

Bilaga 15. Prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har valt att särskilt belysa den prehospitala akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. En orsak till denna belysning är att staten har en ambition att höja kvaliteten på vården för den gruppen med bl. a statsbidrag för prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa, som delats ut sedan 2021. Utredningen har därför undersökt larmkedjor och omhändertagande av larm om psykisk ohälsa som inkommer till 112. Ambitionen för denna del av uppdraget har varit att ge en nulägesbeskrivning av den prehospitala akutsjukvården vid psykisk ohälsa med fokus på den regionala planeringen av resurser, rutiner och samarbete mellan aktörer. Denna del av projektet har genomfört några intressentdialoger utöver de som genomförts för hela projektet. En sammanställning av dessa kompletterande intressentdialoger finns i bilaga 14.

Angränsande regeringsuppdrag

De delar i uppdraget som berör prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa har beröring med flera andra regeringsuppdrag:

- Regeringsuppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention, vilket är ett myndighetsövergripande uppdrag där 25 myndigheter deltar under ledning av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.
- Regeringsuppdrag suicidprevention inom hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Regeringsuppdrag att kartlägga den psykiatriska tvångsvården respektive den rättspsykiatriska vården.
- Polisen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten ett pågående projekt att sammanställa statistik för polisens arbete med psykisk ohälsa och suicidförsök.

Larmkedja och patientens kontaktvägar i prehospital akutsjukvård vid larm om psykisk ohälsa

Vanliga typer av allvarliga psykiatriska tillstånd vid larm till 112 är tillstånd med akut suicidrisk (eller att någon har genomfört en suicidal handling), tillstånd relaterade till skadligt bruk av substanser, eller andra akut debuterande allvarliga psykiatriska tillstånd som psykos, mani eller förvirring.

Utöver larm som tydligt handlar om psykisk ohälsa finns det vid många larm till 112 bakomliggande allvarliga psykiatriska tillstånd. T ex vid larm om förgiftning kan det vara ett bakomliggande suicidförsök, eller vid larm

om andningssvårigheter kan det visa sig vara en panikattack utifrån ett ångestsyndrom. Även vid larm om situationer med hot och våld kan det finnas bakomliggande allvarlig psykisk ohälsa.

För personer med akuta allvarliga psykiatriska tillstånd kan vägen till och genom prehospitalet akutsjukvård se ut på fler sätt:

En person kan själv efterfråga hjälp och ringa 112, eller en närstående kan ringa 112 i samförstånd med personen. Närstående eller allmänheten kan också ringa 112 utan samtycke från den det berör vid oro för allvarliga psykiatriska tillstånd, t ex akut suicidrisk.

Larmcentralen- (eventuellt tillsammans med larmoperatörer för polis och räddningstjänst) gör en bedömning av ärendet som innefattar bedömning av hur akut och allvarligt tillståndet eller situationen är, risk för våld, risk för kroppsskada, behov av åtgärder enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och gör en bedömning om det föreligger behov av akut ambulansinsats och/ eller andra blåljusinsatser (polis, räddningstjänst). I vissa regioner finns också psykiatriska ambulanser eller andra mobila akutpsykiatriska resurser i larmsystemet.

I prehospitala ärenden där en person bedöms ha behov av psykiatrisk vård, men inte vill ta emot hjälp, eller följa med till vård kan det vara aktuellt med psykiatrisk tvångsvård. I många fall behöver läkare tillkallas för att göra en så kallad vårdintygsbedömning där läkaren bedömer om kriterier är uppfyllda för psykiatrisk tvångsvård. Efter att ett vårdintyg utfärdats i en prehospital situation behöver patienten transporteras till en vårdinrättning. I vissa sådana ärenden behövs assistans av polis för att kunna genomföra en undersökning, eller för att kunna transportera patienten till vårdinrättning.

Polisen kan också i sina ärenden som rör bl. a våld, bråk, hot eller andra brottsliga aktiviteter träffa på personer med misstänkta allvarliga psykiatriska tillstånd. Polisen hjälper då ofta personen till vård frivilligt. Polisen har också en möjlighet att i vissa fall, utifrån 47 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), tillfälligt omhänderta en person i avvaktan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge omedelbar hjälp. Polisen kan föra individen till en sjukvårdsenhet för vård, eller tillkalla prehospitala vårdresurser som ambulans eller i vissa regioner psykiatrisk ambulans eller annan mobil psykiatrisk resurs för hjälp i sådana situationer. Polisen kan behöva tillkalla läkare för bedömning av om kriterier är uppfyllda för psykiatrisk tvångsvård.

