

Prehospitalt utvecklingsarbete kring personer med akut psykisk ohälsa i Gävleborgs län

Arbetsrapport från en lärande utvärdering

Kaj Gustafsson och Susanna Mixter

FoU Välfärd

Arbetsrapport 2025:3

Innehåll

Sammanfattning	3
1 Inledning	4
2 Beskrivning av det prehospitala utvecklingsarbetet inom vuxenpsykiatri samt ambulans- och akutsjukvården i Gästrikland	5
2.1 Centrala aktiviteter i utvecklingsarbetet	5
2.2 Utvecklingsarbetets organisering och kontext.....	7
3 Metod	8
3.1 Datasamling och dataanalys.....	9
3.2 Etiska överväganden.....	10
4 Resultat	11
4.1 Statistik avseende det akutpsykiatriska mobila teamet och ambulanssjukvårdens verksamhet	11
Det akutpsykiatriska mobila teamet.....	11
Utveckling av prehospitalt bedömda tillstånd.....	14
Nya rutinen kring läkarstöd inom ambulanssjukvården	15
Journalgranskning avseende patienter i mobila akutteamet.....	16
4.2 Personalenkäter.....	19
Personalenkäter till det akutpsykiatriska mobila teamet.....	19
Personalenkäter till den psykiatriska öppenvården.....	20
Personalenkäter till ambulansen Södra	21
4.3 Resultat från intervjuer och workshops.....	21
Tema 1: Det akutpsykiatriska mobila teamet.....	21
Tema 2: Utbildningsinsatser, bedömningsinstrument och den nya rutinen för läkarstöd till ambulanssjukvården kring patienter med psykisk ohälsa.....	23
Tema 3: Samarbete och kommunikation.....	24
Tema 4: Förutsättningarna inom "ekosystemet" av resurser kring psykisk ohälsa.....	26
Tema 5: Styrning, ledning och organisering av utvecklingsarbetet	26
4.4 Resultat från referensgrupp med brukare.....	28
Upplevd kontinuitet och relationell kvalitet är viktigt.....	28
Upplevelse av att ansvaret läggs för mycket på patienten.....	29
Bättre samarbete och kommunikation mellan olika samhällsresurser	29
Mobila team och alternativa vårdformer i stället för bedömning och vård på sjukhus.....	30
Uppföljning och fortsatt planering efter akuta insatser	31

Psykiatriska akutmottagningen i Gävle.....	32
Mobilisering och tillgängliggörande av resurser i samspel mellan brukarorganisationer och offentliga verksamheter.....	33
Två skisser som referensgruppen arbetade fram.....	33
5 Analys och diskussion	35
5.1 Utvecklingsarbetets kontext och förutsättningar	35
5.2 De centrala aktiviteterna	37
5.3 Måluppfyllelse och resultat.....	39
6 Slutsatser och rekommendationer	40
Referenser	41

Sammanfattning

Sedan 2019 har det initierats en rad nationella initiativ för att förbättra den prehospitäl vård för personer med akut psykisk ohälsa. Prehospital vård innefattar den vård som ges fram tills dess att en person blir inlagd på sjukhus, och ges till exempel av ambulanssjukvård och mobila team. Den här arbetsrapporten beskriver det utvecklingsarbete som pågått under åren 2023 och 2024 i syfte att förbättra den prehospitäl vård inom vuxenpsykiatri i Gästrikland. Målen med utvecklingsarbetet var att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa samt att förbättra personcentrerad vård och samverkan mellan verksamheter. Centrala aktiviteter i utvecklingsarbetet har varit utbildning för ambulans- och akutsjukvårdspersonal gällande omhändertagande vid akut psykisk ohälsa, implementering av ett bedömningsinstrument att använda vid akut psykisk ohälsa inom ambulanssjukvården, utveckling av läkarstöd från vuxenpsykiatri till ambulanssjukvården samt uppstart av ett mobilt akutpsykiatriskt team.

Utvecklingsarbetet har följts genom en lärande utvärdering och data har kontinuerligt samlats in och återkopplats till involverade verksamheter. Data har samlats in genom intervjuer, workshops och enkäter som besvarats av professionella från involverade verksamheter, referensgrupp med brukare, journalgranskning samt inhämtande av statistik.

Resultatet visar att ambulans- och akutsjukvårdspersonal i hela Gävleborg fick utbildning i omhändertagande av personer med akut psykisk ohälsa under 2023. Samtidigt infördes ett bedömningsinstrument vid psykisk ohälsa inom ambulanssjukvården. Personal beskriver att både utbildning och implementering av ett bedömningsinstrument vid akut psykisk ohälsa har bidragit till att kommunikationen mellan ambulanssjukvården och vuxenpsykiatri har förbättrats.

Det akutpsykiatriska mobila teamet, som idag är en del av den ordinarie verksamheten inom vuxenpsykiatri, bemannas av personal från den akutpsykiatriska mottagningen. Teamet har telefonkontakt med och/eller gör hembesök hos personer med akut psykisk ohälsa. Det mobila teamet har sedan starten i oktober 2023 haft kontakt med 885 personer med psykisk ohälsa, varav 330 var unika individer. Majoriteten av dessa personer var kvinnor och de flesta var mellan 20-39 år. Resultatet visar att både personer som varit i kontakt med det akutpsykiatriska mobila teamet och personal uppskattar arbetsformen och möjligheten till omhändertagande i hemmet.

Utmaningar som beskrivs i utvecklingsarbetet är bland annat behov av tydligare riktlinjer kring det mobila teamets verksamhet. Både personal inom det mobila teamet och andra verksamheter, till exempel den psykiatriska öppenvården, upplever att mål och riktlinjer för det mobila teamets verksamhet till viss del har varit otydliga. Det har till exempel inte upplevts tydligt vilken målgrupp det mobila teamet ska arbeta mot och vilka typer av ärenden de kan åta sig.

Sammantaget har utvecklingsarbetet lett till förbättrad kompetens och samverkan mellan ambulans- och akutsjukvården och vuxenpsykiatri. Det finns emellertid fortsatta utvecklingsbehov avseende att tydliggöra mål och riktlinjer för det mobila teamet. Vidare råder fortsatta utvecklingsbehov vad gäller samverkan kring personer med akut psykisk ohälsa.

1 Inledning

Prehospital vård för personer med akut psykisk ohälsa innebär att ge psykiatrisk vård och stöd i hemmet innan en person når sjukhus eller specialistmottagning. Den vård och stöd som ges innebär att bedöma och hantera akuta psykiatriska tillstånd, såsom depression, ångest, psykoser eller suicidalt beteende, samt att stabilisera personen och ge tidiga insatser i hemmet. Prehospital vård för personer med akut psykisk ohälsa ges exempelvis av ambulanspersonal och psykiatriska skötare. Sedan 2019 har det tagits ett antal initiativ i Sverige för att förbättra den prehospitala akutpsykiatriska vården ([Prehospital akutpsykiatri | Uppdrag Psykisk Hälsa](#)). Det har bland annat inneburit särskilt riktade medel genom överenskommelsen psykisk hälsa och suicidprevention mellan Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Socialdepartementet (SKR 2020). Därutöver har Socialstyrelsen utlyst särskilda medel som regioner har kunnat ansöka om sedan 2021 (Socialdepartementet 2020). Som ett resultat av dessa satsningar pågår nationellt ett arbete med att utveckla prehospitala insatser kring personer som är i behov av akut vård för psykisk ohälsa (Uppdrag psykisk hälsa, 2025). Exempel på sådana aktiviteter är införandet av mobila akutpsykiatriska team och specialpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT-team). Medan ett akutpsykiatriskt mobilt team främst ger vård och stöd till personer med akuta psykiska besvär, arbetar ett SPOT-team mer långsiktigt med omvårdnad och förebyggande insatser. Syfte och mål med teamen kan variera, men de vanligaste är att möta patienten i ett tidigt skede och att kunna ge vård och stöd i personens hem och därmed öka personens trygghet.

Satsningar på prehospitala insatser och mobila team är i linje med nationella och regionala riktlinjer kring God och Nära vård. Omställningen till God och Nära vård pågår i hela landet, och handlar om förflyttningar som ska göra välfärdssystemet mer personcentrerat, inkluderande, samordnat och proaktivt (SKR 2024). Även andra pågående och kommande strukturella förändringar i regioner påverkar vårdens organisering, som till exempel de förändringar som föreslås i samsjuklighetsutredningen (SOU 2023:5).

Förvaltningen Forskning och Samhällsmedicin fick hösten 2023 uppdraget att genomföra en lärande utvärdering av ett utvecklingsarbete med fokus på att utveckla prehospitala insatser för personer med akut psykisk ohälsa i Gästrikland. Utvecklingsarbetet har genomförts inom vuxenpsykiatri och ambulans- och akutsjukvården i Gästrikland och arbetet har följts av utredare vid FoU Valfärd och Samhällsmedicin. Brukarinflytandesamordnare vid FoU Valfärd har varit kopplad till utvecklingsarbetet med inriktning att ta tillvara kunskap och erfarenheter från brukare inom området akut psykisk ohälsa. Den här arbetsrapporten redovisar resultatet av den lärande utvärderingen.

2 Beskrivning av det prehospitalla utvecklingsarbetet inom vuxenpsykiatri samt ambulans- och akutsjukvården i Gästrikland

Region Gävleborg har ansökt och beviljats statsbidrag för att genomföra ett utvecklingsarbete av den prehospitalla vården för personer med akut psykisk ohälsa, se tabell 1. Utvecklingsarbetets mål i ansökan var följande:

- Minskad stigmatisering kring psykisk ohälsa i region Gävleborg.
- Ökad grad av personcentrering i den prehospitalla vården.
- Ökat antal mobila akutpsykiatriska kontakter.
- Kortare väg för patient till kontakt med psykiatrisk kompetens.
- Tydligare väg i sjukvården för patienter med akut psykisk ohälsa.
- Fler patienter som efter omhändertagande och bedömning rekommenderas egenvård och inte är i behov av vidare akutsjukvård.
- Färre liv förlorade i suicid.
- Förbättrad kommunikation mellan involverade aktörer såsom vuxenpsykiatri, akutmottagning, ambulanssjukvård, polis, primärvård, kommun.
- Ökad kompetens kring prehospitalla akutpsykiatriska bedömningar och psykiatriska tillstånd, psykisk ohälsa och suicidalitet.

Tabell 1. Beviljade och förbrukade medel av de statsbidrag som Region Gävleborg erhållit.

År	Beviljade medel	Förbrukade medel
2021	1 410 000	372 000
2022	795 300	240 000
2023	1 500 000	1 500 000
2024	2 188 000	Pågående

2.1 Centrala aktiviteter i utvecklingsarbetet

Under utvecklingsarbetet har följande aktiviteter varit centrala inom ambulans- och akutsjukvården samt vuxenpsykiatri.

Utbildningsinsatser och implementering av ett bedömningsinstrument inom ambulans- och akutsjukvård: Personal inom ambulans- och akutsjukvård har genomgått två utbildningar med fokus på psykisk ohälsa. Det första utbildningstillfället som var under 2022 inriktades på psykiatriska diagnoser och bemötande av patienter med psykisk ohälsa.¹ Under våren 2023 genomfördes en andra utbildning för ambulans- och akutpersonal som var inriktat på olika psykiatriska tillstånd samt implementering av ett standardiserat bedömningsinstrument kring graden av psykisk ohälsa, suicidrisk samt beroende- och abstinensproblematik. Syftet med bedömningsinstrumentet är att det ska leda till säkrare och mer enhetliga bedömningar av vårdbehoven hos patienter med psykisk ohälsa. Totalt omfattades 450 medarbetare av dessa utbildningsinsatser i Gävleborgs län (12 ambulansstationer, tre akutmottagningar inom verksamhetsområde

¹ Det saknas uppgifter om vilka verksamheter som omfattades och hur många som deltog i utbildningen.

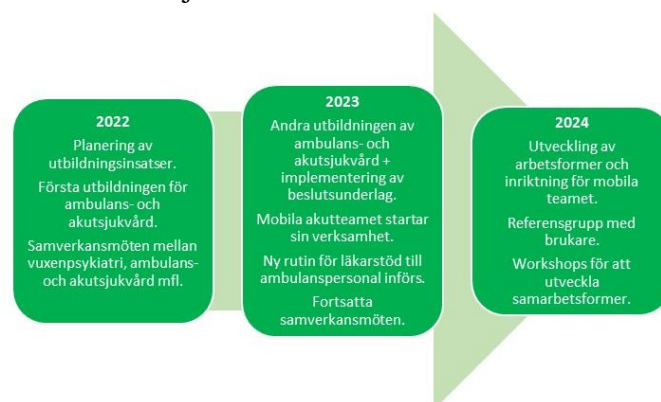
Akut/Ambulans samt akutmottagningen Bollnäs sjukhus). I samband med utbildning och implementering av bedömningsinstrumentet utökades också de så kallade prehospitalt bedömda tillstånd² (PBT) för patienter med psykiatrisk problematik. Före 2023 fanns endast ett PBT inom psykisk ohälsa, som inkluderade all psykisk ohälsa.

Rutin för läkarstöd inom ambulanssjukvården: I oktober 2023 infördes en ny rutin om läkarstöd till ambulanspersonal vid bedömning av personer med psykisk ohälsa. Läkarstödet, som innebär konsultation av psykiatriker, kan kontaktas om ambulanssjuksköterska upplever behov av:

- Stöd angående bedömt tillstånd.
- Ordination utöver de generella direktiven för ambulanssjukvården.
- Stöd i beslut av vårdnivå, exempelvis rekommenderad egen vård, primärvård alternativt behov av akutsjukvård.
- Att diskutera annan medicinsk frågeställning.

Mobilt akutpsykiatriskt team: Sedan oktober 2023 finns ett mobilt akutpsykiatriskt team inom upptagningsområde Gästrikland. Teamet är organiserat under den akutpsykiatriska mottagningen vid Gävle sjukhus. Personal vid den akutpsykiatriska mottagningen arbetar två och två i teamet enligt ett roterande schema. Det mobila teamet utgår ifrån akutpsykiatriska akutmottagningen samtliga veckodagar mellan 15.00 – 23.00. Det mobila teamets verksamhet är inriktad på att ge insatser under några dagar upp till en vecka, men är inte avsett för långvariga insatser. Målgruppen är vuxna personer med akuta psykiatriska besvär och psykiatriska sjukdomstillstånd av allvarlig art. Uppdrag till det mobila teamet initieras via läkare och omvårdnadspersonal inom vuxenpsykiatri och ambulanssjukvården men ibland också från andra enheter inom hälso- och sjukvård eller kommunala verksamheter. Även patienter och anhöriga kan kontakta den psykiatriska akutmottagningen som aktiverar det mobila teamet.

