Brukarstyrd brukarrevision:

"För mig är det liv och död i huvudet"

Undersökning av patienters attityd till och erfarenhet av Psykiatrisk akutmottagning på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås, Västra Götaland från 2025 fram till våren 2026

Författad av:

Karin Sjöström, NSPH Södra Älvsborg
Sara Svensson, NSPH Västra Götaland

2026

NSPH
Västra Götaland och Göteborg

Innehållsförteckning

Inledning ... 1
Varför brukarrevision? ... 1
Den egna erfarenhetens roll i brukarrevisionen ... 1
Brukarrevisionens grundprinciper ... 2
Rätten till hälsa och delaktighet ... 2
Psykiatrisk Akutsjukvård ... 3
Kunskapsstöd ... 4
Om uppdraget ... 5
Bakgrund ... 5
Mål ... 5
Verksamhet ... 5
Målgrupp ... 6
Styrgrupp ... 6
Referensgrupp ... 6
Metod ... 6
Genomförande ... 7
Rapportens upplägg ... 8
Färgkodning ... 8
Resultat ... 9
Bakgrundsfrågor ... 9
Behandling och stöd ... 12
Lokaler ... 23
Information och kommunikation ... 28
Bemötande ... 35
Problem och synpunkter ... 41
Summering ... 43
Resultatöversikt ... 46
Diskussion och reflektion ... 47
Avslutningsvis ... 52
Hur går vi vidare med resultatet? ... 53
NSPH Västra Götaland och NSPH Södra Älvsborg tipsar ... 54

Inledning

Om vård- och stödinsatser ska kunna utvecklas och förbättras är det avgörande att brukarnas synpunkter och erfarenheter tas tillvara. Personerna som nyttjar en insats är de som bäst vet hur insatsen fungerar. Ett förbättringsarbete baserat på vad brukarna tycker och tänker leder till åtgärder som gör verklig skillnad. Det är ett arbetssätt som alla vinner på. Brukarnas inflytande över sitt stöd förstärks och verksamheten får ett konkret underlag till sitt utvecklingsarbete.

En *brukarstyrd brukarrevision* är en kvalitetsundersökning av en psykiatrisk eller socialpsykiatrisk verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet av psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. Brukarrevisionen beskriver respondenternas attityd till och upplevelse av sitt stöd. Underlaget ger en fingervisning om vad som fungerar bra i verksamheten och vad som kan behöva förbättras. Dessutom ges utvecklingsförslag utifrån respondenternas svar.

Varför brukarrevision?

Socialstyrelsen understryker att verksamhetsutveckling ska grunda sig på ett så tillförlitligt underlag som möjligt och att man därför bör arbeta enligt *evidensbaserad praktik*[1]. I evidensbaserad praktik vägs tre kunskapskällor samman och anses likvärdiga: bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, professionens expertis och de egenerfarnas situation, erfarenhet och önskemål. Brukarrevisioner kan därför ses som ett viktigt led i en utveckling mot att arbeta evidensbaserat. Syftet med brukarrevisionen är att förbättra kvaliteten i verksamheten genom att identifiera tillgångar, svagheter och utvecklingsmöjligheter.

Genom att tillfråga brukarna och basera förbättringsarbetet på deras svar känner sig brukarna uppskattade och sedda, vilket i förlängningen kan öka förtroendet för verksamheten. Om brukarrevisionen resulterar i ökat förtroende för verksamheten och en bättre livssituation för brukarna får även personalen ett bättre arbetsklimat. Dessutom stärks personalen av respondenternas positiva feedback. De får reda på vad brukarna värdesätter i deras arbete och hur betydelsefulla de är i brukarnas liv.

Brukarnas beroendeställning gentemot verksamhetspersonalen försvårar en alltigenom öppen och ärlig dialog. Då brukarrevisionen är oberoende från verksamheten och brukarens anonymitet garanteras blir det lättare att framföra kritik utan rädsla för att drabbas av repressalier. Svaren blir därmed mer rättvisande.

Den egna erfarenhetens roll i brukarrevisionen

De som utför revisionen kallas *brukarrevisorer* och har egen- eller närståendeerfarenhet av psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning. Många gånger har de även egen erfarenhet av olika samhällsinsatser och verksamheter. Inifrånperspektivet genomsyrar hela utförandet; alltifrån att ta fram frågor till att sammanställa resultatet. Den egna erfarenheten kan ge en annan förståelse och analys av enkät- eller intervjumaterialet än om personal eller forskare hade gjort undersökningen. Verksamheten får en granskning utifrån med en ”ny fräsch blick”.

