

# Bilaga 14. Intressentdialoger, informationsinsamling

## Prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa

För kartläggningen av prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa har några dialogmöten och studiebesök genomförts med särskilt fokus på psykiatri relaterade frågor, som komplement till de dialogmöten som genomförts för hela projektet.

Följande kompletterande aktiviteter har genomförts:

- Studiebesök vid SOS larmcentral i Stockholm
- Studiebesök vid Polisens RLC i Linköping
- Studiebesök vid AISAB i Stockholm för presentation av PAM
- Dialogmöten med brukare med egen erfarenhet av prehospital psykiatrisk akutvård. Rekryterade via NSPH nätverk för Hjärnkollambassadörer
- Dialogmöten med polisens psykiatrisamordnare Patrik Forsemalm
- Dialogmöte med LÖFs arbetsgrupp för projektet Säker suicidprevention
- Dialogmöte med FHM om deras projekt med polisen att ta fram statistik för polisens psykiatrirelaterade arbete
- Dialogmöte med FHMs nätverk för suicidpreventionssamordnare.
- Dialogmöte med PAM aktörer i Norge (Bergen, Stavanger)
- Dialogmöte med suicidpreventionsgrupp i Storuman och region Västerbotten
- Dialogmöte med Svensk förening för glesbygdsmedicin
- Dialogmöte med NPO Psykisk hälsa
- Dialogmöte med allmänläkare som arbetar med vårdintygsbedömningar
- Deltagande på SKR nätverk för ledning och styrning av psykiatri. Skriftliga frågor har också skickats till medlemmar i detta nätverk och skriftliga svar sammanställts.
- Deltagande på SKR nätverk för prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa.

Med flera intressenter har flera möten hållits, ibland med olika representanter. Även skriftliga synpunkter som inkommit i anslutning till dialogmöten finns med i sammanställningen.

Sammanställningen nedan redovisar inspel om handläggning av ärenden som rör psykisk ohälsa från de intressentdialoger som genomförts gemensamt för hela projektet, och från de kompletterande intressentdialoger som genomförts med särskilt fokus på prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa.