Polisen får också, enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB), i vissa fall omhänderta en person som är berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel. I den här utredningen har ärenden som handläggs enligt LOB inte närmare kartlagts eller analyserats.

Patientföreträdare med egen erfarenhet av olika typer av prehospitala omhändertaganden vid psykisk ohälsa har i dialogmöten beskrivit att det kan upplevas oförutsägbart om det kommer larmas ut en polis eller en ambulans efter larm till 112. Samtidigt som flera av patientföreträdarna framfört att de blivit väldigt väl bemötta av många poliser, uttryckte dom att man föredrar en insats av vården med t ex ambulans framför polis, dels då polisen kan använda obefogat våld i omhändertagandet, dels då det upplevs mer stigmatiserande att bli omhändertagen och transporterad av polis när man har ett sjukdomstillstånd. Flera patientföreträdare beskrev ett lugnare och tryggare

omhändertagande av psykiatriska ambulanser jämfört med vanliga ambulanser. De patientföreträdare vi haft dialogmöte med uttryckte också att de föredrar att få hembesök av läkare för en vårdintygsbedömning framför en transport med t ex ambulans eller polis till en sjukvårdsinrättning för en vårdintygsbedömning.

Många prehospitala psykiatriska ärenden hanteras utanför larmsystemet av psykiatriska verksamheter som kan ha mobila resurser för patienter som har pågående vårdkontakt med verksamheten. Denna typ av ärenden ingår inte i kartläggningen.

Statistik för prehospital akutsjukvård för personer med psykisk ohälsa:

Ärenden med koppling till allvarliga psykiatriska tillstånd är inte ovanliga i larmsystemet. SOS alarm klassificerade 2021 ca 37 000 av de ärenden där ambulans utalarmerades som relaterade till psykisk ohälsa. Då ingår inte larm i regioner där SOS alarm inte sköter larmhanteringen¹.

Statistik för antal ärenden som ambulansvården själva klassificerar som primärt psykisk ohälsa efter handläggning på plats finns i dagsläget inte tillgänglig.

Polisens har tillsammans med Folkhälsomyndigheten ett pågående projekt med att samla ihop statistik för sitt arbete med psykisk ohälsa och suicidförsök.

De preliminära data vi fått ta del av är följande för år 2021:

Larm om suicidrisk eller psykisk ohälsa:	37 128
Utalarmeringar för suicidrisk eller psykisk ohälsa:	19 818
Omhändertaganden enligt LOB:	52 728
-varav förda till arresten:	41 214
Polisbeslut Omhändertagande 47 § första stycket LPT:	12 146
<u>Handräckningsbegäran 47 § andra och tredje stycket LPT:</u>	<u>9 163</u>
Summa ingripanden:	81 709

Polisen genomförde tvångsomhändertaganden i ca 17% av de fall de utalarmerades pga. psykisk ohälsa eller suicidrisk. Räddningstjänsten larmas ut vid ca 2 000 larm om hot om suicid per år. För många aktiviteter i larmsystemet kopplade till allvarliga psykiatriska tillstånd saknas systematisk datainsamling på nationell nivå.

Samlad datainsamling som följer ärenden på individnivå mellan aktörer som larmcentraler, polis och olika delar av vården efter larm om psykisk ohälsa saknas. Avsaknad av denna typ av data medför att det inte går att följa upp hur ärenden handläggs eller utfall av olika typer av handläggning. Flera intressenter har i dialoger påtalat behovet av möjlighet till sådan uppföljning för att kunna arbeta med förbättringar av arbetsformer och rutiner.

Avsaknaden av statistik medför att det är svårt att få en överblick över hur ärenden handläggs nationellt och i regionerna, och hur stora volymer som

¹ De regioner där SOS alarm inte sköter larmhantering är Uppsala, Södermanland, Västmanland och Västra Götaland

föreligger för olika aktiviteter och av olika aktörer som ambulans, psykiatri, primärvård, polis, räddningstjänst. Behovet av aktörsövergripande nationell statistik bedömer vi vara särskilt stort när det gäller handläggning av suicidlarm och handläggning av larm som resulterar i åtgärder med stöd av LPT. Dessa typer av ärenden handläggs ofta av flera aktörer i samverkan, men där det också finns stora regionala skillnader. Det skulle t ex vara av stort värde att kunna titta på hur kontakter med larmsystemets aktörer sett ut för individer som genomför suicid.

