

Poul Kongstad
Ambulansöverläkare distrikt 4



Gunnar Moustgaard
Medicinsk rådgivare
Förvaltning Psykiatri och habilitering



Prehospital psykiatri

REGIONALT VÅRDPROGRAM, VERSION 7, 2021



| | |
|---|----|
| Förord | 4 |
| Patient med psykiatrisk problematik i ambulanssjukvården | 5 |
| Psykiatri i Region Skåne..... | 6 |
| Slutenvårdsplatser | 7 |
| Aktuell vårdplatssituation och vårdkoordination..... | 7 |
| Olika vårdgivare och patienten..... | 7 |
| Patienten..... | 7 |
| Beslusstöd | 7 |
| Symtombedömning och handläggning via 1177..... | 7 |
| Akuta hembesök av läkare - Region Skånes hembesöksbilar samt utfärdande av vårdintyg | 8 |
| Transport av psykiatriska patienter – allmänt..... | 10 |
| Samarbete – multidisciplinär handläggning..... | 10 |
| Transport i samband med vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård, LPT (motsvarande gäller vid rättspsykiatrisk vård, LRV). | 11 |
| Ett uppdrag för den prehospitala akutsjukvården | 11 |
| Patienten medföljer frivilligt och där ingen säkerhetsrisk bedöms föreligga | 11 |
| Patient som motsätter sig transport men där risk inte bedöms föreligga för fysiskt motstånd eller våld..... | 11 |
| Patient där risk finns för fysiskt motstånd eller annat våld..... | 12 |
| Allmänt | 12 |
| Exempel på praktisk hantering..... | 13 |
| Ambulanssjukvård och patientomhändertagande | 15 |
| Utlarmning, undersökning, helhetsbedömning och beslut..... | 15 |
| Vad ska ambulanssjuksköterska vara uppmärksam på vid bedömning inför och under transport? | 16 |
| Diagnostik | 16 |

| | |
|---|----|
| Farmakologisk behandling..... | 16 |
| BEMÖTANDE | 17 |
| Vid bemötande av patient bör man | 17 |
| Att tänka på vid bemötande av person med intellektuell funktionsnedsättning | 17 |
| Att tänka på vid bemötande av person med självskadebeteende | |
| Bedömning av psykiskt påverkad patient..... | 16 |
| Säkerhet | 19 |
| Risk för våld..... | 19 |
| Minska riskerna..... | 19 |
| Att observera vid en uppseglade orosituation | 20 |
| Lagar med särskild betydelse för prehospital psykiatri | 20 |
| Allmänna grunder för ansvarsfrihet finns i Brottsbalken, 24 kap:..... | 20 |
| Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)..... | 21 |
| Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)..... | 23 |
| Avvikelsehantering och kvalitetsuppföljning..... | 23 |
| Avvikelser | 23 |
| Kvalitetsuppföljning – nyckeltal..... | 23 |
| Utbildning av ambulanssteam och andra medarbetare | 24 |

Förord

Arbetet med detta vårdprogram har skett multidisciplinärt med representation från de olika psykiatriska verksamheterna, Region Skånes larmcentral, ambulanssjukvården, 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 [Region Skånes utbildningsportal](#)

Vi tar gärna emot synpunkter på föreliggande version att använda till kommande utgåvor.

Lund januari 2021

Poul Kongstad
Ambulansöverläkare
Distrikt 4

Gunnar Moustgaard
Medicinsk rådgivare
Förvaltning Psykiatri och habilitering

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 intoxikationer, trauma och medvetslöshet.

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

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 är utformat för ambulanssjukvård och larmcentral men kan användas av flera organisationer som:

- Primärvård
- 1177- vårdguiden på telefon
- 112 SOS Alarm
- Psykiatrisk Öppenvårds-mottagning (kontorstid, telefontid, tidsbeställning)
- Psykiatrisk Akutmottagning (övrig tid)
- Psykiatrisk slutenvårdsavdelning (känd patient)
- Mobila team
- Somatisk akutmottagning
- Större privata vårdgivare
- Polis
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS:ar) inom kommunerna
- Hembesöksbilarna i Skåne (Falck)
- ASIH

Psykiatriambulans.

Ett pilotprojekt med en särskild psykiatrienhet har startat hösten 2019 och kommer att genomföras under 3 år med utvärdering.

