Regionalt vårdprogram
Prehospital Akut Psykiatri

Version 9

Ett regionalt medicinskt vårdprogram är ett dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa, såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala medicinska vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2025-07-02
Giltig till 2028-07-02
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer

Innehållsförteckning

Förord 1

Uppdatering 2

Förankring och remissyttrande 2

Lista över förkortningar 3

Bakgrund 4

Prehospital akut psykiatri 4

- Vem är ”den psykiatriska patienten”? 7
  - Psykisk ohälsa – ett paraplybegrepp 7
  - Psykiska sjukdomar och syndrom 8
  - Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsnedsättningar 13
- Självskadebeteende 14
- Suicidförsök 15
- Suicidriskbedömning 15
  - Suicidtrappan 16
  - Statistiska riskfaktorer för suicid på gruppnivå 16
  - Skyddande faktorer 17
- Fullbordat suicid 18
  - Handläggning av misstänkt dödsfall 19

Psykiatri i Region Skåne 20

- Överenskommelse primärvård – specialistpsykiatri 21

Patientens väg in 22

Triagering 22

- Symtombedömning och handläggning via 1177 22
- Handläggning via Region Skånes Larmcentral (RSLC)/SOS Alarm 23

Ambulanssjukvård och patientomhändertagande 25

- Utlarmning, undersökning, helhetsbedömning och beslut 25
  - Uppmärksamma följande inför/under transport 26
  - Beskriv symtombilden 26
  - Undvik farmakologisk behandling 27
- Prehospital Akut Psykiatri (PAP), ”Psykiatriambulans” 27
- Akuta hembesök av läkare och undersökning för vårdintyg 29
- Brukarstyrd inläggning (BI) 29

Patientens handlingsplan 30
Behandlingshem 30
Hem för vård och boende (HVB) 31
Särskilda direktiv 31
Direktiv 107: Samordnad suicidprevention 31
Direktiv 127: Dörrforcering och djur i bostad 32
Bemötande 33
Att tänka på generellt 33
Barn och unga i kris 34
Intellektuell funktionsnedsättning (IF) 34
Självskadeproblematik 35
Säkerhet 36
Bröset Violence Checklist (BVC) och risk för våld 36
Att observera vid en uppseglande orossituation 37
Minska riskerna 37
Transport av psykiatriska patienter 38
Primärtransporter 39
Sekundärtransporter 39
Beslutsstöd för ambulanspersonal vid hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter 40
Kommentarer till flödesschemat 42
Avvikelser 45
Utbildning 46
Kvalitetsuppföljning av patientsäkerhetsfrågor 46
Dokumentinformation 47
Bilaga 1. Akutjournal för PAP och psykiatrin 48
Bilaga 2. Beslutsstöd för ambulanspersonal vid hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter 51

Förord

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. Vårdprogrammet avser att tydliggöra den akuta prehospitala handläggningen av patienter med psykiatrisk problematik.

Målgruppen är i första hand personal inom ambulansverksamhet och larmcentral, men det kan användas av alla som möter patienter med psykiatrisk problematik inom akutsjukvård och där ambulanstransporter eller akuta interventioner måste ske utanför sjukhus.

Vårdprogrammet är tänkt att läsas som ett kunskapsunderlag i lugnt skede. Det följer den psykiatriska patienten genom vårdkedjan från samtal till åtgärd, där ambulanssjukvården spelar en viktig roll via bedömning och bemötande, omhändertagande och transport. Det är tänkt att läsas tillsammans med ”Juridik för Prehospital Personal” i vilket olika lagrum inom prehospital psykiatri förtydligas.

Juridik för prehospital personal (skane.se)

Fastställt, 2025-07-02

Martin Engström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Uppdatering

I samband med en omfattande revidering har bland annat ett avsnitt om ”den psykiatriska patienten” tillkommit för att belysa gruppens heterogenitet, utvecklingen i Skåne illustrerats med för ambulanspersonal relevant statistik, samt ett flödesschema för hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter lagts till som beslutsstöd för ambulanspersonal. Merparten av den juridiska texten finns nu i det uppdaterade dokumentet ”Juridik för Prehospital Personal”, varför läsaren rekommenderas att läsa detta parallellt med vårdprogrammet.

Juridik för prehospital personal (skane.se)

Under 2024 i september avslutades avtalet med Idoc hembesöksbil och en del uppdrag som ingick i det avtalet gick över i egen regi, Läkarbil Skåne. Utifrån detta har en administrativ revidering skett som stämmer överens med Läkarbil Skånes uppdrag.

Förankring och remissyttrande

Arbetet med detta vårdprogram har skett multidisciplinärt med representation från psykiatriska akutmottagningar i Helsingborg, Kristianstad, Malmö och Lund, Region Skånes larmcentral, upphandlad läkarbil (iDoc), ambulanssjukvården (offentlig och privat) samt Polismyndigheten Region Syd.

Förankring via remissrunda har skett med Region Skånes larmcentral, SOS Alarm Sverige AB, ambulanssjukvård i offentlig och privat regi (VO ambulans/Premedic), den lokala arbetsgruppen LAG ambulans (som enligt överenskommelse även uttalat sig för det lokala programområdet LPO akut vård i detta ärende), LPO psykisk hälsa, upphandlad Läkarbil (iDoc) samt Regionjurist (endast flödesschemat ”Beslutsstöd för ambulanspersonal vid hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter”).

Lista över förkortningar

AOSP	Akut omhändertagande av suicidnära person (utbildning för blåljuspersonal)
APP	Akut prehospital psykiatri (utbildning för ambulanspersonal)
APS	Allvarlig psykisk störning
BI	Brukarstyrd inläggning
BrB	Brottsbalken
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BVC	Bröset Violence Checklist
DBT	Dialektisk beteendeterapi
EIPS	Emotionellt instabilt personlighetssyndrom
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HVB	Hem för vård och boende
LOB	Lagen om omhändertagande av berusade personer
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen om rättspsykiatrisk vård
LVM	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
NTE	Nationella transportenheten (Kriminalvården)
MA	Medicinskt ansvarig
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (kommun)
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen
PAP	Prehospital akut psykiatri
PAP-enhet	”Psykiatri-ambulans”
PSL	Patientsäkerhetslagen
RLS	Regionalt läkarstöd (Prehospitalt)
RSLC	Region Skånes larmcentral
SL	Sjukvårdsledare
SoL	Socialtjänstlagen
SPiSS	Suicidprevention i svensk sjukvård (utbildning)
VIPP	Vårdinsats på plats

Bakgrund

Patienter med psykiatrisk problematik är vanliga inom alla områden i sjukvården, så även inom ambulanssjukvård. Det prehospitala omhändertagandet av patienter med psykiatrisk problematik kräver goda kunskaper för att säkerställa att både den psykiatriska och somatiska sjukligheten behandlas adekvat. Ambulanssjuksköterskan (medicinskt ansvarig, MA) har ett samordnande ansvar i detta. Patienter med psykiatrisk diagnos har en påtaglig överdödlighet i somatisk sjukdom, vilket delvis beror på mindre gynnsamma levnadsvanor och metabola bieffekter av psykofarmaka, men även på avsaknad av adekvat medicinskt omhändertagande när patienten väl söker vård.[1]

Den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa är suicid. Nationella beslut har tagits på regeringsnivå för att öka kunskapen om psykisk ohälsa och sedan 2008 finns en nollvision för suicid. Riktade statsbidrag inrättades 2019 för att utveckla den prehospitala akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. I samband med detta infördes projektet PAP (Prehospital Akut Psykiatri) i Region Skåne. Syftet var att öka kunskapen och kompetensen hos ambulanspersonal om patienter med psykiatriska sjukdomar och symtom, samt att förbättra det prehospitala omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa.[2] Projektet PAP permanentades i Skåne 2021 och utvecklas fortlöpande.

Ambulansverksamheten i Skåne arbetar aktivt med att öka kunskapen och kompetensen om omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa, bland annat via specifika utbildningar för Region Skånes larmcentral och ambulanspersonal (se Utbildning).

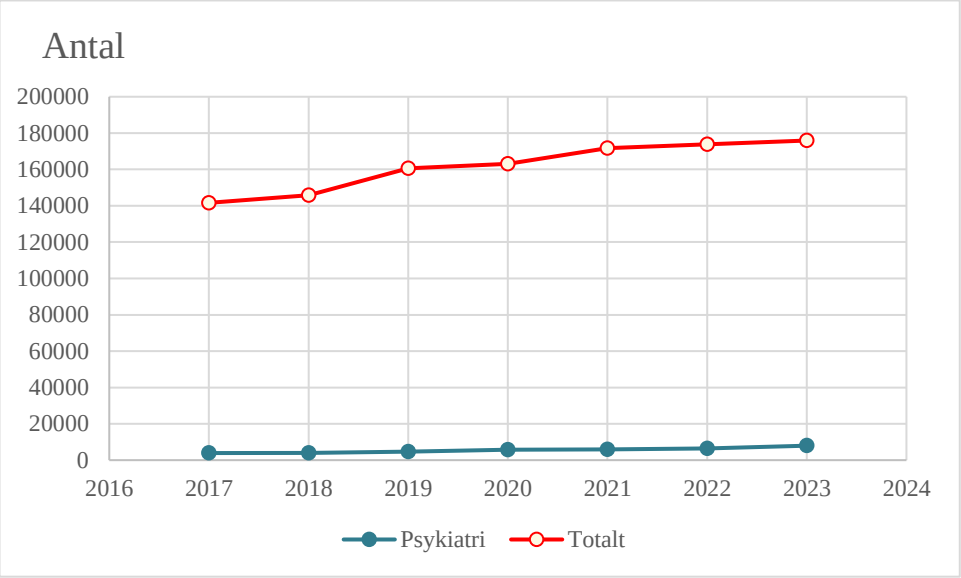
Prehospital akut psykiatri

I Skåne har antalet utryckningar med ambulans ökat stadigt över tid (Figur 1). År 2023 omhändertogs och behandlades cirka 176 000 patienter av ambulanssjukvården i Skåne, jämfört med 140 000 år 2017. Under samma

[1] Torgersen, J, Risö Bergerlind, L-L. Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom. Läkartidningen. 2018;115: E6AM. Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom.pdf (lakartidningen.se)

[2] Önnheim S, Johansson A, Ivarsson B, Hagström C. Self-perceived competence of ambulance nurses in the care of patients with mental illness: A Questionnaire survey. Nursing Reports. 2022;12(1):226–34. https://doi.org/10.3390/nursrep12010023

tidsperiod dubblerades antalet patienter med primär sökorsak psykiatri från cirka 4000 till 8000, vilket innebär att denna andel ökat från 3 till 5 procent.

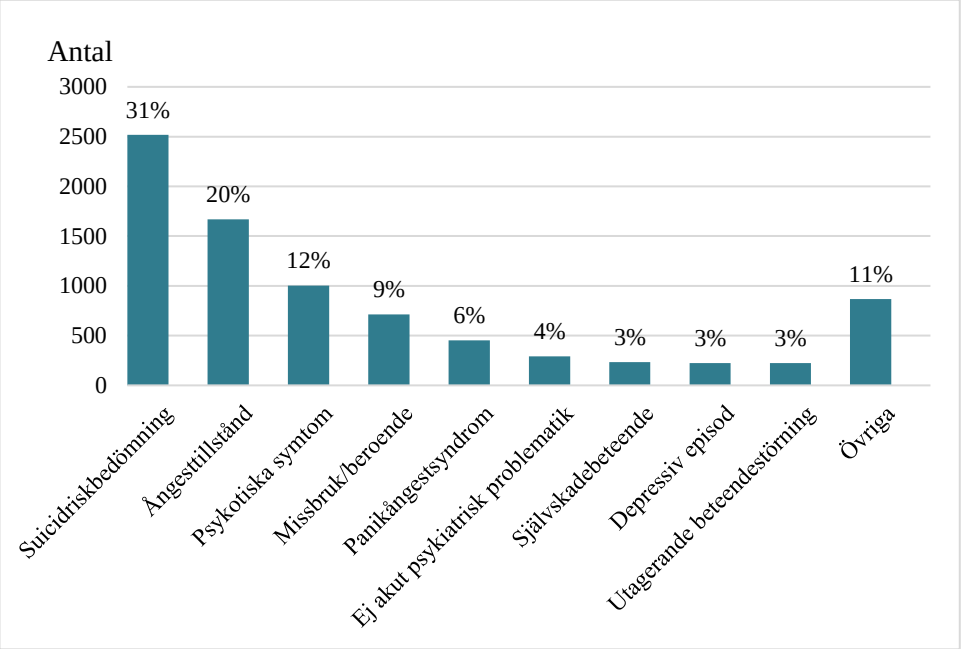


Figur 1. Antal patientärenden ambulans 2017–2023

Källa: QlikView, ambulansjournal Paratus.

Siffror för ”primär sökorsak psykiatri” behöver dock tolkas med stor försiktighet. Risken för felklassificering är stor eftersom endast *en* (1) sökorsak kan registreras per patientärende. Detta innebär att det finns flera oregistrerade psykiatriska patienter inom andra diagnosgrupper, exempelvis intoxikationer, trauma och medvetslöshet. Omvänt kan en del ärenden som registrerats under en primär psykiatrisk sökorsak (exempelvis ångestattack) i verkligheten bero på somatisk sjukdom.

