

Patient

Namn: _____

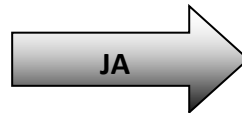
Personnummer: _____

Beslutsstöd inom kommunal hälso- och sjukvård

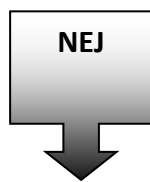
Ett samarbete mellan Region Jönköpings län och länets kommuner.

1

Finns ställningstagande till palliativ vård med tillräckliga ordinationer för symtomlindring i hemmet?

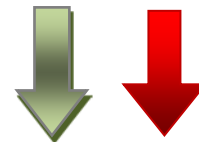


Kvar hemma
Rapport enligt **SBAR** till distriktsläkare via telefon.



2

	Kontrollera samtliga vitalparametrar Är vitalparametrar inom?	Värde	JA	NEJ
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 mmHg		<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"/>

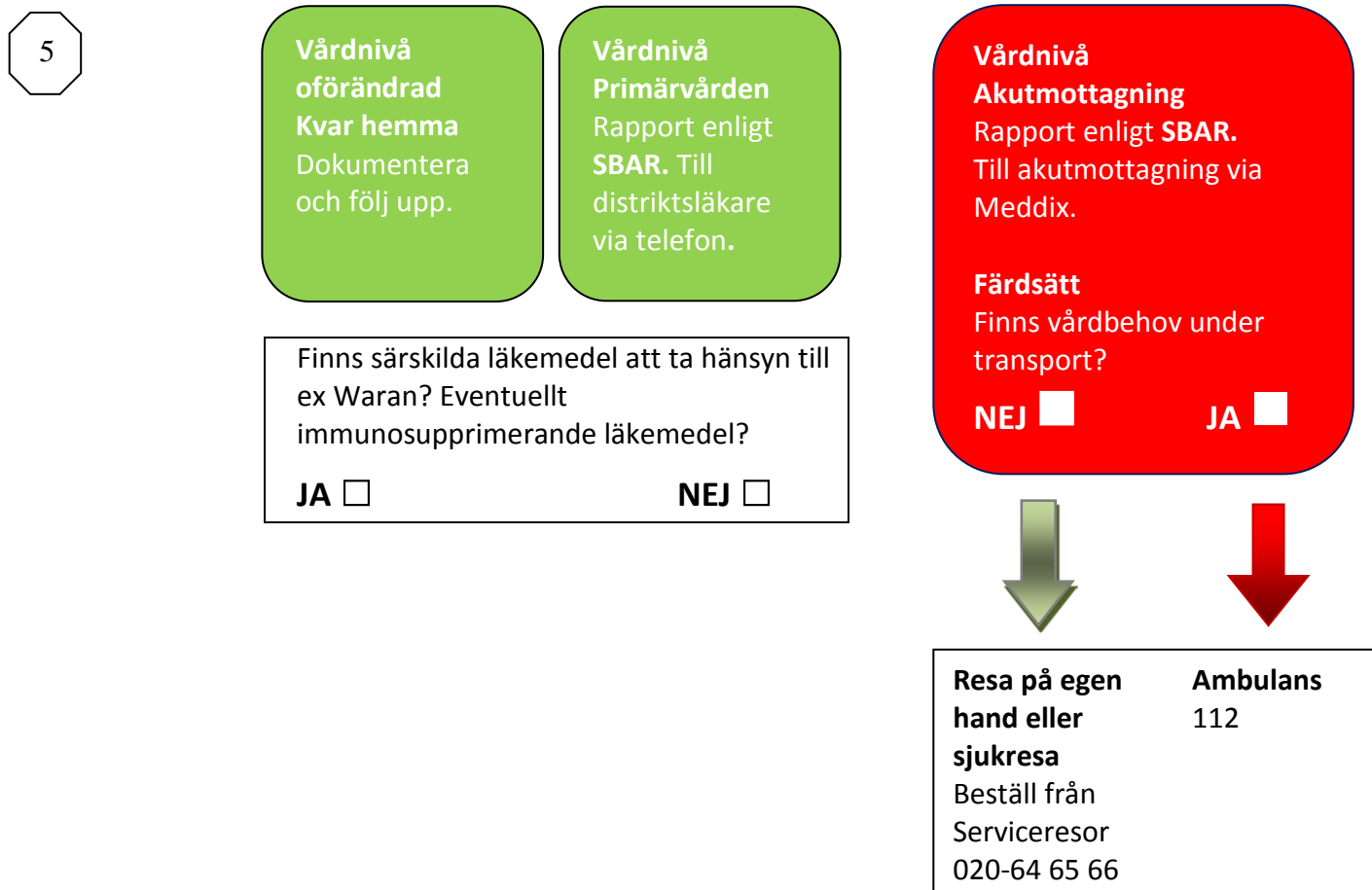


3

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"/> Känd KOL saturation under 88%
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
Diabetes	<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** → Akutmottagning

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



Rapportering enligt SBAR

Situation

Presentera dig själv med namn, titel, område och av vårdtagaren med namn, ålder, personnummer och adress. Vad är anledning till kontakten?

Bakgrund

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

Aktuell bedömning

Bedöm och rapportera fakta om nuläget gällande allmäntillståndet: temp, puls, blodtryck, 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.

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: _____