Denna enhet är bemannad med en ambulanssjuksköterska och en psykiatrisjuksköterska. Enheten är ett komplement till övriga ambulanser inom den prehospitala psykiatrin.

Syftet med projektet är att förbättra den prehospitla vården för personer med psykiatrisk problematik samt bidra till att öka kompetensen kring psykiatri inom det prehospitla fältet. Projektets mål är att kunna ta ställning till om sådan resurs kan bli en permanent enhet inom det prehospitla fältet och om den ska omfatta hela Skåne.

Ordinarie ambulanser kommer även fortsättningsvis ha kvar sin viktiga roll inom den prehospitla psykiatrin och ambitionen är att även dessa resurser ska kunna ta del av den kunskapspridning som kan bli möjlig genom projektet.

Psykiatri i Region Skåne

Den offentligt drivna psykiatrin i Skåne har verksamheter runt om i Skåne och förvaltningsledningen 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 heldygnsvården 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. Första somatiska omhändertagande görs dock vid närmsta akutsjukhus.

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 ca 15 % av den vuxenpsykiatriska öppenvården i privat regi. De större verksamheterna 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 instabilt personlighetssyndrom (tidigare kallad borderlineproblematik), ätstörningar, ADHD och belastningsrelaterade tillstånd som utmattning och PTSD är vanliga.

Inom den prehospitla 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 patienter med akut psykos, förvirringstillstånd, panikångestattacker, aggressivitet eller missbruk.

SLUTENVÅRDSPLATSER

Psykiatri Skåne har knappt 450 vårdplatser. Av dessa är ca 90 för rättspsykiatri, 20 för barnpsykiatri och 350 för vuxenpsykiatri. Varje år är 5 % av skåningar patienter i specialistpsykiatri. 600 000 besök görs varje år hos behandlare.

AKTUELL VÅRDPLATSSITUATION OCH VÅRDKOORDINATION

Psykiatrisk vårdkoordination sker mellan verksamhetens vårdkoordinatorer. På hemsidan för vårdplatser (<http://vplo.i.skane.se/>) kan aktuellt platsläge inom psykiatrien följas.

Olika vårdgivare och patienten

PATIENTEN

Om det redan finns en psykiatrisk kontakt etablerad på vårdcentral eller psykiatrisk mottagning bör patienten söka denna i första hand. 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.

BESLUTSTÖD

Det sekundära triagesystemet RETTS (RETTS-psykiatri) används för bedömning av vårdnivå och gradering i angelägenhetsgrad även vid de vuxenpsykiatriska akutmottagningarna i Skåne. Region Skånes triagehandbok på nätet kan med fördel också användas, alla som arbetar i Region Skåne kan erhålla inloggning kostnadsfritt hos företaget Tonttu.

SYMTOBEDÖMNING 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, psykiatri, barn och ungdomspsykiatri). Hälsovalsenheten (vårdcentralen) är normalt den första kontakten för bedömning och vård av psykiska sjukdomar för vuxna. För barn ligger ansvaret för första bedömning inom barnpsykiatri 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, intoxikation, abstinens, skalltrauma, TIA/stroke, droger etc. Hänvisning vid misstanke om sådan bakomliggande somatisk orsak

styrts av den samlade symtombilden och i enlighet med de riktlinjer som finns för dessa somatiska symtom, oftast vårdnivå 112/Akut.

HANDLÄGGNING HOS REGION SKÅNES LARMCENTRAL (RSLC)

Ärenden kan inkomma till Region Skånes larmcentral antingen via Ambulansbeställningen eller via 112-ärenden som sedan finns i det virtuella väntrummet.

3 olika typer av ärenden indentifieras:

