

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: _____

CFS följt av kryssruta för att skriva in siffran

CHECKLISTA BESLUTSSTÖD

1

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

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

NEJ

JÅ

Kvar hemma

Rapport enligt **SBAR**

Till Distriktsläkare via telefon

2

Tid utförda kontroller

kl:

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% Känd KOL saturation över eller lika med 88%			
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)

*Infoga kryssruta under respektive

Urin/KAD besvär	<input type="checkbox"/> Buksmärta	<input type="checkbox"/> Makroskopisk hematuri
	<input type="checkbox"/> Totalstopp KAD	
	<input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	
Yrsel	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor	<input type="checkbox"/> Huvudvärk
	<input type="checkbox"/> Anarnes på syncope	<input type="checkbox"/> Akut debut
	<input type="checkbox"/> Illamående och kräkningar	
	<input type="checkbox"/> Ensidig kraftnedsättning	
	<input type="checkbox"/> Bortfallsymtom	
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Buksmärta	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor
	<input type="checkbox"/> Känd KOL	<input type="checkbox"/> Syncope
	<input type="checkbox"/> Saturation under 88%	
Bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetiva symtom, t ex kallsvettning, illamående, ångest, andfåddhet	
	<input type="checkbox"/> Dyspné	<input type="checkbox"/> Bröstsmärta 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"/> Infektionstecken och svår smärta
	<input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	
	<input type="checkbox"/> Episoder med frossa	
Påverkat allmän-tillstånd	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen rygg/extremitetssmärta
	<input type="checkbox"/> Buksmärta	
	<input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	
Ryggsmärta	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall och med icke intakt motorik och sensorisk	
	<input type="checkbox"/> Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan	

Infoga textruta med "Sidan är bedömd" Kryssruta för detta längst ner

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"/>

5

Vårdnivå oförändrad Kvar hemma Dokumentera och följ upp	Vårdnivå Primärvård Rapport enligt SBAR Till distriktsläkare via telefon	Vårdnivå Akutmottagning el Mobilt akutläkarteam (033-616 20 49). Rapport enl SBAR och vårdbegäran i SAMSA.
---	--	---

Vårdnivå
Val av transportsätt. Finns omvårdnadsbehov eller behov av medicinska insatser.

Nej! Beställ sittande sjukresa, tel 020-91 90 90
Beställ liggande sjukresa, tel 031-703 13 08

Ja! Ambulans prio 1, tel 112
Ambulans prio 2-3, tel 031-703 13 00

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

JA NEJ

Byt ut texten i rutan ovan till "Finns läkemedel att ta hänsyn till som påverkar blodets koagulation eller kroppens immunförsvar t.ex. Waran, NOAK eller immunosupprimerande läkemedel"