Vejledning til hvordan en borgers almene tilstand vurderes

* SHS-teamet’s sygeplejersker benytter altid ABCDE metoden[[1]](#footnote-1) som systematisk gennemgang af alle borgere, når der skal laves en vurdering af borgerens almene tilstand.
* ABCDE metoden er en hurtig og effektiv metode til, at vurdere situationens alvor samt til, at prioritere og initiere hurtig behandling, såfremt dette er påkrævet.
* Alle SHS-teamets sygeplejersker er undervist og oplært i, at benytte ABCDE metoden, og alle sygeplejersker har fået udleveret dette undervisningsmateriale samt lommekort med oversigt over vurdering, behandling og principper til brug ved den akut dårlige borger. (Figur 1)
* SHS-teamets sygeplejersker laver først en primær gennemgang af borgeren udfra ABCDE principperne og det vurderes herved hurtigt om borgeren er STABIL, POTENTIEL USTABIL, ELLER USTABIL! Hvis borgeren er stabil laves en sekundær gennemgang med anamnese indeholdende ”Signs and Symptoms”. Er borgeren ustabil eller potentiel ustabil iværksættes kontakt til en læge evt. alarm 112.



**ABCDE - Metoden**

* **A - Airway**

Vurdering af luftvejen: Fri, delvis, eller total obstrueret. Truet?

Borgere med øvre obstruerede luftveje er truet, hvis ikke luften kan passere frit frem og tilbage i luftvejene. Borgeren kan risikere at dø inden for minutter, hvis ikke problemet løses.

Kendetegn:

* Ved hel obstruktion er der en total aflukning af luftvejene. Der er ingen respirations lyde ved næse/mund.
* Se på brystkassen.

Hvis der er hel obstruktion ses en bølgende bevægelse af brystkassen fra bryst til mave, fordi luften hverken kommer ind eller ud. Er tungen hævet, sidder der madrester eller andet i luftvejene som blokerer for en fri passage?

* Er borgeren bevidsthedspåvirket/bevidstløs?

Hvis ja, har borgeren nedsatte reflekser, hvilket kan betyde at borgeren ikke selv kan afværge at opkast kan komme op i luftrøret (aspiration).

 Handling:

* Vurderer om borgeren er vågen og kan tale. Så er der frie luftveje.

Hvis ikke kig da i munden efter fremmedlegemer, (protese, mad, slim, opkast, blod) og fjern dette om muligt. Se også efter om brystkassen hæver og sænker sig og brug SE- LYTTE-FØLE til vurdering af, om der er luftskifte ved næse/mund.

* Sæt evt. borgeren op, eller alternativt læg borger i sideleje og træk kæben frem, så tungen ikke flader tilbage og obstruerer svælget. (specielt hos bevidsthedspåvirket). Sug hvis muligt, hvis borgerens obstruktion skyldes sekret.
* Kald hjælp / ring 112
* Påbegynd evt. ventilering med Rubens ballon, hvis der er total respirationsstop.
* **B – Breating**

En borger med vejrtrækningsbesvær, kan have en påvirket udveksling af ilt (O2) og kuldioxid (CO2) i lungerne. Dette kan føre til et respiratorisk svigt med et cirkulatorisk svigt til følge. Respirationen er ikke normal, når SAT er under 90 % og RF under 8/min el. over 20-30/min.