# Utmaningar och förslag

Aktör	Utmaningar och förslag
<p><b>Forskare Prehosp.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulanspersonal blir utsatta för såväl riktat hot och våld före, under och efter ambulanstransporter. Sådana situationer kan uppstå i samband med personer omhändertaras inom prehospitalet psykiatrisk akutsjukvård. Ambulansen behöver utbildning eller träning i hantering av situationer med risk för hot och våld.</li> <li>2. Stora kunskapsluckor föreligger runt hur man bör bedriva prehospitalet psykiatrisk akutsjukvård. Mycket begränsad akademisk forskning finns.</li> <li>3. Det finns behov av samverkan mellan ambulans och andra mobila team i vården, t ex mobila psykiatriska team. Behov av samverkan med primärvård. (och psykiatri). För att kunna planera vård i nästa steg när patienter lämnas hemma.</li> <li>4. Det finns behov av att utveckla ambulansens kompetens inom psykiatri. Psykiatriska ambulanser är ej aktuellt i glesbygd pga. för litet befolkningsunderlag.</li> <li>5. Ett problem är att det ofta föreligger fragmenterade lösningar inom prehospitalet vård, t ex vid psykisk ohälsa. Det kan t ex finnas mobila team med varierande tillgänglighet och uppdrag. På många håll finns inte ambulansvården med i planeringen av prehospitalet vård, men det perspektivet behöver förstärkas!</li> <li>6. Ambulansvården behöver tydligare uppdrag v g psykisk ohälsa. Var går gränsen för ambulansens uppdrag?</li> <li>7. Många i ambulanspersonalen ser som sin primära uppgift att ta hand om livshotande somatiska tillstånd och psykisk ohälsa blir sekundärt. Det finns inom delar av ambulansen en kultur som inte fokuserar psykisk ohälsa eller ser det som en viktig uppgift för ambulansvården!</li> <li>8. Ambulanspersonal behöver stöd från en välfungerande vårdkedja med interprofessionellt samarbete när de möter patienter i suicidal process.</li> <li>9. Ambulanspersonal behöver ökad kunskap om psykisk ohälsa och samtalsteknik.</li> <li>10. Utbildning och färdigheter är i sig inte tillräckligt utan ambulanspersonal behöver organisatoriskt stöd och reflektion kring patientens sårbarhet i suicidala processer och hur man kan möta dessa patienter.</li> </ol>
<p><b>SOS Alarm</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idag har vi väldigt svårt att utvärdera om vi lyckas med våra hänvisningar till olika vårdnivåer. Ofta utdirigeras en ambulans men det är ju inte en vårdnivå utan det är efter den bedömningen som hänvisning sker.</li> <li>2. Vid egenkontroll hos SOS alarm kan vi konstatera att detta är en grupp som lätt kan bli undervärderade i viktighetsgrad vid ej direkta hot.</li> <li>3. Problem att många med stort stödbehov ringer ofta. Många har behov av samtalsstöd, inte av ambulans. Blir tidskrävande för larmhandläggare. SOS alarm saknar instanser att hänvisa eller koppla vidare till för t ex samtalsstöd, hembesök av någon annan mobil resurs, eller möjlighet boka besök i vården t ex dagen efter. (Har tidigare funnits möjlighet koppla till psykiatri eller 117 på många håll, men alla sådana vägar har avvecklats.) SOS alarm uppfattar också att mång-ringare med psykisk ohälsa speglar ett misslyckande från vård och socialtjänst att ge adekvata insatser för att hjälpa många i denna grupp.</li> <li>4. Efterfrågar fler psykiatriska mobila team som åker ut till patienterna. Dessa borde nås antingen via offentliga nummer eller i första hand 1177.</li> <li>5. Bäst vore om mer samordning var under samma vårdgivare, detta minskar patientriskerna och det blir lättare att följa patienten.</li> <li>6. Nuvarande indexering med 3 kategorier av suicidlarm med olika handläggning och olika rutiner i olika regioner skapar svårigheter för larmhandläggare och patientsäkerhetsrisker. Förslag att förenkla indexering till en kategori som handläggs på ett enhetligt sätt i hela Sverige.</li> <li>7. Patienterna har inte sällan samsjuklighet med både ett missbruk och psykiatrisk sjukdom som gör att de inte får en kontinuerlig vårdkontakt.</li> <li>8. Vissa regioner saknar samverkansavtal mellan olika larmaktörer. Medför svårigheter för SOS alarm att lägga upp larmplaner. (Bra samverkansavtal finns i vissa regioner, t ex Jönköping)</li> <li>9. SOS alarm möter inte sällan ovilja från ambulans att ta emot psykiatriärenden. Medför problem för larmhandläggare. SOS alarm ser ett stort behov av en samsyn inom ambulansvården om att prehospitalet psykiatri är en viktig del av uppdraget.</li> <li>10. Ambulans kan kräva polis för att åka på larm (SOS alarm upplever att det finns en stor otrygghet hos ambulanspersonal att möta patienter med psykisk ohälsa, bättre där det finns Psykiatriska ambulanser), men polis kan bedöma att deras insats inte behövs. Kan leda till fördröjning eller utebliven insats.</li> </ol>

