

Poul Kongstad
Chefläkare och verksamhetschef
Region Skånes Prehospitala Enhet

Gunnar Moustgaard
Medicinsk rådgivare
Psykiatri Skåne



Prehospital psykiatri

REGIONALT VÅRDPROGRAM, VERSION 5, OKTOBER 2017



Förord	4
Patient med psykiatrisk problematik i ambulanssjukvården	5
Psykiatri i Region Skåne.....	6
Slutenvårdsplatser	6
Aktuell vårdplatssituation och vårdkoordination.....	6
Olika vårdgivare och patienten.....	7
Patienten.....	7
Beställarunderlag	7
Symtombedömning och handläggning via 1177.....	7
Akuta hembesök av läkare - Region Skånes hembesöksbilar samt utfärdande av vårdintyg	7
Samordnad suicidprevention.....	8
Transport av psykiatriska patienter – allmänt.....	8
Samarbete – multidisciplinär handläggning.....	8
Transport i samband med vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, LPT (motsvarande gäller vid rättspsykiatrisk vård, LRV).	9
Ett uppdrag för den prehospitála akutsjukvården	9
Patienten medföljer frivilligt och där ingen säkerhetsrisk bedöms föreligga	10
Patient som motsätter sig transport men där risk inte bedöms föreligga för fysiskt motstånd eller våld	10
Patient där risk finns för fysiskt motstånd eller annat våld.....	10
Allmänt	10
Exempel på praktisk hantering.....	11
Ambulanssjukvård och patientomhändertagande	13
Utlarmning, undersökning, helhetsbedömning och beslut.....	13
Vad ska ambulanssjuksköterska vara uppmärksam på vid bedömning inför och under transport?	13

Diagnostik	14
Farmakologisk behandling	14
Bemötande	14
Vid bemötande av patient bör man	14
Att tänka på då det gäller barn och unga i kris.....	14
ATT TÄNKA PÅ Vid bemötande av person med utvecklingsstörning	15
Bedömning av psykiskt påverkad patient	15
Säkerhet	15
Risk för våld.....	15
Minska riskerna.....	15
Att observera vid en uppseglade orosituation	16
Andra hjälpmedel	17
Triagehandboken.....	17
RETTS	17
Lagar med särskild betydelse för prehospital psykiatri	18
Allmänna grunder för ansvarsfrihet finns i Brottsbalken, 24 kap:.....	18
Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).....	18
Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).....	20
Avvikelsehantering och kvalitetsuppföljning.....	20
Avvikelser	20
Kvalitetsuppföljning – nyckeltal.....	20
Utbildning av ambulanssteam och andra medarbetare	21

Förord

Arbetet med detta vårdprogram har skett multidisciplinärt med representation från de olika psykiatriska verksamheterna, larmoperatör och ambulansdirigent, sjukvårdsrådgivning, ambulanssjukvården, akutmottagningar och Polismyndigheten Region Syd.

Programmet avser att följa patientens vård och behandling utformat i en vårdkedja där ambulanssjukvården utgör en del.

Detta vårdprogram kan användas av alla som möter patienter med psykiatrisk problematik inom akutsjukvården och där ambulanstransporter eller akuta interventioner måste ske utanför sjukhus. Vårdprogrammet är fritt att kopiera om källan anges. Vårdprogrammet revideras återkommande och senaste versionen kan laddas ner från www.skane.se/rspe Vi tar gärna emot synpunkter på föreliggande version att använda till kommande utgåvor.

Lund den 18 september 2017

Poul Kongstad
Chefläkare /Verksamhetschef
Region Skånes Prehospitala Enhet

Gunnar Moustgaard
Medicinsk rådgivare
Psykiatri Skåne

Patient med psykiatrisk problematik i ambulanssjukvården

Patienter med psykiatrisk problematik är vanliga inom ambulanssjukvården och ambulanssteamerna har erfarenhet av att möta dessa patienter.

Ambulanssjukvården har av tradition varit mer inriktad på rent somatiska tillstånd och inte alltid varit förberedd på de speciella krav och situationer som kan uppstå i vårdarbetet när psykiatrisk problematik föreligger. För att förbättra vård och behandling prehospitalt för patienter med psykiatrisk problematik, har detta vårdprogram tagits fram.

Ambulanssjukvården i Skåne omhändertar och behandlar kring 160 000 patienter årligen. En grov uppskattning är att mellan kring 5–10 procent av patienterna inom akutsjukvården skulle kunna ha en psykiatrisk problematik, dessa patienter finns ofta inom andra diagnoser som till exempel intoxicationer, trauma och medvetslöshet.

Drygt 4 000 patienter har psykiatrisk problematik som första diagnos. Könsfördelningen mellan dessa är relativt jämn, liten övervikt av kvinnor. Största åldersgrupp är patienter mellan 19 och 29 år, 22 %. Huvuddelen av patienterna registreras som gula enligt RETTS.

För sjukvårdsrådgivningen är oro och ångest de vanligaste psykiatriska diagnoserna.

Vårdprogrammets mål är att tydliggöra handläggningen av akuta prehospitala patienter med psykiatrisk problematik. Detta vårdprogram kan användas av flera organisationer som:

- Ambulanssjukvård
- Primärvård
- Sjukvårdsrådgivningen
- 112 SOS Alarm
- Psykiatrisk Öppenvårdsmottagning (kontorstid, telefontid, tidsbeställning)
- Psykiatrisk Akutmottagning (övrig tid)
- Psykiatrisk slutenvårdsavdelning (känd patient)
- Somatisk akutmottagning
- Större privata vårdgivare
- Polis
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS:ar) inom kommunerna
- Hembesöksbilarna i Skåne (Falck)
- RLS (Regionala Läkarestödet till ambulanssjukvården)

Psykiatri i Region Skåne

Den offentligt drivna psykiatrin i Skåne har verksamheter runt om i Skåne och divisionsledningen finns i Lund.

Det finns vuxenpsykiatriska akutmottagningar i Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö. Dessa mottagningar är öppna dygnet runt. Vuxna patienter med psykiatrisk problematik som huvuddiagnos ska alltid transporteras till något av dessa sjukhus för en första bedömning. Sekundärtransport kan bli aktuell inom Region Skåne och till angränsande län.

Barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård finns i anslutning till akutsjukhusen i Skåne. Den barnpsykiatriska akutmottagningen och slutenvård finns i Malmö. Barn med psykiatrisk problematik som huvuddiagnos ska vid behov av ambulanstransport alltid transporteras till den barnpsykiatriska akutmottagningen i Malmö. Barn med behov av somatisk slutenvård under pågående tvångsvård ska vårdas vid barnkliniken i Malmö för att göra det möjligt för BUP:s slutenvård att dygnet runt ansvara för tvångsvården.