[1] www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat

Den självupplevda kunskapen skapar trovärdighet och bidrar till ett mer jämbördigt möte med brukarna. Brukarna får lättare att öppna upp och prata om sådant som kan vara känsligt eller svårt.

En brukarrevision stärker även utförarna. Psykisk ohälsa är ett område som än idag är belagt med tabun och skam. Personer med psykisk ohälsa möts många gånger av misstro och fördomar i samhället.[2] I brukarrevisionen omvandlas revisorernas erfarenhet av psykisk ohälsa till en tillgång.

Brukarrevisionens grundprinciper

1. *Verkligt inflytande.* Brukare upplever ofta att man inte kan göra sin röst tillräckligt hörd. Med en brukarrevision ökar möjligheten för den enskilde och gruppen att förändra detta.

2. *Dialog och ömsesidiga mål.* Brukarrevisionen genomförs i samförstånd och ständig dialog med personal och ledning, som informeras om genomförandet och syftet med revisionen. Det bidrar till ett engagerat förbättringsarbete där båda parter delar samma mål - verksamhetens utveckling.

3. *Anonymitet.* De brukare som medverkar garanteras anonymitet. På så sätt ökar deltagarnas vilja att vara öppna och ärliga i sina svar.

4. *Oberoende*. Brukarrevisionen är en extern revision av verksamheten. Samordnare för brukarrevisionen utför undersökningens alla moment; planering, materialinsamling, sammanställning, analys, rapportskrivning och presentation av resultatet. Detta ger en högre trovärdighet än om undersökningen hade gjorts av verksamheten själv.

5. *Ökad kvalitet i omsorgen.* Resultatet av undersökningen är brukarnas bild av hur omsorgen fungerar. Vår erfarenhet är att den bilden är avgörande för att kunna fastställa och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Rätten till hälsa och delaktighet

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ska främja, skydda och säkerställa mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning. Personer med erfarenhet av psykisk ohälsa skyddas av denna konvention.

Personer med funktionsnedsättning har rätt till anpassningar och ett gott bemötande. Vård- och stödverksamheter har ett ansvar för att bidra till att insatserna blir tillgängliga och att bemötandet är gott. Det handlar till exempel om att information och lokaler är anpassade efter målgruppens förutsättningar och behov. Det handlar också om att säkerställa att bemötandet är sådant att personen som söker vård eller stöd känner sig förstådd, tagen på allvar och respektfullt bemött.

Delaktighet är viktigt för psykiskt välbefinnande, liksom för välbefinnande i bredare bemärkelse. Psykisk ohälsa kan öka risken för minskad delaktighet, och på samma sätt kan minskad delaktighet späda på den psykiska ohälsan. Dessa samband kräver ett samlat grepp och förståelse och särskilt viktigt är att kontinuerligt verka för minskad stigmatisering av personer med psykisk ohälsa.

[2] Mer om detta finns att läsa på riksförbundet Hjärnkolls hemsida: www.hjarnkoll.se

I detta sammanhang blir brukarstyrda brukarrevisioner ett kraftfullt verktyg för att öka delaktigheten och inflytandet för de som får vård eller stöd, eftersom man i denna process fokuserar på brukarnas egna erfarenheter och synpunkter. Eftersom brukarrevisioner är oberoende och fristående från verksamheterna säkerställs en utjämning av de maktobalanser som kan finnas och också självständighet i utförandet och resultaten.

Psykiatrisk Akutsjukvård

Psykiatrisk akutsjukvård[3] är en viktig del av vårt hälso- och sjukvårdssystem, med uppdrag att bedöma och ge vårdinsatser vid akuta psykiatriska tillstånd. Verksamheterna ansvarar för att erbjuda ett snabbt omhändertagande och har rutiner för bedömning, triage och akuta vårdinsatser[4].

De psykiatriska akutmottagningarna kan dygnet runt ta emot personer med akuta psykiska besvär som oro, ångest, suicidtankar eller psykos. De akuta insatserna inkluderar krisstöd, akut läkemedelsbehandling, kontakt med närstående, samt samordning med andra vårdnivåer och samhällsaktörer som till exempel polisen eller socialtjänsten.