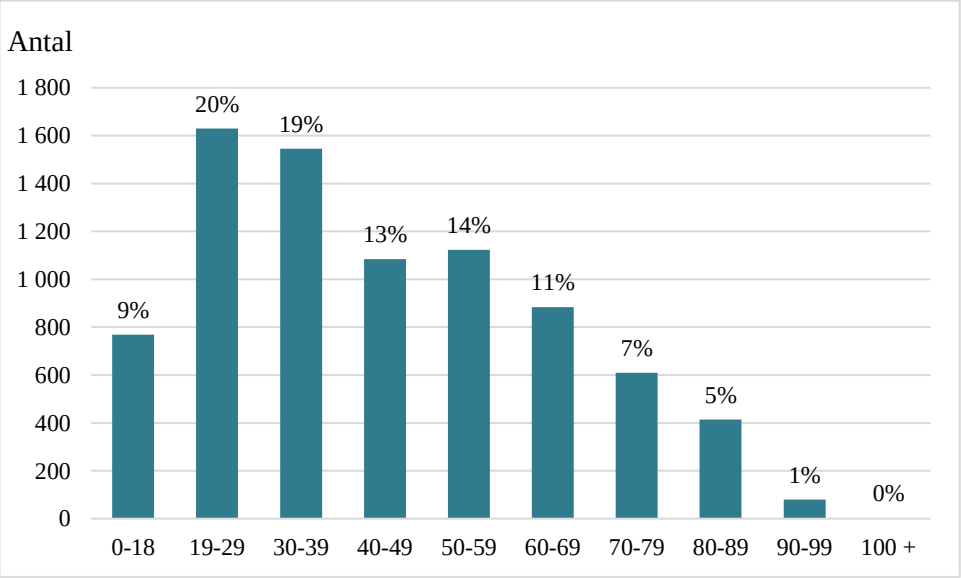
Befintlig sökorsaksstatistik visar att det är vanligast för ambulans-verksamheten att möta psykiatriska patienter för suicidriskbedömning (31%), ångesttillstånd (20 %) och psykotiska symtom (12 %) (Figur 2).



Figur 2. Huvudsaklig sökorsak (ESS) 2023

Källa: QlikView, ambulansjournal Paratus.

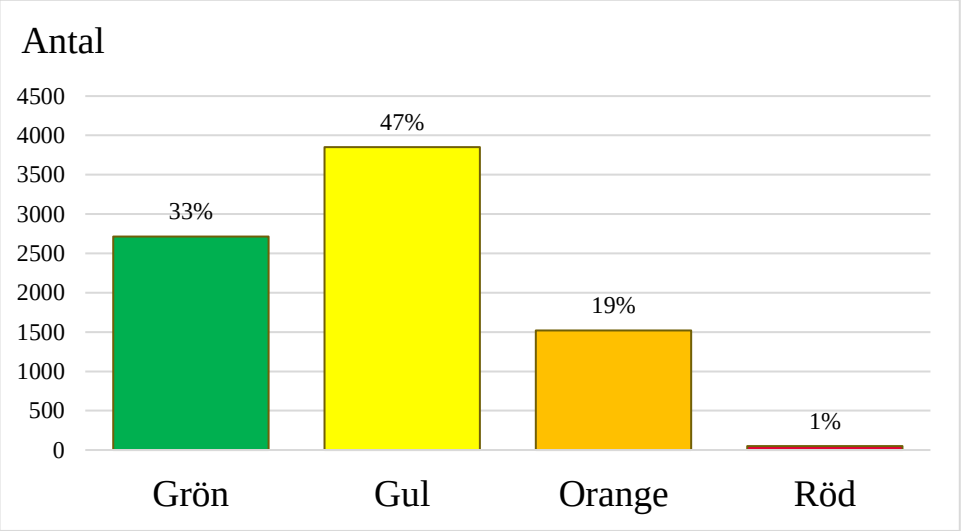
Drygt 8000 patienter hade psykiatrisk problematik som första diagnos/ sökorsak år 2023. Könsfördelningen visar en större andel kvinnor (55 %) än män (45 %). Flest patienter finns i åldersgrupperna 19–29 år (20 %) och 30–39 år (19 %) (Figur 3).



Figur 3. Åldersfördelning psykiatrisk sökorsak 2023

Källa: QlikView, ambulansjournal Paratus.

Huvuddelen av de psykiatriska patienterna i Skåne registrerades initialt som gula (47%) eller gröna (33 %) enligt RETTS år 2023 (Figur 4). RETTS hade inte med röda ESSer i 2023 års version.



Figur 4. RETTS-registrering av psykiatrisk sökorsak 2023

Källa: QlikView, ambulansjournal Paratus.

Vem är ”den psykiatriska patienten”?

Psykiatriska patienter är en mycket heterogen grupp och det finns därför inte någon ”typisk psykiatrisk” patient. Ambulanspersonalen möter en patient i samband med akut lidande oavsett underliggande diagnos/ingen diagnos. Prehospitalt ställs inga diagnoser, men det är bra att känna till hur olika psykiatriska tillstånd kan yttra sig i det akuta skedet. *Var observant på att en ångestattack kan maskera underliggande somatiska besvär, samt att en patient med känd psykiatrisk diagnos också kan vara akut somatiskt sjuk.*

Psykisk ohälsa – ett paraplybegrepp

Psykisk ohälsa är ett brett paraplybegrepp som innefattar allt från lättare oro och psykiska besvär till svåra psykiatriska tillstånd.[3] *Psykiska besvär* är mycket vanliga i samband med stress och medför ett oftast övergående lidande i form av exempelvis koncentrationssvårigheter, oro, ångest, nedstämdhet och/eller sömnsvårigheter. *Psykiatriska tillstånd* innebär vanligen att patienten har flera samtidiga och funktionsnedsättande psykiska besvär över tid, och att dessa uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos. Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i *psykiska sjukdomar och syndrom*

[3] Begrepp inom området psykisk hälsa (socialstyrelsen.se)

(debuterar när som helst i livet) och *utvecklingsrelaterade psykiska funktionsnedsättningar/avvikelser* (debuterar tidigt i livet). Några exempel ges nedan.

Psykiska sjukdomar och syndrom

Depression/ depressiva syndrom

Depressiva syndrom, eller förstämningssyndrom, räknas som en av de stora folksjukdomarna i Sverige. Risken att någon gång i livet insjukna i en depression är omkring 35 procent för kvinnor och 23 procent för män.[4] Vid sidan av hjärtkärlsjukdomar är depression den mest kostsamma folksjukdomen i västvärlden, framför allt beroende på långa sjukskrivningsperioder.

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom kännetecknas av återkommande episoder av hypomani eller mani samt depressioner av olika svårighetsgrad. Omkring 1–4 procent av befolkningen drabbas.[5] Vid mani (bipolär sjukdom typ I) är stämningsläget kraftigt förhöjt med överaktivitet och intensifierat känsloliv samtidigt som minskat sömnbehov föreligger. Psykotiska symtom kan förekomma och funktionsnivån är tydligt påverkad. Vanligen krävs då inneliggande vård, ofta med stöd av LPT. Vid bipolär sjukdom typ II kallas det förhöjda stämningsläget hypomani, ett tillstånd som sällan kräver sjukhusvård, inte innefattar psykotiska symtom och som påverkar funktionen i mindre omfattning.

Ångestsyndrom

I gruppen ångestsyndrom ingår bland annat paniksyndrom, social fobi, PTSD, generaliserat ångestsyndrom och tvångssyndrom. Omkring var fjärde person drabbas av ett ångestsyndrom i vuxen ålder varav majoriteten är kvinnor. Omkring var tionde barn drabbas av ångestsyndrom innan puberteten, då utan könsskillnad.[4]

Personlighetssyndrom

(Kallades tidigare för ”personlighetsstörning”.)
Förekomsten av personlighetssyndrom är omkring 4–15 procent i befolkningen men betydligt högre i kliniska populationer. Andelen som

---

[4] Kunskapsguiden. Om depression och ångestsyndrom. Faktagranskad av Socialstyrelsen, senast 2020-02-10. Om depression och ångestsyndrom (kunskapsguiden.se)
[5] Sanai-Farid och Backlund. Läkartidningen, 2019. ABC om Bipolär sjukdom.pdf (lakartidningen.se)

bedöms uppfylla kriterier för någon form av personlighetssyndrom uppskattas till en fjärdedel av alla som söker primärvård, hälften av patienterna i psykiatrisk öppenvård och två tredjedelar av personer som vårdas inom kriminalvården.[6]

Bland patienter inom psykiatrin är det vanligaste personlighetssyndromet emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS). Andelen patienter med EIPS är 10–20 procent inom psykiatrisk öppenvård och 20–50 procent inom psykiatrisk heldygnsvård, vilket kan jämföras med endast 1–2 procent i befolkningen. Tre fjärdedelar av patienter med EIPS är kvinnor.[7] Ambulanspersonal möter ofta patienter med EIPS i akut skede, eftersom omkring 75 procent av dessa patienter självskadar i varierande svårighetsgrad.[8]

IDC-11 som introduceras under 2024 innebär en ny, dimensionell diagnostik med fokus på olika problemdomäner och funktionsnivå varpå de specifika undergrupperna av personlighetssyndrom kommer att försvinna. Svårighetsgraden på personlighetssyndromet kommer att graderas som mild, måttlig eller svår.

Trauma och stressrelaterade syndrom

PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) kännetecknas av symtom som orsakar starkt lidande mer än en månad efter en eller flera, egenupplevda eller bevittnade, svårt traumatiska, ofta livshotande händelser. Diagnoskriterier innefattar påträngande plågsamma minnen, flashbacks, mardrömmar, undvikande beteende, nedstämdhet, irritabilitet, överdriven vaksamhet och kroppslig smärta/anspänning. Livstidsprevalensen av PTSD har uppskattats till cirka 2–7 procent i västvärlden.[9]

Dissociativa symtom innebär ett förändrat medvetandetillstånd där personen erfar overklighetskänslor, avtrubbning eller en upplevelse av att vara bortkopplad från sin kropp och/ eller omgivningen. Tillståndet kan snabbt förändras i respons på inre och yttre signaler och graderas ofta längs ett kontinuum från normal till patologisk. Kan pågå från sekunder till timmar.

---

[6] Personlighetssyndrom. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Svenska Psykiatriska Föreningen, 2017. Personlighetssyndrom.pdf (svenskpsykiatri.se)
[7] Emotionell instabilt personlighetssyndrom - EIPS - Kunskapsstöd för vårdgivare (kunskapsstodforvardgivare.se)
[8] Perseius K-I. Att tämja en vulkan: om emotionell instabilitet och självskadebeteende. Lund: Studentlitteratur AB; 2012.
[9] Bäärnhielm et al. Läkartidningen, 2024. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD).pdf (lakartidningen.se)

Olika sinnesintryck kan bryta en pågående dissociation:

- Påkalla personens uppmärksamhet, försök få ögonkontakt
- Knäpp med fingrarna, prova att röra vid personens händer
- Prata med personen och be denna att fokusera exempelvis på fötternas kontakt med golvet
- Få personen att utföra någon fysisk aktivitet

Vid svårare dissociation är det ibland inte möjligt att aktivt avleda – stanna då kvar hos personen. Tillståndet är plågsamt men inte livshotande.

Om psykos

En psykos kan yttra sig som vanföreställningar och hallucinationer. Utöver schizofreni och andra primära psykossjukdomar kan psykotiska symtom ibland ses vid djup depression och mani. En psykos kan också utlösas av olika substanser (exempelvis cannabis och amfetamin), sömnbrist och tidig demens.[10]

Schizofreni

Schizofreni är en kronisk psykossjukdom som oftast debuterar i ung vuxen ålder (18–30 år). Det är den vanligaste och allvarligaste diagnosen av samtliga psykossjukdomar. I Sverige insjuknar 1500–2000 personer/år. Prevalensen är 0,4 procent.[11] Enligt WHO:s klassifikation tillhör schizofreni den svåraste kategorin av sjukdomsbörda, tillsammans med terminal cancer och tetraplegi. Sjukdomen går ofta i skov. Anhöriga/ vårdpersonal är oftast de som larmar och den information de förmedlar är mycket viktig att ta emot. I denna patientgrupp finns stor samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd. Somatisk sjuklighet är också vanlig, men tyvärr ofta okänd med hög överdödlighet som följd.

[10] Nationella vård- och insatsprogram. Nationella vård- och insatsprogram. Om psykos, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (vardochinsats.se)
[11] Socialstyrelsen. Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022 underlagsrapport (socialstyrelsen.se)

Skadligt bruk och substansberoende

- **Skadligt bruk (”missbruk”)**: substansbruk som orsakat allvarliga konsekvenser för funktion eller hälsa.
- **Beroendesyndrom**: mer avancerat tillstånd, karaktäriserat bland annat av fysiologiskt beroende.

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) uppskattades 6 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppfylla kriterier för skadligt bruk eller beroende av alkohol år 2017.[12] Samma undersökning visade att 9 procent använt narkotika under året och att knappt 2 procent uppfyllde kriterierna för substansbrukssyndrom.

Akut alkoholabstinens

Vid långvarigt bruk av alkohol kan en minskning eller upphörande av intag innebära abstinenssymtom såsom tremor, svettningar, takykardi och agitation, men även mer allvarliga tillstånd såsom kramper och delirium tremens.

Abstinenskramper

Omkring 10 procent av patienter med alkoholabstinens drabbas efter upphörande av intag, vanligen inom de två första dygnen.

Delirium tremens

Vanligen 2–4 dygn efter avbrutet intag. Ökad aktivitet i dopaminerga och noradrenerga system leder till symtom som förvirring, hallucinos, tremor. Dödligheten är 5 procent.

Wernicke-Korsakoffs sjukdom

Tillstånd som orsakas av Tiaminbrist (Vitamin B1). Den akuta fasen, *Wernickes encefalopati*, kännetecknas av konfusion, störningar i ögonrörelser och ataxi. Bekräftad nutritionsbrist styrker misstanken. Ibland har mer ospecifika prodromalsymtom förekommit, såsom huvudvärk, irritation och magbesvär. Behandling med Tiamin i höga doser ska ges snarast vid misstanke om akut Wernickes encefalopati.

Obehandlat tillstånd kan vara letalt eller leda till *Korsakoffs syndrom*, ett demenstillstånd präglat av minnesrubbningar och konfabulering.

[12] Nationella vård- och insatsprogram. Nationella vård- och insatsprogram. Missbruk och beroende (vardochinsats.se)

Akut intoxikation

Patient med påverkade vitala parametrar sekundärt till överdosering av substanser ska transporteras till somatisk akutmottagning då dessa inom kort kan uppvisa livshotande svikt av vitala funktioner.