Utveckling av samarbetsformer mellan verksamheter inom och utanför hälso- och sjukvården som möter personer med akut psykisk ohälsa: Det har inom ramen för det prehospitala utvecklingsarbetet kontinuerligt genomförts olika typer av möten och workshops med fokus på samarbete och kommunikation mellan vuxenpsykiatri och ambulans- och akutsjukvården samt externa samarbetspartners. Figuren nedan illustrerar de centrala aktiviteternas tidslinje.



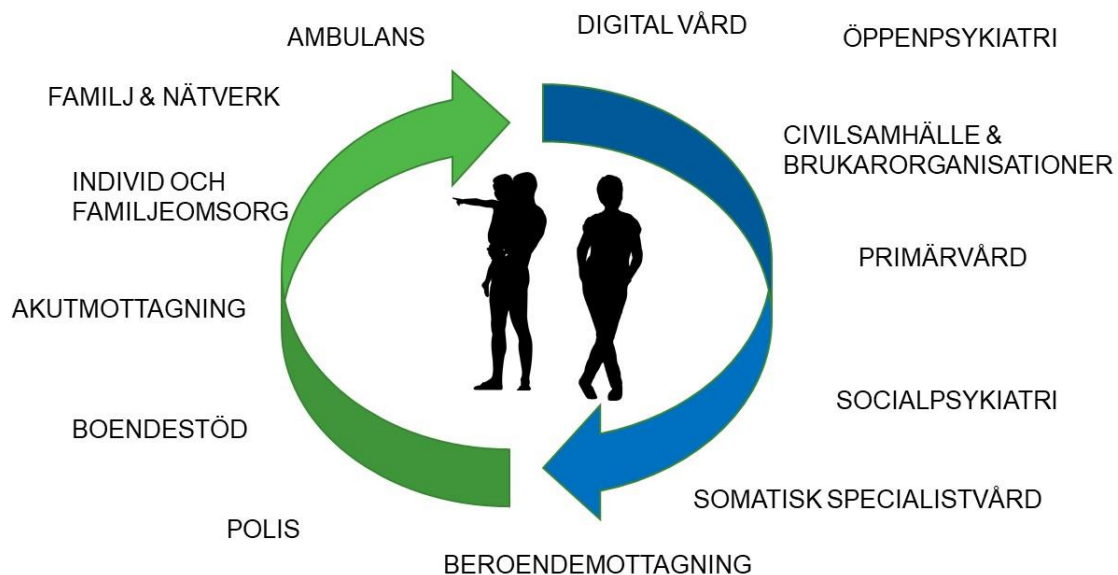
Figur 1. De centrala aktiviteternas tidslinje

² Prehospitalt bedömda tillstånd (PBT) är en arbetsdiagnos som sätts av ambulanssjukvården

2.2 Utvecklingsarbetets organisering och kontext

Utvecklingsarbetet har inte varit organiserat som ett klassiskt projekt enligt modellen *styrgrupp – projektledare – arbetsgrupp*, utan har drivits inom ramen för ordinarie organisation vid vuxenpsykiatri i samverkan med framför allt ambulans- och akutsjukvården. Vad gäller projektledning har ingen särskilt utsedd projektledare funnits, men däremot en processtödjare på 25 procent av en heltid från verksamheten FoU Välfärd.

Den arbetande funktionen i utvecklingsarbetet har i stor utsträckning utgjorts av samverkansmöten mellan vuxenpsykiatri och ambulans- och akutsjukvård samt särskilda workshops med nyckelpersoner från övriga involverade verksamheter såsom primärvård, kommunala verksamheter, polis, SoS-alarm med flera. Figur 2 nedan visar kontexten av verksamheter som kan vara involverade i arbetet med personer som upplever akut psykisk ohälsa.



Figur 2. Utvecklingsarbetets kontext

3 Metod

Vid en lärande utvärdering samlas data in och analyseras löpande under pågående utvecklingsarbete. Tanken med denna metod är att uppnå ett lärande i realtid som kan användas för att styra utvecklingsarbetet mot de uppsatta målen. Utvärderarens roll är att få inblickar i de centrala processerna i kombination med att behålla den distans som krävs för att kunna bidra med reflektioner och analyser. För en närmare beskrivning av lärande utvärdering som metod, se exempelvis Svensson et. al, (2009), Brulin och Svensson, (2011) eller Tillväxtverket, (2011).

Den lärande utvärderingen har bedrivits i nära samspel mellan en utredare från FoU Välfärd med inriktning på datainsamling, bearbetning och analys av kvalitativ data samt en utredare vid Samhällsmedicin med inriktning på att samla in, bearbeta och analysera kvantitativ data. Den lärande utvärderingen har fokuserat på fem centrala områden i enlighet med figur 3 nedan.



Figur 3. Den lärande utvärderingens fokusområden

3.1 Datainsamling och dataanalys

Datainsamling har skett löpande och följande datakällor och analysmetoder har använts³.

1. *Statistik* avseende följande indikatorer samlades in:
 - Antal patienter som fått vård av det mobila teamet.
 - Patientgruppens sammansättning mobila teamet (ålder och kön).
 - Kontaktvägar, besökstyper och planerade insatser för mobila teamet.
 - Utveckling av prehospitalt bedömda tillstånd inom ambulansen.
 - Användning av läkarstöd inom ambulansen.

Statistik för det mobila teamets verksamhet samt prehospitalt bedömda tillstånd hämtades från Cyklop. Statistik kring användning av läkarstöd inom ambulansen erhöles från samordnare vid hälso- och sjukvårdens utvecklingsavdelning.

2. Tre *Personalenkäter* skickades ut via Webropol. En enkät vände sig till personal i det mobila teamet, en till personal inom ambulanssjukvården och en till personal inom öppenvården. I enkäterna ställdes frågor kring följande områden:
 - Upplevd kompetens gällande omhändertagande av patienter med akut psykisk ohälsa
 - Upplevelser av arbetssättet med mobilt team.
 - Upplevelser av det nya bedömningsinstrumentet för patienter med akut psykisk ohälsa (ambulanspersonal).
 - Organisatoriska förutsättningar (till exempel resurser) för att möta patienter med akut psykisk ohälsa.
 - Samsyn kring arbetet med prehospitalla insatser.
 - Samarbete kring arbetet med prehospitalla insatser.
 - Upplevda utvecklingsbehov kring prehospitalla insatser.
3. *Intervjuer* genomfördes med verksamhetsnära chefer och andra nyckelpersoner inom vuxenpsykiatri i Gästrikland. Vidare genomfördes intervjuer med verksamhetsföreträdare för ambulanssjukvården, somatiska akutmottagningen vid Gävle sjukhus samt polis och kommunala verksamheter i Gävle kommun. Intervjuerna var semistrukturerade och dokumenterades med anteckningar. Totalt intervjuades 31 personer.
4. *Referensgrupp med brukare* som bestod av åtta brukare/anhöriga som hade erfarenhet av akut psykiatrisk vård. Referensgruppen träffades vid fyra tillfällen under våren 2024, och vid dessa tillfällen inhämtades brukarnas perspektiv på den prehospitalla vården vid psykisk ohälsa. Brukarnas perspektiv dokumenterades i form av anteckningar samt på blädderblock.
5. Insamling och analys av *skriftligt material* som producerats inom ramen för utvecklingsarbetet.

³ Lärande utvärdering är en processororienterad metod vilket innebär att anpassning av datainsamling och analysområden kan anpassas efter nya behov som uppstår.

6. *Deltagande observation* och analys av information som framkommit vid olika aktiviteter kopplade till utvecklingsarbetet (ex. möten, workshops, analysseminarium och liknande).

Data har samlats och analyserats löpande och i maj 2024 genomfördes ett analysseminarium med återföring och diskussion av resultat. Processtödjare från FoU Välfärd har även bjudit in utvecklingsarbetets intressenter⁴ till workshops med fokus på att diskutera samarbete och kommunikation vid två tillfällen i Gästrikland (september och november 2024) och ett i Hälsingland (september 2024).

3.2 Etiska överväganden

Referensgruppen av brukare har satts samman genom att brukare inom vuxenpsykiatri fått anmäla sitt intresse att medverka till brukarinflytandesamordnare inom vuxenpsykiatri, som gjort ett urval utifrån överväganden kring de enskildas hälsotillstånd. Utgångspunkten har varit att deltagarna ska ha återhämtat sig från akut psykisk ohälsa. Brukarna som medverkat i referensgruppen har gett sitt informerade samtycke till att delta i referensgruppen samt fått läsa och kommentera de texter som skrivits efter varje möte. Strategin vid redovisningen av data som insamlats från referensgruppen samt vid intervjuer av professionella har varit att förhindra att ingen person kan identifieras. Det statistiska underlaget som beskriver det mobila teamets samt ambulansens verksamhet i rapporten är hämtad från Region Gävleborgs beslutsstödsystem Cyklop. Då rapporten är en del i löpande verksamhetsutvärdering har behörig utredare på samhällsmedicin kunnat hämta ut avgränsad statistik från Cyklop. Utredaren har en behörighet i Cyklop som endast tillåter uttag av aggregerad data, där inga enskilda individer går att identifiera. Insamlad data lagras i en mapp märkt med projektets namn, på en dataserver vid Region Gävleborg, med inloggningsuppgifter som endast ansvariga utredare förfogar över.

⁴ Psykiatri, ambulans- och akutsjukvård, primärvård, polis, brukarsamordnare, följeforskare, SOS-alarm och kommunala verksamheter.

4 Resultat

Nedan presenteras resultat med fokus på insamlad statistik. Inledningsvis presenteras statistik från det akutpsykiatriska mobila teamet. Därefter följer statistik från ambulanssjukvården med fokus på patientgruppens olika typer av psykisk ohälsa samt användandet av läkarstöd från vuxenpsykiatrin. Efter redovisning av den deskriptiva statistiken presenteras resultat från tre personalenkäter. Därefter följer ett avsnitt som redovisar resultat från intervjuer med professionella inom involverade verksamheter och ett avsnitt som redovisar resultat från referensgruppen med brukare.

4.1 Statistik avseende det akutpsykiatriska mobila teamet och ambulanssjukvårdens verksamhet

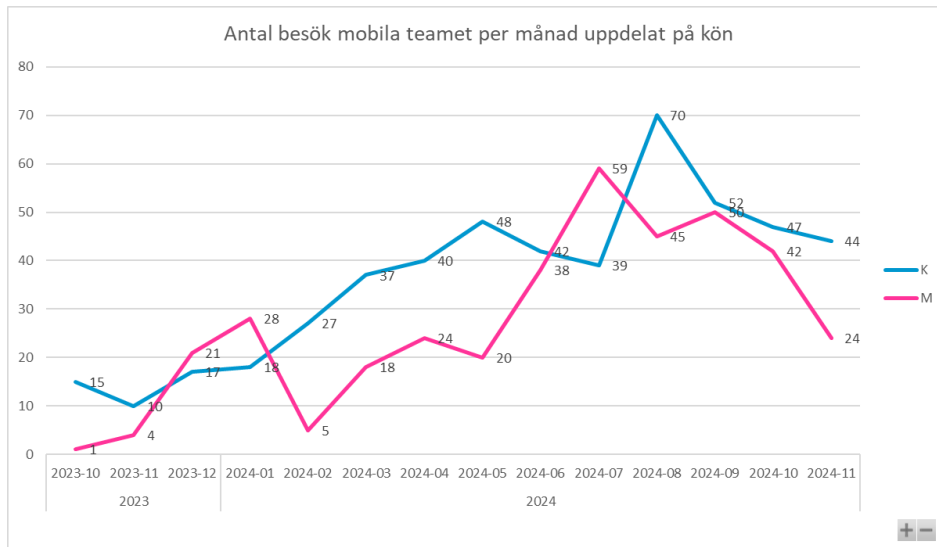
Det akutpsykiatriska mobila teamet

Sedan det akutpsykiatriska mobila teamet startade oktober 2023 har teamet i Gästrikland haft totalt 885 kontakter med 330 unika individer, vilket innebär att varje individ i snitt haft 2,7 kontakter. Lite mer än hälften av besökarna var kvinnor (57 % både under 2023 och 2024, se tabell 2 samt figur 4). Detta gäller såväl antal unika individer som antal besök. Lite mer än hälften av besökarna (54 %) var mellan 20-39 år, medan ungefär 30 % var mellan 40-59 år (se figur 5). En mindre andel av besökarna var 70 år och äldre (ca 17 %) och endast 3 % var 18-19 år.

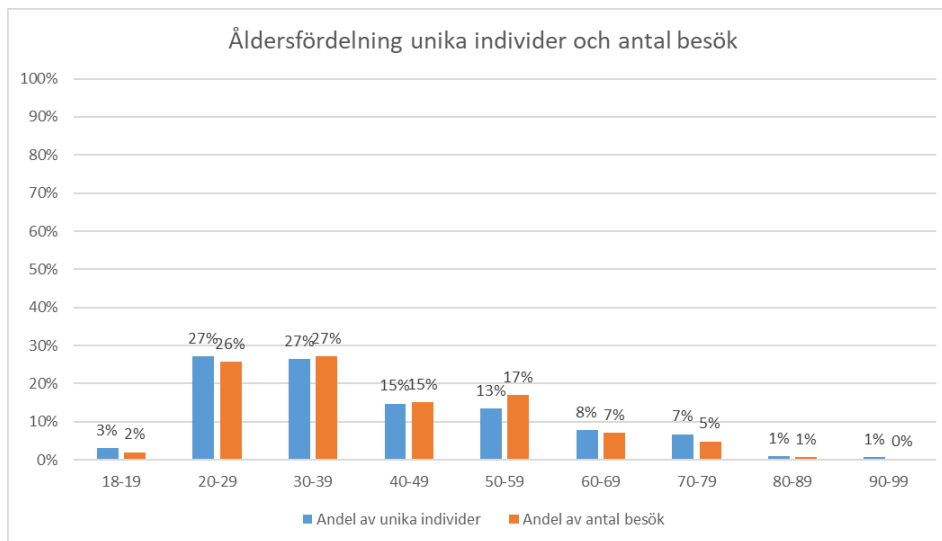
Tabell 2. Antal unika individer och antal besök i det akutpsykiatriska mobila teamet år 2023 och 2024 uppdelat på kön. Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024.

	2023*	2024	Totalt 2023 och 2024
Antal unika individer	40	290	330
Varav kvinnor (antal och %)	26 (65 %)	163 (56 %)	189 (57 %)
Varav män (antal och %)	14 (35 %)	127 (44 %)	141 (43 %)
Antal besök	68	817	885
Varav kvinnor (antal och %)	42 (62 %)	464 (57 %)	506 (57 %)
Varav män (antal och %)	26 (38 %)	353 (43 %)	379 (43 %)

*oktober, november och december 2023.