2023 besökte omkring en halv procent till två procent av Sveriges befolkning, beroende på ålder och kön, en psykiatrisk akutmottagning. Andelen var högst bland unga vuxna kvinnor. Könsfördelningen totalt sett är jämn (kvinnor 48 procent; män 52 procent), men varier mellan olika åldersgrupper. Bland yngre står flickor och unga kvinnor för en större andel av besöken än pojkar och unga män. När det gäller vuxna i arbetsför ålder står däremot män för en något större andel av akutbesöken. De vanligaste diagnoserna vid vuxnas akutbesök var substansbruksrelaterade tillstånd, ångestsyndrom och psykotiska syndrom (till exempel schizofreni). Bland mångsökande patienter (fler än fem gånger på ett år, men inte ovanligt med fler än 10 besök) var substansbruksrelaterade tillstånd och personlighetssyndrom vanliga.

Bland mångsökare har också fler kvinnor än män insatser från socialtjänsten, där sådana insatser utgjorde en bakgrundsvariabel som indikerade en ökad risk för negativa hälsoutfall. Registerstudien visar att barn i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar har lägst förekomst av akutbesök. I den vuxna befolkningen är situationen den omvända, med högst förekomst av akutbesök i områden med stora eller mycket stora socioekonomiska utmaningar. Det kan tyda på att personer i områden med socioekonomiska utmaningar inte söker vård förrän sjukdomen blivit värre och vårdbehovet är akut.

För omkring 30 procent av de som söker vård på en psykiatrisk akutmottagning utgör besöket den första vårdkontakten för psykiatriska tillstånd inom specialistvård.

[3] https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/sveriges-psykiatriska-akutmottagningar--nulagesbild-bedomning-och-utvecklingsforslag-2025-9-9711/

[4] Med triage menas en systematisk process som vårdpersonal använder för att bedöma och prioritera patienters vårdbehov vid ankomst. Syftet är att säkerställa att de svårast sjuka patienterna får vård först för att öka patientsäkerheten och minska väntetiden för de med störst behov.

Kunskapsstöd

Den akutpsykiatriska verksamheten behöver följa en kombination av lagar och nationella, regionala, och lokala medicinska riktlinjer. Lagarna är primärt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientlagen (2014:821) och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). De medicinska riktlinjerna återfinns i de nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk hälsa samt kunskapsstyrning akutvård (dock inget som primärt riktar sig till psykiatrisk akutvård.)

I en rapport från Socialstyrelsen 2025[5], i vilken de kartlägger Sveriges akutpsykiatriska mottagningar, lyfter de behovet av övergripande och bredare nationellt kunskapsstöd för akutpsykiatriskt omhändertagande och vård. Kunskapsstöd gällande mångsökande patienter anges som högsta prioritet då de är överrepresenterade bland suicid. Socialstyrelsen föreslår bland annat följande nationella utvecklingssatsningar (fler återges i rapporten):

- Utveckla ett nationellt kunskapsstöd för vård och andra insatser för mångsökare.
- Förbättra akut psykiatriskt omhändertagande i alarmeringskedjan[6].
- Förbättra mottagandet och bemötandet av patienter vid akut psykiatriskt omhändertagande.
- Stärka systematisk uppföljning av vårdkvalitet.
- Stärka samverkan på ledningsnivå mellan berörda aktörer.
- Stärka arbete med rutiner och arbetssätt för triagering i syfte att säkerställa rätt prioritering och bedömning.
- Stärka och utveckla omhändertagandet av berusade personer.

- Socialstyrelsen lyfter också att även patienter behöver engageras och involveras i fortlöpande utvecklingsarbete av de psykiatriska akutmottagningarna.

[5] https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/sveriges-psykiatriska-akutmottagningar--nulagesbild-bedomning-och-utvecklingsforslag-2025-9-9711/

[6] Alarmeringskedjan används här som ett samlingsbegrepp för de moment som utförs från det att ett samtal inkommer till det nationella nödnumret 112 till dess att en ambulans är framme på plats.

Om uppdraget

Bakgrund

Under senare tid har flera allvarliga klagomål riktats mot omhändertagandet och vården inom psykiatriakuten och den psykiatriska slutenvården på SÄS. Kritiken har bland annat rört frågor om tvångsvård, patientsäkerhet och tillgänglighet till vård.

Psykiatriverksamheten har också uppmärksammats i en granskning av P4 Sjuhärad, vilket bidrog till en omfattande diskussion om vårdkvalitet och eventuella jävsförhållanden inom organisationen. Enligt uppgifter från både vårdpersonal och media har suicidala patienter nekats vård. I ett uppmärksammat fall ska en person ha nekats vård vid flera tillfällen och senare avlidit genom suicid. Det har även framförts kritik om att personer med psykossjukdom och andra allvarliga psykiatriska tillstånd inte alltid fått den tvångsvård som bedömts nödvändig.