Några andra exempel på statistik som inte samlas in är antal samutalarmingringar av flera blåljusverksamheter vid suicidlarm eller larm om annan psykisk ohälsa, vilka vårdinsatser som blir resultat av larm om psykisk ohälsa till 112, antal vårdintyg som utfärdas i prehospitala situationer och antal patienttransporter i samband med vårdintyg som sker med ambulans, med andra vårdresurser, eller med polis.

Kompetens för handläggning av ärenden som rör psykisk ohälsa inom ambulanssjukvården

Det har i enkätsvar, dialogmöten med företrädare för ambulansvården och i en del rapporter som vi tagit del av framkommit att många medarbetare inom ambulansvården anser att de har behov av att stärka sin egen kompetens att handlägga psykiatriska akuta ärenden. Det finns många medarbetare inom ambulansen som ser ärenden som rör psykisk ohälsa som ett viktigt uppdrag och har ett stort engagemang och stor erfarenhet på att hantera dessa ärenden.

Samtidigt har det också framkommit att det bland en del finns en osäkerhet om vilka psykiatriska ärenden som ingår i ambulansens uppdrag, och ibland en uppfattning att ambulansen uppdrag är att hantera ärenden där det föreligger kroppslig sjukdom eller skada. Vissa företrädare har beskrivit att det finns kulturskillnader inom ambulansvården när det gäller hur man förhåller sig till ärenden som rör psykisk ohälsa.

Många regioner har med bl. a medel från statsbidrag för prehospital akut-sjukvård för patienter med psykisk ohälsa påbörjat eller planerat olika typer av utbildningar av ambulanspersonal relaterat till psykisk ohälsa.

Region Stockholm har tillsammans med SKR tagit fram ett paket av utbildningar i akut prehospital psykiatri (APP). En basutbildning riktar sig till all ambulanspersonal i regionen och erbjuds också till andra regioner. Utbildningen har moment som rör olika psykiatriska sjukdomstillstånd, suicidriskbedömningar, att bedöma vårdbehovet hos patienter, aktivt lyssnande och dokumentation. Regionen har också tagit fram en spetsutbildning för personal i psykiatriska ambulanser och en instruktörsutbildning för att kunna genomföra basutbildningen i t ex andra regioner. Även andra regioner har tagit fram eller håller på att ta fram utbildningsmaterial och program för ambulanspersonal.

I många regioner använder man, eller planerar man använda den etablerade utbildningen för omhändertagande av suicidala patienter, Akut

omhändertagande av självmordsnära person (AOSP)². En fördel med den utbildningen är att även polis och räddningstjänst i många delar av landet använder den för att utbilda sin personal.

I några regioner har behovet av kompetensutveckling när det gäller bedömning av risk för våld uppmärksammats. I Norrbotten har man påbörjat utbildningar i strukturerade våldsrisksbedömningar med Bröset Violence Checklist (BVC) för både ambulans och mobila akutpsykiatriska enheter som ett hjälpmedel att bedöma behov av stöd från polis i handläggning av ärenden.

Ambulansvården har i många regioner tillgång till beslutsstöd i handläggningen av sina ärenden. dock har vi utifrån beslutsstöd vi tittat på (SLAS behandlingsriktlinjer) och utifrån rapporter i dialogmöten förstått att dessa vanligen är kortfattade och ger begränsad vägledning vid psykisk ohälsa.

Ytterligare en utmaning är att ambulansen ofta hanterar ärenden med psykisk ohälsa där det inte finns behov av en akut transport till vård, men där man ser behov av en subakut uppföljning. Man har då vanligen inte vägar att slussa patienten vidare till primärvård eller psykiatri, annat än att be patienten själv kontakta vården.

