

Rapportering enligt SBAR

S – Situation

Presentation av dig själv med namn, titel, område och av vårdtagaren med namn, ålder, personnummer och adress.
Vad är problemet/anledning till kontakten?

B – Bakgrund

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

A – Aktuellt

Bedöm och rapportera fakta om nuläget gällande allmänstillståndet: temp, puls, bltr, andningsfrekvens, saturation, medvetandegrad samt ev. p-glukos.

Vid buksmärtor: utslut urinretention och/eller förstoppning.

Vid fall/skelettskada: felställning, smärta vid förflyttning.

Ge en rimlig tolkning av problemet.

R – Rekommendation

Jag rekommenderar att beslutsstödets 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: _____

RLS-skalan

1. Fullt vaken
2. Slö eller oklar
3. Mycket slö eller oklar

Kontaktbar

Ej kontaktbar

4. Lokaliserar
5. Undandrägande
6. Böj rörelse
7. Sträcker rörelse
8. Ingen reaktion



PatientID
Namn: _____
Personnummer: _____

CHECKLISTA BESLUTSSTÖD

1

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

JÄ

Kvar hemma, rapportera enligt SBAR till distriktsläkare via telefon

2

| Kontrollera samtliga vitalparametrar | Värde | JÄ | 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 och 100 s/min | | | |
| C Systoliskt bltr över eller lika med 100 mm Hg | | | |
| 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)

| | |
|--------------------------|--|
| 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"/> 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 |
| Andningsbesvär | <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Känd KOL saturation under 88 % |
| Bröstsmärta | <input type="checkbox"/> Nyttkommen bröstsmärta med vegetativa symtom <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Bröstsmärta som kommer i vila <input type="checkbox"/> Buksmärta |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Djupandring <input type="checkbox"/> Acetondoft <input type="checkbox"/> Lågt blodsocker hos tablettbehandlad diabetiker |
| 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"/> Nyttkommen 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 |

4

Minst en RÖD → AKM

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Ligger vitalparametrar inom referensvärden? Sid 1 | J/A <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |
| Finns exklusionssymtom enligt bedömt tillstånd? Sid 2 | NEJ <input type="checkbox"/> | J/A <input type="checkbox"/> |
| Trots utfall Grön (primärvård) bedömer jag som sjuksköterska att uppenbart behov av sjukhusvård föreligger | NEJ <input type="checkbox"/> | J/A <input type="checkbox"/> |
| Trots utfall Röd (akutmottagning) bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård) | J/A <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |

5

Vårdnivå
oförändrad,
kvar hemma

Dokumentera
och följ upp

Vårdnivå
primärvården

Rapport enligt
SBAR till di-
striktläkare via
telefon

Vårdnivå
akutmottag-
ning

Rapport enligt
SBAR till AKM
via Meddix

Finns särskilda läkemedel att ta hänsyn till, t ex Waran, eventuellt immunosupprimerande läkemedel?

Ja Nej