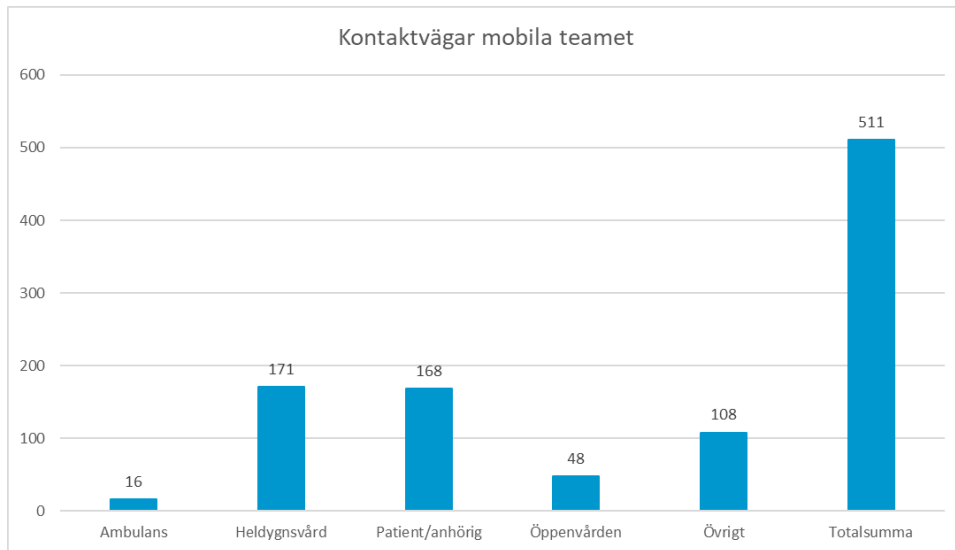


Figur 4. Antal besök mobila teamet. Figuren visar antal besök för det akutpsykiatriska mobila teamet, uppdelat på kvinnor (blå linje) och män (rosa linje), samt för respektive månad. Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024

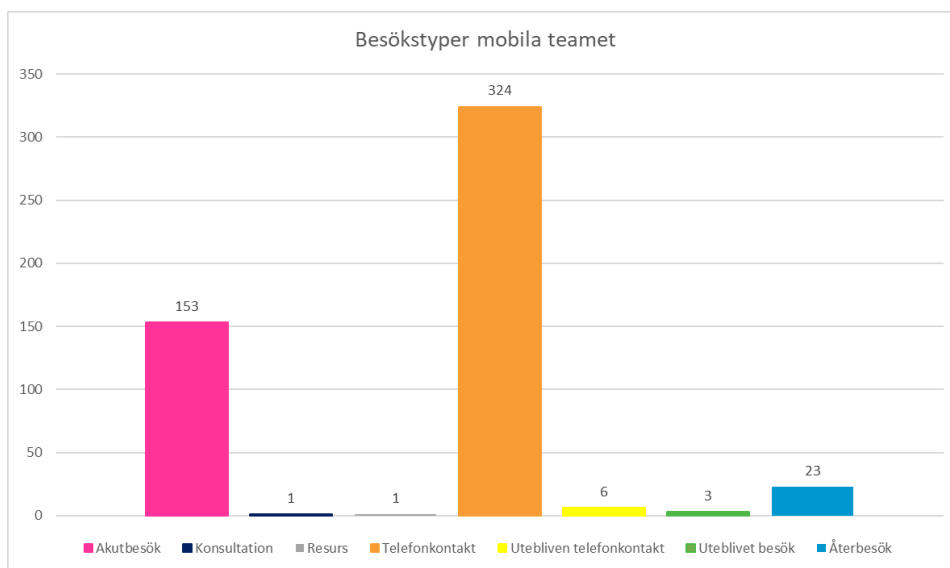


Figur 5. Åldersfördelning för patienter mobila teamet. Figuren visar andel i vardera åldersgruppen uppdelat på unika individer (blåa staplar) och antal besök (orangea staplar). Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024

Det vanligaste sättet att få kontakt med mobila teamet är via uppdrag från heldygnsvården för att följa upp utskrivna patienter och genom att patient/anhörig hör av sig till den akutpsykiatriska mottagningen (se figur 6). Observera att det inte finns möjlighet för patienter eller anhöriga att direkt höra av sig till det mobila teamet. Övriga kontaktvägar, som är registrerade utan närmare specifikation i Cyklop, står för en relativt stor del av totalsumman (108 av 511). Att så många kontaktvägar står som oregistrerade visar betydelsen av korrekt registrering. Den allra vanligaste besökstypen för mobila teamet är telefonkontakter, följt av akutbesök (vanligtvis ett besök i patientens hemmiljö vid akuta larm om psykisk ohälsa) och återbesök (se figur 7). Övriga besökstyper står för en mycket liten del av totalen.

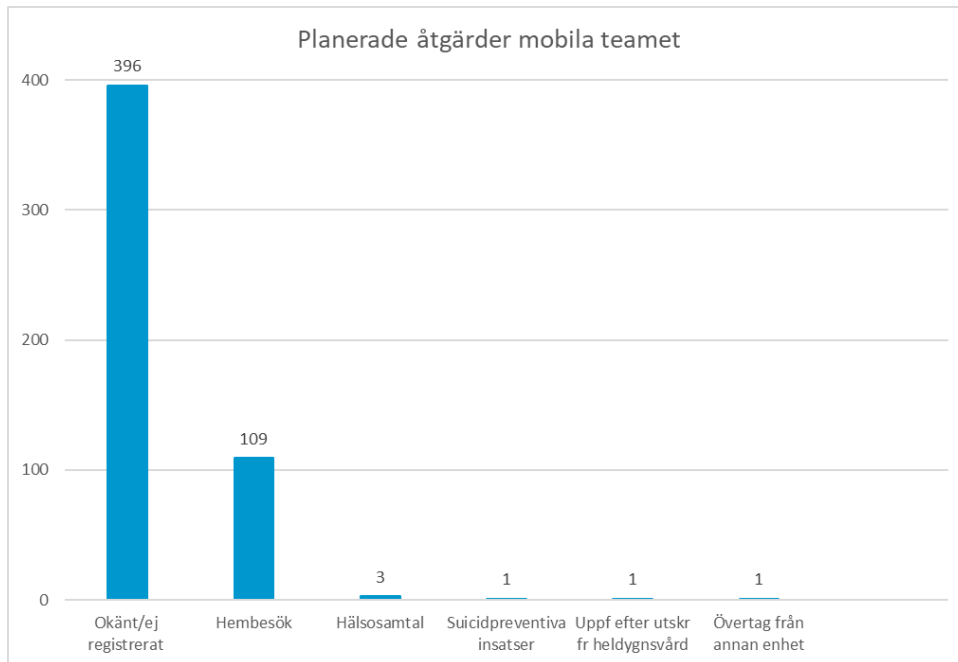


Figur 6. Kontaktvägar mobila teamet. Figuren visar kontaktvägar för det akutpsykiatriska mobila teamet mellan oktober 2023 och november 2024. Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024.



Figur 7. Besökstyper mobila teamet. Figuren visar besökstyper för det akutpsykiatriska mobila teamet mellan oktober 2023 och november 2024. Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024

Figur 8 visar planerade åtgärder för det akutpsykiatriska mobila teamet. Som kan ses i figuren är många åtgärder ej registrerade som någon specifik typ i Cyklop (anges som okänt/ej registrerat i figuren). Enligt verksamheten beror det på att personal inte alltid vet hur de ska registrera, och att många av de poster som ryms i den stapeln är både telefonuppföljningar och andra typer av besök.

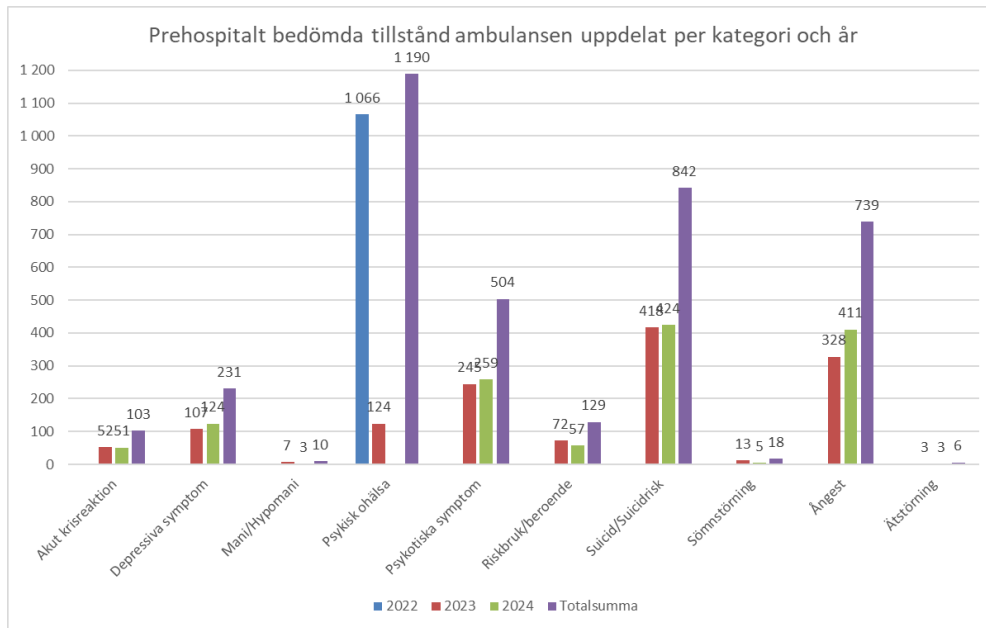


Figur 8. Planerade åtgärder mobila teamet. Figuren visar planerade åtgärder för det akutpsykiatriska mobila teamet mellan oktober 2023 och november 2024. Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024.

Utveckling av prehospitalt bedömda tillstånd

I samband med utbildningsinsatserna för ambulanspersonal och implementeringen av ett nytt bedömningsinstrument för psykisk ohälsa, utökades de så kallade prehospitalt bedömda tillstånden (PBT)⁵. Före februari 2023 fanns endast kategorin ”psykisk ohälsa” för allt som inte bedömdes som somatiska tillstånd. Vi visar därför både 2022 samt delar av 2023 som ett referensunderlag. I figur 9 ses fördelningen av PBT uppdelat per kategori (anges med namn under x-axeln) och år (blå, röda och gröna staplar för 2022, 2023 respektive 2024, samt lila för totalsumma). Det är tydligt att de nya PBT:erna använts i stor utsträckning under större delen av 2023 samt under hela 2024, istället för att enbart använda den gamla kategorin. De vanligaste PBT:erna efter 2022 var suicid/suicidrisk (totalt 842 händelser), följt av ångest (totalt 739 incidenter) och psykiska symptom (504 incidenter).

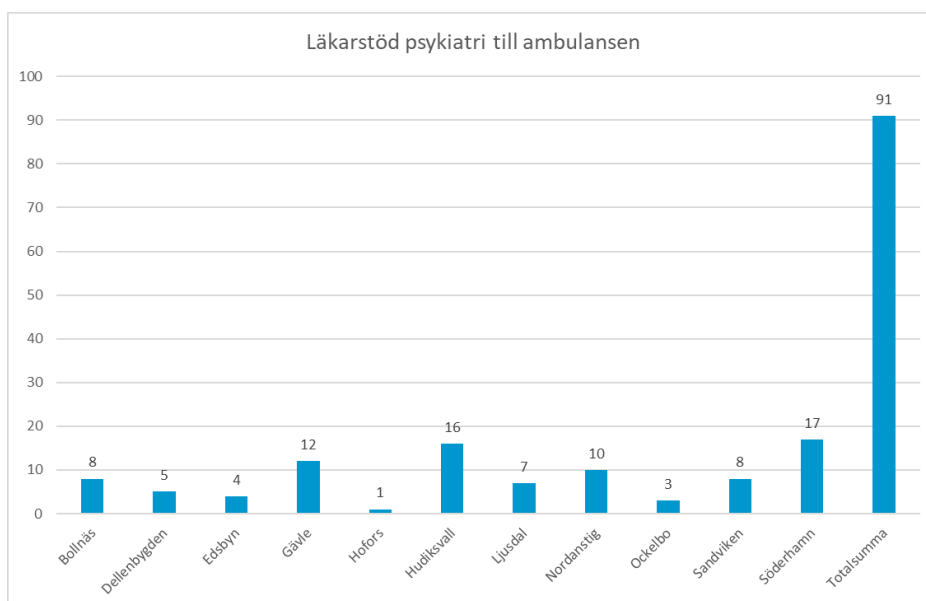
⁵ Prehospitalt bedömda tillstånd är ambulanssjukvårdens arbetsdiagnos. Tillstånd som kan bedömas prehospitalt får en egen rubrik och specifika behandlingsriktlinjer.



Figur 9. Prehospitalt bedömda tillstånd. Figuren visar prehospitalt bedömda tillstånd (PBT) för ambulansen mellan januari 2022 och november 2024. Visas uppdelat per kategori samt år. Under 2022 och fram till februari 2023 fanns endast kategorin "psykisk ohälsa" för det som inte föll under somatisk sjukdom eller skada.

Nya rutinen kring läkarstöd inom ambulanssjukvården

Figur 10 visar hur många gånger ambulansen har använt läkarstödet d.v.s. fått stöd av psykiatriker under pågående ambulansutryckning. Detta var en möjlighet som infördes i samband med utbildningen i omhändertagande av personer med psykisk ohälsa för ambulanspersonal. Observera att detta infördes i hela Gävleborg och inte bara i Gästrikland. Totalt har läkarstöd nyttjats 91 gånger sedan införandet. Antalet per månad verkar inte ha ändrats över tid, utan ligger i medeltal på 7 gånger per månad sedan införandet.



Figur 10. Figuren visar hur många gånger ambulansen fått hjälp av läkarstöd (psykiatri) från november 2023 till november 2024, uppdelat på respektive område. Källa: Cyklop, Region Gävleborg, 2024

Journalgranskning avseende patienter i mobila akutteamet

En vårdutvecklare vid vuxenpsykiatrien hjälpte till med journalgranskningen. Totalt granskades journaler från 20 slumpmässigt utvalda patienter från och med det akutpsykiatriska mobila teamets start. Journalgranskningen gjordes som ett komplement till statistiken från Cyklop. I tabell 3 beskrivs patientgruppens sammansättning. En majoritet av patienterna var kvinnor och de var i genomsnitt 46 år, vilket är liknande patientsammansättning som framkommit i den deskriptiva statistiken av alla patienter i det mobila teamet. Endast en liten del av patienterna hade intoxikation (akut förgiftning) vid omhändertagande (2 av 20) och lika få hade en beroendediagnos. Knappt hälften (45 %) hade en samtidig somatisk diagnos. De flesta var ensamboende (ca 75 %).