Samarbete ambulansvård och psykiatri i larmkedjan

Specialistpsykiatrin har i många regioner traditionellt inte varit en del av larmkedjan vid larm till 112. Statsbidragen för utveckling av prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa har medfört att många regioner påbörjat projekt där psykiatri och ambulansvård samarbetar. Från flera regioner har vi fått återkopplat att när ambulans och psykiatri börjat diskutera gemensamma frågor, har man hittat många områden där det finns stora behov av utveckling och samarbete.

Utöver utvecklingsarbete runt psykiatriska ambulanser i några regioner, (se nedan) pågår för närvarande ett flertal projekt i regionerna som handlar om hur ambulans på andra sätt kan få stöd från specialistpsykiatrin.

Några regioner har infört eller planerar införa mobila akutpsykiatriska resurser, vilket är bilar med psykiatrisk personal, som kan larmas ut i larmkedjan vid larm om psykisk ohälsa. Dessa har ofta utrustats med RAKEL för att kunna fungera flexibelt i larmkedjan med andra blåljusverksamheter (både i situationer då de mobila akutpsykiatriska resurserna kan behöva stöd av andra blåljusverksamheter och då andra verksamheter, främst ambulans eller polis, kan behöva stöd av de psykiatriska resurserna). Dessa enheter kan (på liknande sätt som psykiatriska ambulanser) bistå ambulansen och även polis med psykiatrisk kompetens i bedömningar, bemötande och akuta insatser, bl.a för att förebygga behov av tvångsåtgärder med stöd av LPT eller onödiga transporter in till akutvård på sjukhus. I Norrbotten har man valt att endast larma ut dessa enheter tillsammans med ambulans. I Östergötland kan de även larmas ut på egna uppdrag.

² <https://ki.se/nasp/akut-omhandertagande-av-sjalvmordsnara-person-aosp>

Flera regioner har projekt för att bygga ut digitala kommunikationsmöjligheter mellan ambulans och specialistpsykiatri. Ambitionerna ser lite olika ut, men innefattar att skapa vägar och rutiner för ambulans att kunna konsultera sjuksköterskor eller läkare inom specialistpsykiatri, att möjliggöra patientsamtal med specialistpsykiatri på distans i samband med en ambulansinsats, och att ge ambulanser tillgång till patientdatasystem. Särskilt tillgång till vårdplaner och krisplaner har efterfrågats både från ambulanspersonal och från patienter. Vi har också fått information från ambulansverksamheter som har tillgång till dessa dokument att de har stort värde i handläggningen i ärenden där patienten har en etablerad kontakt med specialistpsykiatri.

Utifrån en överenskommelse med staten har SKR ordnat aktiviteter för att facilitera och stödja utvecklingen av den prehospitaled akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. SKR har bl. a ordnat återkommande nätverksträffar där regionerna och andra aktörer samlas. Från flera aktörer har vi hört att dessa forum underlättat i projektarbetet då man har fått ett forum att dela och diskutera sina utvecklingsprojekt, får inspiration av varandra och lär sig av andras projekt och erfarenheter.

Psykiatriska ambulanser (PAM)

I de tre befolkningsmässigt största regionerna (region Stockholm, VGR och region Skåne) finns särskilt inrättade psykiatriska ambulanser som ingår i ambulansorganisationen. Det handlar om ambulansfordon med en anpassad inredning för psykiatriska patienttransporter. Utöver bemanning från ambulans är de också bemannade med psykiatriska sjuksköterskor som ibland är anställda av psykiatri. De är i drift en begränsad tid på dygnet (Stockholm kl 11–03, Skåne 15–01 och Västra götalandregionen kl 17–02) då behovet är som störst. Övrig tid och om dessa resurser är upptagna får vanliga ambulanser ta uppdrag som rör psykisk ohälsa.

Psykiatriska ambulanser larmas ut via sedvanlig prioritering och dirigering av larmcentraler, men efterfrågas också av andra ambulanser och polis för stöd i bedömning och handläggning av vissa ärenden där det finnas allvarliga psykiatriska tillstånd.

Det har i dialogmöten med ambulans framkommit att etableringen av psykiatriska ambulanser har medfört att intresset och kompetensen för handläggning av ärenden med psykiatriska tillstånd har ökat inom hela ambulanspersonalen.