Mot denna bakgrund beslutade sjukhusstyrelsen för SÄS våren 2025 att genomföra en extern granskning av tvångvård på psykiatrikliniken. Den genomfördes av Västra Götalandsregionens koncernkontor. Som en del av granskningsarbetet gavs också NSPH Västra Götaland i uppdrag att genomföra en brukarstyrd brukarrevision på den akutpsykiatriska mottagningen. Den har genomförts under våren 2026 och i samarbete med NSPH Södra Älvsborg.

Mål

Målet med brukarrevisionen är att utveckla och förbättra verksamheten genom att ge vägledning baserad på patienters attityd till och erfarenhet av vården, kontakten och bemötandet.

Verksamhet

Den psykiatriska akutmottagningen vid SÄS tar emot personer över 18 år som är i behov av en akut specialistpsykiatrisk bedömning. Mottagningen är öppen dygnet runt och erbjuder även rådgivning via telefon. Upptagningsområdet omfattar Södra Älvsborg, vilket inkluderar kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo, Vårgårda och Ulricehamn samt Alingsås och Lerum.

Verksamheten har cirka 30 heltidstjänster och bemannas av läkare, sjuksköterskor, skötare, medicinska sekreterare och enhetschef. Mottagningen har även ett mobilt uppdrag och kan, efter telefonkontakt och bedömning, genomföra hembesök. Samverkan sker regelbundet med ambulansverksamheten vid behov av psykiatriska bedömningar samt, när situationen kräver det, med polis och socialtjänst.

Mottagningen tar årligen emot omkring 4 000 besök. Besöksfrekvensen är som högst mellan klockan 13 och 21, då cirka 60 procent av patienterna söker vård. Omkring 20 procent av besöken sker nattetid och resterande 20 procent under morgon och förmiddag.

Alla patienter som söker vård ska genomgå en initial triagering och bedömning av vårdbehov, antingen av sjuksköterska eller läkare. Enligt vårdenhetschefen saknas för närvarande en fastställd skriftlig rutin för triagering.

Majoriteten av de patienter som söker sig till mottagningen, omkring 70 procent, får stöd i form av ångesthantering, rådgivning eller andra öppenvårdsinsatser. Om patienten har en befintlig krisplan ska denna aktualiseras och vid behov uppdateras. Saknas en krisplan ska en sådan upprättas tillsammans med patienten. Cirka 30 procent av patienterna bedöms vara i behov av heldygnsvård, vilket ligger i linje med nationella siffror för psykiatriska akutmottagningar.

Målgrupp

Personer över 18 år i Södra Älvsborg samt Alingsås och Lerum i behov av akut specialistpsykiatrisk bedömning.

Styrgrupp

För att försäkra att brukarrevisionen är brukarstyrd krävs att den leds och kontrolleras uteslutande av personer med erfarenhet av psykisk ohälsa, antingen för egen del eller som anhörig. Styrgruppen samordnar arbetet med brukarrevisionen och sammanställer revisionsrapporten. I styrgruppen ingår:

- Carolina Karlsson, NSPH Södra Älvsborg
- Karin Sjöström, NSPH Södra Älvsborg
- Sara Svensson, NSPH Västra Götaland

Referensgrupp

Referensgruppen består av styrgrupp och verksamhetsrepresentanter som tillsammans planerar för genomförande, intervjumall och praktiska frågor. Dialog har också förts med ansvariga för den externa granskningen vid Västra Götalandsregionens koncernkontor.

I referensgruppen har verksamheten representerats av:

- Vårdenhetschef på psykiatrisk akutmottagning, Hawser Saed
- Vårdenhetschef psykiatrimottagning Beroende och avdelning 2, Tonika Thomas
- Vårdenhetschef psykiatriavdelning 4, Charlotte Hjertton Liesto
- Överläkare psykiatriavdelning 3, Jana Hanispáková