Nedanstående algoritm kan vara till hjälp för att koppla symtom till möjlig intagen substans (Tabell 1):

Tabell 1. Algoritm för att identifiera misstänkt substans vid intoxikation.

	↑AF, SpO_2 ua ↑BT, ↑puls Agitation, mydriasis, kramp ↑temp	↓AF, ↓, SpO_2 ↓BT, ↓ puls Somnolens, mios, ↓ reflexer ↓temp
Torr rodnad varm hy, muntorrhet, ileus, urinretention	**Antikolinergt** TCA, antihistamin, antiparkinson	**Opioider** Morfin, heroin, metadon
Blöt hy, salivering, tårar, kräkning, diarré, urininkontinens	**Serotonergt** SSRI, TCA, MAO-hämmare, MDMA	**Kolinergt** Besprutningsmedel, svampar, nervgas, kolinesterashämmare
Normal hud	**Sympatomimetiskt/ hallucinatoriskt** Kokain, amfetamin, koffein, PCP, LSD, abstinens	**Sedativt/ hypnotiskt** Bensodiazepiner, sömnmedel, alkohol, GHB

Källa: Toxidrom (internetmedicin.se) som i sin tur baserats på artikel av Stenkilsson & Dryver, Läkartidningen 2011;108(24–25):1302–7. Listorna över olika substanser är inte fullständiga.

Malignt neuroleptikasyndrom

Detta är ett ovanligt men potentiellt dödligt tillstånd som kan utlösas av flera olika dopaminmodulerande farmaka såsom antipsykotiska läkemedel, antiemetika och litium. Även snabb utsättning av dopiminerga läkemedel, tex vid Parkinsons sjukdom, kan utlösa syndromet. Den klassiska symtomtriaden är: uttalad muskelrigiditet, förhöjd kroppstemperatur och påverkad medvetandegrad. Behöver ofta IVA-vård.

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsnedsättningar

ADHD/ADD

Förkortningen ADHD står för ”attention deficit and hyperactivity disorder”. För diagnos krävs symtomdebut med bristande uppmärksamhet, överaktivitet och impulsivitet före 12 års ålder. För att utredning ska vara indicerat ska en tydlig funktionsnedsättning följa av symtomen på flera livsområden, såsom skola, hemmet, på fritiden eller på arbetsplatsen. ADD (”attention deficit disorder”) klassas som en undergrupp av ADHD. Diagnosen ADHD har ökat mycket i Sverige under 2000-talet.[13] Förekomsten av ADHD är omkring 5–7 procent hos barn- och unga och 3 procent hos vuxna.[14]

Autismspektrumtillstånd (AST)

Gemensamma kännetecken för autism är varaktiga begränsningar i socialt samspel och kommunikation samt begränsade, repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter. Personer med autism är en mycket heterogen grupp. Indelning sker dels efter individens behov av stöd, dels utifrån eventuell samtidig intellektuell funktionsnedsättning (IF) eller språkavvikelse. Förekomsten av autism är 1–2 procent. Samsjuklighet med psykiatriska tillstånd är vanlig. Ungefär 75 procent av alla med autismspektrumtillstånd uppfyller någon gång i livet kriterier för andra psykiatriska tillstånd såsom ångestsyndrom eller depression.

Intellektuell funktionsnedsättning (IF)

En intellektuell funktionsnedsättning innebär att hjärnans funktioner är nedsatta, vilket gör det svårare att klara sig självständigt i hemmet, i skolan och på arbetet. IF kan delas in i fyra grader efter intelligenskvot (IQ). Behovsnivån kan sägas motsvara den för barn i åldern 0–12 år: *lindrig IF* (IQ 50–69) motsvarar behovsnivån för barn 9–12 år, *medelsvår IF* (IQ 35–49) barn 5–8 år, *svår IF* (IQ 20–34) barn 2–5 år samt *mycket svår IF* (IQ <20) barn 0–2 år. Vid svårare IF är samsjuklighet med autism vanlig. Samverkan med nätverket kring individen och strävan efter att undvika situationer med överkrav är centralt för denna patientgrupp.

---

[13] Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Socialstyrelsen, 2023. Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd (socialstyrelsen.se)

[14] Nationella vård- och insatsprogram. ADHD. Nationella vård- och insatsprogram ADHD (vardochinsats.se)

Det är viktigt att utesluta somatiska orsaker vid nytillkomna beteendeförändringar hos ALLA patienter med psykiatrisk problematik och i synnerhet hos personer med IF!

Litteratur och länkar - psykisk ohälsa och psykisk sjukdom

- Lundberg L, Bäckström D, Andersson Hagiwara M. Prehospital akutsjukvård. 3 rev. uppl. Lund: Libers förlag; 2022.
- Vad är psykisk hälsa? - Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)
- Statistik om psykisk hälsa i Sverige - Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). Riktlinje trauma & stress. 2019. Riktlinje - Trauma och stress.pdf (slf.se)

Självskadebeteende

En relativt stor andel av ambulansuppdragen handlar om personer som självskadat. Exempel på självskadebeteende är att rispa, bränna eller slå sig själv, överdosera farliga ämnen eller svälja främmande föremål. Vård för självskada eller suicidförsök är vanligare bland kvinnor än män och allra vanligast bland flickor/ kvinnor under 30 år.

Självskadebeteende förekommer vid många olika psykiatriska tillstånd. Det vanligaste syftet är att reglera svåra känslor, men det kan också handla om suicidförsök. Observera att skadans omfattning/ allvarlighetsgrad inte alltid motsvarar intentionen. Avsikten kan ha varit att dö även om skadan ser obetydlig ut och vice versa. Att tydliggöra avsikten är angeläget men inte sällan svårt eftersom motivet ofta är grumligt. Alkohol sänker tröskeln för impulsiva handlingar och det är viktigt att inhämta information om alkoholintag då berusning ökar risken för allvarliga skador. Självskadehandlingar ökar risken för framtida suicid, bland annat för att det sker en tillvänjning.

Det finns specifika psykologiska behandlingar för personer som skadar sig själva som har visats ha en god effekt, exempelvis dialektisk beteendeterapi (DBT).

Suicidförsök

Om en person självskadat med suicidavsikt eller inte är ofta oklart. Den information ambulansens medarbetare får fram i samtal med patient och andra eventuella personer på plats, samt genom observation av hemmiljön och iakttagande av eventuella förberedelser såsom avskedsbrev eller tomma tablettkartor, utgör ovärderlig information för mottagande vårdpersonal!

Suicidriskbedömning

En person som överväger suicid är ofta ambivalent och intensiteten i måendet varierar över tid. Att förlora känslan av sammanhang och att förlora känslan av att ha ett värde ökar risken att tänka på suicid som en utväg.[15] (Skillnaden mellan sorg och depression har uttryckts som att ”vid sorg har världen blivit ful och svår att leva i, vid djup depression har jag själv blivit ful och svår att leva med”).

Suicidhandlingar kan vara överlagda och planerade, men också oplanerade och impulsiva. Vid omkring hälften av suicidförsöken har den akuta suicidkrisen varit så kort som 10–15 minuter från tanke till handling. *Den suicidala processen kan avbrytas eller fördröjas genom medmänsklig kontakt under den akuta suicidala krisen*. Den stora majoriteten av dem som genomfört ett suicidförsök och överlevt dör av andra orsaker senare i livet.[16]

Vid prehospital vårdkontakt bör alltid en suicidriskbedömning göras som ett steg i vårdnivåbedömningen. Ibland ger patienten uttryck för döds- eller suicidtankar spontant, annars behöver detta aktivt efterfrågas och utforskas med öppna frågor. Ofta behövs ett längre samtal för att bedöma suicidrisken.

---

[15] Psyk E-bas suicid. Risk- och skyddsfaktorer för suicid. Faktablad 4. (Utbildningen *Psyk E-bas suicid* har köpts in av Region Skåne och nås via Utbildningsportalen.)
[16] Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention (socialstyrelsen.se)

Suicidtrappan

En strukturerad suicidriskbedömning med hjälp av ”suicidtrappan” [17] preciserar var patienten befinner sig i den suicidala processen, vilket är värdefull information och hjälp för mottagande instans (Faktaruta 1).

Faktaruta 1: Suicidtrappan

- Nedstämdhet/hopplöshetskänslor?
- Dödstankar?
- Dödsönskan?
- Suicidtankar?
- Suicidförsök?
- Suicidplaner?
- Suicidförberedelser?
- Suicidavsikt?

Källa: Brenner, Rydell & Skoog, 2016.

Statistiska riskfaktorer för suicid på gruppnivå

Suicid är vanligare bland män och risken ökar med stigande ålder, medan suicidförsök är vanligare bland kvinnor och unga människor.

Det går inte att förutsäga *vem* som kommer att genomföra suicid eller suicidförsök, men det finns vissa riskgrupper som vården behöver ha särskild kunskap om. Riskgrupper inkluderar individer som tidigare genomfört suicidförsök, individer med självskadebeteende, patienter som nyligen skrivits ut från psykiatrisk heldygnsvård, individer med skadligt bruk- och beroendeproblematik, individer med psykossjukdom eller bipolär sjukdom, individer med depression, ungdomar och unga vuxna med psykisk sjukdom, efterlevande till individer som genomfört suicid, äldre män med svagt socialt nätverk, individer med svår somatisk sjukdom, hbtqi-personer och personer med migrationserfarenhet.[18]

[17] Brenner E, Rydell P, Skoog I, Akutpsykiatri. 2 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur AB; 2016.
[18] Socialstyrelsen, 2024. Risk- och skyddsfaktorer för suicid (kunskapsguiden.se)

Att ha gjort ett suicidförsök är den största enskilda riskfaktorn för fullbordat suicid (30–40 gånger större risk). De flesta som försökt ta sitt liv gör dock inte om det. Suicidförsök är 10–20 gånger vanligare än fullbordade suicid.[19]

Nedanstående faktorer efterfrågas i akutjournalen RETTS-PSY:

- Ålder (<19 eller >45 år)
- Kön: man
- Somatisk sjukdom
- Missbruk/beroende
- Tidigare suicidförsök
- Hereditet för suicid
- Ensamboende utan relationer
- Självmordsredskap tillgängligt
- Tidigare eller aktuell aggressivitet/impulsivitet
- Psykisk sjukdom och dess svårighetsgrad, fas eller samsjuklighet
- Reaktioner på akuta livshändelser/separation/dödsfall/kränkning
- Hög ångestnivå/tankestörning/psykotiskt tänkande oavsett grundsjukdom
- Aktuellt självskadebeteende

Observera att efterlevande till individer som genomfört suicid (behöver inte vara biologiskt släktskap), hbtqi-personer samt personer med migrationserfarenhet också löper ökad risk, men dessa grupper står inte med i RETTS-PSY.

Skyddande faktorer

Även skyddande faktorer är av vikt att ta med i den sammanvägda suicidriskbedömningen. Sådana kan vara:

- Ett gott stöd i en parrelation, familj eller av andra närstående
- Förmåga att skapa och vidmakthålla nära relationer
- Personliga värderingar som motstånd mot suicidhandling eller religiös tro
- Rädsla för kroppslig skada vid suicidhandling
- Förmåga att uthärda psykisk smärta
- Omsorg om barn, familjemedlemmar eller andra
- Handlingsplan

[19] Psyk E-bas suicid. Vem är självmordsnära och varför? Översikt över självmordsforskningen. Faktablad 2. (Utbildningen *Psyk E-bas suicid* har köpts in av Region Skåne och nås via Utbildningsportalen).

- Hjälpsökande beteende
- Framtidsplaner
- Förmåga att resonera om sina suicidala tankeprocesser på ett adekvat sätt.

Kontakt med sjukvård är vanligt innan fullbordat suicid

En tredjedel av alla som tar sitt liv har en pågående kontakt med psykiatrisk vård och betydligt fler har haft kontakt med annan hälso- och sjukvård.[20] En svensk studie av säkra suicid visade att 90 procent hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården 24 månader innan fullbordat suicid och 60 procent de senaste fyra veckorna innan.[21]

De samtal vi för med patienten kan vara direkt livräddande!

Fullbordat suicid

Antalet suicid per 100 000 invånare (suicidtalet) har minskat mycket sedan 1970-talet i Sverige men planat ut de senaste decennierna. Män står för omkring 70 procent av alla fullbordade suicid och det högsta suicidtalet finns bland män över 85 år. *Antalet* fullbordade suicid är dock flest bland män mellan 45 och 64 år eftersom suicidtalet står i proportion till åldersgruppens storlek. Under den senaste 20-årsperioden har suicidtalet i befolkningen minskat i de flesta åldersgrupper, utom bland unga 20–29 år där suicidtalet tvärtom ökat med 1–2 procentenheter per år.[22]

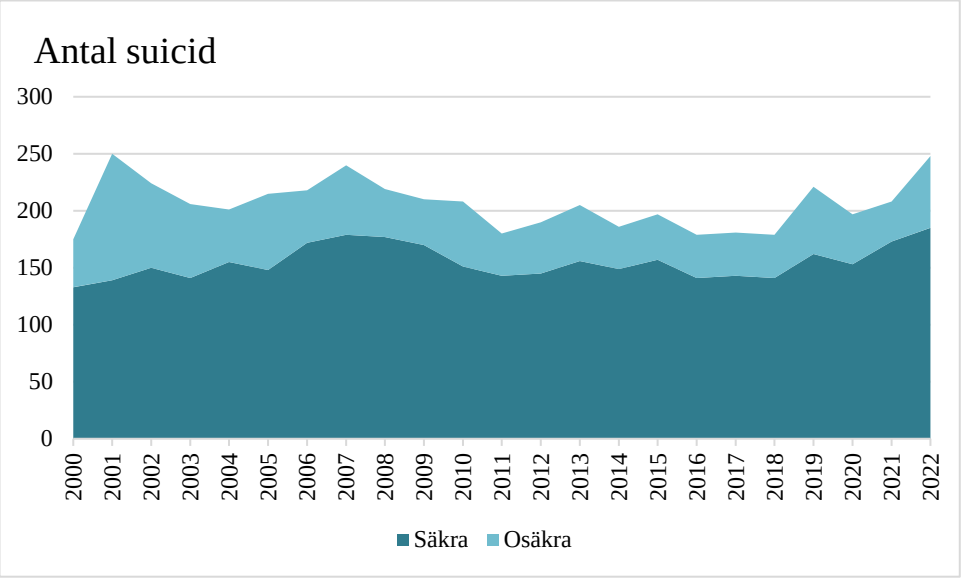
Hängning är vanligaste metoden bland män, följt av förgiftning och skjutning. Bland kvinnor är både förgiftning och hängning vanliga metoder medan skjutning knappt förekommer alls. Hopp från hög höjd och hopp framför rörligt fordon är mindre vanliga metoder.