1. Ärenden via Ambulansbeställningen
 - a) samtal från Falck Läkarbilar där läkare på plats gjort en bedömning av patienten och i majoriteten av fallen utfärdat ett LPT-beslut. Då önskas ambulanstransport av patienten in till akutmottagning eller ibland slutenvårdsavdelning.
 - b) samtal från patientens kända psykiatrikontakt. I dessa fall har patienten en tidigare kontakt inom psykiatrin. Pat har då ex. uteblivit från besök, inte tagit sina ordinerade läkemedel och/eller uppvisar symtom som kräver bedömning och eventuell slutenvård. I dessa fall är LPT-beslut utfärdat eller så ska patienten transporteras in för bedömning av tillstånd inför ett eventuellt LPT-beslut.
2. Ärenden via 112-operatör, prio 2 eller 3 i det virtuella väntrummet. I dessa fall är det framförallt anhöriga som inte längre kan hantera situationen och heller inte får patienten till att frivilligt medfölja in till psykiatrisk akutmottagning för bedömning. I dessa fall görs en bedömning av väntrumssjuksköterska om
 - a) ambulans ska utlarmas direkt
 - b) läkarbil ska beställas för att göra en läkarbedömning av patientens tillstånd på plats. Och eventuellt i förlängningen en ambulanstransport in pga ex. LPT-beslut.I dessa fall krävs ofta handläggande i samråd med ambulansdirigent hos SOS Alarm för samverkan med Polis för polishandräckning om patient ej medföljer frivilligt.
3. Akut hot om suicid / allvarlig psykisk sjukdom. Ärenden inkomna via 112-operatör som prioriteras som Prio 1, prio 2 eller prio 3 och som kräver ambulans och i vissa fall också samverkan med Polis och Räddningstjänst.

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. Remitter förutom läkare är sjuksköterskor hos larmcentral, sjukvårdsrådgivning, primärvård, kommunal hemsjukvård, ambulans, akutmottagningar och psykiatrisjuksköterskor.

Enligt avtalet ska bedömning för vårdintyg prioriteras. Om beställaren med bakgrund i tillgänglig information och bedömning inte anser att patienten av säkerhetsskäl kan vänta upp till 4 timmar på undersökning och bedömning av läkare från hembesöksbilarna blir rådet att tillkalla ambulans för omedelbar bedömning.

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 Trafikledningsområde Syd (Skåne, Blekinge, delar av Halland och delar av Småland) är det ca 60 fall av obehöriga i spårområde på en månad. Tågtrafiken stoppas i ca 35 gånger i månaden, därtill kommer ca 15 fall där tågen framförs med nedsatt hastighet.

I cirka 15 av dessa fall omhändertas personer av blåljusmyndighet, största delen av dessa misstänks försöka ta sitt liv.

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.

Att arbeta i spårmiljö innebär särskilda risker och då blåljuspersonal ska agera i denna miljö är det viktigt att utöver att försöka hjälpa tredje man också ha ett högt säkerhetsmedvetande för egen personal som ska arbeta i miljön. Vid samverkan med andra aktörer är samband via RAKEL eller fysisk möte på ledningsplats viktigt att etablera tidigt i insatsen.

Se även direktiv 107 och checklista under prehospital vård på Region Skånes hemsida.

Patienter med självskadebeteende

Denna grupp som mestadels utgörs av yngre kvinnor har vård och behandling på flera ställen i Skåne. Vissa behandlingshem har riksuptag (t ex Finjagården utanför Hässleholm). Vården är frivillig och oftast har en överenskommelse gjorts med huvudmannen och patienten om en längre tids behandling. Oftast har patienter/klienterna en lång sjuklighet bakom sig inte sällan med tvångsvård. Behandlingen på öppet behandlingshem syftar till rehabilitering och tillfrisknande. Inte sällan sker återfall vid ångestperioder och mer eller mindre uttalade

riskfyllda beteende och skador manifesteras. Ambulanssjukvården blir då kontaktad, ofta som larm och ofta jourtid. Det allmänna förhållningssättet är att respektfullt omhänderta skadorna och bedöma omfattningen. Om skadorna är lindriga kan patienten efter omläggning eller annan behandling ofta åka med annat transportslag än ambulans till sjukhus om det behövs. Finns jourhavande personal eller sjuksköterska att tillgå och rådgöra med kan man ofta också finna en bra lösning för patienten som ger ett lugnt och säkert omhändertagande och som bibehåller integritet och självständighet.

Transport av psykiatriska patienter – allmänt

SAMARBETE – MULTIDISCIPLINÄR HANDLÄGGNING

Det prehospitla 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. Möjliga transportalternativ är som för övriga patienter taxi, sjukresa eller ambulans.

Primärtransporter: Region Skånes Larmcentral beslutar vid beställning och ambulanssteamet på plats hos patienten om transportsätt.

1. Opåverkad patient kan åka med egen bil, anhöriga, taxi eller sjukresa.
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 erbjudas. Det kan annars finnas risk att patienten ändrar sig och därmed 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 tillsammans med Larmcentral -RSLC)

1. Psykiskt opåverkade patienter kan transporteras med anhöriga, taxi, sjukresa 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 efter ansvarig läkares bedömning medfölja på samma sätt som för somatiska patienter.