Aktör	Utmaningar och förslag
	<p>11. Stort mörkertal av psykiatriska ärenden i larmsystemet. Sökorsak kan ofta vara somatisk som andningsvägrigheter eller bröstsmärtor, men den verkliga orsaken är psykiatrisk, t ex panikattack. Behov av bättre statistik som följer hela förloppet från larm till insats i vården, för att få en korrekt bild av området.</p> <p>12. Ambulans ute behöver kunna begära ut läkare för vårdintygsbedömning. Här fungerar ofta inte de planerade resurserna. T ex har ofta primärvården inte tid och kan inte hjälpa till när dirigerings på SOS alarm får begäran om sådant stöd. SOS alarm behöver ha tillgång till tydliga rutiner och kontaktvägar för utdirigering av läkarresurs för vårdintygs-bedömning på liknande sätt som för andra resurser som kan behöva dirigeras ut! Regionerna behöver planera för läkarresurser med beredskap och uppdrag att ta dirigerings från larmcentraler.</p>
<b>Polisen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Polis handlägger många ärenden med psykisk ohälsa som vården skulle kunna ta hand om. Polisen efterfrågar fler psykiatriska mobila resurser som kan ta fler psykiatrirelaterade ärenden. Ser värde i kombination av vårdkompetens för kroppsskador och psykiatri hos prehospitala vårdresurser. 80% av psykiatriska ärenden polisen rycker ut på kan avslutas utan ytterligare åtgärd som t ex transport till vården.</li> <li>Förslag på lagstiftning om att regioner ska tillhandahålla tillnyktringsenheter (LOB)</li> <li>Problem att polis inte kan få information om handläggning av ärenden som polis överlämnar till vård. T ex när en person skrivs ut från vård kort efter att polis överlämnat personen.</li> <li>Polisen behöver möjlighet tillkalla vårdresurser och även socialtjänst i ärenden. Finns sekreteshinder för polis att t ex tillkalla vårdresurser som ambulans eller psykiatriska ambulanser i vissa situationer.</li> <li>Sekretesslagstiftning kan behöva ses över för att minska skador för utsatta individer till följd av att information inte får förmedlas mellan aktörer. Lagförändringar i offentlighets och sekretesslagen (2009:400) OSL skulle kunna göra det lättare för samhället att samverka runt en person som mår dåligt utan att det krävs samtycke från denne.</li> <li>Efterfrågar enhetlig larmhantering vid suicidalarm där polis, vård och räddningstjänst sam-utalarmeras som rutin.</li> <li>Ser behov av förtydligande av sjukvårdens och socialtjänstens transportansvar vid psykisk ohälsa.</li> <li>Efterfrågar ett nationellt införande av prehospitala akutpsykiatriska vårdresurser med exempelvis psykiatriska ambulanser och mobila team som skapar bättre förutsättningar för ett gott omhändertagande av individen och ger förutsättningar för ett effektivare samarbete mellan vård och polis. (tillgång till journaldokumentation och till vårdinsatser i den prehospitala situationen)</li> <li>I glesbygd har kommunal brandkår oftast kortast inställetid till ett pågående suicidförsök. Det kan krävas ändringar i lagen om skydd mot olyckor som reglerar vad räddningstjänst ska göra och att man i den lagen skriver in att pågående suicidförsök är att betrakta som en olycka vilket då innebär att räddningstjänsten får ett större ansvar i detta arbete.</li> <li>Socialtjänsternas roll i arbetet med psykisk ohälsa och suicidprevention behöver definieras och tydliggöras, detta då socialtjänsterna ofta har en socialjour på icke kontorstid. Möjligheten till samverkan mellan socialtjänst, psykiatri och polis behöver förbättras i de fall en individ som mår dåligt inte blir aktuell för tvångsvård på icke kontorstid. Polisen kan ha svårt att få kontakt med vården och särskilt läkare när det uppstår behov av vårdintygsbedömningar akut. Ofta bollas polisen mellan olika vårdinstanser som inte anser att det är deras uppdrag. Här behövs bättre och tydligare planering och information i många regioner. Helst ett telefonnummer som alltid fungerar, eller att larmcentraler kan dirigera mobila läkarresurser som finns i larmkedjan.</li> <li>AOSP utbildningen borde vara nationellt finansierad som vidareutbildning samt att den borde ingå som en del i grundutbildningar för räddningstjänst, polis, ambulans och SOS alarm. För att blåljusverksamheten ska ha en gemensam grund att stå på.</li> </ol>
<b>Patient-företrädare</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tvångsåtgärder skulle ofta kunna undvikas med ett bättre bemötande</li> <li>Flera beskriver att man ofta upplevt ett mycket bra bemötande av polis (polisen beskrivs ofta ha ett lugnt, respektfullt och kompetent bemötande som vården borde lära sig av), men ibland inte och ibland att polisen för snabbt tar till tvång som handbojor, utan att försöka samtala med personen och hitta en mjukare hantering.</li> </ol>

