



Region
Gotland

Hemsjukvård och särskilt boende

Patient ID

Namn: _____

Person nr: _____

Checklista beslutsstöd

1

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

JA

Kvar hemma Rapport enligt **SBAR** Till Distriktsläkare via Telefon
Alt. Till Palliativa teamet via TakeCare

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 mmHg | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| D | Medvetandegrad är RLS 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ev kontroll av pupillstorlek /blodsocker | | | |
| | | | | |
| E | Temp 36-38,5 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 |
| 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 (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"/> |



5

Vårdnivå
oförändrad
Kvar hemma
Dokumentera
och följ upp

Vårdnivå
Primärvården
Rapport enligt
SBAR Till
Distriktsläkare
via Telefon

Vårdnivå Akut-
mottagning
kontakta alltid
distriktsläkare/
Jourläkare
innan du skickar
in. Rapport enligt
SBAR Till AKM

Tala alltid om att du använt beslutsstöd

Finns särskilda läkemedel att ta hänsyn till
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 personnummer, adress.

Vad är anledning till kontakten?

B- Bakgrund

Kort relevant sjukhistoria, pågående hälsoproblem, pågående vårdplan eller annan Planering som SiP, aktuell läkemedelslista, ADL, eventuella allergier, smittorisk

A- Aktuell bedömning

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: _____