Region Skånes suicidpreventiva strategi syftar till ett systematiskt och långsiktigt suicidpreventivt arbete i Skåne.[23] En regional samordnare samordnar arbetet med externa aktörer på en övergripande nivå. Att

[20] Suicid och suicidförsök. Socialstyrelsen. Senast uppdaterad 2023-11-20. Suicid och suicidförsök - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)
[21] Bergqvist et al. BMC Health Services Research. Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records (bmchealthservres.biomedcentral.com).
[22] Ökning av suicid bland unga vuxna 20–29 år – Fördjupad analys - Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)
[23] Regional suicidpreventiv strategi 2023-2028.pdf (skane.se)

begränsa tillgången till suicidala medel och metoder (exempelvis sätta upp hinder vid suicidtäta platser) är en form av universell prevention.

Under 2000-talet har omkring 200 personer om året tagit sitt liv i Skåne (Figur 5).



Figur 5. Antal säkra och osäkra suicid i Skåne 2000–2022

Källa: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP).

Handläggning av misstänkt dödsfall

Telefonsamtal som inkommer gällande misstänkt dödsfall ska alltid behandlas som ett ambulansärende i första hand, och ambulans larmas enligt gällande regionala direktiv. Polis ska alltid larmas ut vid misstanke om onaturligt dödsfall för ställningstagande till rättsmedicinsk undersökning/ obduktion. Vid säkra dödstecken avgörs på plats om dödsfallet ska handläggas av polis eller sjukvård. Om en person oväntat avlider i bostad eller annan plats som inte är offentlig ska dödsfallet konstateras av tillkallad läkare. Skäl för polisanmälan är till exempel misstanke om onaturligt dödsfall, så som suicid, samt alla former av brottsmisstanke. Observera att det är polisen som avgör huruvida rättsmedicinsk obduktion ska genomföras eller ej.

Regional riktlinje om polisanmälan av dödsfall (skane.se)

För handläggning av barn 0 – 18 år, se
Regional riktlinje för oklara dödsfall hos barn - handläggning.pdf (skane.se)

Ambulansteamet kan vid speciella omständigheter kvarstanna på platsen under en begränsad tid efter beslut av medicinskt ansvarig i ambulansteamet. Vid dödsfall där barn blir utan vårdnadshavare ska socialtjänsten kontaktas. Ambulansteamet kvarstannar på platsen tills närstående eller socialjour anlänt. Larmcentralen/ SOS Alarm informeras om detta.

Behandla akut sörjande barn och vuxna värdigt, respektfullt och med medkänsla. Använd den omkomnes namn i stället för att referera till ”den döde”.

Vid oklarheter kring hantering och ansvarsfördelning vid dödsfall, se mer i Handbok för dödsfall utanför vårdinrättning.

Dödsfallshantering - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Litteratur och länkar om självskadebeteende, suicidförsök och suicid:

- Suicidriskbedömning - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne (skane.se)
- Suicidprevention i Skåne - Vårdgivare Skåne (skane.se) som bland annat länkar till Region Skånes suicidpreventiva strategi 2023–2008.
- Folkhälsomyndigheten (2023). Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention (folkhalsomyndigheten.se)
- Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid. Statistik om suicid - Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)
- Folkhälsomyndigheten. Suicidprevention. Suicidprevention - Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)
- Suicidprevention – Steg för livet. Suicidprevention - Steg för livet (vgregion.se)

Psykiatri i Region Skåne

Den offentligt drivna psykiatrin i Skåne har verksamheter på ett flertal orter runt om i Skåne och förvaltningsledningen finns i Lund. Totalt sett drivs omkring 22 procent av den vuxenpsykiatriska öppenvården i Skåne i privat regi, där de större verksamheterna är upphandlade och finns i Malmö, Helsingborg och Lund. **Vuxenpsykiatriska akutmottagningar** finns i Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad. **Akutmottagning för beroendeproblematik** finns på Beroendecentrum (BCM) i Malmö med öppettider för ambulans och polis under vardagar/ helger kl. 8:00 - 23:30.

Vuxna patienter med akut psykiatrisk problematik som huvuddiagnos ska alltid transporteras till någon av dessa akutmottagningar 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. Vid behov av ett somatiskt omhändertagande görs detta vid närmsta akutsjukhus. Barn i behov av fortsatt inneliggande psykiatrisk och somatisk slutenvård ska dock vårdas vid barnkliniken i Malmö för att göra det möjligt för BUP:s slutenvård att ansvara för tvångsvården dygnet runt.

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

År 2023 var det totala antalet slutenvårdsplatser inom Psykiatrin i Skåne omkring 435. Av dessa var omkring 100 platser inom rättspsykiatrin, 20 inom barnpsykiatrin och 310 inom vuxenpsykiatrin. Under åren 2022 och 2023 besökte 6 % av befolkningen i Skåne specialistpsykiatrin; 9 % av barnen (28 000 individer) och 5 % av de vuxna (53 000 individer).

Överenskommelse primärvård – specialistpsykiatri

En skåneövergripande överenskommelse har tagits fram för att förtydliga rekommenderad vårdnivå (primärvård/specialistpsykiatri) vid olika former av psykisk ohälsa/sjukdom bland vuxna, se länk:

Skåneövergripande handläggningsöverenskommelse primärvård specialistpsykiatri gällande vuxna (skane.se)

Patientens väg in

När en patient har en etablerad psykiatrisk kontakt på vårdcentral eller psykiatrisk mottagning ska denna anlitas i första hand. Om en sådan kontakt inte finns eller inte är tillgänglig kan patienten dagtid ringa sin hälsovalsenhet/vårdcentral, alternativt ringa sjukvårdsrådgivningen som är öppen dygnet runt för stöd och rådgivning.

Primärvården utgör första linjens psykiatri för vuxna medan barn kan vända sig både till primärvården och till BUP:s telefonrådgivning *En väg in* som erbjuder hjälp i ett tidigt skede vid lindrigare psykisk ohälsa hos barn och unga 6–17 år. ***En väg in*** nås via telefon **020-51 20 20** vardagar 08.00-16.30 eller via egen vårdbegäran på 1177.se.

Vid akuta besvär kan alla patienter, oavsett tidigare psykiatrisk kontakt, ringa närmsta psykiatriska akutmottagning eller söka vård direkt på plats.

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

Triagering

Det finns olika system för att triagera patienter prehospitalt och på sjukhus. Det sekundära triagesystemet RETTS (RETTS-psykiatri, se Bilaga 1) används för bedömning av vårdnivå och gradering av angelägenhetsgrad, både prehospitalt och vid de vuxenpsykiatriska akutmottagningarna i Skåne.

Symtombedömning och handläggning via 1177

Alla personer som tar kontakt på grund av psykiska besvär ska tillfrågas om de har en pågående behandling för dessa. Om svaret är ja, och symtomen inte är akuta, hänvisas patienten till kontakt med ordinarie vårdgivare (primärvården/ öppenvårdspsykiatrin/ barn- och ungdomspsykiatrin). Vårdcentralen är normalt den första kontakten för bedömning och vård av psykiska sjukdomar för vuxna. För barn ligger ansvaret för en första bedömning inom barnpsykiatrin på BUP:s telefonrådgivning ***En väg in*** som nås på telefon **020-51 20 20** eller via egen vårdbegäran.

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, och om detta föreligger kopplas

samtalet till 112. Allvarliga suicidtankar med uppgifter om pågående eller akut hotande suicidförsök är också ärenden för 112.

Vid akut nytillkomna allvarliga psykiska besvär, exempelvis vid akut förvirring eller aggressivitet, ställs kompletterande frågor för att utesluta bakomliggande somatiska sjukdomstillstånd som infektioner, hjärtsvikt, intoxikation, abstinens, skalltrauma, TIA/stroke och substansbruk. Vid misstanke om bakomliggande somatisk orsak styrs hänvisningen av den samlade symtombilden, oftast till vårdnivå 112.

Handläggning via Region Skånes Larmcentral (RSLC)/SOS Alarm

Ärenden kan inkomma till Region Skånes larmcentral/SOS Alarm via Ambulansbeställningen eller 112.

Det bedömningsinstrument för triagering som används på RSLC och SOS Alarm är STEP.

Ärenden kan prioriteras på en skala mellan prio 1–7, där prio 1–3 renderar ett ambulansärende.

Tre olika huvudtyper av ärenden identifieras:

1. **Akut hot om suicid**
   Inkommer via 112-operatör. Dessa ärenden utmynnar i stort sett alltid i ambulans samt i vissa fall också samverkan med polis och räddningstjänst. Prio ska läggas i enlighet med STEP utifrån hotets art och blir nästan alltid **Prio 1a**, akut livshotande tillstånd.

2. **Ärenden via 112-operatör/RSLC, Prio 1b, 2a, 2b eller 3**
   Patienten kan ringa själv, men inte sällan ringer närstående. I dessa fall görs en bedömning utifrån STEP och sjuksköterskans kvalificerade kunskap och kompetens huruvida det föreligger ett:
   a) omedelbart akut vårdbehov→ ambulans alternativt ”psykiatriambulans” (PAP) ska utlarmas direkt, **prio 1b**
   b) akut vårdbehov → ambulans alternativt PAP ska skickas för en första bedömning, **prio 2a, 2b eller 3**.

   Mottagare av samtalet ska alltid ta ställning till om suicidrisk föreligger, göra en risk/farlighetsbedömning samt dokumentera denna information.

Under väntan tills ambulans kommit på plats omhändertas patienten i ett fiktivt väntrum som delas mellan RSLC och SOS Alarm, där sjuksköterskan regelbundet bedömer patientens tillstånd och ställningstagande till prio görs.

Ärenden kan efter sjuksköterskebedömning utmynna i att Läkarbil Skåne kontaktas för att göra en läkarbedömning av patientens tillstånd

Prio 4 utmynnar i att sjukresa bokas.

Prio 5, 6 eller 7 utmynnar i egen transport eller hänvisning till annan vårdnivå.

3. **Ärenden via Ambulansbeställningen**
   a) Samtal från Läkarbil Skåne där läkare på plats gjort en bedömning av patienten och i majoriteten av fallen utfärdat ett vårdintyg. Då önskas ambulanstransport av patienten till psykiatrisk eller somatisk akutmottagning. Läkaren kontaktar polis för handräckning vid behov.
   b) Samtal från **patientens kända psykiatrikontakt i öppenvården**. I dessa fall har patienten en tidigare kontakt inom specialistpsykiatrin som utifrån symtom hos patient och/eller information från patientens nätverk ser anledning att bedöma patienten. Beställare kontaktar polis för handräckning vid behov.

   I båda dessa fall (3a och 3b) är vårdintyg redan utfärdat vid behov efter hembesök på plats, alternativt en handräckningsbegäran utfärdad för vårdintygsbedömning på sjukhuset. (Men bedömningen i hemmet kan förstås också ha utmynnat i att patienten frivilligt accepterar inneliggande vård.)

   PAP larmas inte ut i ärenden där patienten redan är bedömd av läkare.

   c) Samtal från **särskilda boenden, hemtjänst, hemsjukvård, 1177 m.fl.** Ambulans alternativt PAP. Sjuksköterskebedömning vid behov.

RSLC har tillgång till RLS dygnet runt vid behov.

Ambulanssjukvård och patientomhändertagande

Utlarmning, undersökning, helhetsbedömning och beslut

Utlarmning av ambulans sker av ambulansdirigent efter kontakt med 112-operatör/SOS-sjuksköterska i kombination med den prioriteringsgrad som beslutsstödet råder till. 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.

Tidigt i utlarmningen kan det ibland saknas information. Ambulans-sjuksköterskans uppgift är att försöka skapa handlingsberedskap och öppenhet för den psykiatriska patienten redan på vägen till patienten. Att försöka få en helhetsbedömning av patienten i förväg är viktigt (och kan i oklara fall motivera viss fördröjning) då en bättre förståelse av situationen ofta underlättar handläggningen och transporten av patienten.

Den psykiatriska patienten kan i motsats till de flesta somatiska patienter vara tveksam till transporten och till att besöka en vårdinrättning. Den psykiatriska patienten kan uppträda på ett sätt innan och under resan, men på ett helt annat sätt 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.

Inte sällan möts ambulanspersonalen av oroliga anhöriga, vilket kan vara en hjälp men ibland försvårar bedömningen av patienten. Ambulansteamet bör ta det lugnt och orientera sig i bostaden/ omgivningen som en del i att förstå vad som föranlett samtalet till larmoperatören. Ibland är situationen så stökig att teamet måste få till en lugn plats för samtal med patienten utan att andra blandar sig i eller lyssnar. Därför kan det vid turbulenta situationer ibland vara lättare att föra ett bra samtal inne i ambulansen.

Ambulanssjuksköterskan ska, efter inledande samtal och somatisk under-sökning, besluta om patienten är bäst hjälpt av en psykiatrisk bedömning eller om andra insatser är mer lämpliga. Om patienten är positiv till akutkontakt, och detta är indicerat, bör man vara frikostig med att erbjuda ambulanstransport. Det finns annars risk för nya svårigheter att få med patienten om annat transportsätt ska inväntas.

