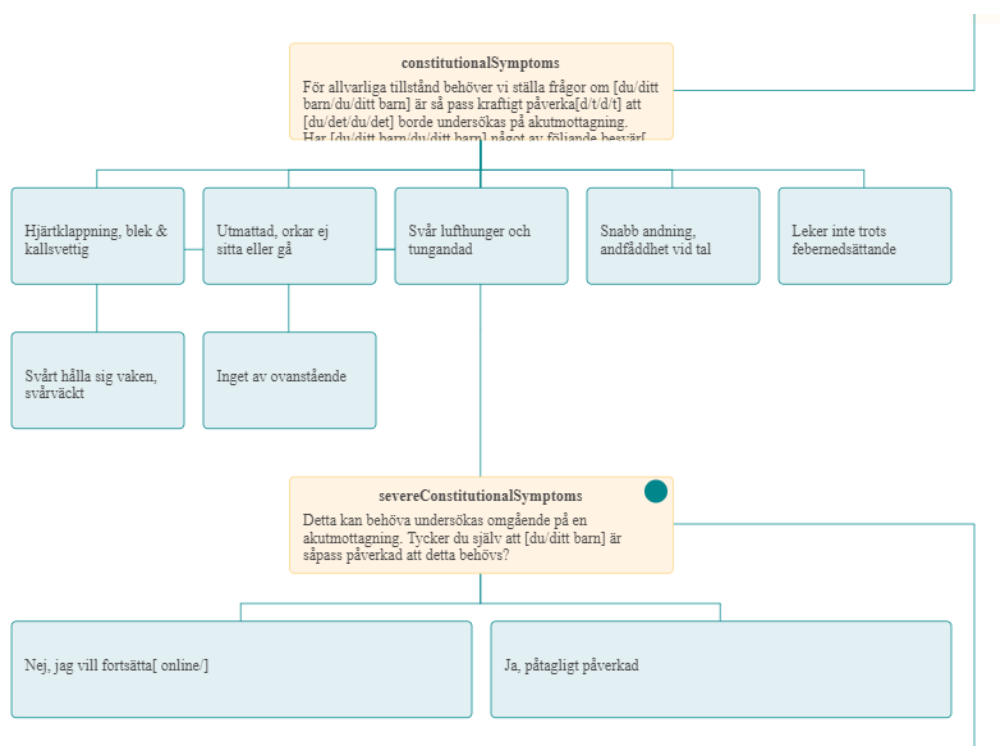


Allmäntillståndsbedömning i digital vårdkontakt, Triagemotor

Bedömning av allmäntillstånd: Här möter du patienter som själva uppgett någon form av allmänpåverkan men ändå valt att fortsätta med digital bedömning. Nedan beskrivs ett systematiskt sätt att gå igenom organsystem i enlighet med AMLS konceptet. Syftet är att få en snabb överblick över potentiellt avvikande parametrar som skulle kunna tyda på en allmänpåverkad patient som ändå kräver en fysisk bedömning och behandling. Det viktigaste är helhetsbilden och kontexten till patientens sökorsak. Gå igenom protokollet nedan steg för steg och glöm inte att dokumentera din bedömning.

Patienten har fått följande alternativ och valt att fortsätta online.



Det bästa är att koppla upp ett videosamtal för att få så mycket information som möjligt. Om inte det är möjligt så går det även bra att göra bedömningen över telefon. För patienter som endast har chattmöjlighet är denna typ av bedömning inte lämplig.

Allmäntillståndsbedömning VUXEN

<p>A</p> <p>A I R W A Y</p>		<p>Fri luftväg? Om patienten pratar och kan kommunicera obehindrat talar det för en fri luftväg. Du får därmed gott om information redan när patienten har börjat prata. Lyssna dock på eventuella tecken till övre eller nedre hinder i luftväg, som t.ex. stridor.</p>	<p>Orsaker till ofri luftväg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Främmande kropp? • Trauma? • Exponering till rök eller frätande gaser? • Allergiskt ödem? <p>Generellt: Inspiratorisk stridor = övre luftvägsobstruktion Expiratorisk stridor = nedre luftvägsobstruktion</p>
<p>B</p> <p>B R E A T H I N G</p>		<p>Här bedömer du om patienten har svårigheter med andningen under samtalet. Observera om patienten blir besvärad endast vid samtal eller ansträngning eller om patienten även har det jobbigt med andningen när hen inte pratar eller anstränger sig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grov uppskattning av andningsfrekvens, snabb eller långsam? • Ytlig eller djup andning? • Tecken till cyanos? Be patienten titta sig själv i spegeln och leta efter blånad runt läppar eller blånad runt nagelbädden - tecken på hypoxi. • Rör sig bröstorgen liksidigt? Be patienten sätta händerna på bröstorgen på vardera sida för att känna om det rör sig liksidigt vid djupandning. Tecken till pneumothorax/hemothorax. • Har patienten möjlighet att ta en egen saturation? (Ref: >94% i vila. 88-92% hos pat med känd KOL) 	<p>Orsaker till andningsbesvär:</p> <p>Potentiell alarmerande orsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruktiv lungsjukdom (astma/KOL)? • Kardiellt betingad dyspné (akut hjärtinfarkt, hjärtsvikt, arytm)? • Lungemboli (smärta vid djupandning, långvarig immobilisering, nyligt opererad, p-piller, cancer, etc.) • Intoxikation? • Allergi? • Hypovolemi (inkl. blödning)? • Trauma mot luftbärande organ? <p>Potentiellt icke-alarmerande orsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stress och oro • Panikångest • Funktionella besvär