Rättspsykiatrin utgör ett eget verksamhetsområde med öppenvård i Helsingborg, Hässleholm och Malmö. Största delen av heldygnsvården finns vid det nybyggda Rättspsykiatriskt Centrum Trelleborg men även i Helsingborg och Hässleholm.

Privat psykiatrisjukvård finns i omfattande utsträckning i Skåne, i form av stora öppenvårdsverksamheter men även som mindre enheter. Totalt drivs drygt 16 % av den vuxenpsykiatriska öppenvården i privat regi. Dessa verksamheter är upphandlade och finns i Helsingborg, Lund och Malmö.

De vanligaste patientgrupperna inom psykiatrin är patienter med ångestsyndrom, affektiva sjukdomar (till exempel depression), psykossjukdomar och beroendetillstånd. Även patienter med emotionell instabil personlighetsstörning (tidigare kallad borderlineproblematik), ätstörningar och ADHD är vanliga.

Inom den prehospitala psykiatrin kan det bland annat vara aktuellt att ta hand om patienter som gjort ett suicidförsök eller riskerar att ta sitt liv. Ambulansteam kan också ofta möta andra patienter med psykiatrisk problematik, till exempel patienter med akut psykos, förvirringstillstånd, panikångestattacker, aggressivitet eller missbruk.

SLUTENVÅRDSPLATSER

Psykiatri Skåne har 2017 totalt 494 vårdplatser. Av dessa tillhör 77 rättspsykiatrin och 21 är barnpsykiatriska platser.

AKTUELL VÅRDPLATSSITUATION OCH VÅRDKOORDINATION

Psykiatrisk vårdkoordination sker i samråd med somatisk vårdkoordination. På hemsidan för vårdplatser (<http://vplo.i.skane.se/>) kan aktuellt platsläge inom psykiatrin följas.

Olika vårdgivare och patienten

PATIENTEN

Om det redan finns en psykiatrisk kontakt etablerad bör patienten söka denna i första hand, på vårdcentral eller psykiatrisk mottagning. Om sådan inte finns eller inte är tillgänglig kan patienten dagtid ringa sin hälsovalsenhet/vårdcentral eller ringa sjukvårdsrådgivningen som är öppen dygnet runt. Vid akuta besvär kan patienten söka den psykiatriska akutmottagningen.

Vid fara för liv ringer man 112 för hjälp med ambulans, läkare eller polis.

BESTÄLLARUNDERLAG

Region Skånes triagehandbok på nätet och det sekundära triagesystemet RETTS (RETTS-psykiatri) används för bedömning av vårdnivå och gradering i angelägenhetsgrad även vid de vuxenpsykiatriska akutmottagningarna i Skåne.

SYMTOMBEDÖMNING OCH HANDLÄGGNING VIA 1177

Alla personer som ringer/söker på grund av psykiska besvär ska tillfrågas om de har en pågående behandling för dessa besvär. Om svaret är ja, och symtomen inte är akuta, hänvisas patienten till kontakt med ordinarie vårdgivare (primärvården, psykiatrin, barn och ungdomspsykiatrin). Hälsovalsenheten är normalt den första kontakten för bedömning och vård av psykiska sjukdomar för vuxna. För barn ligger ansvaret för första bedömning inom barnpsykiatrin telefon 020-51 20 20 (första linjens barnpsykiatri).

Vid akuta besvär ställs frågor för att säkerställa om det finns risk för eget eller annans liv.

Vid uppgifter om aggressivitet ställs frågor om allvarligt fysiskt våld mot annan eller mot sig själv. Vid hot mot annan eller mot sig själv hänvisas till 112.

112 kontaktas också om det rör sig om allvarliga suicidtankar med uppgifter om pågående eller akut hotande suicidförsök. Vid akut nytillkomna psykiska besvär, särskilt akut förvirring och akut aggressivitet, ställs också sedvanliga frågor för att utesluta bakomliggande somatiska sjukdomstillstånd till exempel infektioner, hjärtsvikt, intoxication, abstinens, skalltrauma, TIA/stroke, droger etc. Hänvisning vid misstanke om sådan bakomliggande somatisk orsak styrs av den samlade symtombilden och i enlighet med de riktlinjer som finns för dessa somatiska symtom, oftast vårdnivå 112/Akut.

AKUTA HEMBESÖK AV LÄKARE - REGION SKÅNES HEMBESÖKSBILAR SAMT UTFÄRDANDE AV VÅRDINTYG

Falck har Region Skånes uppdrag att utföra hembesök med läkare. I detta uppdrag ingår att utfärda dödsbevis och akuta vårdintyg. Läkarna i verksamheten kan nås på eget telefonnummer (växel) eller via 112. Remittenter förutom läkare är sjuksköterskor hos larmcentral, sjukvårdsrådgivning, primärvård, kommunal hemsjukvård, ambulans och akutmottagningar.

Enligt avtalet ska bedömning för vårdintyg prioriteras, detta måste hanteras akut och omgående.

SAMORDNAD SUICIDPREVENTION

Räddningstjänst, polis, ambulanssjukvård, SOS Alarm och Trafikverket samverkar kring akuta åtgärder vid hotande suicid. Denna samverkan har arbetats fram multidisciplinärt och har införts i de skånska kommunerna tillsammans med övriga medverkande.

Områden som kan vara aktuella att larmas till är:

- person på spårområde eller dess närhet
- person på hög höjd (bro, byggnad etcetera)
- person vid ställverk/transformator eller liknande.

Om till exempel en lokförare rapporterar att en person uppehåller sig på eller nära ett spårområde stoppas trafiken och närmaste "blåljusenhet" kallas omgående till platsen. Ambulansteam eller det team från räddningstjänst och polis som kommer först till platsen försöker avleda patienten från tilltänkt handling och försöker därefter också föra patienten i säkerhet. Alla tre aktörer kan begära trafikstopp. Därefter får sjukvårdskontakt ordnas på lämpligt sätt.

I regionen stoppas tågtrafiken i snitt 30 gånger i månaden. I cirka 10 av dessa fall omhändertas personer som misstänks försöka ta sitt liv, bedömningen är att ett flertal suicid undviks.

Det finns flera säkerhetsaspekter att ta hänsyn till och en mycket viktig del är att alla medverkande enheter är överens om hur kommunikationens samordnat ska ske i RAKEL-systemet.