Aktör	Utmaningar och förslag
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Flera har en god erfarenhet av att polisen tillkallat stöd av ambulans eller psykiatrisk ambulans som kunnat hjälpa till och lugna en situation så att tvång kunnat undvikas.</li> <li>4. Det kan vara skrämmande och stigmatiserande att bli omhändertagen och transporterad av polis. Psykiatriska ambulanser, ambulans eller ett mobilt team från vården är bättre i det avseendet. Att bli behandlad utifrån att man har en sjukdom och inte som en kriminell.</li> <li>5. Det är bättre med ett läkarbesök i hemmet för vårdintygsbedömning, än att bli transporterad med polis (eller ambulans) till ett sjukhus för vårdintygsbedömning. Vid transport till sjukhus för vårdintygsbedömning är osäkerheten stor vad som ska hända vilket är stressande. Ibland kan det visa sig att hela transporten var onödig, om läkaren bedömer att det inte behövs något vårdintyg eller inläggning, och man får åka hem.</li> <li>6. Det finns begränsad tillgång till rådgivning och stöd för psykisk ohälsa utanför kontorstid. För låg kompetens för kvalificerat stöd på 1177. Kan bidra till att situationer eskalerar. Det är också olyckligt att 112 endast kan koppla till jourhavande präst- passer inte alla. Tillgång till mer krisstödande insatser efterfrågas, t ex mobila team med tillgänglighet dygnet runt, självald inläggning och krisboenden, vilket skulle kunna minska risk för eskalering till 112 larm.</li> <li>7. Det är svårt att hitta info om vart man kan vända sig vid akut behov av hjälp för psykisk ohälsa.</li> <li>8. Bra om larmresurser som ambulans och polis som kommer till hemmet har tillgång till krisplan/ akutplan för att kunna anpassa akuta insatser efter den planering som finns sedan tidigare. Finns i nuläget endast för psykiatriska ambulanser. (Men gruppen var mer tveksam till att ambulans eller polis skulle ha tillgång till hela den psykiatriska journalen. En oro var att den info som finns i journalen kan påverka bemötandet från larmresurser negativt.)</li> <li>9. Stort behov för närstående att få stöd i samband med akuta prehospitla insatser. Anhöriga kan ofta ha mycket skuldkänslor i samband med hembesök för vårdintygs bedömningar. Här skulle någon behöva vara med vid hembesöket som kan fokusera anhörigas behov. Anhöriga skulle också behöva få erbjudande om uppföljningssamtal efter en prehospital insats som kan ha varit mycket påfrestande och leda till många oroliga tankar.</li> <li>10. Ett förslag är att personal i larmsystemet får ta del av berättelser och erfarenheter från personer med egen erfarenhet av prehospitla psykiatriska insatser och även tvångsåtgärder (av polis) i prehospital psykiatrisk akutvård, för att få bättre förståelse för patienters perspektiv.</li> </ol>
<b>Räddningstjänst</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I olika kommuner har man olika syn på om suicidlarm alltid ska räknas in som olycksfall eller om vissa suicidlarm kan betraktas som IVPA. I många kommuner rycker räddningstjänst endast ut på vissa typer av suicidärenden, men i andra på alla typer. Detta skapar en situation med ojämlikhet och potentiella säkerhetsrisker.</li> <li>2. Ett problem för kommuner med räddningstjänst i beredskap (RIB) är att det kan vara svårt att rekrytera medarbetare om RIB får för många uppdrag. Detta kan vara en anledning till att många kommuner tvekar att utvidga uppdragen till fler områden.</li> <li>3. Det är olika mellan kommuner huruvida Räddningstjänsten kan administrera Naloxon vid akuta opioidförgiftningar, vilket också innebär en ojämlikhet i tillgång till vård.</li> </ol>
<b>LÖF projekt säker suicidprevention</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Det uppstår problem vid suicidlarm när personen inte vill följa med ambulans. Begäran om mobil läkarresurs för vårdintygs bedömning kan ta flera timmar. Oklarheter om ansvar för olika aktiviteter vid tvångsvård skapar frustration. Även lång väntetid på polis vid handräckning förekommer.</li> <li>2. Behov finns av skriftliga rutiner om ansvarsfördelning vid tvångssituationer.</li> <li>3. Ambulanspersonal saknar triageringsstöd/beslutsstöd runt t ex suicidriskbedömningar och andra aspekter av psykisk ohälsa. Finns i bristfällig form för vuxna, men ingenting för barn och unga.</li> <li>4. Ambulanspersonal har otillräcklig utbildning i hantering av hot och våld. Behov finns av kompetensutveckling vg suicidalitet/suicidriskbedömningar och psykisk ohälsa i övrigt.</li> <li>5. Behov av utbildning i samtalsmetodik i kontakt med suicidnära personer.</li> <li>6. Ambulanspersonal behöver mer tid med suicidala patienter för att skapa en relation som kan bidra till att tvång och polis kan undvikas.</li> </ol>