<p>C</p>	<p>C I R C U L A T I O N</p>	<p>Här bedömer du cirkulatorisk påverkan. Finns det något som talar för inre eller yttre blödning? Pumpdysfunktion? Systemisk orsak (t.ex. olika typer av chock)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blödning: Fråga om nyligt trauma eller om patienten uppmärksammat blödning. • Pumpdysfunktion: Finns det något som talar för kardiell påverkan? Både hjärtsvikt och rytmrubbningar kan orsaka cirkulatorisk påverkan. • Systemisk orsak: Sepsis, blödning, tromboemboliska händelser (t.ex. lungemboli och hjärtinfarkt), trauma och intoxication kan alla orsaka cirkulatorisk svikt. <p>Be patienten mäta puls och blodtryck om möjligt. Kapillär återfyllnad < 3s? Be patienten räkna själv (sternum).</p>	<p>Orsaker till cirkulatorisk påverkan:</p> <p>Potentiellt alarmerande tillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blödning • Hjärtinfarkt • Hjärtsvikt • Arytmi • Grav dehydrering (kräkning? Diarré?) • Infektion • Lungemboli • Intoxikation <p>Potentiellt icke-alarmerande tillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortostatism • Vasovagal reaktion
<p>D</p>	<p>D I S A B I L I T Y</p>	<p>Här bedömer du främst neurologisk påverkan och medvetandegrad. Finns det något som talar för intrakraniell process så som stroke eller CNS infektion? Har patienten känd diabetes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • AKUT testet (ansikte, kropp, uttal tid) vid misstanke om stroke. • AVPU (alert, verbal, pain, unresponsive) • Be patienten sätta hakan mot bröstkorgen för att bedöma eventuell nackstyvhet. Fråga om hudutslag som inte bleknar vid tryck (s.k. petechier) eller blåsor på kroppen (kan uppstå i samband med CNS infektion) • Fråga om blodsockernivån hos patient med känd diabetes. Be dem ta ett nytt värde! 	<p>Orsaker till neurologisk påverkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stroke (blödning eller propp) • CNS infektion (meningit, encefalit) • Diabetes (både hypo och hyperglykemi) • Intoxikation (avsiktlig och oavsiktlig)
<p>E</p>	<p>E X P O S U R E</p>	<p>Här bedömer du eventuell utvändig skada som tecken till allmänpåverkan. Har patienten några sår? Infekterade sår? Trycksår? Har patienten några utslag? Har patienten blivit nerkyld (hypotermi) någon orsak?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Be patienten inspektera hudkostymen. Om anhörig finns närvarande kan dem hjälpa till att inspektera områden patienten inte kan se själv. • Be patienten ta temp. Central temp är mer pålitlig än perifer. 	<p>Orsaker till utvändig skada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma • Liggande på hårt underlag över lång tid • Brännskada • Köldskada • Vätskande sår

Allmäntillståndsbedömning BARN

Bedömning av allmäntillstånd barn

Nedan beskrivs ett systematiskt sätt att gå igenom organsystem i enlighet med AMLS konceptet. Syftet är att få en snabb överblick över potentiellt avvikande parametrar som skulle kunna tyda på en allmänpåverkad patient som kräver en fysisk bedömning och behandling. Gå igenom protokollet steg för steg och glöm inte att dokumentera din bedömning.

Det bästa är att koppla upp ett videosamtal för att få så mycket information som möjligt om barnet genom att titta själv.

**Använd ABCDE-konceptet i din bedömning.
Glöm inte att dokumentera.**

A – AIRWAY

Följande symptom kan tala för att ett barns luftväg är ofri: dreglar, andnöd, stridor, slem, blå läppar, blek i ansiktet, ångestfylld, vill inte ligga ned. (Stridor är ett biljud som hörs vid inandning som uppträder när delar av den övre luftvägen är blockerad, tex vid främmande kropp i luftvägen).

B- BREATHING

Andningsfrekvens (AF) har visat sig vara en parameter som snabbt påverkas hos sjuka barn. AF på barn räknas alltid under 1 minut, helst under observation utan att barnets uppmärksamhet påkallas.

