



PatientID

Namn: _____

Personnummer: _____

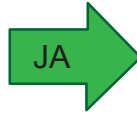
Datum: _____ Klockan: _____

OBS! Beslutsstödet är inte en journalhandling

Checklista beslutsstöd

1

Finns tillräcklig planering med ordinationer i vårdplan eller annan dokumentation?



Kvar hemma,
Vid behov:
Rapportera
enligt SBAR till
primärvårds-
läkare eller
annan ansvarig
läkare

2



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

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"/> Känd KOL saturation under 88%
Bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetativa symtom <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Bröstsmärta som kommer i vila <input type="checkbox"/> Buksmärta
	<p>Exempel vegetativa symtom: Kallsvettig, illamående, ångeest, andfåddhet mm</p>
Diabeter	<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 Episoder <input type="checkbox"/> med frossa Infektionstecken och <input type="checkbox"/> 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 sensorik <input type="checkbox"/> Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan
Har patienten själv kunnat beskriva sina symtom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis	

4

Ligger vitalparametrar inom referensvärden? Sidan 1	JA	NEJ
Finns exklusionssymtom enligt bedömt tillstånd? Sidan 2	NEJ	JA

Trots utfall Grön (primärvård) bedömer jag som sjuksköterska att uppenbart behov av sjukhusvård föreligger	NEJ	JA
Trots utfall Röd (akutmottagning) bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård)	JA	NEJ



5

Vårdnivå oförändrad, kvar hemma

Dokumentera och följ upp

Vårdnivå primärvården

Vid behov:
Rapport enligt SBAR till primärvårds-läkare eller annan ansvarig läkare

Vårdnivå akutmottagning

Rapport enligt SBAR till akutmottagningen via IT-tjänst SAMSA



Val av transportsätt

Finns ett omvårdnadsbehov eller behov av medicinska insatser?



Ja
Ring 112

Nej
Beställ sjukresa via kund & resetjänst VGR tel. 020-91 90 90. Liggande sjuktransport tel. 031-703 13 08

Finns det särskilda läkemedel att ta hänsyn till, t.ex. Waran eller andra antikoagulantia?

Kända allergier? Kända risker?

Ja

Nej

Rapportering enligt SBAR

S - Situation

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

Vad är problemet/anledningen till kontakten?

B - Bakgrund

Kort, relevant sjukdomshistoria, 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 eventuellt 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 det fler frågor?

Är vi överens?

Anteckningar:

Ansvarig sjuksköterska

Namn: _____

Telefonnummer: _____

RLS-skalan

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

Kontaktbar

Ej kontaktbar

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