Aktör	Utmaningar och förslag
	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Manualiserade frågeformulär får inte dominera på bekostnad av empatiskt lyssnande och lyhörda frågor från yrkespersonens sida.</li> <li>8. Behov av utbildning för personal i olika delar av larmsystemet om LPT och vilket handlingsutrymme olika aktörer har.</li> </ol>
<b>Primärvård</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vårdintygsbedömningar känns ofta olustigt för allmänläkare. Det är påfrestande att det ofta inte finns någon bra lösning på de situationer som föreligger. Vårdintyg kan vara nödvändigt, men kan också kännas som ett övergrepp på personens integritet.</li> <li>2. Läkaren står ofta ensam med dessa svåra beslut. Saknar stöd från organisationen med t ex uppföljningar, eller kollegialt stöd.</li> <li>3. Vården har inte fokus på att utveckla arbetet med vårdintygs bedömningar.</li> <li>4. Skulle vara bra med möjlighet till videokonsultationer med psykiater i dessa situationer.</li> <li>5. Skulle vara bra att vara 2 från primärvården vid dessa bedömningar, t ex tillsammans med en sjuksköterska. (Även om ambulans och polis ofta är på plats vid bedömningarna)</li> <li>6. Bra om det finns psykiatriska mobila team som kan rycka ut. Kan ofta avvärja behov av vårdintyg och prehospitala tvångsåtgärder.</li> <li>7. Förebyggande arbete från vården och socialtjänsten mycket viktigt för att hjälpa människor att slippa hamna i situationer där vårdintygsbedömningar behövs!</li> <li>8. Ambulans är en bristresurs i glesbygd. Det kan finnas en ambulans i ett samhälle. En patienttransport till en stad där psykiatrisk heldygnsvård finns kan vara många mil bort. Om inte ambulansens särskilda utrustning och kompetens för somatiska vårdbehov behövs, kan transporten ordnas med taxi med medföljande personal. Ett problem är att taxi inte alltid vill ta på sig ett sådant uppdrag.</li> <li>9. Vid suicidlarm i glesbygd borde det vara självklart att den blåljusverksamhet som finns närmast rycker ut, ofta RIB. Ett dilemma är att suicidlarm inte ingår i räddningstjänstens kärnuppdrag. Finns då ekonomiska incitament för små kommuner att inte inkludera alla suicidlarm i uppdraget. Vilket får negativa konsekvenser i glesbygdskommuner där det kan vara långt för andra resurser.</li> <li>10.</li> </ol>
<b>Region ledning och SKR nätverk för ledning och styrning av psykiatri</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Behov finns av resurspersoner med psykiatrisk kompetens på vårdcentraler i glesbygd som kan följa med ambulans eller på annat sätt bistå vid psykiatriska larm i glesbygd.</li> <li>2. Det finns ett fortsatt behov av vidareutbildning inom psykiatri för ambulans och polis</li> <li>3. Det finns behov av en tydligare beskrivning och styrning av prehospitala akutpsykiatriska vårdprocesser och av uppföljning med utdata och utvärderingar.</li> <li>4. Behov finns av ett Nationellt Vårdprogram för prehospital psykiatrisk akutsjukvård.</li> <li>5. Processtyrning av den prehospitala psykiatriska akutsjukvården behöver utvecklas.</li> <li>6. Det finns ett behov av mobila psykiatriska resurser i larmsystemet</li> <li>7. Det finns behov av möjlighet till digitalt konsultationsstöd från psykiater för ambulansen</li> <li>8. Det finns behov av ökad samverkan mellan aktörer som psykiatri, primärvård, ambulansvård, socialtjänst, polis.</li> <li>9.</li> </ol>
<b>Psykiatriska ambulanser Bergen och Stavanger</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Man ser att behovet av ämnesspecifik kompetens och kunskap inom området psykisk hälsa inom ambulansvården behöver uppmärksammas i Norge!</li> <li>2. Kompetensförsörjning med sjuksköterskor med psykiatrisk och somatisk kompetens för PAM är en utmaning i Norge.</li> <li>3. Osäkerhet finns hos personalen i förhållande till situationer med våld/hot.</li> <li>4. Den psykiatriska kompetensen behöver höjas för all ambulanspersonal i Norge.</li> <li>5. Ett mer strukturerat sätt att använda kompetensen hos den psykiatriska ambulansen behövs för att öka kompetensen hos alla ambulanser.</li> </ol>