I dialogmöten med olika aktörer har vi också fått återkopplat att etableringen av psykiatriska ambulanser har bidragit till att även samarbete mellan larmcentraler, polis och ambulans utvecklats på ett positivt sätt. I t ex Stockholm har man parallellt med införandet av psykiatriska ambulanser börjat ha regelbundna möten mellan ambulans och polis för gemensamma frågor. Från PAM-verksamheten i Stockholm har det framgått att man över tid utvecklat sitt arbete med bedömningar av hot och våld och att antalet ärenden där man efterfrågar assistans från polis har minskat.

I våra dialogmöten med ambulans och psykiatri i regionerna har det framkommit att många regioner gjort bedömningen att befolkningsunderlaget inte varit tillräckligt stort för att motivera inrättande av särskilda psykiatriska ambulanser. I t ex region Norrbotten har man bedömt att antalet larm om akut

psykisk ohälsa är som mest 2–3 per dygn i hela regionen, vilken har ca 250 000 invånare och en yta som utgör 25 procent av Sverige. Många regioner försöker därför hitta andra former för specialiserad psykiatrisk kompetens i larmsystemet, vilket beskrivits tidigare.

Resurser, rutiner och samarbete vid ärenden som handläggs med stöd av LPT

Ett område som ställer stora krav på samverkan mellan flera aktörer är handläggning av prehospitla ärenden med stöd av LPT. I den prehospitla handläggningen behöver ofta vårdresurser och polis samarbeta. Det är enbart polisen som har rätt att vidta åtgärder med tvång eller med våld i ett prehospitalt ärende som rör psykisk ohälsa. En läkare i vissa fall rätt att få hjälp av polisen, exempelvis för att kunna genomföra en undersökning för vårdintyg eller att föra en patient till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg utfärdats. En läkare har dock endast rätt att be om hjälp från polisen om det kan befaras att en åtgärd inte kan utföras utan att polisens särskilda våldsbefogenheter används eller om det finns andra synnerliga skäl enligt 47 § LPT.

I ärenden där psykiatrisk tvångsvård kan vara aktuellt behöver ofta den blåljusresurs som först larmas ut tillkalla en mobil läkarresurs för vårdintygsbedömning. Utifrån enkätsvar från ambulansvården i regionerna framkommer att detta är en typ av situation som uppstår återkommande inom ambulanssjukvården.

Hur planeringen av mobila läkarresurser med beredskap att genomföra vårdintygsbedömningar ser ut varierar mellan regionerna. I några regioner är det en beredskap som tydligt fördelats till någon form av jourläkarbilar som finns tillgängliga dygnet runt i hela regionen. I vissa regioner är det ett tydligt uppdrag för primärvården dygnet runt. Det praktiska arrangemanget kan då se olika ut på dagtid och jourtid. I vissa regioner finns en uppdelning i uppdrag mellan primärvård och psykiatri där psykiatri kan ha ansvar vissa tider på dygnet och dagar i veckan, och för vissa patientkategorier, ofta patienter med en pågående vårdkontakt.

Från regioner där primärvården har ett tydligt ansvar för dessa bedömningar framkommer att uppdragen ofta innebär påfrestningar för läkare, bl a utifrån att det kan vara svåra bedömningar som man står ganska ensam med. Både alternativet att skriva vårdintyg och att inte skriva kan uppfattas som dåliga och det kan vara svårt att överblicka möjliga negativa konsekvenser av endera beslutet. Ofta finns inte heller något tydligt stöd från organisationen i detta arbete med t ex vidareutbildningar, bakstöd att bolla med, eller uppföljning efter genomförda bedömningar.

Både polis och ambulans har i dialogmöten påtalat problem i flera regioner med att få tag i en mobil läkarresurs i situationer där man behöver hjälp med en vårdintygsbedömning. Ibland har det varit oklart för larmsystemets aktörer vilken läkarresurs som har uppdraget, ibland har inte en vårdcentral med uppdraget kunnat frigöra en läkare. Polisen har i flera regioner påtalat att brister i vårdens planering av mobila läkarresurser för

vårdintygsbedömningar leder till både att vården på oriktiga grunder begär hjälp av polisen med patienttransporter för att kunna göra en vårdintygsbedömning på en vårdinrättning, och att polisen i onödigt stor utsträckning, utifrån egna omhändertagandebeslut, behöver transportera personer till vårdinrättningar för bedömning. Resultatet blir att patienter blir föremål för polisinslag med tvång i större grad än vad som är motiverat och nödvändigt utifrån det psykiatriska tillståndet.