Transport av psykiatriska patienter – allmänt

SAMARBETE – MULTIDISCIPLINÄR HANDLÄGGNING

Det prehospitala omhändertagandet av patienter med psykiatrisk problematik kräver goda kunskaper inom både psykiatri och somatik för att säkerställa att både den psykiatriska och somatiska sjukligheten behandlas adekvat. Ambulanssjuksköterskan (medicinskt ansvarig) har ett samordnande ansvar i detta. Det bör observeras att patienter med psykiatrisk diagnos har en påtaglig överdödlighet i somatisk sjukdom.

Genomförande av transport

Möjliga transportalternativ är som för övriga patienter taxi, bårtaxi eller ambulans.

Primärtransporter (SOS Alarm AB beslutar vid beställning och ambulanteamet på plats om transportsätt).

1. Opåverkad patient kan åka med egen bil, anhöriga, taxi eller bårtaxi.
2. Psykiskt påverkad patient skall i första hand transporteras med ambulans. Medicinskt ansvarig i ambulanssteamet beslutar efter bedömning av patientens tillstånd om ytterligare resurser, till exempel. läkarmedverkan, socialtjänst, polis med flera.
3. Patient under tvångsvård skall i Region Skåne alltid transporteras med ambulans om inte ansvarig läkare beslutar annat.

Om ambulansen är på plats, det finns behov av akutkontakt och patienten är positiv bör ambulanstransport i regeln erbjudas. Det kan annars finnas risk att patienten inte får adekvat vård inom rimlig tid. Vid polismedverkan skall polisen i möjligaste mån följa efter ambulansen för att minimera obehag/myndighetsutövande gentemot patienten. Individuell bedömning sker av medicinskt ansvarig.

Sekundärtransporter (beställande enhet beslutar om transportsätt)

1. Psykiskt opåverkade patienter kan transporteras med anhöriga, taxi, bårtaxi eller i vissa fall psykiatrins egna fordon.
2. Psykiskt påverkad patient skall transporteras med ambulans. I första hand skall ambulanssjukvården själv ombesörja transporten på samma sätt som för somatiska patienter. I undantagsfall när speciella omständigheter föreligger kan läkare/sjuksköterska/skötare från psykiatrin medfölja som för somatiska patienter.
3. Patient under tvångsvård skall i Region Skåne transporteras med ambulans om inte ansvarig läkare beslutar annat. Handräckning av polis kan oftast inte ske som vid primäruppdrag eftersom tvångsvården är sjukvårdens uppgift men polis kan tillkallas om farlig situation uppstår. Även här kan läkare/sjuksköterska/skötare från psykiatrin medfölja.

Vid sekundära transporter har andra enheter inom sjukvården gjort en primär bedömning eller behandling av patienterna. Ambulanstransporten görs då som ett serviceuppdrag till beställaren och diagnos eller behandling får inte överprövas. I samband med överlämnandet till ambulanssjuksköterska ska leg sjuksköterska eller läkare rapportera till denna på ett strukturerat sätt för optimal patientsäkerhet och samarbete.

En delmängd av sekundärtransporterna utgör transporter mellan två psykiatriska avdelningar. Vid dessa har patienten ofta blivit bedömd av specialist i psykiatri.

Transport i samband med vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, LPT (motsvarande gäller vid rättspsykiatrisk vård, LRV).

ETT UPPDRAG FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

Patient som vårdas med stöd av LPT har ett allvarligt sjukdomstillstånd. Transport till eller mellan sjukvårdsinrättningar ska utföras av medarbetare med kunskap i och erfarenhet av

prehospital sjukvård. Ambulanssjukvården ska alltid medverka vid transport om inte beslut om annat fattas av ansvarig läkare.

En bedömning av risk för utagerande eller självskada under transport ska göras inför denna. En patient med psykiatrisk problematik kan växla snabbt i sitt tillstånd. BVC (Bröset Violence Checklist) skalan kan vara till hjälp (se bilaga RETTS-psyk). Se avsnittet Säkerhet sida 13-14.

PATIENTEN MEDFÖLJER FRIVILLIGT OCH DÄR INGEN SÄKERHETSRIK BEDÖMS FÖRELIGGA

Transporten genomförs i första hand med ambulans.

PATIENT SOM MOTSÄTTER SIG TRANSPORT MEN DÄR RISK INTE BEDÖMS FÖRELIGGA FÖR FYSISKT MOTSTÅND ELLER VÅLD

Biträde av polis/Kriminalvårdens Transportenhet begärs om förutsättningarna enligt i LPT är uppfyllda ([se sida 16-17](#)) och patienten inte efter personlig kontakt kan övertalas att medfölja frivilligt. Transporterna genomförs i första hand med ambulans.

PATIENT DÄR RISK FINNS FÖR FYSISKT MOTSTÅND ELLER ANNAT VÅLD

Transport ska planeras så risker minimeras. Biträde av polis/Kriminalvårdens Transportenhet (NTE) begärs om förutsättningarna enligt LPT är uppfyllda och patienten inte efter personlig/fysisk kontakt kan övertalas att medfölja frivilligt ([se sida 16-17](#)).

I ett akut läge kan polisens inre befäl kontaktas inför transporten, biträde kan vid allvarlig fara lämnas med stöd i polislagen.

Patienten transporteras i första hand i ambulans, efter särskild övervägande i polisbil. Sjukvårdspersonal ansvarar för vård och omsorg under transporten, polisen eller NTE:s personal för säkerheten.

ALLMÄNT

Brottsbalken 24 kap 2 § ger stöd för att i en akut situation använda det våld som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att förhindra rymning eller upprätthålla ordning (se sida 16). Sjukvårdens medarbetare t ex ambulans har möjlighet men ingen skyldighet att agera enligt detta, den personliga säkerheten har första prioritet.

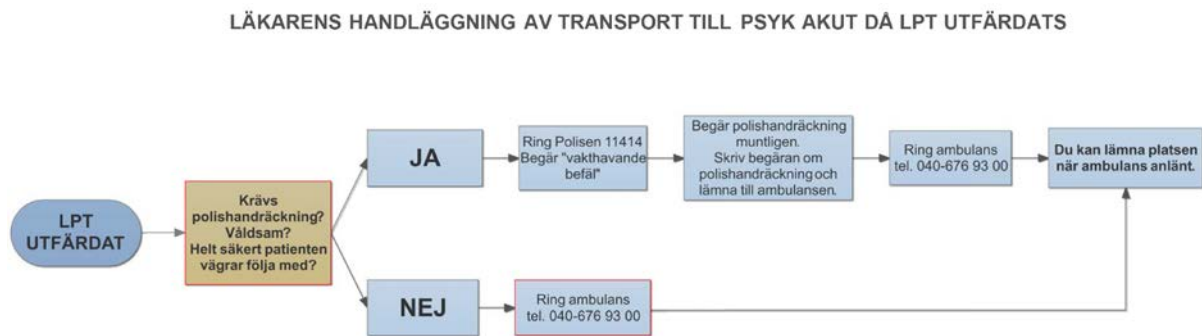
Överväganden och beslut med stöd i brottsbalken skall med motivering dokumenteras.

