

## RAPPORTERING ENLIGT SBAR

- S Situation**  
Presentation av dig själv med namn, titel, område och av vårdtagaren med namn, ålder och per sonnummer, adress.  
Vad är anledningen 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?

ANTECKNINGAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ansvarig sjuksköterska

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

Telefonnummer dagtid/jourtid: \_\_\_\_\_

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

### PATIENT ID

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

Person nr: \_\_\_\_\_

#### 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

## CHECKLISTA BESLUTSSTÖD

1

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

NEJ

JA

Kvar hemma  
Rapport enligt **SBAR**  
Till Distriktsläkare via telefon

2

	Kontrollera samtliga vitalparametrar	Värde	JA	NEJ
	Är vitalparametrar inom?			
A	Fri luftväg? Pratar patienten?			
B	Andningsfrekvens mellan 8–25/min			
B	Saturation över eller lika med 92% <b>Känd KOL saturation över eller lika med 88%</b>			
C	Hjärtfrekvens mellan 50–100 s/min			
C	Systoliskt Bltr över eller lika med 100 mmHg			
D	Medvetandegrad är RLS 1			
	Ev kontroll av pupillstorlek/blodsocker			
E	Temp 36–38,5			



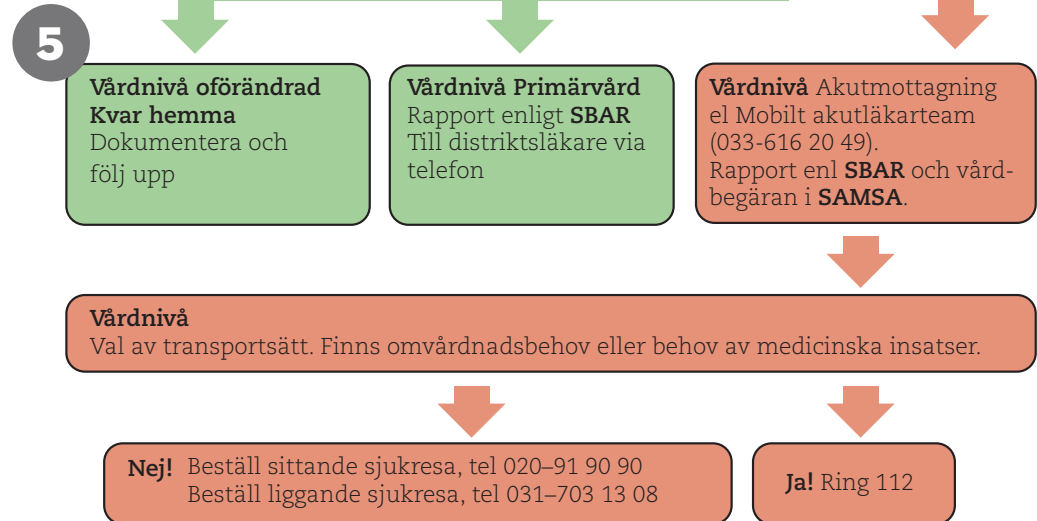
**3** **Bedömt tillstånd enligt sjuksköterskan, finns exklusionssymtom?**  
(sätt kryss i aktuell ruta)

<b>Urin/KAD besvär</b>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Totalstopp KAD <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Makroskopisk hematuri
<b>Yrsel</b>	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Anarnes 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
<b>Andningsbesvär</b>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> <b>Känd KOL</b> <b>Saturation under 88%</b>	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Syncope
<b>Bröstsmärta</b>	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetiva symtom, t ex kallsvettning, illamående, ångest, andfåddhet <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Buksmärta	<input type="checkbox"/> Bröstsmärta som kommer i vila
<b>Diabetiker</b>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Djupandning <input type="checkbox"/> Acetondoft <input type="checkbox"/> Lågt blodsocker hos tablettbehandlad diabetiker	
<b>Feber</b>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Episoder med frossa	<input type="checkbox"/> Infektionstecken och svår smärta
<b>Påverkat allmäntillstånd</b>	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen rygg/extremitetssmärta
<b>Ryggsmärta</b>	<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/ Mobilt akutläkarteam**

**4**

Ligger vitalparametrar infom 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/Mobilt akutläkarteam) bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård)	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>



Finns det särskilda läkemedel att ta hänsyn till, t.ex antikoagulantia eller immunosupprimerande läkemedel eller annat.

JA  NEJ