Se på barnets andningsrörelser och mönster; indragningar, hjälpmuskler, näsvingspel, påverkad hudfärg. Titta efter hur barnet sitter och hur det reagerar på sin omgivning.

Lyssna efter inspiratoriska eller expiratoriska andningsljud; ”grunting”, pip, ronki eller rassel.

Vid registrering av andningsfrekvens är det fördelaktigt om barnet har så lite kläder som möjligt på överkroppen.

Andningsfrekvens kan också registreras genom att försiktigt lägga en hand på mage eller rygg. Räkna alltid andningsfrekvens innan övriga kontroller tas.

C – CIRKULATION

Pulsen räknas under en minut.

Barn <1 år: puls palperas över a. brachialis (mitt på insidan av armen).

Äldre barn: puls palperas över a. carotis, a. femoralis eller a. radialis

Ange om barnet är blekt/cyanotisk/marmorerad

Central kapillär återfyllnad kan användas för att kontrollera cirkulationen. Tryck med finger på bröstbenet under 5 sekunder, släpp och den kapillära återfyllnaden ska normalt komma inom 2 sekunder.

Normalvärden barn

Ålder	Andningsfrekvens (AF)(resp) i vila/min	Pulsfrekvens i vila/min
< 1 månad	40-60	100-160
1-12 månader	35-40	100-180
1-3 år	25-30	70-110
4-6 år	21-13	70-110
7-12 år	19-21	70-110
13-18 år	16-18	55-90


D-DISABILITY

Är barnet medvetandepåverkat?

Kontrollera blodsocker hos kända diabetiker.

Be föräldern försiktigt vrida barnets haka mot bröstbenet. Går det lätt eller trögt?

Bedöm medvetandepåverkan enligt RLS-skalan

Vaken. Ej fördröjd reaktion. Orienterad	1
Slö eller oklar. Kontaktbar vid lätt stimulering. Tilltal, enstaka tillrop, beröring.	2
Mycket slö eller oklar Kontaktbar vid kraftig stimulering. Upprepade tillrop, ruskning, smärtstimulering.	3
<ul style="list-style-type: none">• Föra samtal eller yttra ord• Följa med blicken och fixera• Lyda en uppmaning• Avvärja smärtstimulering	
Medvetlös. Lokaliserar men avvärjer ej smärta.	4
Medvetlös. Undandragande rörelse vid smärta	5
Medvetlös. Stereotyp böjrörelse vid smärta.	6
Medvetlös. Stereotyp sträckrörelse vid smärta.	7
Medvetlös. Ingen smärtreaktion.	8

E-EXPOSURE

Se hela patienten – klä av och bedöm hudkostymen.
Titta efter hudutslag, ödem, blåmärken, sår eller felställningar.

Temperaturmätning Mät barnets temperatur med termometer.

SÄTT SAMMAN DIN BEDÖMNING

Pediatric Early Warning Score (PEWS)

Score	0	1	2	3
Andning	<ul style="list-style-type: none">• Normalvärde• Inga indragningar	<ul style="list-style-type: none">• AF > 10 över gränsvärdetELLER• Använder "hjälp-muskler"ELLER• O₂ ≥ 3 liter/min.	<ul style="list-style-type: none">• AF > 20 över gränsvärdetELLER• Indragningar eller "grunting"ELLER• O₂ ≥ 6 liter/min.	<ul style="list-style-type: none">• AF > 5 under gränsvärdet med indragningar eller "grunting"ELLER• O₂ ≥ 8 liter/min.
Cirkulation	<ul style="list-style-type: none">• Normal färg• Kapillär återfyllnad 1–2 sek.	<ul style="list-style-type: none">• BlekELLER• Kapillär återfyllnad 3 sek.	<ul style="list-style-type: none">• Gråblek/cyanotiskELLER• Kapillär återfyllnad 4 sek.ELLER• Puls > 20 över gränsvärdet	<ul style="list-style-type: none">• Gråblek/cyanotisk och marmoreradELLER• Kapillär återfyllnad ≥ 5 sek.ELLER• Puls > 30 över gränsvärdetELLER• Puls lägre än gränsvärdet
Beteende Vakenhet	<ul style="list-style-type: none">• Leker/är adekvat	<ul style="list-style-type: none">• Sover	<ul style="list-style-type: none">• Irritabel	<ul style="list-style-type: none">• Slö/förvirradELLER• Minskad smärtrespons

Vid PEWS-mätning bedöms parametrar utifrån kategorierna andning, cirkulation samt beteende/vakenhet vilket gör att vi kan beräkna ett PEWS-värde. För varje kategori kan patienten få mellan 0-3 poäng.

Summan av de tre kategorierna ger det slutgiltiga PEWS-värdet (0-9), där en högre siffra indikerar en högre risk för akut sjukdom.

Desto högre siffra desto mer akut behov av vård. **Ring 112 vid behov.**