Polis kan vid behov tillkallas för biträde med stöd av polislagen i de fall förutsättningarna för biträde med stöd av LPT inte är uppfyllda.

Vid sekundärtransporter medföljer psykiatrisk vårdpersonal i den utsträckning som det bedöms nödvändigt för patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Den som begär ambulans (vårdintygsskrivande läkare eller chefsöverläkare/läkare med uppdrag från chefsöverläkare i specialistpsykiatri) begär även polisbiträde när det bedöms befogat. SOS Alarm AB samordnar insatsen så ambulans och polis är på plats samtidigt. Begäran om polisbiträde i samband med förflyttning förutsätter att ambulans medverkar.

Flödesschema LPT transport Falck-ambulans-polis/ annan läkare utanför sjukhuset-ambulans-polis



EXEMPEL PÅ PRAKTISK HANTERING

- Om polisbiträde inte har bedömts nödvändigt initialt men först när ambulansen är på plats kontakter ambulans den som har begärt transporten, denna ansvarar för att biträde begärs eller underökning kommer till stånd om vårdintyg inte finns. Om situationen är akut och patienten är känd kan biträde begäras för att föra patienten till mottagning för vårdintygsbedömning.
- I ett akut läge kan ambulanssteamet kontakta polisen direkt oberoende av om vårdintyg är skrivit eller biträde begärt. Polisen kan enligt LPT § 47 fatta beslut om omhändertagande och att patienten förs till psykiatrisk akutmottagning.
- Patienten får inte lämnas ensam. Är vårdintyg skrivit av hembesöksläkare (till exempel Falcks läkare) som begär transport stannar denna kvar till ambulansen är på plats. Krävs polisbiträde kvarstannar ambulanssteamet i väntan på polisen.
- I ett urakut läge (till exempel hotande suicid, allvarlig självskada eller allvarlig risk för annan person) larmas polis och ambulans ut samtidigt. Den som först anländer agerar för att skydda liv eller hälsa, vid behov med stöd av regelverket för nödrätt.
- Bedömer ambulanssteamet att skäl finns för vårdintygsbedömning beträffande patient som inte frivilligt medföljer till sjukhus begärs detta av hembesöksläkare (till exempel Falck), teamet stannar kvar hos patienten i vänta på denna. Leder undersökningen till att vårdintyg skrivs stannar hembesöksläkare och ambulans vid behov hos patienten i väntan på polisbiträde om detta krävs.

Om det finns fara i dröjsmål till exempel på grund av livshotande intox kan även RLS läkare efter rapportering från tjänstgörande ambulanssjuksköterska begära polisbiträde för att föra patienten till akutmottagning (somatisk eller psykiatrisk) för vårdintygsbedömning. RLS ska i så fall informera tjänstgörande läkare på akutmottagningen.

RLS äger också rätt att besluta om sin egen medverkan i detta förfarande baserat på patientens tillstånd. Blankett med begäran om biträde fylls i av ambulanspersonal enligt diktat av RLS läkare. Blanketten överlämnas till polisen när de kommer till platsen.

- Uppstår behov av vårdintygsbedömning efter transport har påbörjats kan ambulanssteamet tillkalla hembesöksläkare för vårdintygsbedömning. I ett akut läge kan teamet kontakta polisen för ställningstagande till omhändertagande enligt LPT § 47. I undantagsfall kan specialistläkare i psykiatri utan föregående undersökning begära polisbiträde för att föra en välkänd patient till psykiatrisk akutmottagning för vårdintygsbedömning.

Om det finns fara i dröjsmål till exempel på grund av livshotande intox kan även RLS läkare efter rapportering från tjänstgörande ambulanssjuksköterska begära polisbiträde för att föra patienten till akutmottagning (somatisk eller psykiatrisk) för vårdintygsbedömning. RLS läkaren ska i så fall informera tjänstgörande läkare på akutmottagningen. RLS äger också rätt att besluta om sin egen medverkan i detta förfarande baserat på patientens tillstånd.

Blankett med begäran om biträde fylls i av ambulanspersonal enligt diktat av RLS läkare. Blanketten överlämnas till polisen när de kommer till platsen.

- Om en hembesöksläkare (läkare i allmän tjänst eller legitimerad läkare som har till uppgift att utföra undersökning för vårdintyg) har informationen som är så tydlig att det är uppenbart att skäl finns för vårdintygsbedömning och att det finns fara i dröjsmål kan denna begära biträde för att föra personen till mottagning eller annan plats där läkaren själv kan genomföra vårdintygsbedömningen. Ambulans för transport ska då beställas samtidigt med begäran om biträde.
- En patient med allvarlig psykiatrisk problematik kan ge sig av från sin vistelseplats (hemmet eller annan plats). För att undvika fördröjning med risk för allvarliga konsekvenser ska ambulansen även åka på uppdrag där vistelseplats endast kan uppges med viss osäkerhet. Endast om det är helt oklart var patienten finns ska polis först efterforska. Vid osäkerhet om hantering eller meningsskiljaktighet ska så väl ambulans som polis åta sig uppdraget av hänsyn till patientsäkerheten.
- Om en patient under pågående tvångsvård försämras så att behov av tvångsåtgärder och akut förflyttning uppstår kan en tvångsåtgärd till exempel fastspänning med stöd av LPT i undantagsfall gå direkt över i en åtgärd för att förhindra rymning och upprätthålla ordning med stöd i Brottsbalken 24 kap 2 § i samband med att patienten förs ut ifrån vårdenheten. Ambulansteamet får då hindra patienten att lämna fordonet.
- Om en patient under öppen psykiatrisk tvångsvård försämras så att slutenvård kan vara nödvändigt kan denna transporteras frivilligt till psykiatrisk akutmottagning med ambulans eventuellt efter bedömning av hembesöksläkare.

Omvandling till sluten psykiatrisk tvångsvård är en förutsättning för att polisbiträde kan begäras, endast specialistläkare med uppdrag från chefsöverläkare kan besluta om övergång till slutenvård och begära biträde.

Vårdintygsbedömning är inte aktuell i dessa ärenden, ett giltigt vårdintyg finns redan som underlag för den öppna psykiatriska tvångsvården. Specialistläkaren som ska ta ställning till slutenvårdsbehovet kan behöva information från personal på vårdboende, närstående m fl. som underlag för sitt beslut som kan fattas utan personlig

undersökning. Ibland kan det även bli aktuellt att inhämta information från ambulanssjuksköterska/hembesöksläkare.