Tabell 3. Patientgruppens sammansättning. Tabellen visar patientsammansättning för 20 stycken slumpmässigt utvalda patienter från det akutpsykiatriska mobila teamet.

	Medel/Antal (%)	Eventuell anmärkning
Medelålder	46	
Kön		
<i>Antal män</i>	6 (30 %)	
<i>Antal kvinnor</i>	14 (70 %)	
Kontaktvägar		
<i>Polis</i>	0 (0 %)	
<i>Ambulans</i>	2 (10 %)	
<i>Psykiatrisk akutmottagning</i>	8 (40 %)	
<i>Öppenvård</i>	1 (5 %)	Ej specificerat
<i>Heldygnsvård</i>	3 (15 %)	
<i>Patient/anhörig</i>	4 (20 %)	
<i>Övrig</i>	2 (10 %)	Boendepersonal i båda fallen
Intoxikation (akut förgiftning) vid omhändertagande		
<i>Ja</i>	2 (10 %)	
<i>Nej</i>	18 (90 %)	
Beroendediagnos		
<i>Ja</i>	2 (10 %)	
<i>Nej</i>	18 (90 %)	
Samtidiga somatiska diagnoser		
<i>Ja</i>	9 (45 %)	
<i>Nej</i>	11 (55 %)	
Genomsnittligt antal år sedan första kontakt med psykiatri	10	1 patient har ingen tidigare kontakt
Aktuella inom specialistpsykiatri		
<i>Ja</i>	10 (50 %)	
<i>Nej</i>	10 (50 %)	
Boendesituation		
<i>Eget boende, ensam</i>	14 (70 %)	
<i>Eget boende, familj</i>	4 (20 %)	
<i>Särskilt boende</i>	1 (5 %)	
<i>Bostadslös</i>	1 (5 %)	
Sysselsättning		
<i>Arbetar</i>	4 (20 %)	
<i>Studerande</i>	1 (5 %)	
<i>Arbetslös</i>	1 (5 %)	
<i>Sjukskriven/sjukersättning</i>	8 (40 %)	
<i>Pensionär</i>	4 (20 %)	
<i>Aktivitetsersättning</i>	1 (5 %)	
<i>Ingen sysselsättning</i>	1 (5 %)	
Kringkontakter		Många har flera kontakter
<i>Socialtjänst</i>	3 (15 %)	
<i>Boendestöd</i>	5 (25 %)	
<i>HC</i>	8 (40 %)	
<i>Hemtjänst</i>	3 (15 %)	
<i>Annat</i>	4 (20 %)	
<i>Inga kringkontakter</i>	4 (20 %)	

I tabell 4 beskrivs åtgärder, planerade insatser och huruvida vårdplaner har följts och upprättats. I de allra flesta fall (16/20) fanns det en planerad insats efter en kontakt med mobila teamet. De vanligaste insatserna var uppföljning i öppenvård, följt av akutpsykiatrisk mottagning och uppföljning av mobila teamet. Vissa svårigheter uppkom med att se om vårdplan har upprättats och om den har följts, då det för många inte var aktuellt med vårdplan, alternativt att det inte fanns någon information i journalen om det.

Tabell 4. Åtgärder och vårdplaner. Tabellen visar planerade insatser samt vårdplaner för 20 stycken slumpmässigt utvalda patienter från det akutpsykiatriska mobila teamet.

Antal	
Planerad insats efter kontakt med mobila teamet	
<i>Läkarbedömning</i>	2 (10 %)
<i>Tas med till akutpsykiatriska mottagningen</i>	3 (15 %)
<i>Uppföljning/hänvisning till primärvård</i>	1 (5 %)
<i>Uppföljning i öppenvård</i>	5 (25 %)
<i>Uppföljning av mobila teamet</i>	3 (15 %)
<i>Inläggning</i>	1 (5 %)
<i>Annat</i>	1 (5 %)
<i>Ingen planerad uppföljning</i>	4 (20 %)
Aktuell vårdplan – upprättats eller reviderats senaste året	
<i>Ja</i>	6 (30 %)
<i>Nej</i>	3 (15 %)
<i>Ej aktuellt/ingen information</i>	11 (55 %)
Har tidigare vårdplan följts	
<i>Ja</i>	7 (35 %)
<i>Nej</i>	0
<i>Delvis</i>	0
<i>Ej aktuellt/ingen information</i>	11 (55 %)

4.2 Personalenkäter

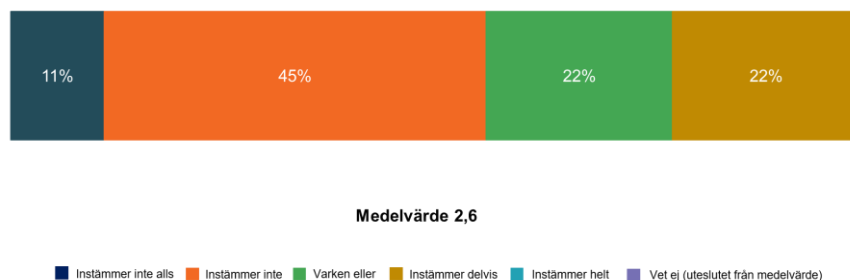
Antalet respondenter och svarsfrekvens ses i tabell 5. Då svarsfrekvensen för enkäten till ambulanspersonal var låg (26 %) beslutades att inte redovisa svaren på skalfrågorna. Vi redovisar dock ambulansens svar på fritextfrågorna.

Tabell 5. Antal respondenter och svarsfrekvens personalenkäter.

Verksamhet	Antal respondenter	Svarsfrekvens
Ambulansen Södra	58	28 %
Mobila teamet	13	70 %
Psykiatrisk öppenvård	111	47 %

Personalenkäter till det akutpsykiatriska mobila teamet

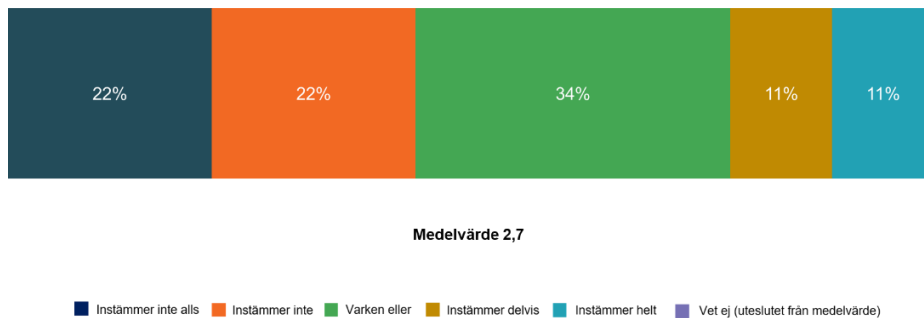
En majoritet av svarande (56 procent) i personalenkäten för det mobila teamet instämmer inte eller instämmer inte alls i påståendet att målen och riktlinjerna för arbetet i teamet är tydliga och klara (se figur 11). Det återspeglas även i fritextsvaren, där några av svaren handlar om att det finns en oklarhet i vad det mobila teamet får och inte får göra, och vilken målgrupp det mobila teamet ska ha. Det finns en osäkerhet kring vissa åtgärder som till exempel tvångsåtgärder. Många uttryckte också på olika sätt att det behövs en tydligare struktur kring personal och säkerhet. Arbetssättet bör vara likvärdigt oavsett vem som arbetar. Av vissa beskrivs det också som att det fanns ett bra ”tänk” från början kring arbetssättet som man sedan släppt.



Figur 11. Andel av svarande i personalenkät för det mobila teamet som håller med om påståendet; "Målen och riktlinjerna för arbetet i teamet är tydliga och klara".

I figur 12 ses fördelningen av svar från personal i det mobila teamet avseende påståendet; "Det finns en stor samsyn och uppslutning bakom införandet av teamet i Gästrikland". Medan 44 procent inte instämmer eller inte instämmer alls, är det 34 procent som varken är positivt eller negativt inställda till påståendet, och 22 procent anger att de instämmer delvis eller helt.

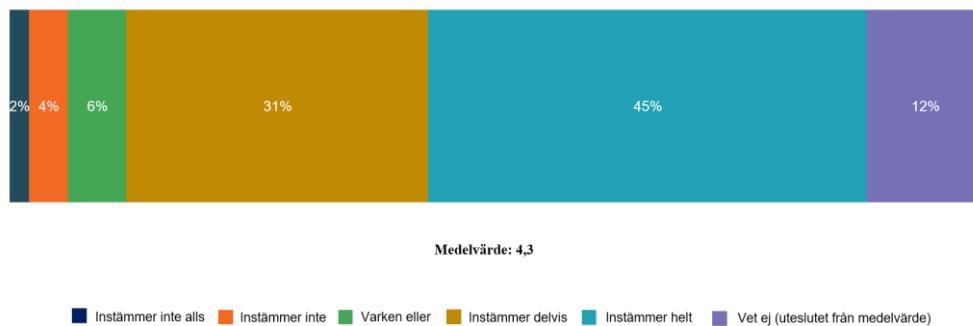
Avseende skalfrågorna om samverkan med andra verksamheter så skiftar svaren beroende på vilken verksamhet som avses. I allmänhet så finns det en stor spridning i svaren, där vissa instämmer och andra inte instämmer i påståendet om att samverkan fungerar. Generellt sett tycker en större andel av personalen i det mobila teamet att samverkan med den somatiska akutmottagningen fungerar sämre än samverkan med andra verksamheter (56 procent instämmer inte i påståendet att samverkan fungerar bra).



Figur 12. Andel av svarande i personalenkät för det mobila teamet som håller med om påståendet; "Det finns en stor samsyn och uppslutning bakom införandet av teamet i Gästrikland".

Personalenkäter till den psykiatriska öppenvården

De allra flesta (98 procent) som svarade på personalenkäten för öppenvården anger att de sedan tidigare haft kännedom om att ett mobilt team startats i Gästrikland. 37 procent av de svarande uppger att de varit i kontakt med det mobila teamet i sitt arbete. Vidare anser en klar majoritet (76 procent) av de svarande att de delvis eller helt håller med om påståendet att "införandet av det mobila teamet innebär en positiv förändring och ett nytt sätt att tänka inom psykiatrin" (se figur 13).



Figur 13. Andel av svarande i personalenkät för öppenvården inom psykiatrin som håller med om påståendet; "införandet av det mobila teamet innebär en positiv förändring och ett nytt sätt att tänka inom psykiatrin".

Personalen inom öppenvården fick svara på frågan: "Vad i det mobila teamets arbetssätt anser du skulle behöva förbättras?". Många av svaren berörde kommunikation och samverkan med andra verksamheter. De tyckte bland annat att det mobila teamet behöver ha bättre synlighet för andra verksamheter, och att i den utsträckning det går, väga in information som det mobila teamet fått av andra verksamheter i större utsträckning. En annan aspekt på samverkan som framkom var att man behöver se vad man tillsammans kan göra för att förbättra för patienterna. Om till exempel patienten tidigare har varit i kontakt med öppenvården, så finns oftast en vårdplan sedan tidigare som bör följas.

Personalenkäter till ambulansen Södra

Då svarsfrekvensen för personalenkäten riktad till ambulansen Södra var låg, så redovisas endast ett urval av fritextsvar. Några av svaren berörde kompetens och resurser i omhändertagandet. Körningar med patienter som har psykisk ohälsa tar längre tid än vanliga körningar. Det upplevs av många som att patienterna bollas runt i systemet, där samma patienter ibland kan återkomma flera gånger under samma arbetspass. En åsikt som också framfördes var att mobila teamet borde ha utökad tillgänglighet, och att SOS ska kunna ta direktkontakt med teamet. Överlag finns en uppfattning att vårdkedjan behöver förstärkas och bli mer sammanhållen, och det gäller även efter att ambulansen lämnat över patienterna. Som ett exempel nämns att personer med till exempel panikångest inte klarar av att sitta i ett öppet väntrum.

4.3 Resultat från intervjuer och workshops

I det här avsnittet redovisas vad som framkom under intervjuer och workshops med professionella från de involverade verksamheterna. Redovisningen görs utifrån fem centrala teman som framträder i materialet.

Tema 1: Det akutpsykiatriska mobila teamet

Företrädare för det akutpsykiatriska mobila teamet beskriver att de patienter de träffat uppskattar den mobila och flexibla arbetsformen. Förutom uppsökande verksamhet och hembesök har telefonkontakter kommit att bli ett viktigt inslag i verksamheten. En informant säger: *Det är mycket bedömningar på telefon och telefonuppföljningar har varit otroligt uppskattade av patienterna...de har uttryckt tacksamhet över att någon bryr sig.* Den sammantagna upplevelsen som informanterna i teamet förmedlar är att de samarbetspartners som de varit i kontakt med, exempelvis ambulans- och akutsjukvård, polis och kommunala verksamheter, är mycket positiva till den nya arbetsformen.

Under intervjuerna med företrädare för det akutpsykiatriska mobila teamet diskuterades vilka patienter verksamheten kommer i kontakt med. Merparten av patienterna är tidigare kända inom specialistpsykiatri. Patienter som tidigare är okända inom specialistpsykiatri utgörs oftast av anhöriga som upplever en krisreaktion efter närståendes suicid eller individer som varit på besök vid psykiatriska akutmottagningen. Depression, ångest, suicidrisk, kris, relationsproblem är vanligt förekommande problematik bland patienterna. Psykosproblematik är däremot sällan förekommande. Samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk/beroende uppskattas gälla hälften av patienterna. Informanter i teamet uppskattar att ca 80 procent av insatserna är kopplade till någon form av suicidprevention. *Det är den gemensamma nämnaren för alla patienter,* säger en av dem.

Informanterna i mobila teamet har erfarenheten att det oftast är lite att göra efter midnatt. De tycker därför inte att det finns behov av att arbeta natttid. Däremot upplevs det vara värdefullt att börja passet innan kl. 16 så att det ger större överlappning med dagverksamheterna, exempelvis öppenspsykiatri.