3. Patient under tvångsvård skall i Region Skåne transporteras med ambulans om inte ansvarig läkare beslutar annat. Vid behov av biträde är det NTE (Kriminalvårdens transportenhet) som ska bistå ambulans eller i undantagsfall genomföra transporten. Polis kan tillkallas om farlig situation uppstår, hjälp ges då med stöd av polislagen § 10. Även här kan läkare/sjuksköterska/skötare från psykiatri medfölja efter ansvarig läkares bedömning.

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 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.

Även transport i samband med beslut enligt LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) kan bli aktuell t ex till institution.

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

ETT UPDRAG 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 21-22) 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 § 10.

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

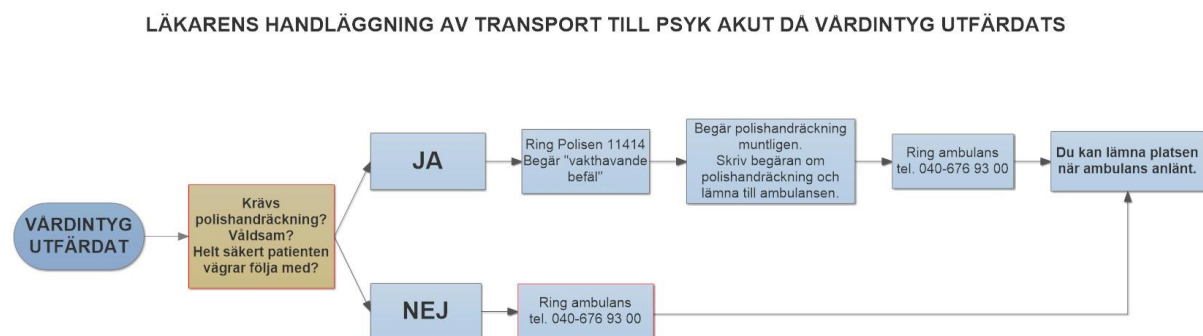
Polis kan vid behov tillkallas för biträde med stöd av polislagen.

Vid sekundärtransporter medföljer vårdpersonal från enheten transporten utgår ifrån om ansvarig läkare i samråd med ambulanspersonalen bedömer det nödvändigt för patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Den som begär ambulans (vårdintygsskrivande läkare eller chefsöverläkare/läkare med uppdrag från chefsöverläkare i specialistpsykiatri) begär även polisbiträde eller biträde av NTE 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

Innan ambulansen är på plats

- 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.
- 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 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.

Ambulansen är på plats hos patienten

- 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.
- Bedömer ambulanssteamet att skäl finns för vårdintygsbedömning beträffande patient som inte frivilligt medföljer till sjukhus begärs detta av hembesöksläkare, teamet stannar kvar hos patienten i väntan på denna. Leder undersökningen till att vårdintyg skrivs stannar hembesöksläkare och ambulans vid behov hos patienten i väntan på polisbiträde om detta krävs. På sjukhem eller vårdhem kan befintlig personal stanna hos patienten om väntetiden på hembesöksläkare bedöms bli lång. I dessa situationer kan alltid RLS, RSLC eller Falck läkarbilar kontaktas för diskussion och stöd. Ambulans återkommer om bedömning av hembesöksläkare leder till vårdintyg. Ambulanssteamet bör agera försiktigt, då vissa vårdanrättningar inte alltid är rustade för dessa situationer.

- Om akut fara för patienten föreligger tex livshotande förgiftning, suicidalt eller psykotisk beteende som inte går att hantera i väntan på läkarbedömning kan RLS läkare efter rapportering från tjänstgörande ambulanssjuksköterska besluta att begära polisbiträde för att föra patienten till somatisk eller psykiatrisk akutmottagning för vårdintygsbedömning.
- Blankett med begäran om biträde fylls i av ambulanspersonal enligt diktat av RLS läkare. Blanketten som ska finnas i varje ambulans överlämnas till polisen när de kommer till platsen. Överväg att avisera aktuell akutmottagning om situationen kan förväntas kräva särskilda resurser.

Efter att ambulanstransport har påbörjats

- 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 besluta om att 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 som ska finnas i varje ambulans överlämnas till polisen när de kommer till platsen.

