



Patient ID

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

## Checklista beslutsstöd

1

Finns ställningstagande till palliativ vård som innebär att patienten kan smärtlindras/symtomlindras i hemmet?

JA

Kvar hemma, rapportera enligt **SBAR** till distriktsläkare via telefon

NEJ

2

	Kontrollera samtliga vitalparametrar	Värde	JA	NEJ
	Är vitalparametrar inom?			
A	Fri luftväg? Pratar patienten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Andningsfrekvens mellan 8-25/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Saturation över eller lika med 92 % känd KOL saturation över eller lika med 88%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Hjärtfrekvens mellan 50-100 s/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Systoliskt bltr över eller lika med 100 mm Hg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Medvetandegrad är RLS 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ev. kontroll av pupillstorlek/blodsocker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Temp 36-38,5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3

**Bedömt tillstånd enligt sjuksköterskan, finns exklusionssymtom?**

(sätt kryss i aktuell ruta)

Urin / KAD besvär	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Totalstopp KAD <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Makroskopisk hematuri
Yrsel	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Anamnes på syncope <input type="checkbox"/> Illamående och kräkningar <input type="checkbox"/> Ensidig kraftnedsättning <input type="checkbox"/> Bortfallsymtom <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Akut debut
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> <b>Känd KOL saturation under 88 %</b>
Bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetativa symtom <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Bröst smärta som kommer i vila <input type="checkbox"/> Buksmärta
Diabetiker	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Djupandning <input type="checkbox"/> Acetondoft <input type="checkbox"/> Lågt blodsocker hos tablettbehandlad diabetiker
Feber	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Episoder med frossa <input type="checkbox"/> Infektionstecken och svår smärta
Påverkat allmäntillstånd	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Nyttillkommen rygg/extremitetssmärta
Ryggsmärta	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall och med icke intakt motorik och sensorisk <input type="checkbox"/> Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan



Minst en RÖD  AKM

4

Ligger vitalparametrar inom referensvärden? Sid 1	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Finns exklusionssymtom enligt bedömt tillstånd? Sid 2	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Trots utfall Grön bedömer jag som sjuksköterska att uppenbart behov av sjukhusvård föreligger	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Trots utfall Röd bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård)	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>



5



Finns särskilda läkemedel att ta hänsyn till t ex Waran, eventuellt immunosupprimerande läkemedel

Ja       Nej



## Rapportering enligt SBAR

### S- Situation

Presentation av dig själv med namn, titel, område och av vårdtagaren med namn, ålder och eventuell personnummer, adress.

Vad är problemet/anledning till kontakten?

### B- Bakgrund

Kort relevant sjukhistoria, pågående hälsoproblem, pågående vård- och omsorgsplan, aktuell läkemedelslista, ADL, eventuella allergier, smittorisk

### A- Aktuellt

Bedöm och rapportera fakta om nuläget gällande allmäntillståndet: temp, puls, bltr, andningsfrekvens, saturation, medvetandegrad samt ev. p-glukos.

Vid buksmärta: uteslut urinretention och eller förstoppning.

Vid fall/skelettskada: felställning, smärta vid förflyttning.

Ge en rimlig tolkning av problemet.

### R- Rekommendation

Jag rekommenderar att beslutsstödet utfall följs/inte följs

Jag vill ha hjälp med bedömning/behandling/ordination/hembesök.

Avsluta med att bekräfta åtgärden: Finns fler frågor? Är vi överens?

#### RLS-skalan

1. Fullt vaken
2. Slö eller oklar
3. Mkt slö eller oklar

#### **Kontaktbar**

#### **Ej kontaktbar**

4. Lokaliserar
5. Undandragande
6. Böjrörelse
7. Sträckrörelse
8. Ingen reaktion

### Anteckningar


#### Ansvarig sjuksköterska

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer dagtid/ jourtid: \_\_\_\_\_

Datum och tid: \_\_\_\_\_