Kendetegn:

* Alle muskler i brystkassen bruges på at trække vejret. Dette kan se som indtrækninger ved kravebenet, mellem ribbenene og under ribbens-kurvaturen. Borgeren kan være svedende, rødblussende, perifer kold, bleg eller cyanotisk.
* Hos borgere med KOL kan vejrtrækningen være besværet på en sådan måde, at udvekslingen af ilt og kuldioxid sker insufficient. Vejrtrækningen er kendetegnet ved en forlænget ekspiration. Der høres en pibende og eller hvæsende lyd pga. bronkospasme (forsnævret bronchiegren). Borgeren har svært ved, at komme af med luften.
* Den betændelsesagtige tilstand i bronchierne og alvoeolerne kan medføre, at borgeren har en øget tendens til dannelse af sekret i luftvejene, og derved nemmere kan få en pneumoni.
* Borgeren kan have funktions - og hviledyspnø, udtalt træthed, og vægttab.
* Hvis borgerne har udviklet lungeødem fyldes lungerne med væske og blodet kan ikke iltes tilstrækkeligt. Tilstanden kan opstå pga. forværring i hjertesvigt eller ved en blodprop i hjertet, men også ved andre tilstanden som fx en pneumoni. Symptomerne er svær åndenød, angst, hjertebanken, svimmelhed og evt. hvidt skummende sekret i munden.

 Handling:

* Mål saturation (SAT) og tæl respirationsfrekvens (RF) og spørg ind til borgerens normale vejrtrækningsmønster.

Om muligt skal den udløsende faktor behandles. (lungeødem, KOL, Astma, medicinoverdosering m.m.) i samarbejde med en læge. SHS-teamet kan evt. tage en A punktur som analyseres på sygehuset (AMA) inden for max ½ time.

* Hvis borgeren får medicin kan denne evt. gives, eller der kan forsøges med SHS-teamet Pariboy / inhalationsmedicin. Dette skal dog altid ordineres af en læge.
* Vurderer borgerens hostekraft. Kan borgeren selv hoste sit sekret op, eller er der brug for hjælp til mobilisering af dette? Iværksæt evt. behandling med sugning, Pep-fløjte, lungefys, m.m i samarbejde med en læge.
* Kald Hjælp / ring 112 hvis problemet ikke kan løses.
* **C – Cirkulation**

En borger med lavt Blodtryk vil have en nedsat transport af ilt fra blodet til organerne. Det kan føre til et cirkulatorisk svigt, men kan også påvirke vitale organer som hjerne, nyrer og hjerte. Cirkulationen er ikke normal, når det systoliske BT er under 90 mmHG eller over 200 mmHG, eller pulsen er under 40-50/min eller over 120/min.

 Kendetegn:

* Borgeren kan være kold og bleg som tegn på en perifer karsammentrækning. Hvis kapillærfyldningen er over 2 sek. efter tryk på huden i 5 sek. er det et udtryk for en perifer vasokonstriktion med nedsat perfusion, (blodgennemstrømning) til det perifere væv
* Borgeren kan være bevidsthedspåvirket, såsom urolig, kan ikke sidde stille, konfus og eller hallucineret som tegn på nedsat blodgennemstrømning til hjernen.
* Ved hypovolæmi (manglende blod eller væske) er blodtryksfald et klinisk tegn der ofte kommer sent i forløbet, og derfor er det vigtigt at bemærke om pulsen er normal. Hvis den er forhøjet kan det være et tegn på at borgeren prøver at kompensere for det lave blodtryk. Hvis pulsen er lav kan det være et tegn på, at borgeren ikke længere kan kompensere for det lave blodtryk, og derved nemt kan gå i cirkulatorisk shock.

 Handling:

* Mål vitale parametre såsom blodtryk, puls, (regelmæssig/uregelmæsig, palperes ved a.radialis), SAT, RF, TP samt evt. hæmoglobin. Vurderer værdierne i forhold til, hvad der er normalt for borgeren.
* Hvis BT er lavt - læg borgeren ned, og hæv gerne benene om muligt. Vurderer borgerens tilstand. Kontakt læge, hvis borgeren er akut påvirket. Hvis det ordineres, kan der lægges PVK samt opsættes IV-væske – iso. nacl.
* Hvis borgeren ikke er akut påvirket observeres det, om borgeren har diurese, og hvordan denne ser ud.
* Se efter om borgeren bløder nogen steder fra. Det kan være fra tarmen, maven eller vagina.
* Hvor meget væske indtager borgeren. Er der brug for væskeskema? Hvem kan følge op på dette?
* Mål for væskeindtag er normalt 30-40 ml/kg/døgn eller mindst 10 ml. urinproduktion/kg/døgn.
* **D – Disability**