Sekundärtransport

- 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.

Allmänt

- Patienten får inte lämnas ensam. Är vårdintyg skrivit av hembesöksläkare som begär transport stannar denna läkare kvar till ambulansen är på plats. Krävs polisbiträde kvarstannar ambulanssteamet i väntan på polisen.

- 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.
- Om en begäran om polisbiträde till psykiatrin kan avslutas innan patienten kommer till psykiatrin enligt begäran t.ex. genom att patienten frivilligt följer med ambulansen ska detta av patient- och rättssäkerhetsskäl förankras hos den som har begärt biträdet. Ambulansen ansvarar för detta men kan lämna över ansvaret till somatiska akutmottagningen om patienten avlämnas där. Detta är viktigt då vårdkedjan och ansvaret för patienten i annat fall kan bli osäker eller ärendet ligga öppet hos polisen trots att patienten kommit till psykiatrisk vård.

Ambulanssjukvård och patientomhändertagande

UTLARMNING, UNDERSÖKNING, HELHETSBEDÖMNING OCH BESLUT

Utlarmning av ambulans sker efter kontakt med 112 och prioritering av SOS Alarm. Region Skånes larmcentral kan i många fall utöka intervjun med patienten eller anhöriga.

Larmcentralens sjuksköterska har då möjlighet att värdera aktuellt vårdbehov och bästa transportsätt.

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 vara tveksam till 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. Ambulanssjuksköterskans 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 somatisk 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 ibland vara av värde att ha samtalet i ambulansen där miljön blir lugnare. Om patienten är positiv till akutkontakt och detta är indicerat bör, som tidigare nämnts, 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 (se bilaga RETTS-psyk).
- Bedömning av vitalfunktioner: SaO₂, respirationsfrekvens, BT, puls, temp, medvetandegrad och indicerade fall EKG-bedömning/övervakning.

DIAGNOSTIK

I samband med diagnostik kan ambulansen rådgöra med RLS. Vid dokumentation kan ambulanssjuksköterskan 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.

Att observera hos patient med psykiatrisk problematik för dokumentation och rapportering till mottagande enhet

- ångest
- psykotiska inslag och vanföreställningar
- självskada/Suicidbenägenhet
- maniskt beteende
- drogpåverkan
- konfusionsinslag
- depressiva symptom

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.

Neuroleptika är kontraindicerat vid drogmissbruk och bör inte användas prehospitalt. I undantagsfall kan midazolam efter RLS kontakt användas.

BEMÖTANDE

VID BEMÖTANDE AV PSYKATRISKPATIENT BÖR MAN SOM VID ALLA PATIENTMÖTEN TÄNKA PÅ:

- Förklara vem man är och vilken funktion man har.
- Vara klar och tydlig.
- Använda ett enkelt språk.
- Upprepa information vid behov.
- Visa att du har tid att lyssna t ex genom att sätta dig.
- Samtala med patienten på ett professionellt sätt. Empatiskt med bevarande av yrkesrollen.
- Få igång en muntlig kommunikation. T ex genom att ställa frågor kring patientens situation och det patienten säger.
- Minimera stimuli för patienten.
- Undvika att bli provocerad och lågaffektivt bemötande
- Vara bekräftande, 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 INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING

- 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.

ATT TÄNKA PÅ VID BEMÖTANDE AV PERSON MED SJÄLVSKADE PROBLEMATIK

Personer med självskadebeteende skall bemötas på ett professionellt, omsorgsfullt och respektfullt sätt. Negativa attityder och dömande ökar risken för att självskadebeteendet ökar samt att sannolikheten minskar för att personen söker vård i framtiden. Vårdpersonal som i sitt arbete möter personer med självskadebeteende behöver specifik kunskap om självskadebeteende och stöd i sitt arbete för att kunna upprätthålla ett empatiskt och icke-dömande förhållningssätt.

