

Patient ID

Namn: _____

Personnr: _____

Datum: _____ Klockan: _____

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

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

JA

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

NEJ

Kontrollera samtliga vitalparametrar

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

Bedömning av förändrat hälsotillstånd enligt sjuksköterska – finns exklusionssymtom?	
Urin/KAD besvär	☐ Buksmärta ☐ Totalstopp KAD ☐ Central bröstsmärta ☐ Makroskopisk hematuri
Yrsel	☐ Central bröstsmärta ☐ Anamnes på syncope ☐ Illamående och kräkningar ☐ Ensidig kraftnedsättning ☐ Bortfallsymtom ☐ Huvudvärk ☐ Akut debut
Andningsbesvär	☐ Buksmärta ☐ Central bröstsmärta ☐ Syncope ☐ Känd KOL Saturation under 88 %
Bröstsmärta	☐ Nyttillkommen bröstsmärta ☐ Dyspné ☐ Bröst smärta som kommer i vila ☐ Buksmärta
Diabetes	☐ Buksmärta ☐ Djupandning ☐ Acetondoft ☐ Lågt blodsocker
Feber	☐ Buksmärta ☐ Central bröstsmärta ☐ Episoder med frossa ☐ Infektionstecken och svår smärta
Påverkat allmäntillstånd	☐ Neurologiska bortfall ☐ Buksmärta ☐ Central bröstsmärta ☐ Nyttillkommen rygg/extremitetssmärta
Ryggsmärta	☐ Neurologiska bortfall och med icke intakt motorik och sensorik ☐ Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan
Patienten har själv kunnat beskriva sina symtom ☐ JA ☐ NEJ ☐ DELVIS	



Sammanfattning av sjuksköterskans bedömning

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



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

Trots utfall Grön önskar patienten sjukhusvård	JA ☐
Trots utfall Röd önskar patienten vård i hemmet	JA ☐



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

Vårdnivå bedöms av
Primärvårdsläkare.
Rapport till
Primärvårdsläkare
enligt SBAR.



Kontaktat läkare

Läkarens namn: _____

Vårdcentral/mottagning/jour: _____

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 sträckerörelser vid smärtstimulering
8. Ingen smärteaktion

Anteckningar

Ansvarig Sjuksköterska

Namn: _____

Telefonnr. dagtid: _____

Telefonnr. jourtid: _____

Datum och tid: _____