Ambulanssjukvård och patientomhändertagande

UTLARMNING, UNDERSÖKNING, HELHETSBEDÖMNING OCH BESLUT

Ambulanssjuksköterskan bör försöka skapa sig en helhetsbedömning av patienten vilket gör att det kan ta litet tid innan transporten kan påbörjas. Man bör ge sig tid till detta då det ofta underlättar hela handläggningen och transporten av patienten. Patienten kan hysa en tveksamhet inför transporten och att besöka en vårdinrättning på ett sätt som somatiskt sjuka patienter oftast inte har. Patienten kan uppträda på ett sätt innan och under resan och på ett helt annat när man väl kommer fram till mottagningen. Det är då viktigt att ambulanssjuksköterskans fynd och iakttagelser förmedlas till nästa part i vårdkedjan. Rapport sker strukturerat enligt SBAR.

Ofta är utlarmning otydlig, ofullständig eller motsägelsefull. Ambulanssjuksköterskan uppgift är att försöka skapa sig en handlingsberedskap och öppenhet för den psykiatriska patienten redan på väg till patienten. Inte sällan möts man av oroliga anhöriga vilket både hjälper och kan försvåra bedömningen av patienten. Ambulansteamet bör ta det lugnt och orientera sig i bostaden eller omgivningen kring vad som föranlett samtalet till larmoperatören och den akuta situationen. Ibland är situationen så stökig att teamet måste få till en lugn plats där patienten kan samtal i lugn och ro utan att andra blandar sig i eller lyssnar.

Ambulanssjuksköterskan måste efter inledande samtal och undersökning besluta om patienten är hjälpt av psykiatrisk kontakt eller om det är andra vårdgivare som kan passa bättre. Det är viktigt med en lyssnande inställning och en positiv syn på patientens möjligheter till att bli hjälpt. Det kan vara av värde att ha samtalet i ambulansen där miljön blir lugnare. Om patienten är positiv till akutkontakt och detta är indicerat bör patienten erbjudas ambulans frikostigt, eftersom det annars kan uppstå nya problem att få patienten till lämplig hjälp om vårdkedjan bryts med att annat transportsätt skall väljas istället.

VAD SKA AMBULANSSJUKSKÖTERSKA VARA UPPMÄRKSAM PÅ VID BEDÖMNING INFÖR OCH UNDER TRANSPORT?

Följande kan vara av värde att fråga eller undersöka vid kontakt med en patient med psykiatrisk problematik:

- Hur ser det ut kring patienten?
- Hur är patientens sociala situationer? Finns viktiga personer i närheten? Finns tecken till drogmissbruk?
- Pågår läkemedelsbehandling och eventuell läkemedelslista.
- Bedömning av suicidrisk under transport.

- Bedömning av vitalfunktioner.
- Somatisk grundmonitorering, SaO₂, respirationsfrekvens, BT, puls, temp, medvetandegrad och indicerade fall EKG-bedömning/övervakning.

DIAGNOSTIK

Ambulansteamet kan med fördel använda de psykiatriska ESS som finns i RETTS när man är förtrogen med dessa. I annat fall skall man snarare beskriva symptombilden än att göra försök till mer specifik diagnos.

FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Läkemedelsanvändning bör vara restriktiv i akuta sammanhang. Bara om det är absolut nödvändigt bör man ge lugnande medicinering eftersom den kuperar de psykiatriska symptomen så att bedömningen blir svårare. Risk finns för att symptomen återkommer igen när patienten lämnat mottagningen/ambulansen.

Benzodiazepiner kan dock vara användbara, till exempel diazepam (Stesolid®) i standarddoser. Neuroleptika är kontraindicerat vid drogmissbruk och bör inte användas prehospitalt.

Bemötande

VID BEMÖTANDE AV PATIENT BÖR MAN

- Förklara vem man är och vilken funktion man har.
- Vara klar och tydlig.
- Använda ett enkelt språk.
- Upprepa information vid behov.
- Samtala med patienten på ett professionellt sätt.
- Få igång en muntlig kommunikation.
- Minimera stimuli för patienten.
- Undvika att provocera.
- Vara lyssnande, trygg och stödjande.
- Inte agera på provokationer.
- Förklara vad man gör vid fysikalisk undersökning.

ATT TÄNKA PÅ DÅ DET GÄLLER BARN OCH UNGA I KRIS

- Ta reda på var finns barnets grundtrygghet - föräldrar, syskon, släkt, vänner, annan.
- Hur ser miljön ut? Är det en trygg miljö för den unge?
- Skapa en trygg och lugn miljö för den unge i kris via ovan nämnda faktorer.

ATT TÄNKA PÅ VID BEMÖTANDE AV PERSON MED UTVECKLINGSSTÖRNING

- Personer med utvecklingsstörning är stresskänsliga och beroende av stöd och trygghet – vem kan vara ett sådant stöd, till exempel personal/kontaktperson, anhörig, god man?
- Hur kommunicerar man bäst med personen – tal, tecken, bilder, annat sätt?
- En del tycker inte om kroppskontakt.
- Uppträd lugnt, vänligt och säkert, prata inte i onödan men ge tydliga instruktioner.
- Undvik överbelastning/alltför många intryck.

Bedömning av psykiskt påverkad patient

Följande kan finnas med i bilden av en psykiskt påverkad patient:

1. ångest
2. psykos och vanföreställningar
3. självskada/Suicidbenägenhet
4. mani
5. drogpåverkan
6. konfusion
7. depression.

Säkerhet

RISK FÖR VÅLD

Exempel på upptrappning av våldsnivåer:

- oriktade skrik, rop och svordomar
- riktade förolämpningar och okvädningsord
- hot om våld
- våld mot inredningen
- våld mot medpatient
- våld mot sig själv
- våld mot personal.

MINSKA RISKERNA

Ett gott och professionellt bemötande enligt riktlinjerna ovan är grunden för de-eskalering och riskminimering. Genom att bemöta aggressioner, hot och våld på ett riktigt sätt kan riskerna för skador minska och möjligheterna att skydda sig öka. Följande råd kan vara användbara:

- Undvik att vara ensam hos riskpatient.
- Informera arbetskamraterna så de kan finnas till hands vid behov. Håll närhet till din/dina arbetskamrater som är på plats så ni enkelt kan kommunicera med varandra. Larma lämplig instans för uppbackning om du tror det kan behövas.