- Definition: Självskadebeteende utan självmordsavsikt innebär att en person avser att tillfoga sig själv skada, ofta för att komma bort från en smärtsam känsla, rusande tankar eller relationskonflikter. Exempel på självskadebeteende är att rispa, bränna, eller slå sig själv, att överdosera farliga ämnen eller att svälja främmande föremål.
- Självskadebeteende är en riskfaktor för framtida suicid och bör alltid tas på allvar.
- Självskadebeteende utan självmordsavsikt är ofta ett uttryck för att personen för tillfället *gör allt hen kan för att stå ut med smärtsamma känslor*. Beteendet hjälper individen på kort sikt att komma bort från starka känslor, minska tomhetskänslor och straffa sig själv, men på lång sikt ger det en mängd negativa konsekvenser.
- Det finns specifika psykologiska behandlingar för personer som skadar sig själva som har visat sig ha god effekt för att minska självskadebeteende

Bemötande

Personer med självskadebeteende skall få adekvat omsorg och somatisk vård. Utöver detta skall vårdpersonalen ta hänsyn till den psykiska smärta som är förknippad med självskadebeteende.

- Personer som har självskadat skall bemötas på ett icke-dömande, stödjande och empatiskt sätt. Det är viktigt att ha beredskap för att behålla ett icke-dömande och empatiskt förhållningssätt även i svåra situationer.
- Lyssna och ställ frågor till personen i syfte att förstå dennes upplevelser.
- Bekräfta det lidande som du uppfattar hos personen och intressera dig för hur det är att vara i personens situation just nu.
- Fråga individen om avsikten med självskadan, om personen har skadat sig med självmordsavsikt skall en suicidriskbedömning genomföras.
- Påminn dig själv om att personen troligtvis gör allt hen kan för att stå ut med smärtsamma känslor.
- Försäkra dig om att personen är delaktig i och samtycker till den vård som ges.
- Fråga om personen får behandling för självskadebeteende. Om personen inte har behandling för sitt självskadebeteende, informera om att sådan behandling finns och ingjut hopp. Vid överlämning för fortsatt vård påtala att personen skall få information om aktuella självskadebehandlingar och lotsning till primärvård eller specialistvård.

Då personer ofta skadar sig själva för att hantera starka och smärtsamma känslor kan hen i ett akut läge behöva hjälp att minska sin känslomässiga intensitet (känslomässig dysreglering). Förslag på strategier för att hjälpa individen:

- Tydlig kommunikation; Tala tydligt, vänligt och lugnande med person. Använd ett enkelt språk.

- Förklara vilken vård/omsorg som ges och se till att personen samtycker till denna.
- Minska intrycken runt omkring personen.
- Hjälp personen att minska sin känslomässiga intensitet exempelvis genom att hjälpa hen att lugna ner sin andning.
- Undersök om personen har egna strategier för att hantera känslor och/eller tillgång till en krisplan.
- Fråga personen om det finns någon trygg person eller något föremål som kan hjälpa hen att reglera ner sina känslor.

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 lågaffektivt bemötande enligt riktlinjerna ovan är grunden för de-escalering 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 (öppen lucka) för att snabbt kunna stanna om det behövs. Om möjligt och lämpligt, 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 orossituation:

- 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/personer befinner sig i bostaden
- Veta var mina arbetskamrater befinner sig

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.

POLISLAGEN

Användning av våld

I § 10 polislagen regleras polisens möjlighet att använda våld för att genomföra en tjänsteåtgärd när andra medel är otillräckliga och det med hänsyn till omständigheterna är försvarligt. Denna § är grunden för polisens möjlighet att lämna biträde enligt LPT § 47 samt generellt för polisens möjlighet att i vissa situationer använda våld i sin yrkesutövning.

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 utmytna 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 slutna psykiatrisk tvångsvård har fattats (begärs av chefsöverläkare/läkare med delegation enligt 39§ LPT).
- Att 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).

I § 47 regleras även polisens möjlighet att omhänderta en person och föra denna till sjukvården:

- 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.

Allmänt vid LPT prehospitalt – sammanfattning av lagtext, förarbeten och JO-beslut

”Anlitande av polismyndighet eller NTE 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 ”

”Alla insatser skall utföras hänsynsfullt, skonsamt och respektfullt mot patienten med så lite integritetskränkning som möjligt. Eftersom patienten är under tvångsvård (frihetsberövat) får vårdpersonal prehospitalt och i samband med transport till exempel hålla fast patienten för att

”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 hänsynsfullt, 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 utskrivnen. 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

- Medarbetare skall ha genomgått endagsutbildning/internetutbildning inom psykiatri/ambulanssjukvård ordnad av Region Skåne.
- Antal patienter med psykiatrisk problematik som vårdas/behandlas av ambulanssjukvården per år uppdelad på åldersgrupp och ESS.
- Medarbetare ska ha genomgått SPiSS utbildning.
- Avvikelser kopplade till psykiatrisk problematik och ambulanssjukvård

UTBILDNING AV AMBULANSTEAM OCH ANDRA MEDARBETARE PÅ LARMCENTRAL OCH INOM PSYKIATRIN

Kontinuerlig utbildning inom det psykiatriska fältet sker bland annat via samordnare medicinsk service försorg. Var god se webbadressen utbildningsportalen.