Uppmärksamma följande inför/under transport

Ambulanssjuksköterskans helhetsbedömning av en patient med psykiatrisk problematik underlättas av följande frågeställningar:

- Hur ser det ut på platsen där patienten vistas?
- Hur är patientens sociala situation? Finns för patienten viktiga personer i närheten?
- Finns barn med i bilden?
  Observera att ambulanspersonal är skyldig enligt lag att göra en *orosanmälan* till socialnämnden vid misstanke om att barn far illa eller riskerar fara illa (se Faktaruta 2).
- Finns tecken till substanspåverkan/intoxikation?
- Pågående läkemedelsbehandling, eventuell läkemedelslista?
- Bedömning av suicidrisk inför/under transport (se Suicidriskbedömning).
- Bedömning av våldsrisk inför/under transport (se Bröset Violence Checklist BVC).
- Bedömning av vitalfunktioner om indicerat: SaO2, respirations-frekvens, BT, puls, temp, P-glukos, medvetandegrad och ibland EKG-bedömning/övervakning.

Beskriv symtombilden

Psykiatrisk diagnostik är inget primärt uppdrag för prehospital sjukvård. En noggrann beskrivning av symtombilden är tillräcklig.

Vid dokumentation kan ambulanssjuksköterskan med fördel använda de psykiatriska ESS som finns i RETTS när man är förtrogen med dessa (Bilaga 1).

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

- Ångest
- Depressiva symptom
- Självskada/suicidbenägenhet
- Substanspåverkan
- Utåtagerande beteende
- Konfusionsinslag
- Maniskt beteende
- Psykotiska inslag och vanföreställningar

Undvik farmakologisk behandling

Var restriktiv med läkemedelsanvändning i akuta sammanhang och medicinera endast om detta är absolut nödvändigt. Dels försvåras bedömningen när de psykiatriska symtomen kuperas, dels riskerar symtomen återkomma när patienten lämnat mottagningen/ambulansen.

Neuroleptika är vanligen kontraindicerat vid substanspåverkan och ges endast av prehospital akutpsykiatri (PAP) efter läkarordination. I undantagsfall kan bensodiazepiner ges efter läkarordination via RLS eller psykiatrijour via PAP.

Faktaruta 2: Orosanmälan för barn enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen

All personal inom hälso- och sjukvård är skyldig att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att barn far illa. Anmälningsplikten gäller för barn 0–18 år. Anmälan ska göras även om tidigare anmälan gjorts och utredning inletts. Utebliven anmälan kan innebära dom om underlåtenhet.

Eftersom ambulanspersonal kommer in i människors hem vid akuta lägen kan de upptäcka missförhållanden som andra inte kan se. Beslutet att göra en anmälan kan försvåras av tidspress, men samtidigt underlättas av att ambulanspersonal inte behöver ta hänsyn till en fortsatt vårdrelation.*

Antalet orosanmälningar från ambulansverksamheten började registreras 2016 och har ökat mycket över tid. Flera orsaker kan anges i anmälan och dessa handlar oftast om föräldrars sviktande omsorgsförmåga. En mindre andel rör barns eget missbruk eller annat destruktivt beteende. Ibland görs en samtidig polisanmälan.

Läs mer här:

- Vårdprogram - Barn som riskerar att fara illa - Vårdgivare Skåne (skane.se)
- Barn som riskerar att fara illa - Vårdgivare Skåne (skane.se)

*Krysell M, Bertram E. En intervjustudie. 2016. Magisteruppsats, Lunds universitet. Ambulanssjuksköterskans upplevelser av möten med familjer där barn misstänks fara illa (lup.lub.lu.se)

Prehospital Akut Psykiatri (PAP), ”Psykiatriambulans”

Ett alternativ till akutambulans är en så kallad ”psykiatriambulans” eller PAP-enhet (”PAP”).

År 2023 fanns tre PAP-enheter i drift i Region Skåne med varierande driftstider. Utifrån delat ägarskap ambulanssjukvård/ psykiatri bemannas PAP av en legitimerad sjuksköterska med somatisk specialistutbildning och en legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Den senare har inom ramen för PAP:s verksamhet tillgång till psykiatrins journalsystem, samt specifika befogenheter i form av vårdinsatser som den ordinarie ambulanssjukvården inom Region Skåne inte har tillgång till.

Exempel på specifika vårdinsatser för PAP är:

- Bevakning till psykiatrisk öppenvård
- Konsultation med psykiatrijour
- Remiss till det psykiatriska mobila teamet
- Läkemedelsordinationer av psykofarmaka på generell eller läkarordination
- Handräckning via psykiatrijour enligt specifika rutiner för PAP

Utöver detta har PAP dessutom möjlighet till handräckningsbegäran av patienter enligt sedvanliga rutiner för ambulanssjukvården via regionalt läkarstöd (RLS).

PAP kan emellertid ***inte***:

- Förnya recept
- Bokas/ tidsbeställas

Beläggningsgraden för PAP är omkring hälften av tiden. Majoriteten av PAP:s ärenden (70 procent) resulterar i vårdinsats på plats (VIPP) inkluderande triage till annan vårdgivare och egenvårdsråd.

PAP är en av möjliga resurser att larma ut som första bil då ett ärende med möjlig psykiatrisk problematik identifieras. Detta är den vanligaste vägen som PAP involveras.

Annan akutambulans kan överföra uppdrag till PAP efter undersökning och bedömning av patient, men detta sker då via RSLC/SOS Alarm och är under förutsättning att PAP kan tilldelas uppdraget omgående. Medicinskt Ansvarig (MA) i den ambulans som befinner sig hos patienten ansvarar för vården fram till dess att patienten överförs till sjuksköterskan i PAP, som därmed övertar det medicinska ansvaret. I normalfallet innebär detta att akutambulansen stannar kvar på plats till dess att PAP anländer. Vårdgivaransvaret kan *inte* återföras till Region Skånes larmcentral.

Ambulans på plats kan *inte* själv patientstyra till PAP, det måste gå via SOS/ RSLC.

MA i vanlig akutambulans som undersökt och bedömt en psykiatrisk patient har följande valmöjligheter:

- VIPP
- Transportera patienten till sjukhus (Psykakut eller somatisk akutmottagning)
- Vid behov av psykiatrisk expertis överföra uppdrag till PAP via RSLC/SOS Alarm, under förutsättning att resursen finns omedelbart tillgänglig

(Se Direktiv 8 i Ambulansapp Skåne).

Akuta hembesök av läkare och undersökning för vårdintyg

I Läkarbil Skånes uppdrag ingår att göra vårdintygsbedömningar på primärvårdsnivå jourtid. På helgfria vardagar mellan 8–17 ska patientens listade vårdcentral kontaktas på VIP-nummer för bedömning och utfärdande av vårdintyg. Läkarna i verksamheten kan nås på eget telefonnummer (**0771–310002)**. Remittenter är kommunal hemsjukvård, psykiatriambulans eller ambulans.

I Läkarbil Skånes uppdrag prioriteras vårdintygsbedömningar. Om beställaren utifrån tillgänglig information och bedömning inte anser att patienten kan vänta upp till 2 timmar på undersökning, blir rådet av säkerhetsskäl att tillkalla ambulans för omedelbar bedömning. En mer exakt tidsangivelse för hembesöket kan fås i dialog med Läkarbil Skåne eller vårdcentralen, och utifrån detta kan ärendehanteringen behöva omvärderas.

Brukarstyrd inläggning (BI)

Projektet Brukarstyrd inläggning i Skåne (BIS) startade år 2015. Denna metod har länge använts i Nederländerna och går ut på att patienter med exempelvis självskadeproblematik, som har återkommande långa inläggningar bakom sig, får möjlighet att själva skriva in sig kortare perioder.[24] [25] Patienter i Region Skåne som erhåller BI har rätt till tre

[24] Herlofson J, Ekselius L, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M. Psykiatri. 2 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur AB, 2016.
[25] Brukarstyrd/självvald inläggning. Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se)

brukarstyrda inläggningar per månad med maximalt tre dagars inneliggande vård per tillfälle på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Dessa vårdtillfällen sker på patientens eget initiativ och efter kontakt med respektive BI-avdelning. Strategin för BI lägger stor vikt vid patientens eget ansvar för vården. Bland annat administrerar patienten själv sin medicinering och försäkrar personalen om att avstå från självskadehandlingar under vårdtiden.

BI utgör en krisintervention men är att ses som ett tillägg till ”vanlig” inläggning och bedömning, alltså inte en ersättning.

Observera att en BI-patient vid akut försämring ska tas om hand som vilken psykiatrisk patient som helst och att behovet av ambulanstransport ska bedömas på sedvanligt sätt.

Patientens handlingsplan

Många patienter som varit aktuella en längre tid inom psykiatrin har en egen plan för hur försämrat mående ska hanteras. Efterfråga om patienten har en sådan plan. Det finns olika varianter:

Säkerhetsplan: Patientens egen plan vid försämring.

Krisplan - Mer övergripande plan med flera ansvarstagare vid försämring. Finns ofta i den psykiatriska öppenvårdens vårdplan.

Behandlingshem

I Skåne finns behandlingshem med olika inriktningar och driftsform (privat, statligt, kommunalt, regionalt). Vården som bedrivs på behandlingshemmen är ibland på frivillig basis enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL), men oftare ofrivillig inom lagrum som LPT, LRV, LVM och LVU. Det innebär att det i vissa fall är sjukvården som ”äger lagrummet” patienten vårdas under (HSL, LPT, LRV) och i andra fall socialtjänsten (LVM, LVU).

Vilket behandlingshem patienten bor på och vilket lagrum patienten vårdas under spelar ingen roll för det akuta omhändertagandet, men är något som kan vara bra att känna till för den fortsätta vården.

Ett exempel är Finjagården utanför Hässleholm. Detta behandlingshem har ett riksupptag vilket innebär att patienter kan vara skrivna utanför Skåne. Enligt HSL har alla som vistas i regionen samma rätt till vård, men

patientens fasta vårdkontakter kan alltså finnas i en annan del av landet och vid LVU-vård är det socialnämnden i hemkommunen som ansvarar för beslut om vård. Ofta har patienterna/klienterna en lång och komplex sjuklighet bakom sig, och den planerade vården på Finjagården eller motsvarande behandlingshem pågår ofta under flera månader, ibland år.

Hem för vård och boende (HVB)

Hem för vård eller boende är ett yrkesmässigt drivet hem som tar emot unga individer för vård eller behandling i förening med ett boende.[26] HVB kan innebära flera former av verksamhet. De kan variera i driftsform, målgrupp, arbetsmetoder och rättsliga ramar. Placering på ett HVB kan grunda sig i frivillighet eller tvång. Grunden i arbetet vid HVB är behandling och daglig omsorg i en hemliknande miljö. Betoningen på de olika delarna skiftar mellan verksamheterna. HVB-hemmen kan ha olika inriktningar, ofta utifrån målgrupp.

Efter att socialtjänsten har gjort en utredning är det möjligt att besluta om placering i HVB. Det kan göras med stöd av socialtjänstlagen (SoL), lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) eller lag om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM).[27]

Vid vård med stöd av LVU och LVM är det förvaltningsrätten som prövar frågan om vård. Vid LVM inleds alltid vården på ett LVM-hem. Socialtjänsten har ansvaret för att individen får det stöd och den hjälp som behövs under tiden i vård.

Särskilda direktiv

Direktiv 107: Samordnad suicidprevention

Omkring 1550 människor tar sitt liv i Sverige varje år. Därutöver sker omkring 300 osäkra suicid, det vill säga att suicid kan misstänkas men inte styrkas, exempelvis vid trafikolyckor.[28] År 2021 tog cirka 130 människor sina liv inom transportsystemet (järnväg och tunnelbana).

---

[26] Nationellt programområde psykisk hälsa. Hem för vård eller boende (HVB). Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se)
[27] Nationellt programområde psykisk hälsa. Socialtjänst. Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se)
[28] Statistik om suicid — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)

I Trafikledningsområde Syd (Skåne, Blekinge samt delar av Halland och Småland) noteras varje månad omkring 60 fall av obehöriga på spårområde, varav en fjärdedel tas om hand av blåljusmyndighet. Tågtrafiken i Trafikledningsområde Syd stoppas ungefär 35 gångar i månaden, därutöver tillkommer cirka 15 fall per månad då tågen måste framföras med nedsatt hastighet. Arbete i spårmiljö innebär särskilda risker och kräver ett högt säkerhetsmedvetande. Vid samverkan med andra aktörer är det viktigt att etablera samband via RAKEL eller via fysiskt möte på ledningsplats tidigt i insatsen. Ambulanssjukvård, polis, räddningstjänst, SOS Alarm och Trafikverket samverkar kring akuta åtgärder vid hotande suicid i Skåne. Den regionala samverkan i Skåne har arbetats fram multidisciplinärt.

Ambulans kan vara aktuell att larmas ut när personer befinner sig:

- På spårområde eller i dess närhet
- På hög höjd (bro, byggnad etc)
- Vid ställverk/transformator eller liknande

Om en lokförare rapporterar att en person uppehåller sig på (eller nära) ett spårområde stoppas trafiken. Alla tre blåljusaktörer kan begära trafikstopp 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 sedan föra patienten i säkerhet. Därefter får sjukvårdskontakt ordnas på lämpligt sätt.

Läs mer på VO Ambulans Direktiv 107: ”Samverkan vid hot om suicid” och tillhörande checklista ”Arbete på spårområde” som du finner under prehospital vård på:

- Ambulans Skåne | D107 Samverkan vid hot om suicid (infosynk.se)
- Arbetet på spårområde.pdf - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Samordnad suicidprevention är en mycket viktig del av vår samverkan. Observera att det emellertid endast är en mindre del av suicidhoten som sker på spår, hög höjd eller ställverk. De flesta suicidhot sker i eller nära hemmet, och i dessa fall är insats med ambulans eller PAP oftast fullt tillräckligt.

