

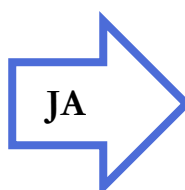
**Patient ID**

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

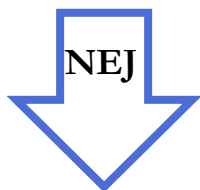
Personnr: \_\_\_\_\_

Vid försämrat hälsotillstånd för personer som har kommunal hälso- och sjukvård inom äldreomsorg

Finns tillräcklig planering av vården i Medicinsk vårdplan eller annan dokumentation?



**Vid behov:**  
Rapport enligt SBAR till Primärvårdsläkare eller annan ansvarig läkare.



Kontrollera samtliga vitalparametrar

Är vitalparametrar inom referensvärden?	VÄRDE	JA	NEJ
<b>A</b> Fri luftväg?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Andningsfrekvens 8-25/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Saturation över eller lika med 92 % <b>Känd KOL saturation över eller lika med 88 %</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Hjärtfrekvens 50-100 slag/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Systoliskt blodtryck över eller lika med 100 mmHg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Medvetandegrad är RLS 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Temp 36-38,5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




Bedömning av förändrat hälsotillstånd enligt sjuksköterska – finns exklusionssymtom?	
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"/> Central bröstsmärta <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"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> <b>Känd KOL Saturation under 88 %</b>
Bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta <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
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 sensorik <input type="checkbox"/> Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan
<b>Patienten har själv kunnat beskriva sina symtom</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> DELVIS	



### Sammanfattning av sjuksköterskans bedömning

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"/>



Minst en **RÖD**  Kontakta Primärvårdsläkare för vidare bedömning!

Trots utfall Grön önskar patienten sjukhusvård	JA <input type="checkbox"/>
Trots utfall Röd önskar patienten vård i hemmet	JA <input type="checkbox"/>



Vårdnivå oförändrad.  
Vid behov:  
Rapport enligt SBAR till Primärvårdsläkare eller annan ansvarig läkare.

Vårdnivå bedöms av Primärvårdsläkare.  
Rapport till Primärvårdsläkare enligt SBAR.



Vid beslut om sjukhusvård skickas vårdbegäran enligt rutin.

## 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, övrig relevant information.

### A – Aktuell bedömning

Bedöm och rapportera fakta om nuläget gällande allmäntillståndet: Vitalparametrar och utfall av bedömt tillstånd och exklusionssymtom.

### R – Rekommendation

Jag rekommenderar:

Trots utfall **Grön** bedömer jag som sjuksköterska att uppenbart behov av annan vårdnivå/sjukhusvård föreligger.

Trots utfall **Röd** bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt primärvårdsnivå/kvarstanna i hemmet.

Jag vill ha hjälp med bedömning/behandling/ordination/hembesök. Avsluta med att bekräfta åtgärden. Finns fler frågor? Är vi överens?

### RLS-skalan

#### Kontaktbar

1. Fullt vaken
2. Slö/oklar. Kontaktbar vid lätt stimulering
3. Mycket slö/oklar. Kontaktbar vid kraftig stimulering

#### Medvetslös

4. Lokaliserar smärta utan att avvärja
5. Undandragande rörelser vid smärtstimulering
6. Stereotypa böjrörelser vid smärtstimulering
7. Stereotypa sträckrörelser vid smärtstimulering
8. Ingen smärtreaktion

### Anteckningar


### Ansvarig Sjuksköterska

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

Telefonnr. dagtid: \_\_\_\_\_

Telefonnr. jourtid: \_\_\_\_\_

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