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

Se gärna också under [Region Skånes utbildningsportal](#)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------------------------|---|--|--|---|---|--|--------|--|---|--|--|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--------------------------------------|--|--|---|--|---|--------------------------------|--|--|--|--|------------------------------------|---|--|--|---------------|-----------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Datum: | | Ankomsttid: | | Patient ID | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medgivande: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Inte tillfrågad | | Förbehåll: | | (fäst ID-etikett här) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identitet styrkt: <input type="checkbox"/> Ja via: <input type="checkbox"/> Nej Närmast anhörig/tel.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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | <input type="checkbox"/> Förvirrat/desorienterat beteende* <input type="checkbox"/> Retligt/lättimiterat 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 AUDIT <input type="checkbox"/> Ja DUDIT <input type="checkbox"/> Ja SUAS-S <input type="checkbox"/> Ja CIWA <input type="checkbox"/> Ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patienten medverkar vid triage: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls/motsätter sig | | | | Tolk Språk: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontaktsak/aktuellt: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Tid. väs. frisk <input type="checkbox"/> Delirium tremens <input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjuk <input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk <input type="checkbox"/> Hjärnsvikt <input type="checkbox"/> Immunosuppr <input type="checkbox"/> Blödningbenäg./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 </td> </tr> <tr> <td> Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot: <input type="checkbox"/> Ingen känd </td> <td> Blodsmitta <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="2"> Annat: </td> </tr> <tr> <td> A <input type="checkbox"/> = Blå ESS <input type="checkbox"/> Ört luftväg <input type="checkbox"/> Stridor </td> <td colspan="2"> Fysiska omv.behov? <input type="checkbox"/> Ja, av: <input type="checkbox"/> Nej </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td> B SpO₂ på luft AF/min <input type="checkbox"/> SpO₂ <90 % med O₂ <input type="checkbox"/> AF > 30 eller < 8 </td> <td> <input type="checkbox"/> SpO₂ <90 % utan O₂ <input type="checkbox"/> AF > 25 </td> <td> <input type="checkbox"/> SpO₂ 90-95 % utan O₂ </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> SpO₂ >95 % utan O₂ </td> </tr> <tr> <td> C Puls BT <input type="checkbox"/> Lugg <input type="checkbox"/> Sitt <input type="checkbox"/> RR >130 el. OR > 150 <input type="checkbox"/> SBT <90 mmHg </td> <td> <input type="checkbox"/> Puls >120 eller <40 </td> <td> <input type="checkbox"/> Puls >110 eller <50 </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Puls 50-110 </td> </tr> <tr> <td> D RLS Alkometer <input type="checkbox"/> Medvetslös <input type="checkbox"/> Krampanfäll </td> <td> <input type="checkbox"/> Somnolent/RLS 2-3 </td> <td> <input type="checkbox"/> Akut desorienterad </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Alert </td> </tr> <tr> <td> E Temp EKG <input type="checkbox"/> Ja </td> <td> <input type="checkbox"/> Temp >41*, <35* </td> <td> <input type="checkbox"/> Temp >38* </td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Temp 38*-38,5* </td> </tr> <tr> <td>ESS nr: _____</td> <td>Starttid: _____</td> <td><input type="checkbox"/> = Röd ESS</td> <td><input type="checkbox"/> = Orange ESS</td> <td><input type="checkbox"/> = Gul ESS</td> <td><input type="checkbox"/> = Grön ESS</td> </tr> <tr> <td> Provtagning: <input type="checkbox"/> Urintox <input type="checkbox"/> P-glukos <input type="checkbox"/> Urinsticka <input type="checkbox"/> Annat: </td> <td><input type="checkbox"/> = Röd prio</td> <td><input type="checkbox"/> = Orange prio</td> <td><input type="checkbox"/> = Gul prio</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> = Grön prio</td> </tr> </table> | | | | | | <input type="checkbox"/> Tid. väs. frisk <input type="checkbox"/> Delirium tremens <input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjuk <input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk <input type="checkbox"/> Hjärnsvikt <input type="checkbox"/> Immunosuppr <input type="checkbox"/> Blödningbenäg./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 | | Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot: <input type="checkbox"/> Ingen känd | Blodsmitta <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: | | A <input type="checkbox"/> = Blå ESS <input type="checkbox"/> Ört 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"/> Lugg <input type="checkbox"/> Sitt <input type="checkbox"/> RR >130 el. 