

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra  
Innehållsansvar: Jonas Lund Bjerke, (jonjo7), Överläkare  
Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-10

Giltig till: 2027-04-10

# Akuta allvarliga psykiatriska tillstånd hos patienter aktuella på ME och CFS-mottagningen

## Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

## Bakgrund och syfte

ME och CFS-mottagningen är en konsultativ enhet som erbjuder tidsbegränsade insatser i nära samarbete med en långsiktigt ansvarig läkare, i de flesta fall inom primärvården. Behandlingen är symtomatisk med ME/CFS-kopplade symtom i fokus och syftar till att öka förståelse för tillståndet och ökad livskvalitet. Psykiska symtom som exempelvis ångest, nedstämdhet och sömnstörning är vanligt förekommande vid ME/CFS och vid diagnosättning och symtomstabiliserande insatser kan en psykologisk reaktion ses i form av krisreaktion, depressiv episod eller förhöjd ångest. ME och CFS-mottagningen ansvarar dock inte för medicinsk utredning och behandling av psykiatriska sjukdomstillstånd. Om sådant behov finns skall samverkan ske med primärvården. Direkt samverkan med specialistpsykiatri kan vara aktuell om patienten har en pågående kontakt där. Gällande ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri hänvisas till regional medicinsk riktlinje. ”Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)”. Rutinens syfte är att ge råd och stöd vid handläggning av akut allvarlig psykiatrisk symtomatologi hos patienter aktuella på ME och CFS-mottagningen.

## Utförande

Skyndsamt handläggning är viktigt vid allvarliga psykiatriska tillstånd där det finns akut risk för kroppsskada på patient eller annan person. Exempel på

sådana tillstånd kan vara svår ångest/depression med akut suicidrisk eller paranoid psykos. I dessa situationer är det viktigt att försäkra sig om att patienten snarast bedöms inom primärvård eller psykiatri. Samråd skall ske med patientansvarig läkare (PAL) på ME och CFS-mottagningen kring hur detta ombesörjs på bästa sätt i det enskilda fallet. Nedanstående flödesschema kan vara ett stöd. Om PAL inte är i tjänst och ärendet bedöms brådskande kan den akuta handläggningen ske i samråd med annan ME/CFS-läkare som är i tjänst. Om det ej är möjligt med kontakt med PAL eller annan läkare från ME/CFS-mottagningen kontaktas AST-läkare på Smärtcentrum SU/Östra. Kontakt sker via AST-telefon på internummer 34343, öppen 9-15. PAL ska då informeras så snart som möjligt.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO

## Bedömning av allvarlighetsgrad - suicidrisk

Den kända suicidstegen är ett gott redskap för att bedöma suicidrisk på en patient som mår psykiskt dåligt. Suicidstegen bygger på att det ofta är en process över tid som leder till att en patient tar sitt liv. In i det sista finns ofta en stark ambivalens. Man börjar fråga på steg 1 och jobbar sig uppåt och när man kommer till ett nekande steg behöver man inte fråga mer. Exempelvis säger patienten att döden kan ses som en befrielse men att det är omöjligt att ta sitt liv på grund av barnen. Om man uppfattar patienten som sanningsenlig kan man då sluta fråga.

### Steg 1:

Livet ter sig svårt på ett sådant sätt att det är svårt att härda ut.

### Steg 2:

Man börjar betrakta döden som en befrielse – handlar då om en passiv dödsönskan. Tex att man önskar att hjärtat slutade slå under natten så man slapp att vakna till ännu en mycket svår dag.

### Steg 3:

Man börjar tänka tanken att man kanske inte behöver passivt hoppas på att döden skall infinna sig spontant utan att man faktiskt har möjligheten att ta saken i egna händer.

### Steg 4:

Man börjar smida planer hur det skulle gå till att ta sitt liv, väger för och nackdelar med olika sätt och hur man skulle genomföra ett självmord.

### **Steg 5:**

Man börjar förbereda sig – köper rep, kollar ut en lämplig bro att hoppa ifrån, försöker ordna så att man är ensam tillräckligt lång tid, kanske skriver ett avskedsbrev – med andra ord processen har gått från tanke till den fysiska världen.

### **Steg 6:**

Man har bestämt sig och förberett sig fullt ut och står kanske på bron och är på väg att hoppa men ”vågar” inte. Aborterat försök.