- Om du inte har personligt larm, orientera dig om var larmknapparna/larmsystem finns. Finns larmknappar i lokalen så orientera dig om var de befinner sig.
- Om man befinner sig på öppen plats; placera er så ni har reträttväg men också i syfte att skydda patienten från möjligheten att skada sig själv eller andra, till exempel trafikerad väg.
- Om man befinner sig i privat hem; Som föregående men även orientera sig i rummet om det finns tillhyggen som patienten kan skada sig själv eller andra med. Plocka undan dessa eller placera er i rummet så patienten inte kommer åt dem eller avled uppmärksamheten från dem.
- Vid transport: minimera antalet lösa saker i fordonet som kan användas som tillhyggen. Håll kontinuerlig kommunikation med bilens förare för att snabbt kunna stanna om det behövs. Om möjligt, kommunicera med patienten hela tiden för att lugna men också för att lättare kunna läsa av om situationen eskalerar.
- Håll ögonkontakt med den hotande personen.
- Vänd inte ryggen till den hotande personen.
- Stå minst 1,5 meter från den hotande personen och ställ dig snett vänd mot denne för att lättare kunna fly.
- Stå med fötterna isär för att få bättre balans.
- Ha händerna fria framför kroppen.
- Försök avleda den hotande personens aggressivitet.
- Tala med dämpad men bestämd röst och gör inte plötsliga eller ryckiga rörelser.
- Tänk på att ett vänligt och varmt bemötande kan verka avväpnande och lugna ner situationen. Att förklara tydligt vad som kommer att hända ger en viktig förutsägbarhet för patienten. (9 av 10 hotfulla patienter är själva rädda)

ATT OBSERVERA VID EN UPPSEGLANDE OROSSITUATION

Följande kan med fördel iakttas vid en orosituation:

- Patientens röstläge
- Patientens sinnesstämning, hotfull eller arg
- Hur patienten rör sig
- Vad gör patienten
- Spänd kroppshållning
- Om patienten är alkohol - eller drogpåverkad
- Veta var övriga patienter befinner sig
- Veta var mina arbetskamrater befinner sig

Andra hjälpmedel

TRIAGEHANDBOKEN

Triagehandboken i Skåne är nätbaserad.. Den berör också psykiska sjukdomar med kapitel enligt nedan. Boken är uppbyggd efter symptom och på vilken vårdnivå dessa skall behandlas. Boken kan läsas på Region Skånes interna hemsida under Hälsa och vård - Triage. Boken handlar om följande områden: aggressivitet, depression, förvirring, kris och missbruk, oro och ångest, psykotiska symptom, suicidtankar och ätstörningar.

RETTS

RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) är ett närmast nationellt sammanhängande system för så kallat sekundärtriage, det vill säga skattning hur sjuk eller dålig patienten är. RETTS systemet har två delar dels sjukhistorierna (ESS) och dels den kliniska skattningen av patienten. Tillsammans ger detta ett säkert verktyg och stöd i bedömningarna av somatiska, psykiatriska, trauma och pediatrika patienter. Den psykiatriska RETTS-blanketten kan med fördel användas för risk- och suicidriskskattning. Se bilaga!

Lagar med särskild betydelse för prehospital psykiatri

ALLMÄNNA GRUNDER FÖR ANSVARSFRIHET FINNS I BROTTSBALKEN, 24 KAP:

- I 1 § regleras rätten att i nödvärn agera för att förhindra brott.
- I 2 § regleras rätten att använda visst våld för att förhindra rymning eller upprätthålla ordning beträffande frihetsberövad person som står under uppsikt:
Rymmer den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller som är häktad, anhållen eller annars berövad friheten eller sätter han sig med våld eller hot om våld till motvärn eller gör han på annat sätt motstånd mot någon under vars uppsikt han står, då denne skall hålla honom till ordningen, får det våld brukas som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att rymningen skall hindras eller ordningen upprätthållas. Detsamma skall gälla, om någon annan än som nu har nämnts gör motstånd i ett sådant fall.
- I 4 § regleras rätten att skydda liv, hälsa egendom eller annat viktigt (nödrätt)

Utanför sjukvårdens område kan inga tvångsåtgärder vidtas med stöd av LPT utöver polisens befogenhet att föra patienten till sjukhus enligt ovan. En patient, frivilligt eller tvångsvårdad, kan hindras från att skada sig själv eller annan med stöd av Brottsbalkens regler i 24 kap, detta gäller även under transport.

LAGEN OM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD (LPT)

Vårdintyg

Alla legitimerade läkare kan skriva vårdintyg, oavsett anställningsform. Undersökningen får endast göras om omständigheterna ger viss grund att anta att denna kommer att utmynna i ett vårdintyg. Vårdintyget skall utfärdas i omedelbar anslutning till personlig undersökning av patienten. Läkaren har då i vissa fall rätt till biträde av polis.

Tvångsvård får endast ges om:

- Patienten lider av allvarlig psykisk störning.
- På grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på sjukhusinrättning för kvalificerad dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ge nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).
- Patienten motsätter sig sådan vård eller det till följd av det psykiska tillståndet finns grundad anledning att anta att vård inte kan ges med hans samtycke.

Vid bedömning av behov av sluten psykiatrisk tvångsvård skall även eventuell farlighet beaktas.

Biträde av polis (§ 47 LPT)

Biträde av polis (begäran enligt sista punkten ställs till Kriminalvårdens Nationella Transportenhet, NTE) kan bland annat begäras för:

- Att genomföra undersökning för vårdintyg (begärs av legitimerad läkare i allmän tjänst eller legitimerad läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökning för vårdintyg).
- Att föra en patient till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats, men innan intagningsbeslut har fattats (begärs av legitimerad läkare i allmän tjänst eller legitimerad läkare som har till uppgift att utföra undersökning för vårdintyg eller av chefsöverläkare/läkare med delegation enligt 39§ LPT).
- Att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd (begärs av chefsöverläkare/läkare med delegation enligt 39§ LPT).
- Att återföra en patient till vårdinrättningen, om denna inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats (begärs av chefsöverläkare/läkare med delegation enligt 39§ LPT).
- Att återföra en patient till vårdinrättningen om denna inte har återvänt dit sedan beslut att öppen psykiatrisk tvångsvård skall övergå till sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats (begärs av chefsöverläkare/läkare med delegation enligt 39§ LPT).
- Förflytta en patient som är intagen enligt LPT eller LRV (begärs av chefsöverläkare/läkare med delegation enligt 39§ LPT). Denna begäran ställs till Kriminalvårdens Nationella Transportenhet (NTE). Vid behov av akut biträde kontaktas polisen.

Allmänt vid LPT

Om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom eller henne i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom eller henne sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling (LPT § 47).

Anlitande av polismyndighet för en åtgärds genomförande (transport till sjukhus) kan endast komma i fråga då det på grund av särskilda omständigheter finns risk att åtgärden inte kan utföras utan att de särskilda tvångsbefogenheter som polismyndighet/kriminalvård har behöver användas eller om det annars finns synnerliga skäl.