Disability er en vurdering af borgerens neurologiske tilstand. Når A, B og C er sikret vurderes borgerens cerebrale bevidstheds niveau og neurologiske tilstand. Hvis borgerens neurologiske tilstand afviger fra det normale skal situationen altid vendes med en læge, da det kan være tegn på forværring af en nyopstået sygdom.

 Kendetegn:

* Er borgeren vågen og relevant i forhold til tid og sted? Er der opstået akut forvirring og eller hallucinationer? Vurderes så vidt muligt i forhold til borgerens normale habituelle tilstand.
* Bevidsthedsændringer ses hyppigst ved;

Nedsat iltmængde i blodet.

Forhøjet kuldioxid i blodet. (Ses hyppigt hos KOL patienter)

Lavt blodtryk (hypotension)

Sepsis

Lavt blodsukker – under 3 mmol. (hypoglycæmi)

Diabetisk ketoacidose

Apoplexia Cerebri

Medicinpåvirkning

Kramper

 Handling:

* Hvis der er målt en lav SAT kan borgerens tilstand skyldes iltmangel i blodet. Hvis der er ilt til stede gives dette og læge kontaktes mhp. den videre behandling.
* Mål evt. blodsukker. Har borgeren diabetes? hvornår er der sidst indtaget mad og væske? Hvornår er der givet insulin. Hvordan ligger borgerens blodsukker normalt?
* Vurderer om borgerens pupiller er ens, se på størrelsen og er de lys reagerende? Har borgeren nedsat kraft i hø eller ve. side. Hænger mundvigen eller er der opstået ufrivillige bevægelser?
* Afklar om borgeren har taget medicin, eller opstartet nye præparater som evt. kan give bevidsthedspåvirkning.
* **E – Exposure**
* Se på borgeren. Er der tegn på brud, sår eller tryk? Top til Tå undersøgelse.
* Har borgeren feber? Er det relevant at måle en CRP, såfremt lægen ønsker dette. Hvis TP. er over 38 grader C skal det tages alvorligt, og man skal forsøge at finde et fokus.
* Om muligt skal urinen stixes og evt. sendes til D + R hvis den er positiv, og lægen ønsker det. UVI er en hyppig og tilbagevendende infektion hos den ældre medicinske borger.
* Ville det være relevant at tage nogle blodprøver? Dette skal altid aftales med en læge. Blodprøver

**Sekundær gennemgang af borgeren**

Efter den første primære ABCDE vurdering, skal der laves en sekundær gennemgang af borgeren med henblik på, den videre undersøgelse, diagnostik og behandling i samarbejde med læge eller andre samarbejdspartner.

* Udover ABCDE vurderingen laves en anamnese indeholdende Signs and Symptoms der udbygges med følgende spørgsmål.
* Hvornår begyndte symptomerne?
* Hvad lindrer / forværrer symptomerne?
* Hvordan beskriver borgeren symptomerne?
* Stråler smerterne noget sted hen?
* Hvor svære/intense er smerterne?
* Hvor lang tid har det stået på?
* Er der nogen allergier?
* Hvad får borgeren af medicin?
* Er borgeren opstartet med noget nyt medicin? Hvornår har borgeren sidst indtaget medicin?
* Er der sket noget indenfor de sidste dage/timer som kan forklare tilstanden?
1. Kilde: E-lerarningkurset ”modtagelse og behandling af akut syg patient” Udarbejdet af Dims Herlev

 Kilde: Materiale udarbejdet til SHS-teamet, som en del af et kompetanceudviklingsprogram i 2015 på Herlev-Gentofte Hospital. [↑](#footnote-ref-1)