### **Steg 7:**

Suicidförsök som ”misslyckas” eftersom omvärlden agerar på ett eller annat sätt eller att repet går sönder.

### **Steg 8:**

Man tar sitt liv.

Bedömningen av suicidrisk bygger också på patientens status. Är sig patienten djupt deprimerad med svarslatens, psykomotorisk hämning eller nedsatt ansiktsmimik? Hur känns kontakten? Är den väldig tunn och formell eller närvarande och öppen? Finns det vanföreställningar, det vill säga uppenbart bisarra tankar som tecken på psykos? Man väger också ihop skyddande respektive belastande livsfaktorer som å ena sidan familj, goda relationer, husdjur, ordnad ekonomi och religiös tro som förbjuder suicid och å andra sidan beroendesjukdom, allvarlig somatisk ohälsa, långvarig smärta, psykisk sjukdom, ensamhet, marginalisering. Tidigare suicidförsök är en viktig riskfaktor om patienten mår dåligt.

Operationella suicidhot typ ”jag tar livet av mig om jag inte får oxynorm av dig” är sällan uttryck för en ”äkta” självmordsönskan utan uttrycks med ett riktat syfte att utpressa dig som behandlare att göra som patienten vill. Man får göra det som man tycker är rimligt och sedan hänvisa patienten till psykakuten.

## **Bedömning av allvarlighetsgrad - psykos**

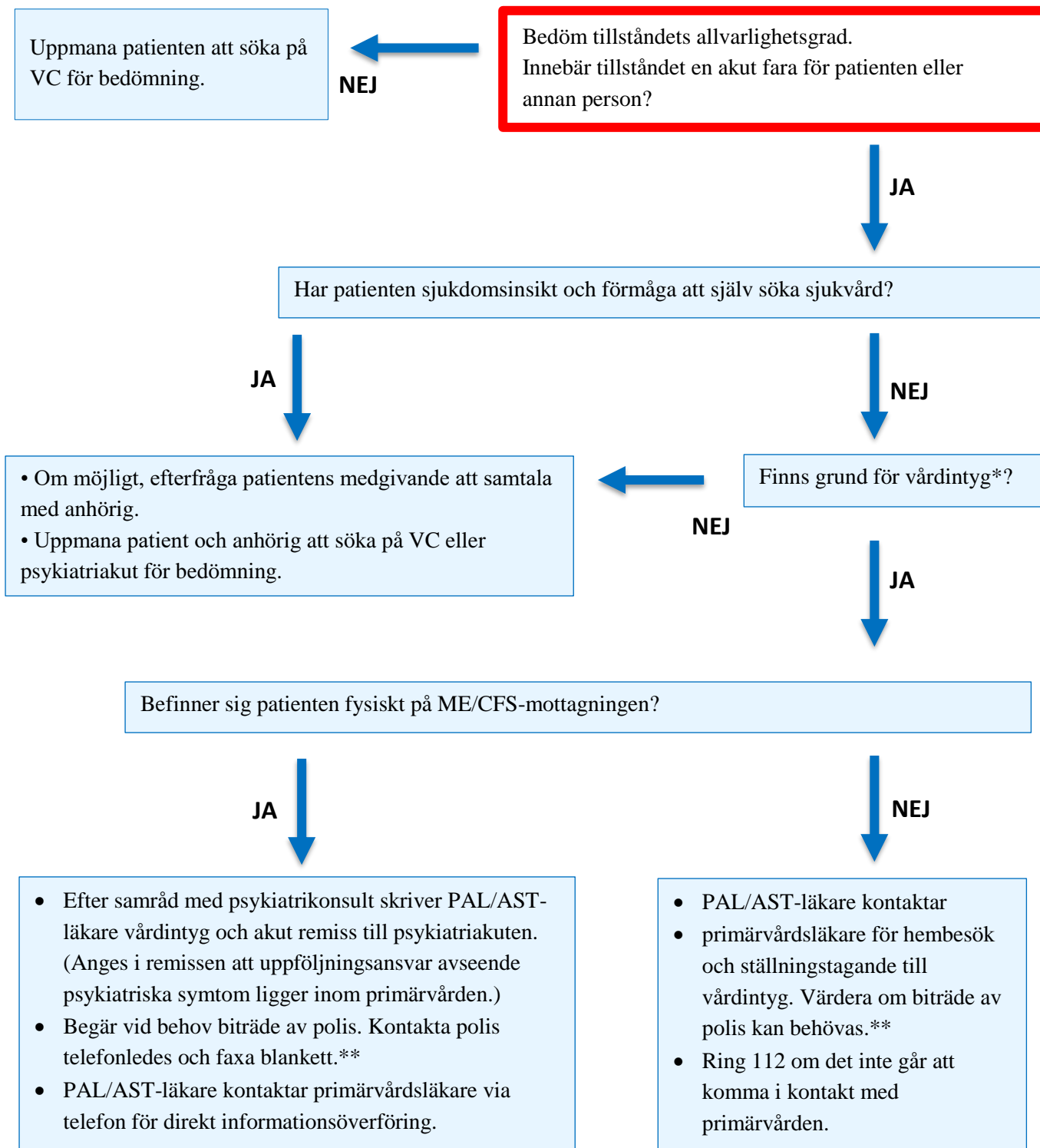
Psykosjukdom kan ju för all del också kräva akut psykiatrisk vård även i frånvaro av suicidrisk. Psykossymtom är hallucinos, det vill säga sinnesintryck utan fysikaliska stimuli, tex röstupplevelse fast trumhinnan står still. Vanföreställningar är också ett psykotiskt symtom – uppenbart bisarra förställningar som omöjligt kan stämma med verkligheten tex. att undersökningsrummet är fullt med mikrofoner mm. Många människor har