Den som begär hjälp ska ge polis/kriminalvård den information som behövs för planering och genomförande av åtgärden (ett avsteg från sjukvårdssekretessen).

Alla insatser skall utföras hänsynsfullt, skonsamt och respektfullt mot patienten med så lite integritetskränkning som möjligt. Eftersom patienten är under tvångsvård (frihetsberövande) får även vårdpersonal till exempel hålla fast patienten om detta är rimligt och säkert för alla inblandade.

Personal från sjukvården och socialtjänsten skall försöka övertyga patienten att frivilligt följa med till vårdinrättningen när intagning eller återintagning är aktuellt

En undersökning för ställningstagande till tvångsvård bör om möjligt ske i hemmet. Polisbiträde skall begäras först när det framgår att patienten inte frivilligt går med på undersökning. Den som begär biträde för undersökning skall först ha försökt övertala patienten att frivilligt inställa sig.

Polis skall vid handräckning uppträda hänsynfullt, anställda med längre erfarenhet skall om möjligt användas vid sådant uppdrag. Så långt som möjligt skall ingripande av uniformerad personal undvikas och eventuell hämtning i bostaden ska göras diskret.

Om möjligt bör personal från sjukvården medverka när polisbiträde begärs.

Vid akut fara bistår polisen. En sådan situation kan uppkomma på en akutmottagning eller vårdavdelning och även i samband med transport. Detta handläggs som vid andra hot och faller under polislagen, inte under LPT.

LAG OM VÅRD AV MISSBRUKARE I VISSA FALL (LVM)

Personer med beslut enligt LVM inleder ofta vården på sjukhus. Sjukvårdsbehandling och transport kan inte ges mot patients vilja. Verksamhetschefen ska besluta att kvarhålla patienten i väntan på skyndsam transport till behandlingshem för missbruk om patienten begär sig utskrivna. Patientens sjukdomstillstånd kan kräva ambulanssjukvårdens kompetens för säker transport till behandlingshem.

Ansvarig läkare bör i samband med uppdrag rörande patient med missbruksproblematik överväga om skäl finns att rapportera till socialförvaltningen eller att göra en formell LVM anmälan.

Avvikelsehantering och kvalitetsuppföljning

AVVIKELSER

Negativa händelser eller tillbud ska registreras i respektive verksamhets avvikelssystem. Händelsen ska utredas av företrädare för inblandade verksamheter och orsakerna åtgärdas. Erfarenheterna sammanställs och används i det förebyggande arbetet med risker.

Om en allvarlig händelse har inträffat görs i regel en gemensam händelseanalys för att upptäcka brister till exempel beträffande bedömning, kommunikation, samarbete eller rutiner. Målet är att kunna genomföra åtgärder för att förhindra eller minska risken för liknande händelser i framtiden.

KVALITETSUPPFÖLJNING – NYCKELTAL

- Andel medarbetare som genomgått endagsutbildning inom psykiatri/ambulanssjukvård ordnad av RSPE. Mål 80 % senaste 5 åren.
- Antal patienter med psykiatrisk problematik som vårdas/behandlas av ambulanssjukvården per år uppdelad på åldersgrupp och ESS.
- Andel medarbetare som har genomgått SPiSS utbildning. Mål 80 % senaste 5 åren.

- Avvikelser kopplade till psykiatrisk problematik och ambulanssjukvård

UTBILDNING AV AMBULANSTEAM OCH ANDRA MEDARBETARE

Kontinuerlig utbildning inom det psykiatriska fältet sker bland annat via RSPE:s försorg. Var god se webbadressen www.skane.se/rspe.

Utbildning i moduler enligt SPiSS (Suicid Prevention i Svensk Sjukvård).

[Region Skånes utbildningsportal](#)