Regionen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.³ När det gäller transporter av patienter med psykiatriskt tillstånd till sjukvårdsinrättningar, bl.a. i samband med att vårdintyg skrivits, ser planeringen olika ut i regionerna. I t.ex. Region Skåne finns ett uttalat uppdrag för ambulansen att sköta alla patienttransporter som behöver ske med vårdpersonal, vilket man bedömer innefattar alla patienttransporter i samband med psykiatrisk tvångsvård, förutom fall där polisens särskilda befogenheter bedöms nödvändiga.

Från flera glesbygdsregioner har framförts att man har få ambulanser och måste hushålla med den resursen. För en patienttransport som kan ske med annat fordon vill man undvika att belasta ambulansen, särskilt när avstånd till mottagande sjukvårdsinrättning är långt och en transport kan ta en hel dag. Ett alternativ kan då i många fall vara t ex en taxitransport med medföljande personal.

I många regioner saknas tydlig planering runt vilka patienttransporter vid psykiatriska tillstånd som ambulansen har ansvar för och om det finns andra transportresurser med uppdrag att genomföra patienttransporter vid psykiatriska tillstånd.

Polisen har i olika sammanhang framfört att man uppfattar att många regioner inte har organiserat resurser för patienttransporter som motsvarar kraven i HSL och att vården därför överutnyttjar möjligheten att begära transporthjälp av polis, med resultat att patienter blir föremål för polisåtgärder i större grad än vad som är motiverat och nödvändigt utifrån det psykiatriska tillståndet.

Det har också framkommit i dialogmöten med representanter för både vården och polis att det i flera regioner förekommit situationer där man inte varit överens om vems ansvar det är att sköta en sjuktransport av en patient med ett psykiatriskt tillstånd. Polisen har uppfattat att vården begär hjälp med transport på oriktiga grunder, och vårdpersonal har uppfattat att polisen överprövar beslut från vården på oriktiga grunder. En liknande typ av situation som vi hört om är när ambulans efterfrågat hjälp av polis för att kunna göra en vårdinsats, då man uppfattat en risk för våld, men där polisen avvisat förfrågan utifrån att polisen gör en annan bedömning om risken för våld.

Samarbetet mellan vården och polisen har i flera regioner förbättrats de senaste åren. Man har i några regioner bl. a infört återkommande gemensamma möten där man diskuterar hur man kan utveckla sitt samarbete, var

³ 7 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

gränser går för respektive aktörs ansvar och uppdrag, hur situationer med risk för våld kan hanteras, och för uppföljning av avvikelser från någon aktör. Flera regioner arbetar också aktivt med att utveckla de prehospitaledressurser som behövs för att kunna handlägga den här typen av ärenden på ett patientsäkert och rättssäkert sätt.

Larmhantering vid larm om psykisk ohälsa

Alla larm till 112 går till SOS alarms larmcentral och handläggs inledningsvis av deras larmoperatörer. Om larmoperatören vid emottaget samtal uppfattar att det handlar om lagbrott eller en situation med hot eller våld kopplas samtalet ofta vidare till polisens regionala ledningscentraler som då tar över handläggningen och SOS alarm avslutar sin medverkan. Om larmoperatören uppfattar att det handlar om ett sjukvårdsärende handläggs den fortsatta informationsinsamlingen och prioriteringen av samma eller en annan larmoperatör på en larmcentral som då har hjälp av ett beslutsstöd.

En utmaning för larmhanteringen är att det ofta kan finnas psykisk ohälsa och sjukvårdsbehov även i samband med larm om misstänkta brott, hot eller våld. T ex kan det vara en person med en akut psykos som ringer och uppger att han eller hon är förföljd av någon, eller en situation där någon uppträder med vapen som kan innebära risk för våld för omgivning, men där det också kan röra sig om allvarlig psykisk ohälsa och en suicidavsikt.

Vid larmärenden som rör psykisk ohälsa, där det kan finnas risk för hot och våld, kan i vissa fall polisens regionala ledningscentral (RLC) kopplas in och medlyssna till samtal. Larmcentralen och polisens RLC kan då gemensamt komma fram till vem som ska larmas ut, eller om polis och ambulans ska utalarmeras samtidigt (och/eller mobila akutpsykiatriska resurser i regioner som har tillgång till det).