Informanterna berättar att det diskuterats mycket kring vilken målgrupp teamet ska arbeta med och vilka avgränsningar som ska göras. Då mobila teamet bemannas enligt ett roterande schema av personalen (ca 12 personer) vid den psykiatriska akutmottagningen blir det ännu viktigare att tydliggöra och enas kring hur teamet ska arbeta, beskriver informanterna. Det har också arbetats fram en uppdragsblankett som ska användas vid

uppdrag till teamet med anledning av att det inkommit otydliga uppdrag. Uppdragsblanketten innehåller bakgrundsinformation, syftet med uppdraget och vad teamet ska göra om de inte får kontakt med patienten (jfr suicidrisk). En av informanterna uttrycker: *Vi vill kunna jobba på ett säkert sätt. Om vi inte tidigare träffat patienten är det svårt att bedöma då måste den som känner patienten komma med information.*

Informanterna vid den **psykiatriska öppenvården i Gästrikland** säger sammantaget att samarbetet med mobila teamet upplevs fungera väl och är uppskattat. De berättar också att teamet gått in som en resurs vid efterlevandestöd. Öppenvården vill samarbeta mer med mobila teamet – haka i och vara kvickare efter att teamet gjort en insats.

När det gäller teamets arbetstider anser alla de intervjuade inom öppenvården att verksamheten borde börja tidigare på dagen för att lappa över mer tid med de dagbaserade verksamheterna.

Flera av informanterna vid öppenvården resonerar i termer av att mobila teamet kan vara en ingång för människor till specialistpsykiatri. En av informanterna uttrycker: *Vissa som inte är utredda kommer ofta till psykakuten. De behöver göras en anamnes... Mobila teamet kan utgöra en första ingång i psykiatri som kan leda till tidig upptäckt och tidiga insatser.*

Det diskuteras även kring mobila teamets funktion som en länk mellan olika verksamheter. Nedan följer två utsagor med detta fokus:

Avståndet mellan kommunens socialpsykiatri och regionens psykiatri är för lång ...mobila teamet kan fylla ut det avståndet.

Kommunala verksamheter har behov att konsultera psykiatri... där har teamet också en viktig funktion.

Under intervjun med informanterna från öppenvården diskuteras att mobila teamet, som är en ny typ av verksamhet, kan komma att upptäcka utvecklingsbehov, organisatoriska mellanrum samt avsaknad av samspel och överbyggningar mellan verksamheter. En av informanterna uttrycker på detta tema: *Mobila teamet kan inte vara lösningen på alla samhällets brister... men kan se bristerna, sätta ljuset på dem.*

Personalen som intervjuats inom **ambulanssjukvården** förmedlar en mycket positiv upplevelse av mobila teamets verksamhet. Ambulanspersonalen tänker sig att mobila teamets målgrupp utgörs av de patienter som inte har ”solklart” behov av att komma till psykiatrisk akutmottagning i Gävle eller den somatiska akutmottagningen. Informanterna beskriver att patientgruppen med psykisk ohälsa kan vara mycket tidskrävande och inte sällan i behov av samtal och mellanmänskligt stöd. Informanterna beskriver att de har förväntningar på att mobila teamet ska kunna frigöra tid för ambulansen genom att komma ut och ta över samtalet med patienter med psykisk ohälsa. Flera av informanterna ställer frågan om mobila teamet kan ta över ansvaret från ambulansen så att de kan lämna och inte behöva vänta in olika typer av insatser, exempelvis LPT-bedömning. Ytterligare en fråga som diskuteras är om teamet kan svara för transporter av patienter? En av informanterna beskriver att hen inte kan se någon skillnad på ambulansen och teamet när det gäller befogenheter vid transporter.

I fråga om upplevda utvecklingsbehov framför informanterna vid ambulansen behovet av att tydliggöra mobila teamets roll och ansvarsområden. Ett par av informanterna föreslår också att SOS-alarm direkt ska kunna larma ut mobila teamet till patienter om denna insats bedöms vara rätt utifrån behovsbilden.

Intervjuerna med företrädare för **kommunala verksamheter** ger bilden av att mobila teamet ännu är en relativt okänd verksamhet. Informanterna tror dock, utifrån en beskrivning av verksamheten, att mobila teamet kan få en viktig funktion genom att synliggöra behovet av psykiatriska insatser för brukare som inte är aktuella inom specialistpsykiatrin. Informanterna vid boendestöd hoppas att mobila teamet kan underlätta i situationer när personalen får åka in till psykakuten och vänta flera timmar tillsammans med en brukare.

De intervjuade vid **somatiska akuten, Gävle sjukhus**, upplever att de inte riktigt vet hur och när mobila teamet arbetar. De beskriver att det uppstått oklarheter då teamet tidigare startade sedan upphörde och startade igen. De insatser som gjorts av mobila teamet på akuten uppskattas emellertid mycket. En av informanterna säger: *Mobila teamet gav patienten den tid jag själv skulle ha vilja gett... Teamet kan lägga ned det arbete som krävs när motivationsfönstret är öppet... Insatser från mobila teamet kan frigöra tid och en säng på akuten till andra patienter som är i stort behov av somatiska insatser.*

Informanterna vid **polisen i Gävle** uttrycker att de inte riktigt vet vad de kan förvänta sig av det mobila teamet, vad de kan hjälpa till med. De efterfrågar därför mer information och samarbete. Informanterna upplever det som en positiv och angelägen utveckling att det inrättats ett mobilt team inom vuxenpsykiatrin. En av de intervjuade säger: *Mobila teamet kan hjälpa till med icke akuta ärenden (jfr transporter) där det inte är frågan om risk för våld eller behov av polisens våldsmonopol.* De intervjuade poliserna hoppas att mobila teamet ska kunna fylla upp tomrummen för de som hamnar mellan stolarna.

Tema 2: Utbildningsinsatser, bedömningsinstrument och den nya rutinen för läkarstöd till ambulanssjukvården kring patienter med psykisk ohälsa

Intervjuerna med **personal inom ambulanssjukvården** södra ger en entydig bild av att utbildningen i psykisk ohälsa och det nya bedömningsinstrumentet var uppskattade aktiviteter som kommit till nytta. De utvärderingar via enkät som genomfördes i samband med utbildningstillfällena visar också genomgående positiva resultat. Flera informanter beskriver att personalen inom ambulanssjukvården har relativt skiftande kunskapsnivå kring psykisk ohälsa och skadligt bruk/beroende som ett resultat av vad de tidigare arbetat med.

Den centrala upplevelsen bland informanterna är att utbildningen och bedömningsinstrumentet har bidragit till att de pratar samma språk inom ambulanssjukvården i kontakten med vuxenpsykiatrin. *Vi kan förstå varandra på ett bättre plan*, som en av informanterna uttrycker det. En annan informant säger: *Det är bra med gemensamma nyckelord...ambulanspersonalen uttryckte sig annorlunda kring psykisk ohälsa tidigare. Mallen tvingar oss att gå in på ett djupare plan...det beror inte längre på person hur vi frågar.*

Den intervjuade ambulanspersonalen diskuterar även i termer av att det tidigare i viss utsträckning fanns en uppfattning att patienter med renodlad psykisk ohälsa inte hörde till

ambulansens patientgrupp. Efter utbildningsinsatsen och tack vare bedömningsinstrumentet har attityderna till psykisk ohälsa emellertid förändrats bland personalen. Nu betraktas allvarlig psykisk ohälsa i större utsträckning som ett kritiskt och potentiellt livshotande tillstånd. En av informanterna säger: *Vi hade inget triageverktyg för psykisk ohälsa. Nu kan vi bedöma ångest, psykos, suicid och beroende. Det blir en mer värdig bedömning av patienternas psykiska ohälsa och förutsättningarna ökar för att de ska få rätt vård.* Informanterna inom ambulanssjukvården diskuterar även att de tidigare införde personer till den psykiatriska akutmottagningen som ofta fick vänta länge på bedömning för att sedan gå hem. Nu upplevs det lättare att göra bedömningar kring vilka patienter som behöver vård på sjukhus för den psykiska ohälsan.

När det gäller den nya rutinen avseende läkarstöd till ambulanspersonal vid bedömning av patienter med psykisk ohälsa uttrycker de intervjuade unisont en positiv inställning. Vid intervjutillfällena hade de aktuella informanterna bara enstaka erfarenhet av att använda läkarstödet. Det framförs resonemang från några av informanterna som tyder på att möjligheten till läkarstöd eller att kontakta den psykiatriska akutmottagningen löper som parallella möjligheter beroende på situation. En av informanterna säger på detta tema: *Om patienten har psykiatrikontakt sedan tidigare väljer jag att vända mig till psykakuten. I fall patienten är okänd och svårbedömd tänker jag att läkarstödet är lämpligare.*

I fråga om hur ofta bedömningsinstrumentet används säger en av informanterna: *Alla använder inte underlaget till 100 procent....det är bra att använda om vi ska ringa teamet eller läkarstöd.*

De intervjuade inom den somatiska akutmottagningen, Gävle sjukhus, instämmer i uppfattningen att det var en bra och uppskattad utbildning. All omvårdnadspersonal vid akuten deltog. Noteras kan att det inte finns några läkare anställda på akuten utan de hämtas från aktuell klinik, exempelvis. kirurgi, ortopedi, barn osv. utifrån behov. I fråga om bedömningsinstrumentet beskriver informanterna vid somatiska akutmottagningen att användningen är kopplad till person snarare än implementerad systematiskt. Informanternas upplevelse är att ambulanssjukvården använder instrumentet mer. *Vi är bortskämda att ha psyk så nära,* säger en av informanterna som orsak till att bedömningsinstrumentet inte används regelmässigt.

Tema 3: Samarbete och kommunikation

Inledningsvis kan konstateras att det under intervjuer och workshops framträder en uppfattning från flera verksamheter att samarbetet förbättrats under senare år mellan vuxenpsykiatri och framför allt ambulansen, polisen samt socialtjänsten. Ett tydligt mönster som växer fram under intervjuerna är emellertid att det i stor utsträckning ännu finns behov av att öka kunskapen om de involverade verksamheternas uppdrag och arbetssätt som grund för utveckling av samarbetsformer. Exempel på det här är att det mobila akutpsykiatriska teamets verksamhet, dess utformning och vilka insatser verksamheten kan utföra, ännu inte är särskilt känd bland potentiella samarbetspartners. Det framkommer också att personal inom vuxenpsykiatri, ambulanssjukvården och andra verksamheter inom hälso- och sjukvård inte sällan saknar kunskap om vilka resurser som finns för människor inom ramen för kommunala verksamheter, exempelvis socialpsykiatri, boendestöd och socialtjänsten. Ambulanspersonalen som intervjuats beskriver exempelvis unisont behovet att få mer kunskap om vilka resurser som finns kring skadligt bruk och beroende, både inom regionens verksamhet och inom de

kommunala resurserna. *Det finns en kunskapslucka inom ambulanssjukvården kring skadligt bruk och beroende... hur fungerar beroendevården?* frågar sig en av de intervjuade.

Ett utvecklingsområde som framträder både under intervjuer och workshops är samarbetet mellan kommunala verksamheter, framför allt boendestöd, och den psykiatriska slutenvården i Gävle. Det som diskuteras är bristande information vid in- och utskrivning samt permission. Det efterfrågas även gemensam vårdplanering i större utsträckning. De intervjuade vid vuxengruppen i Gävle kommun efterfrågar ett generellt sett större samspel med vuxenpsykiatrien kring klienter som har samsjuklighet med psykiatriska tillstånd eller behöver utredas avseende förekomst av sådan problematik. De menar att det i större utsträckning borde gå att ordna samtidiga insatser för skadligt bruk/beroende och den psykiska ohälsan trots att den enskilde inte kan uppvisa drogfrihet.

Smidigare kontaktvägar till varandras verksamheter är något som efterfrågas under såväl intervjuer som workshops. *Mycket resurser läggs på att jaga personal inom olika verksamheter. Det vore bättre att koppla ihop resurserna från början,* uttryckte en deltagare under en workshop. Många av de intervjuade resonerar kring behovet av att förbättra både tillgängligheten inom och kontaktvägarna mellan olika verksamheter som möter människor med olika behov kopplade till akut psykisk ohälsa. *Vi vill jobba mer hand i hand med psykiatrien – som i ett team. Nu jobbar vi var och en för sig,* uttrycker en informant från boendestödsverksamheten i Gävle. Andra informanter från socialpsykiatrien beskriver att det sker en del samarbete med öppenpsykiatrien som fungerar väl men att det är personberoende snarare än att det finns en inarbetad struktur att falla tillbaka på. Det kan också ofta vara oklart om det finns en fast vårdkontakt och i så fall vem som är det. En av informanterna säger: *Vi är lite lost utan samarbete med VUP. Vi får ligga på när det inte finns någon kontakt.*

Ett utvecklingsområde som diskuterats både under intervjuerna med företrädare för de flesta verksamheter samt kommit upp vid workshops, är informationsöverlämnande kring en patient mellan olika offentliga verksamheter. En deltagare från psykiatrien säger under en workshop: *Vi använder patienten som budbärare. Den professionella bedömningen ska föras över av de professionella till nästa instans. Patienten förstår inte nyckelorden. Det är vårt jobb att lotsa patienten. Det ska vara en sömlös övergång mellan olika resurser. Patienten ska inte behöva träffa nya personer hela tiden och dra sin berättelse.* I det här sammanhanget har remissförfarande diskuterats vid flera workshops. En ofta framförd synpunkt är att remisskrivande inte sällan förbrukar resurser och tid utan mervärde för patienten. Det diskuteras som alternativ till remisser att i stället träffas och diskutera patientens behov i något lämpligt forum, exempelvis digitalt. Ett förslag som diskuteras är att i form av ett pilotprojekt testa denna modell kring en specifik målgrupp patienter och sedan utvärdera resultatet.

Flera intervjuade inom ambulanssjukvården beskriver att det finns en form för rapportering och samarbete mellan ambulans och primärvården som kallas samverkansbrevlåda. Genom detta system kan ambulanspersonalen skicka information om de insatser de utfört eller bedömningar av fortsatta vårdbehov som går direkt till patientens hälsocentral. Informanterna tror att det förutom informationssamspillet kan innebära en trygghet för patienterna att bli synliggjorda. En av de intervjuade ambulanssjuksköterskorna säger: *När det gäller primärvården kan vi hjälpa till åt ena hållet. Något liknande system finns inte inom psykiatrien och beroendevården.*

I fråga om kunskaper kring brukarorganisationernas verksamheter inom de offentliga resurserna tyder intervjuerna på att det råder behov av att öka denna. Det omvända gäller för brukarorganisationerna, dvs. det finns behov av att öka kunskaperna om de offentliga resurserna.

