

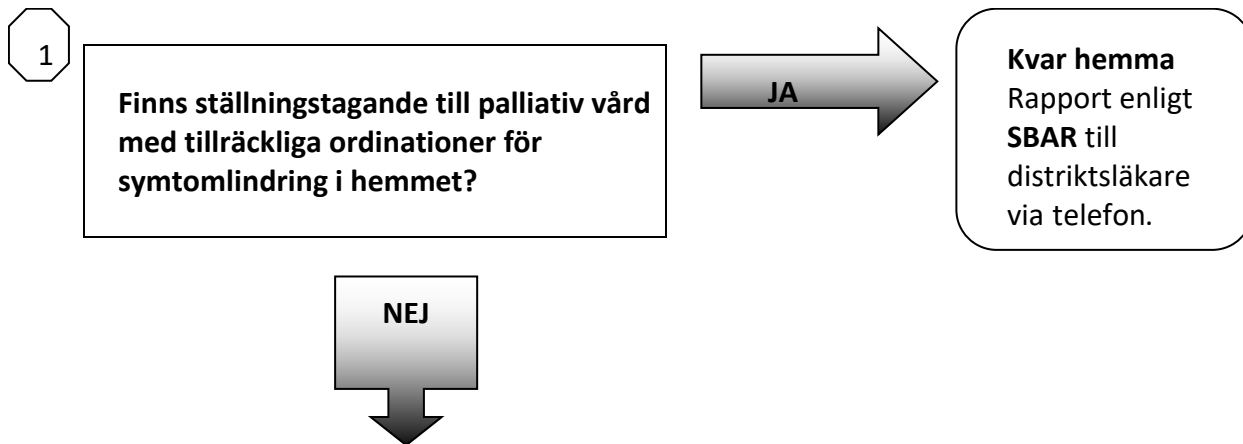
**Patient**

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

Personnummer: \_\_\_\_\_

## Beslutsstöd inom kommunal hälso- och sjukvård

Ett samarbete mellan Region Jönköpings län och länets kommuner.



2

	<b>Kontrollera samtliga vitalparametrar Är vitalparametrar inom?</b>	<b>Värde</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
<b>A</b>	Fri luftväg? Pratar patienten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	Andningsfrekvens mellan 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 mellan 50-100 s/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	Systoliskt Bltr 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"/>
	Ev kontroll av pupillstorlek /blodsocker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b>	Temp 36-38,5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓
↓

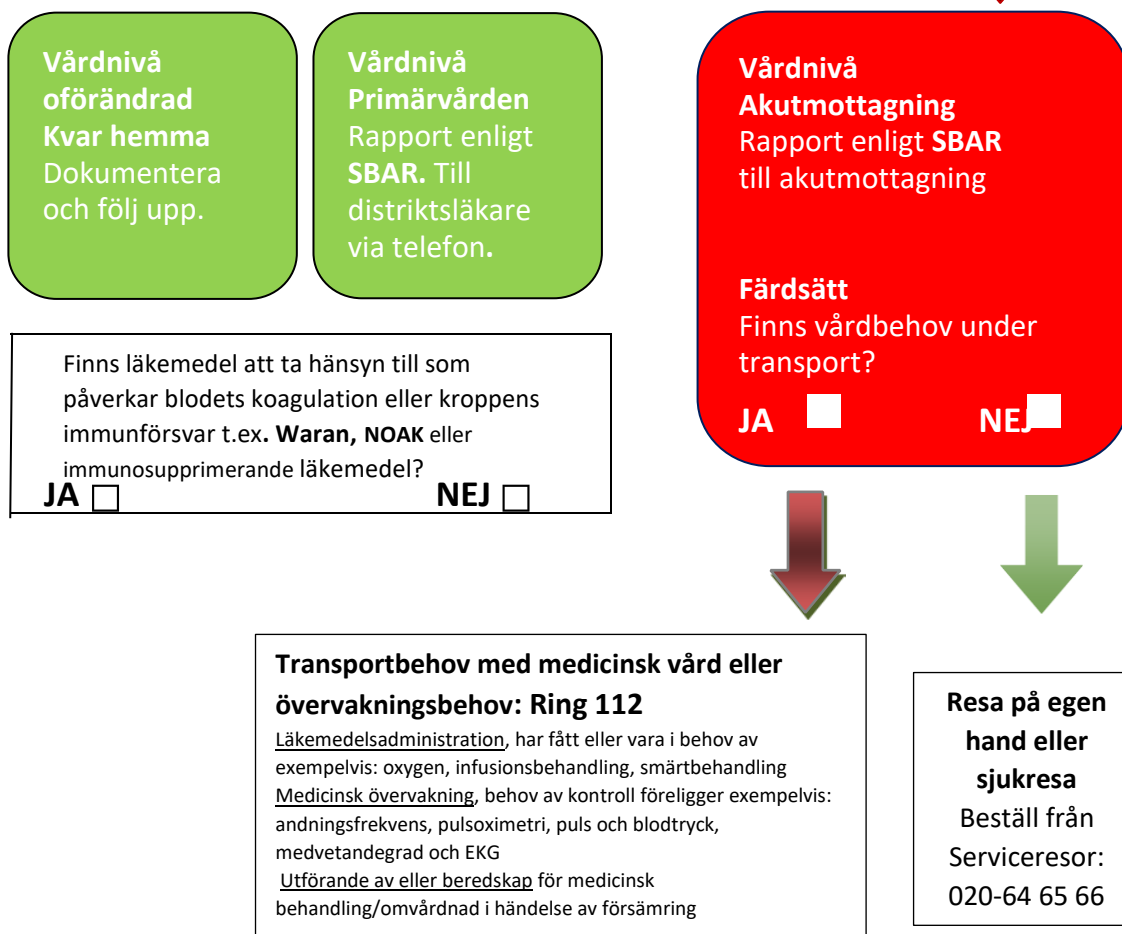
3

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"/> 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
<b>Andningsbesvär</b>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> <b>Känd KOL saturation under 88%</b>
<b>Bröstsmärta</b>	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetativa symtom, t ex kallsvettning, illamående, ångest, andfåddhet. <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Bröst smärta som kommer i vila <input type="checkbox"/> Buksmärta
<b>Diabetes</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

4	Ligger vitalparametrar inom referensvärden?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
	Finns exklusionssymtom enligt bedömt tillstånd?	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) bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård).	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

5



# Rapportering enligt SBAR

## Situation

Presentera dig själv med namn, titel, område  
Vårdtagaren med namn, ålder, personnummer och adress.  
Vad är anledning till kontakten?

## Bakgrund

Kort relevant sjukhistoria, pågående hälsoproblem, pågående vård- och omsorgsplan, aktuell läkemedelslista, ADL, eventuella allergier, smittorisk.

## Aktuell bedömning

Bedöm och rapportera fakta om nuläget gällande allmäntillståndet: temp, puls, blodtryck, 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.

## 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/jourtid: \_\_\_\_\_

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