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"/> Krampanfäll | <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 38*-38,5* | | | ESS nr: _____ | Starttid: _____ | <input type="checkbox"/> = Röd ESS | <input type="checkbox"/> = Orange ESS | <input type="checkbox"/> = Gul ESS | <input type="checkbox"/> = Grön ESS | Provtagning: <input type="checkbox"/> Urintox <input type="checkbox"/> P-glukos <input type="checkbox"/> Urinsticka <input type="checkbox"/> Annat: | <input type="checkbox"/> = Röd prio | <input type="checkbox"/> = Orange prio | <input type="checkbox"/> = Gul prio | <input type="checkbox"/> = Grön prio | |
| <input type="checkbox"/> Tid. väs. frisk <input type="checkbox"/> Delirium tremens <input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjuk <input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk <input type="checkbox"/> Hjärnsvikt <input type="checkbox"/> Immunosuppr <input type="checkbox"/> Blödningbenäg./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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot: <input type="checkbox"/> Ingen känd | Blodsmitta <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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A <input type="checkbox"/> = Blå ESS <input type="checkbox"/> Ört 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"/> Lugg <input type="checkbox"/> Sitt <input type="checkbox"/> RR >130 el. 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"/> Krampanfäll | <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 38*-38,5* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESS nr: _____ | Starttid: _____ | <input type="checkbox"/> = Röd ESS | <input type="checkbox"/> = Orange ESS | <input type="checkbox"/> = Gul ESS | <input type="checkbox"/> = Grön ESS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provtagning: <input type="checkbox"/> Urintox <input type="checkbox"/> P-glukos <input type="checkbox"/> Urinsticka <input type="checkbox"/> Annat: | <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 FRAGOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUICIDRISKUNDERLAG | Medveten suicidbenägenhet - suicidstegen | | Statistiska riskfaktorer: | | Skyddande faktorer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. Nedstämdhet/Hopplöshet 2. Dödstankar 3. Dödsönskan 4. Suicidtankar 5. Suicidönskan 6. Suicidförsök 7. Suicidalplaner 8. Suicidförberedelser 9. Suicidavsikt | 10. Ålder (<19 >45) 11. Kön: Man 12. Somatisk sjukdom 13. Missbruk/Beroende 14. Tidigare suicidförsök 15. Hereditet 16. Ensamboende utan relationer 17. Finns självmordsredskap tillgängligt 18. Tidigare eller aktuell aggressivitet, impulsivitet 19. Psykisk sjukdom och dess svårighetsgrad/fas/samsjuklighet 20. Reaktion på akuta livshändelser/separation/dödsfall/kränkning 21. Hög ångestnivå/tankestömning/psykotiskt tänkande oavsett grundsjukdom 22. Självskaðebeteende | Personell resurs, t.ex. god samtalskontakt Nätverkets resurs, t.ex. anhöriga, vänner Övrigt: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Psykiatrins RETTs dokument med bl a suicidriskbedömning nederst.

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|-------------------|
| Patient ID (fäst ID-etikett här) | | | | | | | |
| Kontroller | Blodtryck | Puls | SpO ₂ på luft | RLS | Temp | Alkometer | P-glukos |
| | Tid: | | | | | | |
| | Tid: | | | | | | |
| | Tid: | | | | | | |
| | Tid: | | | | | | |
| Omv.bedömning/åtg | | | | | | | Observationsgrad: |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Läkarordination | Läkar sign/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 <input type="checkbox"/> Patienten går hem <input type="checkbox"/> Patienten remitterad till: <input type="checkbox"/> Inläggning avdelning: | | | | |
| | | | <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: | | | | |
| | Preliminär bedömning/syfte med inläggning: | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Diagnoskod: | |
| Patient rapporterad till: _____ av: _____ kl: _____ | | | | | | | |
| 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: | |