Tema 4: Förutsättningarna inom "ekosystemet" av resurser kring psykisk ohälsa

En återkommande framförd upplevelse bland de intervjuade från flera verksamheter, exempelvis, psykiatri, ambulanssjukvård och kommunala verksamheter, är att tillgången på resurser påtagligt påverkar förutsättningarna för samarbete och utvecklingsarbetet kring psykisk ohälsa i stort. Under genomförda workshops har begreppet *ekosystem* kommit att användas alltmer för att beteckna systemet av samhällets resurser kring brukarnas behov. Begreppet inrymmer en tankemässig parallell till ekologiska system i naturen där olika organismer har en funktion för att samspelet ska fungera. Bilden som växer fram under intervjuerna är en upplevelse av att ekosystemet kring psykisk hälsa i många avseenden inte upplevs vara i balans. Ofta förekommande uppfattningar är att det råder en obalans mellan specialistvården och första linjens psykiatri inom primärvården. En informant från specialistvården resonerar på följande sätt: *Ekosystemet fungerar inte pga. långa ledtider till specialistpsykiatri samt även första linjens psykiatri.* Informanten uttrycker: *När "ekosystemet" inte fungerar och fångar upp patienter med behov kommer de in akut med tablettintoxikation.*

Under intervjuer med personalen vid den somatiska akutmottagningen i Gävle framförs med koppling till ovanstående att det råder ett stort patienttryck på mottagningen som gör det svårt att lägga ned den tid som krävs i bemötandet av patienter med akut psykisk ohälsa.

Intervjuad personal inom kommunala verksamheter och brukare i referensgruppen bekräftar bilden att bristande resurser ofta påverkar förutsättningarna för både samarbete och tillgången på insatser för människor med psykisk ohälsa. Något som efterfrågas av både kommunala verksamheter och brukarna i referensgruppen är en fast vårdkontakt att samspela med över tid.

En annan av de intervjuade säger: *Vi måste göra ett omtag. Nu är det två olika system (primär- och specialistvården) som jobbar mot varandra. Det finns en skiljelinje mellan dem så att ingen ska komma över. Det talas om vad respektive part ska göra. Många far illa, patienterna, verksamheterna tappar fart och drivs inte effektivt.*

Under intervjuerna diskuterar flera av informanterna kring vikten av att inventera brukarnas behov, hitta de värden de eftersöker och därefter planera hur vården ska bedrivas, inte gå till verkstad direkt. En av de intervjuade säger i detta sammanhang: *Värdeord måste styra organiseringen, inte andra saker.*

Tema 5: Styrning, ledning och organisering av utvecklingsarbetet

Som beskrivits i rapportens inledning finns ingen typisk projektorganisation med styrgrupp och projektledning som samspelar genom uppdrag och avrapportering. Utvecklingsarbetet styrs och leds i stället inom ramen för de involverade verksamheternas reguljära ledningsstrukturer. För att stimulera utvecklingsprocessen har en extern processtödare från FoU Välfärd anlitats.

Under en workshop i november 2024 diskuterades fokus på utformning av det framtida utvecklingsarbetet. Sammanfattningsvis kan sägas att det uppstod en enighet bland deltagarna kring behovet att upprätta en utvecklingsplan med mål, syfte och prioriterade utvecklingsområden som det sedan knyts aktiviteter till. Flera av deltagarna diskuterade kring vikten av att det pågår utvecklingsprocesser mellan tillfällena för workshops. *Hur får vi tankar och förslag att bli verkstad?* var en central frågeställning. Processledaren från FoU Välfärd fick uppdraget att arbeta med denna plan. Ett annat förslag som diskuterades var att sätta samman en arbetsgrupp med färre och kontinuerligt medverkande personer som kan representera involverade verksamheter. I sammanhanget bör nämnas att vid de två workshops som hållits i Gästrikland har deltagargruppen skiftat avseende vilka verksamheter som varit representerade. Gruppen har också varit blandad av personer från olika organisatoriska nivåer med olika mandat att påverka den egna verksamheten.

4.4 Resultat från referensgrupp med brukare

För att inkludera brukarperspektivet i den lärande utvärderingen organiserades en referensgrupp via vuxenpsykiatriens brukarinflytandearbete. Gruppen träffades i Gävle fyra gånger under våren 2024. Deltagarna hade egen erfarenhet av insatser vid akut och allvarlig psykisk ohälsa och några av dem kom även från olika brukarföreningar⁶. Träffarna leddes av Kaj Gustafsson, utredare vid FoU Välfärd samt Emelie Lundin, brukarsamordnare inom vuxenpsykiatri.

Referensgruppen genomförde strukturerade diskussioner utifrån fyra olika teman, vilket även dokumenterades. Temana handlade om brukarperspektivet rörande:

1. Hur psykiatri och andra verksamheter generellt sett möter behoven hos människor med akut och allvarlig psykisk ohälsa.
2. Mobila team och andra prehospitalla insatser i stället för bedömning och vård på sjukhus.
3. Kommunikation och samverkan mellan olika verksamheter kring individer med akut och allvarlig psykisk ohälsa.
4. Uppföljning och fortsatt planering efter akuta insatser.

Upplevd kontinuitet och relationell kvalitet är viktigt

En viktig faktor för att information ska nå fram till den enskilde är att det finns kontinuitet i vårdkontaktarna. Detta framkom i flera av referensgruppens temadiskussioner.

En av brukarna säger: *När det gäller kommunikation inom vården är det viktigaste vad patienten tar emot och förstår – inte vad som sägs.*

Flera av deltagarna framför upplevelsen att det ofta är en sjuksköterska eller skötare inom psykiatri som de fått en bra relation till, som kunnat ge trygghet under vårdkontakter.

En av brukarna uttrycker i det här sammanhanget: *Allians är en omöjlighet om du hela tiden möter nya människor.*

En av brukarrepresentanterna berättar att hen ofta åkte in och ut på psykakuten tidigare, men efter att ha krävt och fått en fast vårdkontakt, så upphörde detta mönster. Denna brukare fick en fast vårdkontakt efter att ha krävt ett samtal med chef inom vuxenpsykiatri och visat lagrummet för denna rättighet i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Tidigare när hen inkom till den psykiatriska akutmottagningen berättar denne att personalen sa att det här är bara akutvård. Det upplevdes av patienten som att insatserna inte sattes inte in i ett större sammanhang, dvs. med fokus på patientens långsiktiga behov.

Generellt sett efterfrågar brukarna i referensgruppen resurser i samhället som kan möta upp, lyssna och samtala med personer som upplever akut psykisk ohälsa. Det efterfrågas en professionell resurs som har psykiatrisk kompetens. De stödlinjer som finns, exempelvis jourhavande medmänniska och jourhavande präst, upplevs ofta inte ha den kompetens som efterfrågas. En av deltagarna i referensgruppen berättar att hen ibland ringer till psykakuten vid dåligt mående men upplever att de inte har tid att prata. Ibland hänvisar de till personalen på den psykiatriska avdelningen men de är också ofta upptagna med annat. Ett förslag som lämnas i det här sammanhanget är att det inrättas ett särskilt

⁶⁶ De aktuella brukarorganisationerna var Hjärnkoll och RSMH.

telefonnummer inom psykiatrin där den svarande personalen är inriktade på att bedriva samtal under jourtid. En av brukarrepresentanterna resonerar i termer av att antingen får psykiatrin öppna en sådan linje eller alternativt behöver brukarorganisationerna få mer resurser så att de kan sköta den här typen av verksamhet.

Upplevelse av att ansvaret läggs för mycket på patienten

Flera i referensgruppen beskriver att vårdpersonal ofta frågar på liknande sätt: *Vad kan jag hjälpa dig med då?* Referensgruppen diskuterar kring svårigheterna för en person med akut och allvarlig psykisk ohälsa att svara på denna fråga. En av brukarrepresentanterna beskriver ett exempel då en patient med mycket dåligt mående och suicidtankar fick denna fråga. Brukaren beskriver att patientens ADHD-problematik aktiverades, hen började gråta och samtalet kom inte framåt. Samma deltagare beskriver det här problemet med en höjdhoppsmetafor: Läkarens fråga till patienten att själv beskriva vad denne behöver hjälp med är som att lägga ribban på 160 cm medan patienten bara klarar att ta en höjd på 80 cm. Det diskuteras i referensgruppen att läkaren eller den vårdpersonal det är fråga om i större utsträckning behöver utforska vilken ”höjd” patienten klarar och lägga ribban på rätt nivå.

Nedan följer några citat från deltagarna i referensgruppen på det här temat:

De måste höra även det som inte sägs...det handlar om att fråga, att vara intresserad.

Pusselbitarna finns men pusslet går inte ihop.

Läkarna har 20 minuter på sig – det är inte juste.

Brukarna i gruppen efterfrågar generellt sett att de offentliga resurserna, i synnerhet psykiatrin, ska lämna ut mer information om vilket stöd som går att få via brukarföreningar, kommunala verksamheter och första linjens psykiatri, exempelvis i form av psykosociala team. De beskriver att det finns en del informationsbroschyrer i en hylla på den psykiatriska akutmottagningen, men erfarenheten som förmedlas är att patienter ofta inte orkar ta till sig informationen på det sättet, och i det läget. En av deltagarna föreslår att personalen ska skicka med en samlad information i en kasse. En av deltagarna i referensgruppen säger: *Kunskapen finns om vilken hjälp och stöd som finns att få men når oss inte.*

Bättre samarbete och kommunikation mellan olika samhällsresurser

Brukarna i referensgruppen resonerar mycket kring vikten av att betrakta patienten ur ett helhetsperspektiv, att kunna gå över verksamhetsgränser, undra hur människan har det och lotsa till andra resurser - inte bara se sitt eget ansvarsområde.

En av deltagarna i referensgruppen upplever att det är hen i egenskap av kamrat till en annan brukare som fått ”fixa” att det har gjorts vissa utredningar inom psykiatrin samt genomförs en samordnad individuell plan (SIP). Grundtemat i diskussionen handlar om att det ofta finns behov av att någon agerar ombud för patienten och påtalar olika behov för att det ska mötas med rätt insatser och uppstå samspel mellan olika resurser.

Brukarrepresentanterna diskuterar och skisserar på en whiteboard upp faktorer som påverkar samarbetet mellan olika samhällsresurser som möter människor med psykisk ohälsa. Utifrån skissen verkar tre faktorer upplevas ha särskilt stor betydelse:

- Resurser
- Rutiner
- Inarbetade samarbetsformer

När det gäller samordning av resurser kring individers behov diskuterades SIP. En av deltagarna i referensgruppen, som varit med på flera sådana möten, upplever att det ibland kan vara många professionella med och att den enskilde själv kan uppleva det pressande och svårt att föra sin talan. Det diskuteras även i gruppen att det ibland inte tas något initiativ till ett SIP-möte från någon av parterna trots att det skulle behövas.

Mobila team och alternativa vårdformer i stället för bedömning och vård på sjukhus

Mobila team och alternativa vårdformer diskuterades i referensgruppen under träffarna. Deltagarna i referensgruppen tror inte att mobila teamets verksamhet i Gästrikland är särskilt känd bland enskilda människor. Det innebär att de som kontaktar psykiatriska akutmottagningen inte heller inte kan efterfråga exempelvis bedömning av en mobil resurs som alternativ till att besöka psykakuten. Det upplevs därför råda behov av mer information om denna verksamhet, inte minst till brukarorganisationerna.

Deltagarna i referensgruppen ser stora fördelar med mobila resurser. Det som lyfts fram är: Att slippa långa väntetider, normaliserande vårdkontakt och mindre stigmatiserande att möta vården utanför sjukhuset, hembesök ger en helhetsbild av livssituationen och behov kopplade till hemmiljön, mobila resurser är också bra när orken inte finns att själv uppsöka vårdinrättning. Brukarna beskriver också fördelar med att ett mobilt team sköter transporter till psykakuten. De upplever polishandräckning stigmatiserande och beskriver hur det kan leda tankarna till brottslighet eller att personer med behov av psykiatrisk vård är farliga.

Brukarna diskuterar kring att det bästa är om medarbetarna i ett mobilt team har bred kompetens inom de psykiatriska diagnoserna.

Det mobila akutteamet i Gästrikland upplevs i nuläget ha en relativt smal målgrupp, dvs. personer med akut och allvarlig psykisk ohälsa. De efterfrågar ett bredare fokus för de mobila insatserna, dvs. ett steg innan det mest akuta läget. Referensgruppens deltagare efterfrågar också en mobil och lättillgänglig resurs som enskilda kan kontakta själva vid behov. Diskussionen kring att bredda målgruppen för de mobila insatserna och göra dem nåbara för enskilda människor bottenar i en förebyggande tanke, dvs. att bedriva insatser som kan motverka att de mest skarpa lägena uppstår. En av brukarrepresentanterna säger: *Det är otydligt och svårt för medborgaren att förstå vad mobila teamet är och vad det ska användas till.* En annan uttrycker: *”Hur kommer jag i kontakt med mobila teamet?”*

En av deltagarna i referensgruppen frågar sig vad är så akut och allvarligt att det bedöms vara lämpligt med en insats av mobila teamet och vem som bedömer det? En fråga som kan ställas i sammanhanget är i vilken utsträckning den enskilda människans upplevelse vägs in i de professionellas bedömning? En grundläggande uppfattning i referensgruppen är att psykiatrin, exempelvis i form av en mobil resurs, bör möta upp i så stor utsträckning som möjligt om den enskilde upplever behov av det. Inom ramen för den här diskussionen

talas det om värdet av att sänka tröskeln för att söka hjälp och normalisera hjälpsökande för psykisk ohälsa, inte minst när det gäller suicidnära personer. En uppfattning som förmedlas av deltagarna i referensgruppen är att många som mår psykiskt dåligt drar sig för, eller inte orkar kontakta akutsjukvård. Hämmande faktorer för att söka hjälp är ofta föreställningen om lång väntetid, exempelvis på psykakuten.