I vissa andra länder, t ex England har man etablerat team där polisen och psykiatrisk personal arbetar tillsammans för att bättre kunna bemöta personer med allvarlig psykisk ohälsa i polisens ärenden och hitta lämplig handläggning.⁴

Den inledande bedömningen och fördelningen av larm till främst sjukvård och polisen har stor påverkan på vilken blåljusverksamhet som kommer larmas ut. Om larmet överförs till polis är t.ex. sannolikheten stor att en polispatrull larmas ut utan samtidig utalarmering av ambulans. Larmoperatörer behöver därför kompetens och stöd för den inledande larmhanteringen i fall där larmorsaken inledningsvis uppfattas vara polisiär, men det också kan finnas bakomliggande allvarliga psykiatriska tillstånd.

När det gäller handläggning av rena sjukvårdslarm har det i dialogmöten med bl.a. SOS Alarm och ambulanssjukvården framförts att det finns psykisk ohälsa bakom många fler larm än de som inledningsvis klassificeras som primärt relaterade till psykisk ohälsa. T ex kan det i många fall av larm om förgiftningar eller personskador finnas suicidförsök bakom, eller larm om

⁴ Kirubarajan A, Puntis S, Perfect D, Tarbit M, Buckman M, Molodynski A. Street triage services in England: service models, national provision and the opinions of police. *BJPsych Bull.* 2018;42(6):253–257. doi: 10.1192/bjb.2018.62

bröstsmärtor eller andningssvårigheter kan vara ett bakomliggande ångest-syndrom med panikattack.

I t.ex. Norrbotten har man i dialog mellan SOS Alarm och regionen gemensamt försökt utveckla arbetssätt för att i större utsträckning kunna identifiera psykiatriska vårdbehov vid larm till larmcentralen för att i fler ärenden kunna larma ut ambulans och mobila akutpsykiatriska enheter samtidigt. Frågan har också lyfts i regioner med psykiatriska ambulanser som kan larmas ut ensamma eller tillsammans med annan ambulans vid larm som innefattar både risk för allvarlig kroppslig sjukdom eller skada och allvarliga psykiatriska tillstånd. Här kan det finnas potential för vidareutveckling av larmcentralernas arbetssätt och beslutsstöd.

Flera intressenter har i dialogmöten framfört och Riksrevisionen⁵ har i en nyligen publicerad rapport lyft behovet av en nationell samsyn om räddningstjänstens roll i larmhantering vid suicidlarm. Det saknas i dag en nationell reglering och samsyn om räddningstjänstens uppdrag och roll i denna typ av ärenden och kommuner hanterar frågan olika. Särskilt för små kommuner kan det innebära en stor finansiell börda att engagera räddningstjänsten i alla typer av suicidärenden, vilket kan bidra till beslut att begränsa engagemanget i suicidlarm.

Räddningstjänstens medverkan i alla typer av suicidlarm kan samtidigt vara livsavgörande då de t ex har förmåga att forcera låsta dörrar eller ta sig fram till otillgängliga lokaler och platser om sådant behov föreligger, eller kan vara den aktör som finns närmast och snabbast kan vara på plats vid t.ex. ett akut förestående suicidförsök.

Både Riksrevisionen och SOS alarm har också uppmärksammat att det finns stora skillnader i hur larm vid hot om suicid hanteras i olika regioner. Det handlar om larm om hot om suicid där det finns vapen inblandade, eller en person saknas, där vissa regioner överlämnar larmhanteringen helt till polisen, medan andra regioner har medlyssning av larmhantering mellan larmoperatörer för sjukvård, polis och räddningstjänst, och larm om avsiktlig förgiftning eller personskador i samband med suicidförsök där sjukvårdens larmcentraler själva hanterar larmet i många regioner, men andra regioner hanterar även dessa larm med medlyssning från övriga larmoperatörer som ovan.

Både Riksrevisionen och SOS alarm efterfrågar en nationellt enhetlig hantering av suicidlarm där larmoperatörer på larmcentraler, polisens RLC och räddningstjänstens larmoperatörer tillsammans bedömer larmärenden.