Direktiv 127: Dörrforcering och djur i bostad

Om patienten skulle uppfattas kritiskt sjuk (somatiskt eller psykiatriskt) och man behöver ta sig in i bostaden akut, fattar Medicinskt Ansvarig (MA) beslut om inbrytning för åtkomst till patient (ofta med hjälp av

räddningstjänst och vid behov även med polis) med stöd av **nödvärnsrätten,** läs mer om detta i:

Juridik för prehospital personal (skane.se)

Vid osäkerhet kontaktar MA Regionalt läkarstöd (RLS) för bedömning av underlaget till inbrytning med nödvärnsrätt. Detta ska dokumenteras av båda parter. Den som åberopar nödrätten är dock personligt ansvarig för de handlingar som därav följer, detta kan inte läggas över på en organisation. Dokumentationen är essentiell. Beslut om att lämna adress *utan* inbrytning ska också dokumenteras av MA och RLS, samt meddelas till ambulansdirigenten.

Vid hjälp av **låssmed** – exempelvis om patienten inte kan ta sig till dörren men läget inte är urakut - klargörs för patient/anhörig att kostnaden faller på vederbörande. Om detta inte är möjligt, be låssmed kontakta SOS Alarm för hjälp med faktureringsuppgifter.

Vid behov av **skyddstäckning** (exempelvis om ambulanspersonal krossat en ruta eller räddningstjänst brutit upp en dörr) tar ambulanspersonalen kontakt med Avarn (telefonnummer kan ses när man är inloggad i appen Ambulans Skåne).

Husdjur till patient som insjuknat i sin bostad omhändertas i första hand av grannar eller anhöriga. Om detta inte är en framkomlig väg kontaktas Länsstyrelsens djurskydd vardagar 8–17 (telefonnummer kan ses när man är inloggad i appen Ambulans Skåne). Övriga tider kontaktas TIB (Tjänsteman i beredskap). Kontakta polisen om det finns behov av att omhänderta husdjur till en patient som insjuknat på allmän plats.

Man kan tycka att omhändertagande av husdjur ligger utanför vårt uppdrag, men för patientens mående kan det vara avgörande att få veta att en kär familjemedlem (i vissa fall patientens enda!) är väl omhändertagen.

Bemötande

Att tänka på generellt

Vid alla patientmöten, oavsett om patienten har en psykiatrisk problematik eller inte, är det viktigt att vara medveten om att den allra största delen av vår kommunikation är icke-verbal.

- Förklara vem du är och vilken funktion du har. Uppsök om möjligt en plats som är trygg och säker.
- Var klar och tydlig samtidigt som du är respektfull och empatisk.
- Visa att du har tid att lyssna, till exempel genom att sätta dig ner.
- Samtala med patienten på ett professionellt sätt; empatiskt men med bevarande av yrkesrollen.
- Få i gång en muntlig kommunikation - men var samtidigt inte rädd för tystnaden och pauserna i samtalet.
- Minimera stimuli för patienten.
- Var lugn, trygg, bekräftande och stödjande.
- Agera inte på provokationer. Ha ett lågaffektivt bemötande.
- Värdera om en somatisk undersökning verkligen behövs. Kanske tar en sådan fokus från det som verkligen är viktigt?

Barn och unga i kris

- Vem ger barnet grundtrygghet? Föräldrar, syskon, släkt, vänner, annan?
- Hur ser miljön ut? Är det en trygg miljö för den unge?
- Säkra situationen och lugna miljön för den unge i kris. Vem är en trygg anknytningsperson? Vilka strategier har barnet själv?
- Anmäl till socialtjänsten vid oro för att barnet riskerar fara illa (se Faktaruta 2 och Juridik för prehospital personal (skane.se)).
- Barn som bevittnat våld i hemmet kan ha blivit utsatta för barnfridsbrott (se Juridik för prehospital personal (skane.se)). Detta ska dels anmälas till polisen, dels till socialtjänsten via orosanmälan.

Intellektuell funktionsnedsättning (IF)

- Glöm inte att vuxna med IF har en behovsnivå motsvarande barns 0–12 år (”små barn i vuxna kroppar”).
- Personer med intellektuell funktionsnedsättning är stresskänsliga och behöver känna stöd och trygghet. Vem kan bidra med detta för den aktuelle patienten? Personal/kontaktperson, anhörig, god man?
- Hur kommunicerar man bäst med personen? Tal, tecken, bilder, annat sätt?
- Uppträd lugnt, vänligt och säkert. Prata inte i onödan. Ge tydliga instruktioner med enkelt språk, ett steg i taget (inte flera led i samma mening).
- Minska intrycken runt omkring.

Självskadeproblematik

Ambulanspersonal uttrycker ofta känslor av att vara oförberedda och osäkra på hur de ska bemöta patienter med självskadebeteende, och omvänt upplever dessa patienter ofta brister i omhändertagandet av ambulans-personal. Hur kan detta komma sig?

En anledning kan vara att enbart skadan avhandlas och inte orsaken bakom, vilket i sin tur kan bero på osäkerhet hos ambulanspersonalen. Vidare kan patientens starka känslor av sorg och existentiell smärta väcka känslor av otillräcklighet och frustration hos ambulanspersonalen, särskilt vid upprepat självskadebeteende. Det är viktigt att förstå att patienten inte är ”manipulativ” utan befinner sig i en akut kris med nedsatt förmåga att hantera affekter. Kom ihåg att patienten är rädd, förtvivlad och gör så gott den kan.

Att lösa patientens sorg är inte ambulanspersonalens uppgift. Uppgiften är att ge dessa patienter samma goda prehospitala vård och respektfulla bemötande som alla andra patienter. En negativ och dömande attityd ökar risken för att självskadebeteendet ökar, samt minskar sannolikheten att patienten söker vård i framtiden. Vårdpersonal som i sitt arbete möter personer med självskadebeteende behöver specifik kunskap om självskade-beteende och stöd i sitt arbete för att kunna upprätthålla ett empatiskt och icke-dömande förhållningssätt.

Personer som ofta skadar sig själva för att hantera starka och smärtsamma känslor kan i ett akut läge behöva hjälp att minska sin känslomässiga intensitet.

Några strategier för ambulanspersonalen att hjälpa patienten:

- Tydlig kommunikation - tala tydligt, vänligt och lugnande och använd ett enkelt språk.
- Förklara vilken vård/omsorg som ges och försäkra dig om att patienten samtycker. Patienten bör tillfrågas om egna önskemål om bemötande och omvårdnad.
- Minska intrycken runt omkring. Uppsök en plats som patienten upplever som trygg.
- Hjälp patienten att minska sin känslomässiga intensitet, exempelvis genom lugnare andning. Andas med patienten och be patienten att följa dig.
- Efterfråga patientens egna strategier för att hantera känslor och/eller tillgång till en krisplan och var följsam till dessa.

- Fråga om det finns någon trygg person eller något föremål i närheten som kan hjälpa patienten att reglera ner sina känslor.

Viktigt att ta upp:

- Fråga om personen får behandling för självskadebeteende. Om svaret är nej, informera om att sådana behandlingar finns och förmedla hopp!
- Vid överlämning för fortsatt vård, påtala för vårdgivaren att personen bör få information om aktuella behandlingar för självskadebeteende samt lotsas till primärvård eller specialistvård.

Patienter med upprepat självskadebeteende kan väcka starka känslor av frustration och maktlöshet. Tänk på att om vi som personal upplever starka känslor, hur mycket starkare är det då inte för patienten? Kom ihåg att ett respektfullt bemötande där du agerar ställföreträdande hopp kan göra mycket större skillnad än du själv upplever i stunden.

Säkerhet

Bröset Violence Checklist (BVC) och risk för våld

Oavsett utlarmningsorsak bör riskerna för hot och våld bedömas och dokumenteras i mötet med patienten. Våld är vanligare vid allvarlig psykisk sjukdom men främst beroende på andra faktorer som är vanligare bland dessa personer, exempelvis missbruk.[29] Inom akut- och slutenvårds-

Faktaruta 3: Riskfaktorer för våld enligt BVC

- Desorganiserat/förvirrat beteende.
- Irritabel/retligt beteende.
- Bullrigt beteende, till exempel oriktade skrik, rop och svordomar.
- Verbalt hotfull, till exempel riktade förolämpningar och okvädesord.
- Fysiskt hotfullt beteende, till exempel aggressiv kroppshållning, tar tag i annan persons kläder, hytter med knytnäve.
- Attackerar föremål, till exempel våld mot inredningen.

[29] Elbogen & Johnson. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. Arch Gen Psychiatry, 66(2), 152-61. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537.

psykiatrin används Bröset Violence Checklist (BVC)[30] för att bedöma risken för fysiskt våld mot sig själv eller mot personal.

Graderingen är 0–6 poäng, där man ska vidta åtgärder om utfallet är ≥ 2 poäng. Riskfaktorerna finns med i ambulansjournalen för PAP (Bilaga 1), men dokumenteras här utan poängsättning eftersom åtgärderna kopplade till poängsättning inte kan vidtas prehospitalt.

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.
- Var övriga patienter/personer befinner sig i bostaden.
- Var mina arbetskamrater befinner sig.
- Ha en gemensam plan som kan aktiveras vid upptrappning av oro/hot.
- Var dessutom medveten om dina egna reaktioner och vad du signalerar med ditt kroppsspråk.

Minska riskerna

Ett gott och professionellt lågaffektivt bemötande är grunden för de-eskalering och riskminimering. Tänk på att en arg person oftast är rädd. Genom att bemöta aggressioner, hot och våld på ett genomtänkt sätt kan riskerna för skador minska och möjligheterna att skydda sig öka. Följande råd kan vara användbara:

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

[30] Bröset Violence Checklist (BVC) BVC svensk mall.pdf (risk-assessment.no)

- Om du inte har personligt larm, orientera dig om var larmknappar/ larmsystem finns.
- Om öppen plats: placera er så ni har reträttväg, men även så att patienten skyddas från möjligheten att skada sig själv eller andra (ta hänsyn till detta vid parkering).
- Om privat hem: Som föregående men observera också 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.
- Håll ögonkontakt med den hotande personen, men var lyhörd då vissa patienter känner sig *mer* hotade vid ögonkontakt.
- 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 bättre balans.
- Försök avleda den hotande personens aggressivitet. Argumentera inte (trissar bara upp stämningen).
- Tala med dämpad men bestämd röst och gör inte plötsliga eller ryckiga rörelser. Tänk ”affektsmitta” (dvs. känslor ”smittar” och lugn kan sprida lugn).
- Tänk på att ett vänligt och varmt bemötande kan verka avväpnande och lugna ner situationen. Att förklara tydligt vad som kommer att hända är tryggande för patienten.
- 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.

Transport av psykiatriska patienter

Observera att personer med psykiatrisk diagnos har en påtaglig överdödlighet i somatisk sjukdom. Detta beror bland annat på avsaknad av adekvat medicinskt omhändertagande när dessa personer väl söker vård.

Primärtransporter

Region Skånes Larmcentral/SOS Alarm beslutar om den första prioriteringen och transportsätt vid beställning. När ambulansteamet väl är på plats hos patienten har det mandat att omvärdera transportsätt enligt nedan:

1. **Psykiskt opåverkad patient** kan åka med egen bil, anhöriga eller taxi (endast i nödfall med sjukresa).
2. **Ambivalent eller psykiskt påverkad patient** (exempelvis mycket orolig, påverkad, abstinent eller suicidal patient) ska i första hand transporteras med ambulans. Sjukresa är inte ett alternativ. Medicinskt ansvarig i ambulansteamet beslutar efter bedömning av patientens tillstånd om ytterligare resurser behövs. Detta kan vara läkarbedömning på plats, kontakt med Sociala jouren eller hjälp med biträde av polis.
3. Patient där bedömningen utmynnat i ett behov av transport för **vårdintygsbedömning**, eller där vårdintyg är skrivet och patienten ska tas till sjukhuset, transporteras *alltid* i första hand med ambulans i Region Skåne.
4. Vid **hotbild** kan polis medfölja i ambulans, men helst - om möjligt – följa efter ambulansen för att minimera obehag/myndighetsutövande gentemot patienten. Endast i undantagsfall ska patienten åka i polisbil. Individuell bedömning sker av medicinskt ansvarig (MA).
5. Om **vårdbehovet är oklart** ska sjukvårdspersonal närvara vid transporten.

Observera: Om ambulansen är på plats, akutkontakt behövs och patienten är positiv till hjälp, bör ambulanstransport alltid erbjudas. Det ”tidsfönster” där patienten ber om hjälp bör användas då den psykiatriska patienten ofta är ambivalent till erbjuden hjälp.

Sekundärtransporter

Vid sekundära transporter har andra enheter inom sjukvården gjort en primär bedömning eller behandling. Ambulanstransporten görs då som ett serviceuppdrag till beställaren, och diagnos/behandling bör inte överprövas.

1. **Psykiskt opåverkad patient** kan transporteras med anhöriga eller taxi (endast i nödfall med sjukresa).
2. **Psykiskt påverkad patient** (exempelvis mycket orolig, påverkad, abstinent eller suicidal patient) ska transporteras med ambulans.

3. **Patient som vårdas med stöd av LPT** (dvs vårdintyg har skrivits och därefter prövats av specialistläkare i psykiatri som beslutat om vårdform LPT), ska i Region Skåne transporteras med ambulans om inte ansvarig läkare beslutar annat. Dessa transporter sker planerat och dagtid. Vid behov av biträde är det NTE (Nationella Transport Enheten, Kriminalvården) som ska bistå ambulans eller genomföra själva transporten. Polis kan tillkallas om farlig situation uppstår, hjälp ges då med stöd av Polislagen 10§.

Om hälsotillståndet för en patient som vårdas inneliggande enligt LPT och som planerats flytta från sjukhuset försämras innan planerad flytt, bör avsändande ansvarig starkt ifrågasätta om den planerade flytten verkligen ska genomföras. Detta i analogi med hur man resonerar kring somatiskt svårt sjuka patienter som försämras innan flytt.

Beslutsstöd för ambulanspersonal vid hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter

Ambulanspersonal rör sig ofta inom olika lagrum. Juridiska aspekter är svåra att beskriva på ett lättillgängligt sätt, då bedömningen är kontextberoende och situationer kan se väldigt olika ut.

