

Bedre ressursbruk ved akutte
henvisninger til sykehus

Mye tids og ressursbruk ved henvisninger, konfereringer, transport bestilling

- Mye tidsbruk både hos legevaktpersonell, spesielt leger, og sikkert mye tids og ressursbruk ved sykehusene i forbindelse med konfereringer.
- Kunne vi tenkt «konfereringsfri» innleggelse i visse diagnose grupper? Vor det nesten alltid er åpenbar indikasjon for innleggelse?
- Lage noen sjekklister i en prosjektperiode på 6 måneder for å kavlitetsikre prosessen og for unngå feil bruk av opplegget?

Eksempelvis suspekte diagnose grupper:

Kirurgisk: 1) Appendicitis evaluert med Alvarado score for voksne:

- **Alvarado score** — The Alvarado score (also called the MANTRELS score) is a 10-point score derived from eight components:
 - Migratory right iliac fossa pain (1 point)
 - Anorexia (1 point)
 - Nausea/vomiting (1 point)
 - Tenderness in the right iliac fossa (2 points)
 - Rebound tenderness in the right iliac fossa (1 point)
 - Elevated temperature $>37.5^{\circ}\text{C}$ (1 point)
 - Leukocytosis (2 points)
 - Shift of the WBC count (1 point)

Siste to punkt kan man erstatte med CRP f eks?(evt Diff telling er tilgjengelig ved Jessheim Legevakt)

Finnes scoring systemer for pediatriske pasienter også !

2) Testikkel Torsjon

- TWIST SCORE:
- the TWIST score for testicular torsion was derived :
- ● Nausea or vomiting: 1 point
- ● Testicular swelling: 2 points
- ● Hard testis on palpation: 2 points
- ● High-riding testis: 1 point
- ● Absent cremasteric reflex: 1 point

Cholecystitt

- Kan ofte starte med gallesteinsanfall som vedvarer med økende intensitet og etter hvert temperaturstigning
 - Gallesteinsanfallet etter et fettrikt måltid og kommer ofte om natten
 - Ved et ukomplisert gallesteinsanfall vil smerten gradvis forsvinne over en periode på 12-18 timer
- Smerter og ømhet under høyre kostalbue ledsaget av kvalme og oppkast
 - Smerteutstråling til høyre scapula kan være tilstede
- Anoreksi, kvalme og brekninger
 - Brekninger ses hos 3/4 og gir som oftest smertelindring
- Feber 38-38,5, ofte med frysninger
- Kvalme og oppkast kan tilta, abdomen distenderes, og det kan utvikles paralytisk ileus
- **FUNN:**
- Tegn til **lokalisert peritonitt**
- Lokal **muskelrigiditet eller defence**
- 10-15% utvikler lett til moderat ikterus, obs! gallegangssten
- Hos 1/4 kan galleblæren føles ved **palpasjon av abdomen** sent i forløpet ¹
- **Murphys tegn**
 - **Palpasjonssmerter over galleblæren, spesielt ved dyp inspirasjon**
 - **Sensitivitet 97%, spesifisitet 48%** ⁵
- **Boas tegn**
 - Hyperestetisk område mellom 9. og 11. interkostalrom posterior

Ileus

- Riktig og målrettet anamnese, bakgrunns tidligere sykehistorie og riktig klinisk undersøkelse inkludert DRE, gir sterk mistanke om det og kan derfor henvises for videre utredning

Medisinske akutte tilstander

- Sepsis (Qsofa og SIRS basert)
- DVT (Wells Score g Geneva score) med grundig anamnese og klinisk undersøkelse (Evt lage behandlings regime som kan startes ved legevakt feks NOAK eller lavmolekulær Heparin og halv-ø hjelp henvisning dagen etter
- Anemi med Hb under 8,0 (som er avklart at det ikke er kjent eller habituel)
- Infeksjoner uten klart fokus, med påvirket tilstand og vitalia, og utslag på analyser

- Det var noen eksempler som vi kan tenke oss å drøfte og se om tanken er gjennomførbar i praksis eller ikke.
- Mye tidsbruk nå om dagen når AMK vil at legen selv skal ringe og bestille transport, og deretter ofte flere telefoner til sykehus først til vakthavende , ofte behov for intern konferering blant sykehus kolleger, deretter ringe mottaket melde pasient etc
- Kunne gitt bedre ressursbruk for sykehus leger også.