kroniska psykotiska symtom trots medicinering och där finns det ofta inget behov av akuta insatser. Nydebuterad psykos behöver ofta akut handläggande. Psykossymtom kan bero på en mängd olika orsaker som läkemedels/drogpåverkan, som en del i en djup depression, somatisk sjukdom eller en primär psykossjukdom.

Nytillkommen förvirring, att man har tappat orientering till person/tid och rum och inte längre kan tolka omvärlden på ett realistiskt sätt, är ett allvarligt symtom som ska föranleda akut omhändertagande och utredning och kan bero på en uppsjö av olika sjukdomar både somatiska och psykiska, och förgiftningar. Demenssjukdom undantagen från akut åtgärd om inte stormande symtom.

**Se nästa sida för illustration [Flödesschema över handläggning](#).**

## Flödesschema över handläggning



\*Samråd vid behov med psykiatrikonsult Östra. För mer information kring vårdintyg hänvisas till behandlingsöversikt "Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)", Internetmedicin.

\*\*Mer information och telefonnummer finns i SU-rutin "[Handräckning, biträde och transport av Polismyndighet samt Kriminalvård](#)". Ring alltid 112 i akuta situationer med risk för hot och våld.

## Relaterad information

- Rutin Smärtcentrum, [Akuta allvarliga psykiatriska tillstånd hos patienter aktuella på Smärtcentrum](#)
- Regional medicinsk riktlinje VGR, [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#)
- [Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#)
- Regional medicinsk riktlinje VGR, [Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning och handläggning](#)
- Behandlingsöversikt Internetmedicin, [Lagen om psykiatrisk tvångsvård \(LPT\)](#)
- Formulär [Vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård](#)
- Blankett [Begäran om Polismyndighetens hjälp/biträde](#)
- SU-rutin, [Handräckning, biträde och transport av Polismyndighet samt Kriminalvård](#)

## Arbetsgrupp

Jonas Lund Bjerke (jonjo7), Vårdenhetsöverläkare ME och CFS-mottagningen, Smärtcentrum, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

### Innehållsgranskare

Louise Samson (loukn1), Sektionschef ME och CFS-mottagningen, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Christian Simonsberg (chrsi3), Läkare Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Linda Bengtsson (linbe13), Vårdenhetsöverläkare Smärtcentrum, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

Ann-Charlotte Eliasson (annel11), Enhetschef ME och CFS-mottagningen, Anestesi Operation Intensivvård Östra, Område 5

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

**Innehållsansvar:** Jonas Lund Bjerke, (jonjo7), Överläkare

**Godkänd av:** Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9906-1676734750-209

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-04-10

**Giltig till:** 2027-04-10