För mer information om olika lagrum hänvisas läsaren till Juridik för prehospital personal:

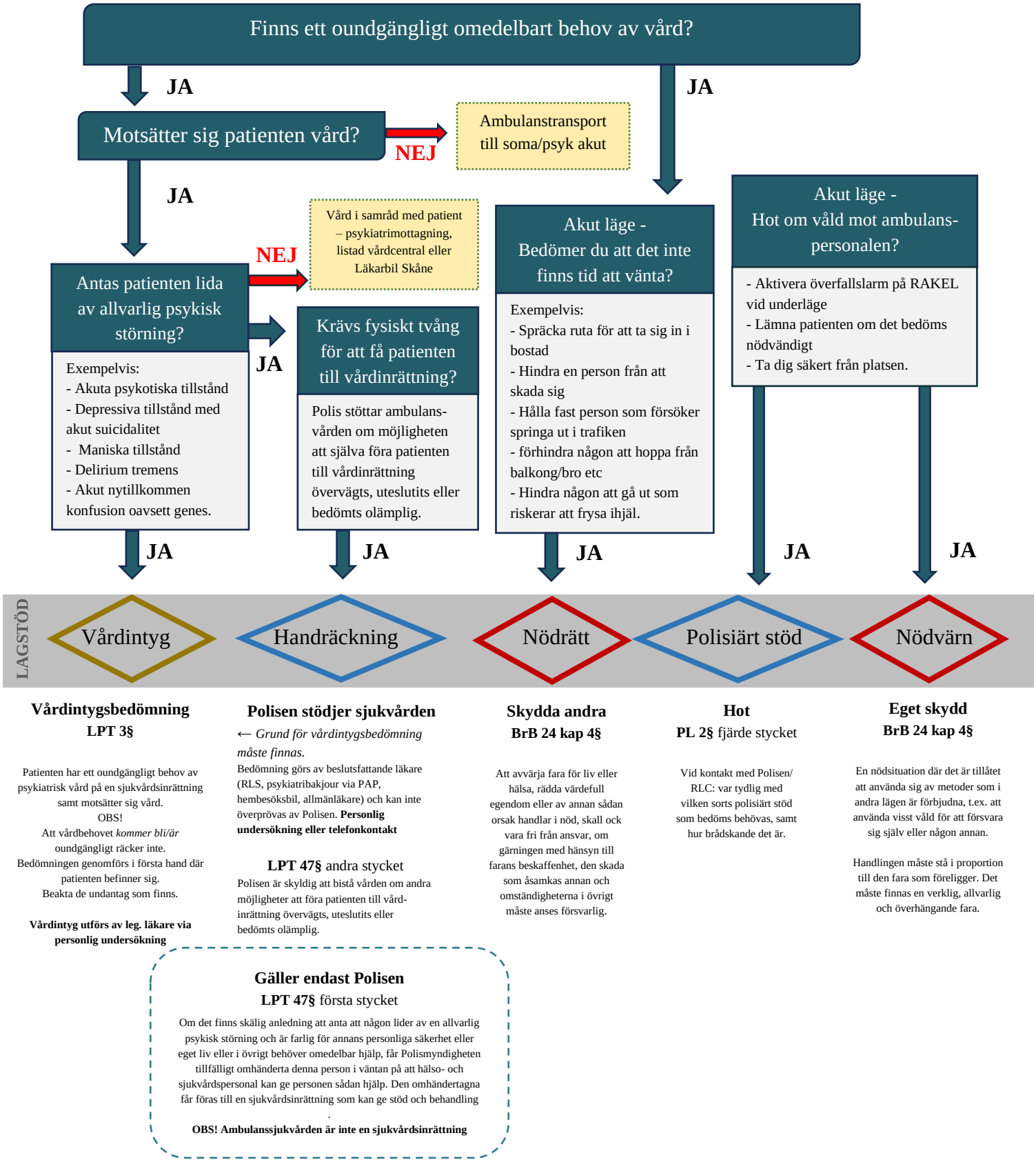
Juridik för prehospital personal (skane.se)

I detta vårdprogram illustreras juridik relaterat till prehospital hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter (transporter och handhavande utanför sjukhus) överskådligt i nedanstående flödesschema (Figur 6).

Verkligheten är sällan så enkel som bilden visar, men flödesschemat kan tjäna som en utgångspunkt/mall och kommenteras kort.

Beslutsstödet/flödesschemat finns även i liggande format sist i dokumentet (Bilaga 2). Denna version kan laddas ned separat för utskrift:

Beslutsstöd – Flödesschema.pdf – Vårdgivare Skåne (skane.se)



Figur 6. Beslutsstöd för ambulanspersonal vid hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter.
Källa: Ambulanssjukvården Region Västerbotten. Anpassad efter Region Skånes förhållanden.

Kommentarer till flödesschemat

Finns ett oundgängligt omedelbart behov av vård?

Hos psykiatriska patienter kan exempel på ”oundgängligt omedelbart behov av vård” bero på en mycket allvarlig intoxikation eller suicidnära handling.

Motsätter sig patienten vård?

Om NEJ → Ta med patienten till psykiatrisk eller somatisk akutmottagning.

Om JA → Om patienten motsätter sig vård behöver man ta ställning till huruvida en allvarlig psykisk störning föreligger. I strikt mening så utgörs detta "vägval" även av de situationer då det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke.

Antas patienten lida av en allvarlig psykisk störning?

En ”allvarlig psykisk störning” är inte en specifik symtombild utan ett juridiskt begrepp. Exempel på detta kan vara:

- Akuta psykotiska tillstånd
- Depressiva tillstånd med akut suicidalitet
- Maniska tillstånd
- Delirium tremens
- Akut nytillkommen konfusion oavsett genes

Att det föreligger en allvarlig psykisk störning är en förutsättning för vårdintyg. Prehospitalt räcker bedömningen att det är *sannolikt* att en allvarlig psykisk störning föreligger. (Vid den inledande patientkontakten är kravet på att påvisa en allvarlig psykisk störning lägre än när vårdintyg ska skrivas, vilket i sin tur är lägre än för intagningsbeslut.)

Om NEJ → Om någon allvarlig psykisk störning *inte* bedöms föreligga, faller vården under HSL och patienten kan därmed inte tvingas till vård även om vårdbehovet är oundgängligt. Försök att i samråd med patienten se om eller någon annan lösning kan accepteras (till exempel psykiatrimottagning, listad vårdcentral eller Läkarbil Skåne).

Om JA → Om allvarlig psykisk störning bedöms sannolik är utgångspunkten att vårdintygsbedömning ska ske i hemmet enligt skärpta föreskrifter från 2023. Vårdintygsbedömning i hemmet görs via Läkarbil Skåne på jourtid, listad vårdcentral på dagtid.

Det finns dock undantag där vårdintygsbedömning ska ske på sjukhus. Exempel är om patienten har ett somatiskt vårdbehov som inte kan tillgodoses i hemmet (intoxikation eller allvarlig självskada), om patienten inte befinner sig på någon hemadress utan på en allmän plats, eller att miljön i hemmet är hotfull gentemot vårdpersonalen eller på annat sätt olämplig.

I de fall vårdintygsbedömning ska ske på sjukhus görs således ingen personlig läkarbedömning i hemmet. I dessa fall kan ambulansen kontakta RLS eller PAP med psykiatrijour för diskussion om handräckning. (En handräckning förutsätter misstanke på allvarlig psykisk störning och kan effektueras via muntlig rapport utan personlig läkarkontakt när vårdintygsbedömning inte kan göras i hemmet.)

Krävs fysiskt tvång för att få patienten till en vårdinrättning?
Om NEJ → Erfarenhetsmässigt vet vi att en stor del av de patienter som behöver följa med för vidare vårdåtgärder följer med oss frivilligt, om än motvilligt.

Om JA → Vill patienten inte följa med, kan inte prehospital personal fysiskt tvinga patienten att följa med. Detta gäller oavsett om vårdintyg är skrivet eller inte. (Ett vårdintyg betyder inte att patienten vårdas under tvång utan enbart att det första steget mot eventuell tvångsvård är taget.)

Polisen är skyldig att på begäran av annan myndighet bistå med ***handräckning***. (Biträde av polis och handräckning är synonyma begrepp.) Bakgrunden till detta är polisens befogenhet att använda tvångsmedel i vissa situationer.

Den myndighet som begär biträde av polis, måste *ha en rättslig grund* för detta. De vanligast förekommande rättsliga grunderna inom sjukvården för att begära biträde är dels att genomföra en undersökning för vårdintyg, dels att föra en patient till sjukvårdsinrättning efter att vårdintyg utfärdats.

”Polismyndigheten…skall lämna hjälp på begäran av”

1) *En läkare.. för att han eller hon skall kunna genomföra en undersökning för vårdintyg*
2) *En läkare.. för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats.*

Polisen agerar på *uppdrag* av sjukvården och gör alltså ingen egen bedömning av huruvida patienten ska med till sjukhuset eller inte.

Begränsningar för begäran av biträde av polis (§ 47 LPT, tredje stycket)

En begäran om polishandräckning får endast göras om minst ett av följande kriterier är uppfyllda:

1. Polismans *särskilda befogenheter* befaras vara nödvändiga, det vill säga personen förväntas inte medverka frivilligt, och/eller uppvisar /har uppvisat hotfullt och/eller våldsamt beteende i samband med tidigare ingripanden.
2. *Synnerliga* skäl föreligger, exempelvis överhängande risk för att personen skadar sig själv och det kan därför inte avvaktas med att verkställigheten löses på annat sätt.

Generellt gäller proportionalitetsprincipen. Handräckning är en frihetsberövande åtgärd som måste stå i rimlig proportion till syftet. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga för att uppnå samma resultat ska dessa användas i stället.

När beslut om intagning för vård enligt LPT har fattats, är det Kriminalvården som ska bistå vid förflyttning av patient.

Polisens egen bedömning (§ 47 LPT, första stycket)

”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.”

- Paragrafen innebär att *polisen själv* kan göra bedömningen att sjukvården behöver bedöma patientens vårdbehov, detta utan att polishandräckning utfärdats.
- Tolkningen av vem som behöver omedelbar hjälp ligger hos polisen.
- Den enskilde polismannen kan dock inte fatta detta beslut själv utan måste samråda med yttre eller inre befäl.
- *”Sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling*” innebär att transport kan göras till en somatisk eller psykiatrisk klinik beroende på vårdbehovet (detta således utan föregående begäran om polishandräckning av RLS, psykiatrin eller annan). Observera att ambulanssjukvård i detta sammanhang *inte* räknas som ”en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling”.

Akut läge - bedömer du att det inte finns tid att vänta?
Om JA → Nödrätt är en grund för ansvarsfrihet när man agerar för att rädda någon eller något och därmed utför handlingar som i vanliga fall hade varit straffbara. Använder man sig av sin nödrätt är detta val personligt och kan inte läggas över på en organisation.

Exempel på nödåtgärder kan vara att:

- Spräcka en ruta för att ta sig in i en bostad
- Hindra en person från att skada sig
- Hålla fast en person som försöker springa ut i trafiken
- Förhindra någon att hoppa från balkong/bro etc
- Hindra någon att gå ut som riskerar att frysa ihjäl

Akut läge - föreligger hot om våld mot ambulanspersonal?
Ambulanspersonalen behöver göra en samlad bedömning av eventuell hotbild mot patient, anhöriga eller vårdpersonal.

Med utgångspunkt i den samlade bedömningen kan det vara aktuellt att kalla på polis i tilldelad RAPS-grupp, eller att ha med sig polis från början.

Polisiärt stöd kan ges med stöd av Polislagen (PL). Nödvärn kan åberopas vid behov av eget skydd eller kollegas. Man kan behöva lämna patienten på plats och tillkalla hjälp.

Avvikelser

Negativa händelser eller tillbud ska registreras i hälso- och sjukvårdens och/eller polisens avvikelsesystem. Händelsen ska utredas av företrädare för inblandade verksamheter och orsakerna så långt det går utforskas och åtgärdas. Erfarenheterna sammanställs och används i det förebyggande arbetet med riskanalyser, men också som grund för utbildningsinsatser samt förbättringsarbeten.

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

Utbildning

- Medarbetare inom RSCL, ambulanssjukvården och psykiatrin ska ha genomgått den obligatoriska utbildningen *Suicidprevention i Svensk Sjukvård* (**SPiSS**).

- Region Skåne strävar efter att medarbetare inom ambulanssjukvården ska ha genomgått *Akut Prehospital Psykiatri* (**APP**), en en utbildning som består av en lärarledd dag föregången av en halvdags internetbaserad utbildning. APP genomförs två gånger årligen inom VO Ambulans sedan år 2022.

- Sedan hösten 2022 pågår införandet av den blåljusgemensamma utbildningen *Akut omhändertagande av suicidnära person* (**AOSP**). På så vis kommer det akuta omhändertagandet att överensstämma över organisationsgränserna.

Kvalitetsuppföljning av patientsäkerhetsfrågor

Avvikelser kopplade till psykiatrisk problematik och ambulanssjukvård följs upp och hanteras i patientsäkerhetsmöten lokalt, samt vid behov även i två regionala forum som beskrivs nedan:

- ***Regionalt forum för avvikelsehantering*** startade hösten 2022 med representanter från ambulans, polis och psykiatrin. Gruppen träffas fyra gånger årligen och eftersträvar samsyn med fokus på samarbete över blåljusgränserna.

- ***Regional arbetsgrupp för Prehospital Psykiatri*** möts tre gånger årligen för dialog och förbättringsarbete. Följande verksamheter är representerade: VO Ambulans; PAP; specialistpsykiatrin i Lund Kristianstad, Malmö och Helsingborg; BUP; Polismyndigheten; RSLC, RLS samt Läkarbil Skåne.