Det diskuteras att personalen i mobila akutteamet bär en jacka med text på ryggen där det står *Mobilt team – psykiatri*. Brukarrepresentanterna anser sammantaget att det inte är negativt utifrån ett stigmatiserande perspektiv. En av dem resonerar emellertid i termer av att det kan vara skillnader för enskilda i hur långt de kommit i sin egen normaliseringsprocess kring att kunna prata om den psykiska ohälsan. Personer i början av denna process kan eventuellt uppleva sig utpekade inför exempelvis grannar om personalen bär dessa jackor. Brukarrepresentanterna anser dock, om alla aspekter läggs in kring stigma och normalisering av psykisk ohälsa, att psykiatrisk vård inte ska döljas eller särskiljas från annan vård. En av dem uttrycker: *Vi ska inte fortsätt hymla – då befäster vi fördomar...att ha psykisk ohälsa är inte konstigare än att ha ont i magen.*

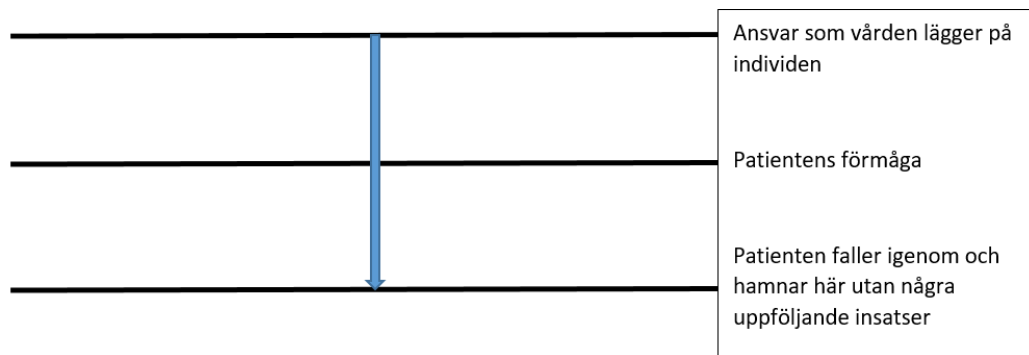
Uppföljning och fortsatt planering efter akuta insatser

Flera av deltagarna i referensgruppen beskriver värdet av en uppföljande kontakt efter akuta insatser, att läkare, den som är fast vårdkontakt om sådan finns, eller annan personal inom vid psykakuten eller mobila teamet, hör av sig. Brukargruppen resonerar i sammanhanget kring att det är särskilt viktigt med snabb uppföljande kontakt som förmedlar omtanke för de patienter som saknar familj eller nätverk som stöd i vardagen. En av deltagarna i referensgruppen uttrycker: *Det är viktigt med uppföljning inom en till två veckor. Det är vårdens ansvar att ta kontakt...man ska inte behöva bråka för att få uppföljande kontakt...uppföljningen ska vara på individnivå, inte bara ske utifrån standardiserade modeller.*

En deltagare med stor erfarenhet av slutenvård resonerar kring uppföljning efter utskrivning från vård på psykiatrisk avdelning. Hen beskriver även att det vid utskrivning från avdelning inte alltid ställs frågor om hur den sociala situationen ser ut, dvs. om patienten har någon i hemmet, någon att prata med eller få stöd av. Denna brukare betonar vikten av att det finns en vårdplan och har egen erfarenhet av att det inte alltid är så. Hen säger att det bästa är om planeringen efter utskrivning görs då patienten hämtat sig lite och inte är påverkad av alltför stark medicinering. Det diskuteras i referensgruppen att planering efter akuta insatser och vårdplaner behöver följas upp med medverkan av berörda verksamheter, exempelvis kommunala resurser. Flera av deltagarna i referensgruppen berättar om vårdhändelser där det utlovats uppföljande kontakter men inte kommit till stånd sådana. Det centrala i brukargruppens diskussion är vikten av förutsägbarhet i återkoppling och uppföljande kontakt. Att inte bli lämnad ensam – hängandes i luften utan att veta om något är på gång. Referensgruppen upplever utifrån egna erfarenheter att uppföljning efter akuta insatser ofta inte fungerar så väl om patienten har komplexa behov, exempelvis psykisk ohälsa i kombination med somatiska och sociala problem. En av deltagarna säger i det här sammanhanget: *De hamnar mellan stolarna...och insatserna hänger inte ihop.*

Ett annat angränsande tema som diskuteras är upplevelsen av att alltför stort ansvar läggs på individen att söka uppföljande insatser. Ett vanligt problem som tas upp i det här sammanhanget är att människor med komplexa behov, svår ohälsa samt ofta låg energinivå, inte sällan saknar förmåga att söka upp och koordinera de insatser de är i

behov av. En av deltagarna i referensgruppen ritade nedanstående figur för att illustrera problemet.



Figur 14. Patientens ansvar i förhållande till förmåga.

Tongivande diskussioner i referensgruppen handlade om att det ofta krävs att patienten tar relativt stora initiativ själv för att uppföljning och fortsatt planering utifrån de upplevda behoven ska ske. En av brukarrepresentanterna säger på det här temat: *Att få rätt uppföljning kräver ibland att patienten har förmågor som han eller hon inte har. Patienten måste kontakta vården själv och veta vad som finns.*

Psykiatriska akutmottagningen i Gävle

En av brukarna i referensgruppen säger: *Det är jobbigt att ta sig för att ringa och därför viktigt med snabbt svar i telefon. Det upplevs svårt att orka vänta om det är lång väntetid vid psykakuten. Är det för lång väntetid så drar jag, säger en annan av informanterna.*

Referensgruppen diskuterar att det vid lång väntetid underlättar om skötare eller annan personal som känner patienten tar kontakt och ger uppmärksamhet i väntrummet. Något som beskrivs frustrerande under långa väntetider, är att se in i den inglasade expeditionen om flera ur personalgruppen sitter där utan att vara synbart upptagna. En av deltagarna i referensgruppen ser risker för att fel budskap skickas ut till de väntande patienterna, dvs. *Du får vara här men vi bryr oss inte om dig.* En uppfattning som framförs unisont från referensgruppen är att personalen bör vara ute i väntrummet mer och prata med patienterna.

Brukarrepresentanterna framför även upplevelsen att det är stora och öppna väntrumslokaler på den psykiatriska akutmottagningen, vilket inverkar negativt på tryggheten, då det kan vara problematiskt att blanda patienter i olika tillstånd, exempelvis kan utagerande personer skrämja andra i väntrummet. Det diskuteras att det säkerhetstänkande som präglar väntrumsmiljön i form av fastskruvade möbler och liknande, inte ger en särskilt välkomnande och trevlig miljö. En av brukarrepresentanterna upplever väntrummet som fängseliknande och att det skickar budskapet att människor med psykisk ohälsa är galna och farliga. Brukargruppen har förståelse för behovet av säkerhet och föreslår att det stora väntrummet delas upp i två mindre väntrum, ett säkerhetsanpassat och ett där patienter utan tendenser till våldsamhet kan sitta.

Mobilisering och tillgängliggörande av resurser i samspel mellan brukarorganisationer och offentliga verksamheter

En av deltagarna i referensgruppen följer ofta med andra brukare under vårdkontakter för att ge stöd och fungera som ett ombud. Hen upplever ofta att det vid behov av mellanmänniskt stöd och någon att prata med där brukarorganisationerna ofta får en central roll. Referensgruppen resonerar kring stödpersoner och kamratstödjare som en tänkbar resurs i arbetet med denna typ av stöd, inte minst för att förmedla hopp till människor som sviktar i sin förmåga att tro på att det ska bli bättre. Det kan också vara av stort värde att få stöd av någon annan med egen erfarenhet av psykisk ohälsa under väntan på olika resurser, exempelvis utredning eller behandling. Brukarrepresentanterna beskriver också att behovet av stöd även kan vara påtagligt efter avslutad behandling då de professionella resurserna glesats ut.

En central uppfattning som förmedlas under diskussionerna är att brukarorganisationernas såväl status som resurser behöver stärkas. Referensgruppen diskuterar i det här sammanhanget att brukarorganisationerna inom området psykisk hälsa tappat kraft och resurser under senare år. En av deltagarna i referensgruppen säger: *Brukare i föreningar orkar inte hur mycket som helst. Varje enskild förening klarar inte alltid att driva sin verksamhet... de har inte gjort det de ska...klarar inte att genomföra årsmötet trots att de kan få gratis hjälp av NSPH nationellt.*

Brukarna i referensgruppen ser behovet av att ”ta ett kliv till” i samarbetet mellan offentliga resurser och brukarorganisationer. Under en av träffarna framförs i den riktningen ett förslag om att försöka bygga ett *kunskaps- och resurscentrum kring psykisk hälsa* i samspel mellan offentliga verksamheter och brukarorganisationer i Gävleborg. Grundidén bygger på att samla och tillgängliggöra kunskap och resurser inom området psykisk hälsa.

Två skisser som referensgruppen arbetade fram

Nedanstående skisser (figur 15 och 16) visualiserar hur deltagarna i referensgruppen ser på de viktigaste utvecklingsbehoven i arbetet med akut psykisk ohälsa samt de förväntningar de har i mötet med olika resurser.



Figur 15. De viktigaste utvecklingsbehoven enligt brukargruppen.



Figur 16. Brukarnas förväntningar på samhällets resurser.

5 Analys och diskussion

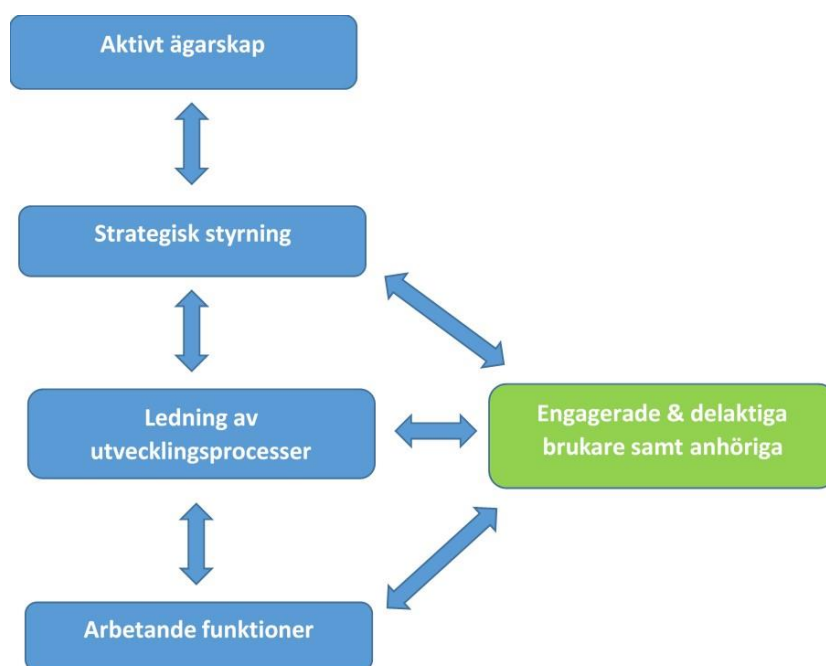
Nedan analyseras och diskuteras centrala aspekter för det fortsatta lärandet i utvecklingsarbetet kring prehospitala insatser för personer med akut psykisk ohälsa. Analysen görs på två nivåer; dels utifrån ett övergripande perspektiv kring kontext, styrning och ledning, och dels med fokus på de centrala aktiviteterna i utvecklingsarbetet. Avslutningsvis diskuteras projektets komplexitet i förhållande till måluppfyllelse och resultat.

Sammantaget kan konstateras att den bild som framkommit under utvärderingen, oavsett om informationen kommit från brukare eller professionella från olika verksamheter, är samstämmig i stor utsträckning. Resultatet blir därmed förstärkt från de olika källorna.

5.1 Utvecklingsarbetets kontext och förutsättningar

Det prehospitala utvecklingsarbetet kring personer med psykisk ohälsa och i synnerhet akut och allvarlig psykisk ohälsa, involverar flera huvudmän och en rad olika verksamheter. Det är inte ovanligt att personer som söker vård för akut psykisk ohälsa samtidigt har komplexa behov som kräver ett samspel mellan insatser från exempelvis primärvård, psykiatri och socialtjänst. De samlade resurserna kring personer med psykisk ohälsa kan på många sätt liknas vid ett ekosystem. Fördelen med denna metafor är att paralleller kan dras till hur ekologiska system i naturen är beroende av balans och på samma sätt känsliga för störningar. Balansen i Gävleborgs ekosystem för personer med psykisk ohälsa påverkas sannolikt av en rad pågående processer på nationell nivå. Som exempel kan nämnas det nationella omställningsarbetet mot God och nära vård (SOU 2020:19) samt personcentrerad vård (SKR 2024). Samsjuklighetsutredningens (SOU 2023:5) förslag bör också om de verkställs innebära stora förändringar inom vuxenpsykiatri liksom den tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2023).

Utifrån en samlad analys av insamlad data bedöms det gynna det prehospitala utvecklingsarbetet i Gävleborg att upprätta en tydligare struktur för strategisk styrning och ledning av processerna. På många sätt kan det inledande utvecklingsarbetet liknas vid en *erfarenhets- och idégenereringsfas*. Nu finns påtagliga behov av att sätta ihop idéer, erfarenheter och tankar kring vilka värden som eftersträvas med en plan för hur det ska göras på ett systematiskt sätt. Sannolikt kommer det i den här fasen att bli nödvändigt med avgränsningar och prioriterade inriktningar av utvecklingsarbetet för att göra det realistiskt genomförbart. Nedan skisseras en idealtypisk organisering av utvecklingsarbete. Figuren inrymmer de funktioner som Brulin och Svenssons (2011) menar bör samspela för att uppnå ett långsiktigt hållbart utvecklingsarbete. Funktionerna diskuteras därefter utifrån hur de kan stärkas i det prehospitala utvecklingsarbetet



Figur 17. Centrala funktioner i utvecklingsarbetet.

I förhållande till funktionen ägarskap tycks det vara så att det i stor utsträckning är vuxenpsykiatri som utövar detta i samspel med framför allt ledningen inom ambulans- och akutsjukvården. Upplevelsen av att vara med och äga utvecklingsarbetet bland de andra intressenterna, exempelvis kommunala verksamheter, polisen och brukarorganisationer, kan stimuleras på olika sätt i samarbetsforum och workshops. I det här utvecklingsarbetet verkar det primärt vara av värde att stimulera ägarskapet inom den strategiska ledningen för hälso- och sjukvården så att utvecklingsarbetet löper i samklang med andra strategiska processer inom exempelvis psykiatri och primärvården. Ägarskapet inom en offentlig organisation gynnas av att ha en koppling till högsta förvaltningsledning och den politiska församling som ansvarar för verksamhetsområdet. Aktiviteter som stärker denna koppling är förankring, information och återkoppling av hur utvecklingsarbetet fortlöper (Brulin och Svensson, 2011).

Funktionen strategisk styrning tycks vara i behov av att stärkas för att i större utsträckning hålla ihop och styra de pågående utvecklingsprocesserna. Den styrande funktionens uppgift är att besluta om utvecklingsarbetets övergripande mål, specificera ramar, ge uppdrag, besluta om tilldelning av resurser samt fatta strategiska inriktningsbeslut. Med en styrande funktion som fungerar väl blir det möjligt att skapa en överblick över pågående utvecklingsprocesser och verka för ett bra samspel mellan dessa.