Datum:		Ankomsttid:		Patient ID																						
ESS:				(fäst ID-etikett här)																						
Medgivande: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Inte tillfrågad		Förbehåll:																								
Identitet styrkt: <input type="checkbox"/> Ja via: <input type="checkbox"/> Nej Närmast anhörig/rel.nr:																										
Barn under 18 år: <input type="checkbox"/> Ja, född/år: _____ <input type="checkbox"/> Nej		FARLIGHETSBEDÖMNING VID TRIAGE: <input type="checkbox"/> Enl journalanteckning tidigare utagerande/våldsamt beteende <input type="checkbox"/> Verkar drogpåverkad <input type="checkbox"/> Förvirrat/desorienterat beteende* <input type="checkbox"/> Retligt/lättiriterat beteende* <input type="checkbox"/> Bullrigt beteende* <input type="checkbox"/> Verbalt hotfullt beteende* <input type="checkbox"/> Fysiskt hotfullt beteende* <input type="checkbox"/> Attackerar föremål* BVC* >2 poäng vidtagna åtgärder: <input type="checkbox"/> Ingen förekomst av farliga beteenden																								
ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN: <input type="checkbox"/> På eget initiativ <input type="checkbox"/> Ensam <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> Vårdintyg <input type="checkbox"/> Med anhörig/vän <input type="checkbox"/> Med ambulans <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV <input type="checkbox"/> Med remiss <input type="checkbox"/> Med polis <input type="checkbox"/> § 47 <input type="checkbox"/> LVM <input type="checkbox"/> Handräckt <input type="checkbox"/> Annat: _____		Triagering/ankomstsamtal utförd av: Namn _____ RS-Id _____		Tidigare psykiatrisk kontakt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> Oklart Var: _____ Aktuell psykiatrisk kontakt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> Oklart Var: _____																						
				MADRS-S <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja AUDIT <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja DUDIT <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja SUAS-S <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja CIWA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja																						
Patienten medverkar vid triage: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls/motsätter sig <input type="checkbox"/> Tolk <input type="checkbox"/> Språk: _____																										
Kontaktorsak/aktuellt:																										
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tid. väsk, frisk</td> <td><input type="checkbox"/> Delirium tremens</td> <td><input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjuk</td> <td><input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk</td> <td><input type="checkbox"/> Hjärtsvikt</td> <td><input type="checkbox"/> Immunosuppr</td> <td><input type="checkbox"/> Blödningsoenä./AK-beh</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EPI/Abstinens EP</td> <td><input type="checkbox"/> Njursjukdom</td> <td><input type="checkbox"/> Leversjukdom</td> <td><input type="checkbox"/> Lungsjukdom</td> <td><input type="checkbox"/> Malignitet</td> <td><input type="checkbox"/> Op inom 3 mån</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> Tablett</td> </tr> <tr> <td>Overkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot <input type="checkbox"/> Ingen känd</td> <td>Blodsmita <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd Typ: _____</td> <td>MRB misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</td> <td>GE misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</td> <td colspan="3">Annat:</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Tid. väsk, frisk	<input type="checkbox"/> Delirium tremens	<input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjuk	<input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk	<input type="checkbox"/> Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> Immunosuppr	<input type="checkbox"/> Blödningsoenä./AK-beh	<input type="checkbox"/> EPI/Abstinens EP	<input type="checkbox"/> Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Malignitet	<input type="checkbox"/> Op inom 3 mån	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> Tablett	Overkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot <input type="checkbox"/> Ingen känd	Blodsmita <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd Typ: _____	MRB misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	GE misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annat:		
<input type="checkbox"/> Tid. väsk, frisk	<input type="checkbox"/> Delirium tremens	<input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjuk	<input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk	<input type="checkbox"/> Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> Immunosuppr	<input type="checkbox"/> Blödningsoenä./AK-beh																				
<input type="checkbox"/> EPI/Abstinens EP	<input type="checkbox"/> Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Malignitet	<input type="checkbox"/> Op inom 3 mån	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> Tablett																				
Overkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot <input type="checkbox"/> Ingen känd	Blodsmita <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd Typ: _____	MRB misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	GE misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annat:																						
Triage	A <input type="checkbox"/> = Blå ESS		<input type="checkbox"/> Öfri luftväg <input type="checkbox"/> Stridor		Fysiska omv.behov? <input type="checkbox"/> Ja, av: <input type="checkbox"/> Nej																					
	B SpO ₂ på luft	AF/min	<input type="checkbox"/> SpO ₂ <90 % med O ₂ <input type="checkbox"/> AF > 30 eller <8	<input type="checkbox"/> SpO ₂ <90 % utan O ₂ <input type="checkbox"/> AF > 25	<input type="checkbox"/> SpO ₂ 90-95 % utan O ₂	<input type="checkbox"/> SpO ₂ >95 % utan O ₂																				
	C Puls	BT <input type="checkbox"/> Ligg <input type="checkbox"/> Sitt	<input type="checkbox"/> RR >130 et. OR > 150 <input type="checkbox"/> SBT <90 mmHg	<input type="checkbox"/> Puls >120 eller <40	<input type="checkbox"/> Puls >110 eller <50	<input type="checkbox"/> Puls 50-110																				
	D RLS	Alkometer	<input type="checkbox"/> Medvetslös <input type="checkbox"/> Krampantall	<input type="checkbox"/> Somnolent/RLS 2-3	<input type="checkbox"/> Akut desorienterad	<input type="checkbox"/> Alert																				
	E Temp	EKG <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Temp >41°, <35°	<input type="checkbox"/> Temp >38°	<input type="checkbox"/> Temp 35°-38,5°																					
ESS nr: _____		<input type="checkbox"/> = Röd ESS	<input type="checkbox"/> = Orange ESS	<input type="checkbox"/> = Gul ESS	<input type="checkbox"/> = Grön ESS																					
Provtagning: <input type="checkbox"/> Urin/tox <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> P-glukos <input type="checkbox"/> Urinsticka		<input type="checkbox"/> = Röd prio	<input type="checkbox"/> = Orange prio	<input type="checkbox"/> = Gul prio	<input type="checkbox"/> = Grön prio																					
Omprio 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid		Omprio 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid		Omprio 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid																						
<input type="checkbox"/> MEDVETEN SUICIDBENÄGENHET FRAMKOMMER INTE VID ANKOMSTSAMTAL <input type="checkbox"/> PATIENTEN SVARAR INTE PÅ FRÅGOR																										
SUICIDRISKUNDERLAG	Medveten suicidbenägenhet - suicidstegen		Statistiska riskfaktorer:		Skyddande faktorer:																					
	<input type="checkbox"/> 1. Nedstämdhet/Hopplöshet <input type="checkbox"/> 2. Dödstankar <input type="checkbox"/> 3. Dödsönskan <input type="checkbox"/> 4. Suicidtankar <input type="checkbox"/> 5. Suicidönskan <input type="checkbox"/> 6. Suicidförsök <input type="checkbox"/> 7. Suicidalplaner <input type="checkbox"/> 8. Suicidföberedelser <input type="checkbox"/> 9. Suicidavsikt	<input type="checkbox"/> Ålder (<19 >45) <input type="checkbox"/> Kön: Man <input type="checkbox"/> Somatisk sjukdom <input type="checkbox"/> Missbruk/Beroende <input type="checkbox"/> Tidigare suicidförsök <input type="checkbox"/> Hereditet <input type="checkbox"/> Ensamboende utan relationer <input type="checkbox"/> Finns självmordsredskap tillgängligt <input type="checkbox"/> Tidigare eller aktuell aggressivitet, impulsivitet <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom och dess svårighetsgrad/fas/samsjuklighet <input type="checkbox"/> Reaktion på akuta livshändelser/separation/dödsfall/kränkning <input type="checkbox"/> Hög ångestnivå/tankestöming/psykotiskt tänkande oavsett grundsjukdom <input type="checkbox"/> Självskadebeteende	<input type="checkbox"/> Personell resurs, t.ex. god samtalskontakt <input type="checkbox"/> Nätverkets resurs, t.ex. anhöriga, vänner <input type="checkbox"/> Övrigt: _____																							

(se nästa sida för sid 2 av ovanstående akutjournal)

Patient ID (fäst ID-etikett här)							
Kontroller	Blodtryck	Puls	SpO ₂ på luft	RLS	Temp	Alkometer	P-glukos
	Tid:						
	Tid:						
	Tid:						
Omv.bedomning/åtg							Observationsgrad:
Läkarordination	Läkarsign/tid:						Ssk sign/tid:
INTERRIMJOURNAL/REMISS	Läkarbedömning utförd av:			<input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> KVH <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV <input type="checkbox"/> LVM Intagningsbeslut fattat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Häktad <input type="checkbox"/> Restriktioner Observationsgrad:			
	<input type="checkbox"/> Patienten går hem <input type="checkbox"/> Patienten remitterad till: <input type="checkbox"/> Inläggning avdelning:						
	Preliminär bedömning/syfte med inläggning:						
							Diagnoskod:
Patient rapporterad till: _____ av: _____ kj: _____							
Värdesaker/pattillhörigheter: ID-band/sign:		<input type="checkbox"/> Medföljer patienten till avdelningen <input type="checkbox"/> Fanns inga på akutmottagningen		<input type="checkbox"/> Lämnat till anhörig/sign: <input type="checkbox"/> Inlämnat till avd/sign:		<input type="checkbox"/> Visitering/ /sign:	