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Helena Masson Wihlborg	Ambulansöverläkare, VO ambulans D1 och D3, Överläkare akutsjukvård Ystad lasarett	Helena.Wihlborg@skane.se
Fastställt av	Martin Engström	Hälso- och sjukvårdsdirektör	halso_och_sjukvardsdirektor@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Maria Fridh	Medicinsk rådgivare	Maria.Fridh@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2021-01-01 version 7		Poul Kongstad, Gunnar Moustgaard
Revidering	2024-08-16 Version 8	2027-08-16	Helena Masson Wihlborg, Tove Hovold, Maria Fridh
Revidering	2025-07-02	2028-07-02	Helena Masson Wihlborg, Tove Hovold, Maria Fridh
Revidering			
Revidering			

Arbetsgrupp

- Helena Masson Wihlborg, Ambulansöverläkare, VO Ambulans D1 och D3
- Tove Hovold, Chefsöverläkare/ Bitr. verksamhetschef, VO Vuxenpsykiatri Kristianstad
- Maria Fridh, medicinsk rådgivare, Enheten för kunskapsstyrning, Koncernkontoret

Bilaga 1. Akutjournal för PAP och psykiatrin

Akutjournal enligt RETTS-PSY TM PSYKIATRI SKÅNE

Psykiatri Skåne
En del av Region Skåne

Datum: | Ankomsttid:

ESS:

Medgivande: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Inte tillfrågad | Förbehåll:

Identitet styrkt: ☐ Ja via: ☐ Nej
Närmast anhörig/tel.nr:

Barn under 18 år:
☐ Ja, född/a/ år:
☐ Nej

ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN:
☐ På eget initiativ ☐ Ensam ☐ HSL ☐ Vårdintyg
☐ Med anhörig/vän ☐ Med ambulans ☐ LPT ☐ LRV
☐ Med remiss ☐ Med polis ☐ § 47 ☐ LVM
☐ Handräckt ☐ Annat:

Patient ID

(fäst ID-etikett här)

FARLIGHETSBEDÖMNING VID TRIAGE:
☐ **Enl journalanteckning tidigare utagerande/våldsamt beteende**
☐ Verkar drogpåverkad

☐ Förvirrat/desorienterat beteende* ☐ Retligt/lättirriterat beteende *
☐ Bullrigt beteende * ☐ Verbalt hotfullt beteende *
☐ Fysiskt hotfullt beteende * ☐ Attackerar föremål *
BVC* >2 poäng vidtagna åtgärder:

☐ **Ingen förekomst av farliga beteenden**

Vapen/farligt föremål
☐ Ja ☐ Nej

Triagering/ankomstsamtal utförd av:
Namn _____
RS-id _____

Tidigare psykiatrisk kontakt: ☐ Ja ☐ Nej ☐ VC ☐ Oklart
Var:
Aktuell psykiatrisk kontakt: ☐ Ja ☐ Nej ☐ VC ☐ Oklart
Var:
Kommunal insats: ☐ Ja ☐ Nej ☐ VC ☐ Oklart
Var: Tel.nr:

MADRS-S ☐ Ja
AUDIT ☐ Ja
DUDIT ☐ Ja
SUAS-S ☐ Ja

Patienten medverkar vid triage: ☐ Ja ☐ Delvis ☐ Inte alls/motsätter sig ☐ Tolk Språk:

Triage

Kontaktorsak/aktuellt:

☐ Tid. väs. frisk ☐ Delirium tremens ☐ Kardiovaskulär sjd ☐ Cerebrovask sjd ☐ Hjärtsvikt ☐ Immunosuppr ☐ Blödningsbenäg./AK-beh
☐ EP/Abstinens EP ☐ Njursjukdom ☐ Leversjukdom ☐ Lungsjukdom ☐ Malignitet ☐ Op inom 3 mån ☐ Diabetes ☐ Ins ☐ Tablett

Överkänslighet
☐ Ja, mot:
☐ Ingen känd

Blodsmitta
☐ Ja ☐ Ingen känd
Typ:

MRB misstanke
☐ Ja ☐ Nej

GE misstanke
☐ Ja ☐ Nej

Annat:

A	☐ = Blå ESS		☐ Ofri luftväg ☐ Stridor		Fysiska omv.behov? ☐ Ja, av: ☐ Nej	
B	SpO_2 på luft	AF/min	☐ SpO_2 <90 % med O_2 ☐ AF > 30 eller < 8	☐ SpO_2 <90 % utan O_2 ☐ AF > 25	☐ SpO_2 90-95 % utan O_2	☐ SpO_2 >95 % utan O_2
C	Puls	BT ☐Ligg ☐Sitt /	☐ RR >130 el. OR > 150 ☐ SBT <90 mmHg	☐ Puls >120 eller <40	☐ Puls >110 eller <50	☐ Puls 50-110
D	RLS	Alkometer	☐ Medvetslös ☐ Krampanfall	☐ Somnolent/RLS 2-3	☐ Akut desorienterad	☐ Alert
E	Temp	EKG ☐ Ja		☐ Temp >41°, <35°	☐ Temp >38°	☐ Temp 35°-38,5°
ESS nr:		Starttid:	☐ = Röd ESS	☐ = Orange ESS	☐ = Gul ESS	☐ = Grön ESS
Provtagning: ☐ Urintox ☐ P-glukos ☐ Urinsticka		☐ Annat:	☐ = Röd prio	☐ = Orange prio	☐ = Gul prio	☐ = Grön prio

Omprio 1 ☐ ☐ ☐ ☐ sign/tid | Omprio 2 ☐ ☐ ☐ ☐ sign/tid | Omprio 3 ☐ ☐ ☐ ☐ sign/tid

SUICIDRISKUNDERLAG

☐ **MEDVETEN SUICIDBENÄGENHET FRAMKOMMER INTE VID ANKOMSTSAMTAL** ☐ **PATIENTEN SVARAR INTE PÅ FRÅGOR**

Medveten suicidbenägenhet - suicidstegen
☐ 1. Nedstämdhet/Hopplöshet
☐ 2. Dödstankar
☐ 3. Dödsönskan
☐ 4. Suicidtankar
☐ 5. Suicidönskan
☐ 6. Suicidförsök
☐ 7. Suicidplaner
☐ 8. Suicidförberedelser
☐ 9. Suicidavsikt

Statistiska riskfaktorer:
☐ Ålder (<19 >45)
☐ Kön: Man
☐ Somatisk sjukdom
☐ Missbruk/Beroende
☐ Tidigare suicidförsök
☐ Hereditet
☐ Ensamboende utan relationer
☐ Finns självmordsredskap tillgängligt
☐ Tidigare eller aktuell aggressivitet, impulsivitet
☐ Psykisk sjukdom och dess svårighetsgrad/fas/samsjuklighet
☐ Reaktion på akuta livshändelser/separation/dödsfall/kränkning
☐ Hög ångestnivå/tankestörning/psykotiskt tänkande oavsett grundsjukdom
☐ Självskadebeteende

Skyddande faktorer:
☐ Personell resurs, t.ex. god samtalskontakt
☐ Nätverkets resurs, t.ex. anhöriga, vänner
☐ Övrigt:

Patient ID
(fäst ID-etikett här)

Kontroller

	Blodtryck	Puls	SpO_2 på luft	RLS	Temp	Alkometer	P-glukos
Tid:							
Tid:							
Tid:							
Tid:							

Omv.bedömning/ åtgärd

	Observationsgrad:

Läkarordination

Läkarsign/tid:		Ssk sign/tid:

INTERRIMJOURNAL/REMISS

Läkarbedömning utförd av:
- ☐ Patienten går hem
- ☐ Patienten remitterad till:
- ☐ Inläggning avdelning:

Datum: Tid:

☐ HSL ☐ KVH § 6a ☐ LPT § 6b ☐ LRV § 5 ☐ LVM

Intagningsbeslut fattat ☐ Ja Datum: Tid:

☐ Häktad ☐ Restriktioner

Observationsgrad:

Preliminär bedömning/syfte med inläggning:

Diagnoskod:

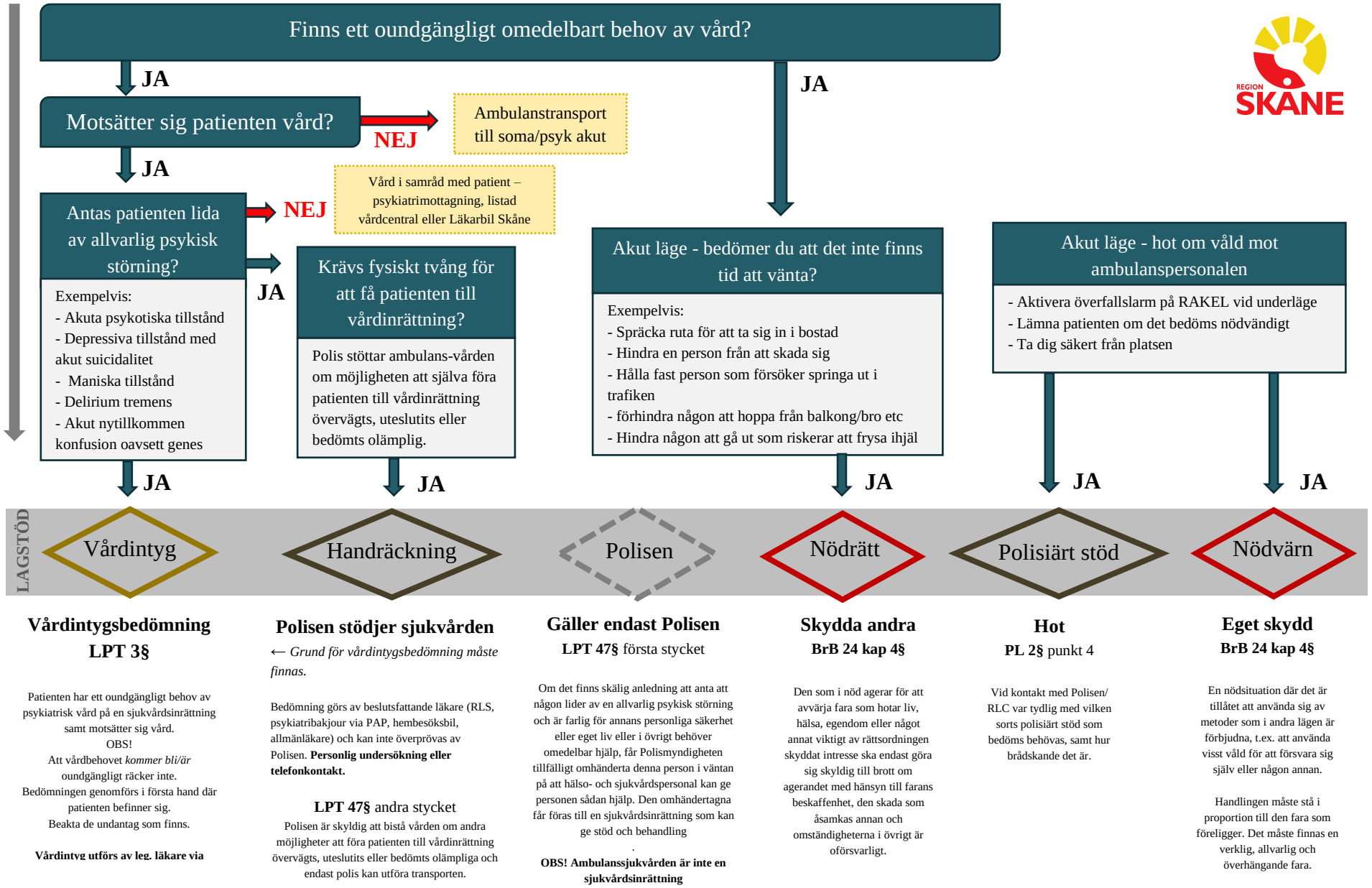
Patient rapporterad till: av: kl:

Värdesaker/pattillhörigheter: ☐ Medföljer patienten till avdelningen ☐ Lämnat till anhörig/sign: ☐ Visitering/

ID-band/sign: ☐ Fanns inga på akutmottagningen ☐ Inlämnat till avd/sign: /sign:

Version 2014-12-01

Bilaga 2. Beslutsstöd för ambulanspersonal vid hantering av psykiatriskt svårt sjuka patienter



Vårdintygsbedömning
LPT 3§

Patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning samt motsätter sig vård.
OBS!
Att vårdbehovet *kommer bli/är* oundgängligt räcker inte.
Bedömningen genomförs i första hand där patienten befinner sig.
Beakta de undantag som finns.

Vårdintyg utförs av leg. läkare via

Polisen stödjer sjukvården

← *Grund för vårdintygsbedömning måste finnas.*

Bedömning görs av beslutsfattande läkare (RLS, psykiatribakjour via PAP, hembesöksbil, allmänläkare) och kan inte överprövas av Polisen. **Personlig undersökning eller telefonkontakt.**

LPT 47§ andra stycket

Polisen är skyldig att bistå vården om andra möjligheter att föra patienten till vårdinrättning övervägts, uteslutits eller bedömts olämpliga och endast polis kan utföra transporten.

Gäller endast Polisen

LPT 47§ första stycket

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 denna person i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge personen sådan hjälp. Den omhändertagna får föras till en sjukvårdsinrättning som kan ge stöd och behandling
.
OBS! Ambulanssjukvården är inte en sjukvårdsinrättning

Skydda andra

BrB 24 kap 4§

Den som i nöd agerar för att avvärja fara som hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse ska endast göra sig skyldig till brott om agerandet med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarligt.

Hot

PL 2§ punkt 4

Vid kontakt med Polisen/ RLC var tydlig med vilken sorts polisiärt stöd som bedöms behövas, samt hur brådskande det är.

Eget skydd

BrB 24 kap 4§

En nödsituation där det är tillåtet att använda sig av metoder som i andra lägen är förbjudna, t.ex. att använda visst våld för att försvara sig själv eller någon annan.

Handlingen måste stå i proportion till den fara som föreligger. Det måste finnas en verklig, allvarlig och överhängande fara.

Källa: Ambulanssjukvården Region Västerbotten. Anpassad efter Region Skånes förhållanden.