

Patient ID

Namn: _____

Person nr: _____

Datum och tid: _____

Checklista beslutsstöd Hemsjukvård och särskilt boende

1

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

JA

Kvar hemma
Rapport enligt
SBAR
Till Distrikts
Läkare 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	Hjärt frekvens 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 Ev kontroll av pupillstorlek /blodsocker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> Bortfallssymtom <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, t ex kallsvettning, illamående, ångest, andfäddhet. <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

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"/>
Här kan du som sjuksköterska ompröva ditt beslut:		
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 kunna vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård) Beakta här även möjligheten att kontakta mobilt team	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

Finns läkemedel att ta hänsyn till som påverkar blodets koagulation eller kroppens immunförsvar t.ex. **Waran, NOAK** eller **immunosupprimerande** läkemedel?

JA NEJ

Vårdnivå oförändrad
Kvar hemma
Dokumentera och följ upp

Vårdnivå Primärvården
Rapport enligt **SBAR**
Till Distrikts läkare via telefon.

Vårdnivå Akutmottagning
Rapport enligt **SBAR**
Till AKM via vårdbegäran i Lifecare SP

Transportsätt: Finns det medicinskt vård- eller övervakningsbehov?

Vård- och övervakningsbehov

Läkemedelsadministration, har fått eller vara i behov av exempelvis: oxygen, infusionsbehandling, smärtbehandling
Medicinsk övervakning, behov av kontroll föreligger exempelvis: andningsfrekvens, pulsoximetri, puls och blodtryck, medvetandegrad och EKG
Utförande av eller beredskap för medicinsk behandling/omvårdnad i händelse av försämring

NEJ

Det finns inget medicinskt vård- eller övervakningsbehov.

Vitalparametrar är gröna.

Ring sjukresa
0200-26 06 60

JA

Det finns medicinskt vård- eller övervakningsbehov. Ej brådskande transport.

Ring ambulansbeställning
08-454 24 23

Om LIVSHOTANDE ring
112

Osäkerhet

Vårdare är osäker om medicinskt vård- eller övervakningsbehov finns.

Ring ambulansbeställning
08-454 24 23

Om LIVSHOTANDE ring
112

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 vård- och omsorgsplan, 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: _____

Telefonnummer jourtid: _____