I första skedet av den lärande utvärderingen lämnades förslag på att organisera en särskild styrgrupp med strategisk ledning från de involverade verksamheterna men det har visat sig svårt att få till vid sidan av ordinarie ledningsstrukturer. Frågan blir därför om det i stället går att tydligare utse något befintligt ledningsforum, exempelvis arbetsutskottet vid vuxenpsykiatriens ledningsgrupp, som den styrande funktionen.

Funktionen ledning av utvecklingsprocesser behöver stärkas: I komplext utvecklingsarbete finns behov av en tydlig processledarfunktion. I det här fallet finns flera personer med processledande roller, exempelvis den externa processtödjaren från FoU Välfärd, samt personal som utvecklar processer inom akut- och ambulanssjukvård. Vidare

finns personer som driver andra processer, exempelvis det nyligen startade utvecklingsarbetet med fokus på SPOT-team. Uppgiften för den processledande funktionen är att stimulera och hålla samman utvecklingsprocesser, vara sammankallande vid möten, dokumentera samt följa upp att utvecklingsarbetet fortlöper enligt plan. En viktig förutsättning för den processledande funktionen är att ha tillgång till en styrande funktion att samspela med. Det sker vanligen genom att de med processledande funktion får uppdrag av och rapporterar tillbaka till styrfunktionen hur arbetet fortlöper.

Då det prehospitala utvecklingsarbetet inrymmer en mängd pågående processer, vilka inte sällan är svåra att överblicka, finns behov av att formera den processledande funktionen extra tydligt. Det kan enligt vår bedömning göras genom att de med processledande roller får tydliga uppdrag och har en styrande funktion att regelbundet avrapportera till.

I anslutning till utvecklingsarbetet har det genomförts två workshops i Gästrikland och en i Hälsingland. Deltagare vid dessa aktiviteter har bestått av representanter från olika involverade verksamheter. De involverade representanterna har haft både strategiska och operativa befattningar, men det har varierat vilka som deltagit vid olika workshops. Med anledning av detta har workshops fått karaktären av en referensgrupp eller ett löst sammansatt nätverk. Sammankomsterna har präglats av idégenerering och kontaktskapande vilket varit av värde och bidragit till samarbetsklimatet.

Om inriktningen framåt är att uppnå arbetande funktioner för att utveckla ökad grad av samarbete och kommunikation mellan involverade verksamheter, är det nödvändigt att upprätta en fastare organisering. Då bör det sättas samman arbetande grupper med strategiskt utvalda deltagare som har de rätta förutsättningarna för utvecklingsarbetet som ska bedrivas, exempelvis i form av kunskaper och mandat. Ett förslag är att det rikliga material som framkommit i den lärande utvärderingen sammanställs i en utvecklingsplan som inrymmer mål samt prioriterade utvecklingsområden till vilka det knyts aktiviteter. I planen bör det vara ett starkt fokus på hur aktiviteterna ska bedrivas, när och av vilka aktörer för att de ska bli realistiskt genomförbara.

Engagerade och delaktiga brukare är viktiga för det aktuella utvecklingsarbetets resultat då det övergripande målet är att utveckla verksamheter och samspelsformer som i största utsträckning möter brukarnas behov. Det blir då helt nödvändigt att ta tillvara erfarenheter och kunskaper från brukare på olika sätt, ex. via brukarorganisationer, patienter och anhöriga.

5.2 De centrala aktiviteterna

Genomgående visar resultatet att både personal och brukare är nöjda med det akutpsykiatriska mobila teamets arbetssätt. Referensgruppen med brukare framför en positiv inställning till resurser av typen mobila team som komplement och alternativ till bedömning på akutmottagning eller vård på sjukhus. En utmaning är den framtida inriktningen för teamets verksamhet. Både personal och brukare har väckt frågan kring exempelvis teamets avgränsning, syfte och målgrupp. De kritiska reflektioner som framförs handlar bland annat om att det mobila akutteamet i Gästrikland för närvarande är inriktat på patienter som bedöms ha akut och allvarlig psykisk ohälsa. Önskemålet kring den fortsatta utvecklingen av mobila resurser är att det får ett bredare fokus och även omfattar insatser till människor med psykisk ohälsa ett steg innan det mest akuta

läget utifrån ett förebyggande och suicidpreventivt fokus. Det efterfrågas också att enskilda på egen hand ska kunna kontakta den mobila resursen.

Inriktningen för mobila teamets fortsatta arbete relaterar till den tänkta utvecklingen av SPOT-team. Baserat på personalens och brukarnas upplevelser är frågan om vilken inriktning det akutpsykiatriska mobila teamet i Gästrikland ska ha, och om man bör utvidga verksamheten till ett mer främjande fokus. Trots att det akutpsykiatriska mobila teamets verksamhet har utvecklats kontinuerligt sedan starten i oktober 2023, så utgör verksamheten ändå en begränsad resurs, då den bemannas av befintlig personal och ska täcka fyra kommuner. Det riktas relativt stora förväntningar på verksamheten från intressenter inom hälso- och sjukvård, kommunala verksamheter, polisen och brukare. Sammantaget tycks det ännu finnas behov av att tydliggöra och avgränsa teamets verksamhet liksom att utveckla samspel och kommunikation med samarbetspartners inom hälso- och sjukvård, kommunala verksamheter och polisen. Frågan som kan ställas är dock vad som är rimligt i förhållande till den befintliga resursen? Likaså hur balansen mellan patientarbete och andra mer informerade och samarbetsskapande insatser ska se ut?

Ett ökat behov av samverkan har genomgående lyfts av både professionella och brukare. Det finns ett behov av utökade kontaktytor där personal i olika verksamheter snabbare får vet vem man ska kontakta i olika ärenden och inte behöva leta runt. Många verksamheter lyfte också ett behov av ökad samverkan och överlämning av information kring patienterna. En ökad förståelse för varandras kompetens framförs också som ett utvecklingsområde av flera verksamheter. Företrädare för öppenvården berättar till exempel att det ofta finns en vårdplan kring patienten, men som sedan inte följs när patienten behöver söka hjälp akut.

Resultatet visar att utbildningsinsatserna kring omhändertagande av personer med akut psykisk ohälsa fallit väl ut, och att utbildningen varit uppskattad. Insamlad data ger ingen säker bild av implementeringsgraden av bedömningsinstrumentet, men enligt upplevelser under intervjuerna verkar användningen verkar vara mer utbredd inom ambulanssjukvården än inom övrig akutsjukvård. Framgent är det av vikt att samla in statistik kring hur bedömningsinstrumentet används som ett led i att uppnå en långsiktig hållbar implementering. I fråga om att upprätthålla kunskap och kompetens kring bedömningar av patienter med psykisk ohälsa finns behov av att planera för en långsiktig implementeringsprocess samt kontinuerlig utbildning av personal.

En central uppfattning som framförs av referensgruppen av brukare är att det generellt sett råder en brist på resurser som kan erbjuda mellanmänskligt stöd och lyssna på människor med psykisk ohälsa. Viktiga inslag i kontakten med professionella upplevs vara förmågan till lyssnande och empati samt att förmedla hopp. Utifrån en samlad analys av diskussionerna i referensgruppen kan mycket kopplas till dimensionerna inom begreppet existentiell hälsa. Existentiell hälsa handlar om en helhetssyn där människans fysiska, psykiska, sociala såväl som existentiella behov inkluderas. WHO (2012) har identifierat åtta olika teman med betydelse för människors existentiella hälsa: Harmoni och inre lugn, upplevelse av sammanhang, existentiell styrka och kraft, tillit som livskraft, meningen med livet, upplevelse av helhet, upplevelse av förundran och förhoppning. Deltagarna i referensgruppen efterfrågar med koppling till ovanstående att stöd och vårdinsatser i större utsträckning fogas samman till en meningsfull helhet snarare än att varje profession och verksamhet endast arbetar med sin lilla "tårtbit." Det förmedlas även en uppfattning att resurssystemet för människor med psykisk ohälsa kan upplevas

fragmenterat och ibland svåråtkomligt av brukarna. Det efterfrågas därför en mer samlad bild av vilket stöd som går att få via brukarföreningar, kommunala verksamheter samt hälso- och sjukvården.

I nära anslutning till det pågående utvecklingsarbetet och vuxenpsykiatrins reguljära verksamhet bedrivs brukar- och anhörigaktiviteter via särskilt organiserade referensgrupper, nätverk, brukarrevisioner och anhörigforum mm. Sammantaget finns det ett rikt material insamlat från brukare och anhöriga i Gävleborg som kan användas som underlag vid utveckling av prehospitla insatser och arbetet med psykisk ohälsa i stort. Frågan är nu hur detta kunskapsunderlag och de samspelsformer som växt fram kan användas på bästa sätt? Att ta ett steg till i samspelet mellan offentliga verksamheter och brukarorganisationer framstår som ett intressant utvecklingsspår att diskutera. Referensgruppens förslag är att det organiseras en verksamhet i samarbete mellan regionen, kommun och brukarorganisationerna som kan samla kunskap och resurser inom området psykisk hälsa.

5.3 Måluppfyllelse och resultat

Utvecklingsarbetets komplexitet har gjort det utmanande att överblicka arbetets alla delar, och det har varit svårt att bryta ned de övergripande målen för att hitta ändamålsenliga och konkreta indikatorer för att mäta effekt av de prehospitla insatserna. Att till exempel mäta det mobila teamets aktiviteter har varit förhållandevis enkelt, medan mål som exempelvis handlar om minskad stigmatisering kring psykisk ohälsa är svårare att följa upp. En del mål, som till exempel minskat antal suicid, har längre tidsperspektiv och det kan därför vara svårt att se omedelbara effekter. Utvärderingen har därför fokuserats mestadels kring konkreta resultat och processer i första hand, istället för mer långtgående effekter.

6 Slutsatser och rekommendationer

Den lärande utvärderingen visar genomgående att det prehospitala utvecklingsarbetet inom vuxenpsykiatri och ambulans- och akutsjukvården upplevs positivt av både brukare och professionella i involverade verksamheter. Det inledande utvecklingsarbetet kan liknas vid en erfarenhets- och idégenereringsfas och nu finns behov av att öka systematiken i utvecklingsarbetet. För att stärka utvecklingsarbetet rekommenderas följande:

- Den strategiska styrningen tjänar på att stärkas för att i större utsträckning hålla ihop och styra det pågående utvecklingsarbetet. Centrala komponenter är att besluta om och följa upp utvecklingsarbetets övergripande mål, specificera ramar, ge uppdrag, besluta om tilldelning av resurser samt fatta strategiska inriktningsbeslut. Det finns även fortsatta behov av processledarfunktioner med tydliga uppdrag som har en styrande funktion att regelbundet avrapportera till.
- Fortsatt tydliggörande av det mobila akutpsykiatriska teamets avgränsning, syfte och målgrupp, inte minst i förhållande till framtida SPOT-team.
- I fråga om att upprätthålla kunskap och kompetens kring psykisk ohälsa och bedömningar av patienter med akut psykisk ohälsa inom ambulans- och akutsjukvård finns behov av att planera för en långsiktig och hållbar implementeringsprocess samt kontinuerlig utbildning av personal.
- Som ett led i att upprätthålla utvecklingsarbetets resultat och implementerade arbetsformer är det viktigt med regelbunden uppföljning av process och statistik.
- Det finns ett fortsatt behov av att förbättra kommunikation och samverkan mellan de aktörer som är involverade i vården- och omsorgen av personer som lider av psykisk ohälsa.
- Mobilisering av ökade resurser för samtal och mellanmänskligt stöd till personer med akut psykisk ohälsa. Att ta ett steg till i samspelet mellan offentliga verksamheter och brukarorganisationer framstår som ett intressant utvecklingsspår att utforska i det här sammanhanget.

Under arbetets gång har vi som arbetat med den lärande utvärderingen mött professionella och brukare med ett stort mått av både kunskaper och erfarenheter samt ett engagemang vilket varit en stor tillgång i det pågående utvecklingsarbetet. Vi vill rikta ett stort tack till er alla för att ni delat med er av era erfarenheter. Vår förhoppning är att denna rapport kan utgöra ett underlag för diskussioner och fortsatt utveckling av prehospitala insatser inom området psykisk ohälsa.

Referenser

Brulin, G. och Svensson, L. (2011). *Att äga, styra och utvärdera stora projekt*. Lund: Studentlitteratur.

Ekermo & Svensson. *Mobila omvårdnadsteam inom psykiatri – Rapport från ett utvecklingsarbete i Landstinget Sörmland*. Mälardalens högskola. Delrapport 1, juni 2015.

FoU Välfärd (2023). *Förslag på utformning av ett insatspaket från förvaltningen Forskning och Samhällsmedicin i anslutning till prehospitalt utvecklingsarbete kring människor med psykisk ohälsa i Gävleborgs län*. FoU Välfärd, Region Gävleborg 2023

Holmlid, S. & Wetter Edman, K. (2021). *Tjänstedesign: principer och praktiker*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Region Västernorrland (2024) [Region Västernorrland - Mobila team gav nöjdare patienter – och sparar miljoner](#)

SKR (2020a). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om psykisk hälsa 2020*.

SKR (2020b). *Nära Vård. Nya sätt att mäta ändamålsenlighet och systemeffekter*. SKR 2020

SKR (2022). *Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen*.

SKR (2024) [Omställning till Nära vård | SKR](#)

Socialdepartementet (2020). *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021-2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Bilaga till beslut vid regeringssammanträde 2020-12-22.

Socialstyrelsen (2023). *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-9-8711.pdf> [2025-03-10].

Sunnqvist C. m.fl. *A pilot evaluation of a prehospital emergency psychiatric unit: The experiences of patients, psychiatric and mental health nurses, and significant others*. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58:2255–2262.

Svensson, L. Brulin, G. Jansson, S. & Sjöberg, K. (red.). (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning*. Lund: Studentlitteratur.

SOU 2020:19). *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Socialdepartementet.

SOU 2023:5. *Samsjuklighetsutredningen. Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*. Statens Offentliga Utredningar 2023:5. Stockholm 2023

Tillväxtverket (2011). *Vad kan vi lära genom projektföljeforskning?* Rapport 0079. Stockholm: Tillväxtverket.

Todorova L., Johansson A., Ivarsson B. *A prehospital Emergency Psychiatric Unit in an Ambulance Care Service from the Perspective of Prehospital Emergency Nurses: A Qualitative Study.* *Healthcare* 2022, 10, 50. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010050>

[Uppdrag psykisk hälsa \(2025\) För effektiva insatser inom området psykisk hälsa | Uppdrag Psykisk Hälsa](#)

Uppdrag psykisk hälsa (2025). *Prehospital akutpsykiatri.*
<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/prehospital-akutpsykiatri/> [2025-03-10].

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning.* Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. (2012). *The field –test instrument.*
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-04> [2025-03-10].