Ett problem som har lyfts i flera dialogmöten, med bl.a. SOS Alarm är att det finns individer som återkommande, ibland dagligen, ringer 112 så kallade mångringare och som SOS alarm ofta bedömer har olika former av psykisk ohälsa och vård- och stödbehov men som inte bedöms ha behov av någon utryckning från en blåljusverksamhet. Här efterfrågar SOS Alarm möjlighet att slussa vidare till andra typer av vård och stöd för att möta individens behov. Dessa ärenden är ofta tidskrävande för larmoperatörer eftersom personerna inte kan avvisas utan bedömning och då de är hjälpsökande och har behov av stöd.

⁵ Statens suicidpreventiva arbete -samverkan med verkan? Stockholm Riksrevisionen 2021:26

Organisation, styrning och ledning av larmkedja och prehospital akutsjukvård för personer med psykisk ohälsa

Den prehospitala akutsjukvården för personer med psykisk ohälsa ställer ofta krav på samarbete mellan ambulans, psykiatri, andra transportresurser i regionens regi, mobila läkarresurser, polis, och räddningstjänst. Även socialtjänst behöver ibland kopplas in. För att olika verksamheter ska kunna samarbeta effektivt och på ett personcentrerat sätt i de ofta dramatiska situationer som föreligger krävs en bra planering av resurser, rutiner och former för samarbete mellan aktörer i larmsystemet.

Några regioner har tagit fram övergripande planer som är gemensamma mellan många aktörer i larmsystemet. I, t ex Skåne⁶ arbetar man sedan flera år med ett regionalt program för prehospital psykiatri där alla vårdaktörer och andra aktörer i larmsystemet finns med. Flera regioner har etablerade samarbeten mellan olika aktörer inom ramen för suicidprevention, men vanligen utan fokus på prehospital akutsjukvård.

I den kartläggning vi gjort genom enkäter till regioner och dialogmöten med olika aktörer har det samtidigt framkommit att det i de flesta regioner saknas övergripande planer för prehospital akutsjukvård vid psykisk ohälsa, både för hur uppdrag, resurser och beredskap ser ut för olika delar av vården och för samarbete med andra aktörer i larmsystemet.

I de ambulansplaner som Socialstyrelsen tagit del av har vi heller inte sett någon särskild planering för den prehospitala akutsjukvården vid psykisk ohälsa.

Med medel från statsbidrag för utveckling av den prehospitala psykiatriska akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa har flera regioner påbörjat utvecklingsarbeten med att kartlägga och beskriva hur olika aktörer arbetar, hur patientens resa genom larm och vård-systemet ser ut vid psykisk ohälsa, och vilka utvecklingsbehov som finns för den prehospitala akutsjukvården vid psykisk ohälsa på övergripande nivå. I några regioner pågår arbeten med att ta fram övergripande vårdprogram för prehospital psykiatri som omfattar olika aktörer inom hälso- och sjukvården och aktörer utanför vården som larmcentraler, polis och räddningstjänst.

En fråga som i flera dialogmöten lyfts som ett hinder för samverkan är sekretessregler som begränsar möjlighet till informationsdelning mellan verksamheter. Flera intressenter lyfter behovet av en översyn av lagstiftningen för att förbättra förutsättningar för samarbete, minska patientsäkerhetsriskerna och ge möjlighet till uppföljning av insatser. SKR har nyligen tagit fram en vägledning för sekretessfrågor⁷ inom prehospital psykiatri utifrån nuvarande lagstiftning.

En aktör som kan vara aktuell i en del larmärenden som rör psykisk ohälsa är socialtjänsten. Det kan t ex visa sig finnas behov av akuta sociala insatser som pengar till mat eller tak över huvudet, eller att barn akut behöver

⁶ <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/psykiatri--prehospitalt-varldprogram.pdf>

⁷ Sekretess inom prehospital akutpsykiatri - en vägledning, Stockholm, SKR 2022

omhändertas i samband med att en förälder blir förd till vård. Socialtjänsten kan också larma 112 i ärenden där man uppmärksammar akut psykisk ohälsa. Socialtjänstens roll och hur samarbete mellan larmsystemet och socialtjänsten ser ut i prehospitala ärenden har inte närmare undersökts i det här uppdraget. Vi konstaterar ändå att det kan ha ett värde att involvera socialtjänsten i den regionala planeringen av rutiner och samordning för hanteringen av larm om allvarliga psykiatriska tillstånd.