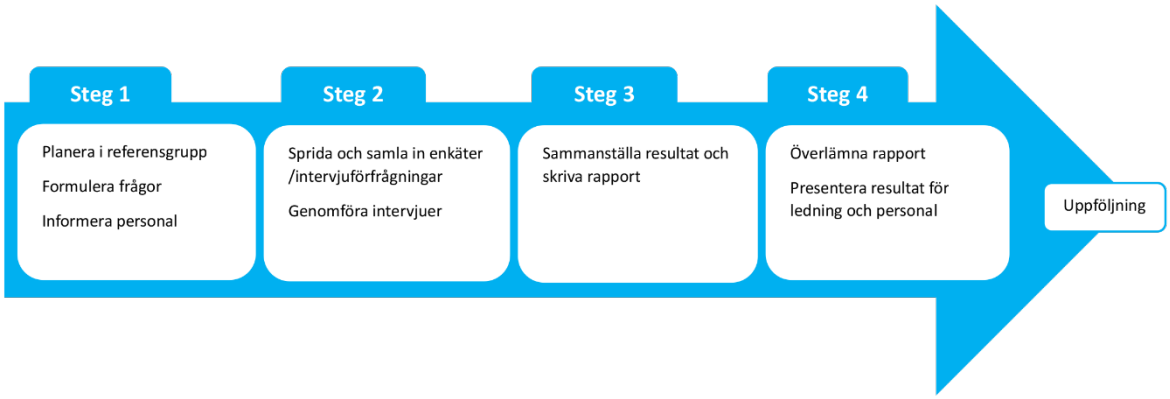
Metod

Metoden som har använts i denna brukarstyrda brukarrevision är semistrukturerade intervjuer. Det innebär att vi har utgått från ett frågeformulär där samma frågor ställts till alla deltagare, men med öppna svarsmöjligheter så att deltagaren fått svara fritt på alla frågorna. Deltagarna erbjuds flera olika sätt att intervjuas på, se under *Genomförande*.

Intervjuerna hölls av utbildade brukarrevisorer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Intervjun har fördelen att den ger brukarrevisorerna möjlighet att förklara svåra frågor och ställa relevanta följdfrågor. Varje intervju hölls av två brukarrevisorer, en som hade det primära ansvaret att ställa frågorna och en som hade primärt ansvar att anteckna. Brukarrevisorerna har tystnadsplikt och intervjusvaren behandlas konfidentiellt. Intervjusvaren anonymiserades och sammanställdes sedan till en rapport.

För att levandegöra och lyfta brukarnas röster användes mycket citat. I vissa fall har citat skrivits om för att anonymisera personen, men vi har varit noga med att behålla kärnan i citatet.

Genomförande



Bilden visar hur genomförandet går till steg för steg

I slutet av 2025 hade referensgruppen ett första möte för att planera genomförandet av brukarrevisionen. Intervjufrågorna mejlades därefter ut till referensgruppen som fick möjlighet att reflektera och komma med synpunkter. Under mötet diskuterades praktiska frågor kring utdelning av anmälningsmaterial och datum för personalträff.

Anmälningsmaterialet innehöll information om brukarrevisionen, en anmälningsblankett och ett frankerat svarskuvert. Det spreds på olika sätt:

- Personal vid akutmottagningen och slutenvårdsavdelningarna delade ut det till patienter.
- Materialet lades ut på alla psykiatriska öppenvårdsmottagningar vid SÄS.
- Information skickades ut via 1177 till 112 slumpmässigt valda personer som besökt mottagningen under den aktuella perioden.
- Två olika annonser om undersökningen spreds dels i början av intervjufasen och dels i slutet med information om sista anmälningsdag, i NSPH Västra Götalands sociala medier.

Respondenterna kunde välja mellan att intervjuas fysiskt på en önskad plats, telefonintervju eller att svara skriftligt. Totalt deltog 27 personer i undersökningen. 6 intervjuer genomfördes fysiskt, 20 via telefon och 1 skriftligt. Intervjuerna hölls mellan den 17 februari och den 15 april och tog cirka 20–70 minuter att genomföra. Varje respondent fick ett presentkort på ICA (värde 250 kr) som tack för sitt deltagande.

Efter intervjuperioden påbörjades analysarbete och rapportskrivande. Resultatet presenteras för sjukhusledningen den 5 maj. När resultat presenterats för chef och personal vid den akutpsykiatriska mottagningen, läggs slutligen revisionsrapporten upp för allmänheten på NSPH Västra Götalands hemsida.[7]

Under 2027 erbjuder sig styrgruppen att göra ett återbesök för att följa upp hur revisionsarbetet påverkat verksamheten och hur man använt sig av underlaget.

[7] https://nsphvastragotaland.se/material/slutrapporter/

Rapportens upplägg

Färgkodning

För de flesta frågor görs en samlad bedömning utifrån respondenternas svar och frågan tilldelas röd, gul eller grön färg. Frågor som inte värderas markeras med blått.

GRÖN blir frågan om intervjusvaren ger en antydan om ett *tillfredsställande* förhållande.

GUL blir frågan om intervjusvaren ger en antydan om ett *delvis tillfredsställande* förhållande.

RÖD blir frågan om intervjusvaren ger en antydan om ett *bristfälligt* förhållande.

BLÅ blir frågan om ingen värdering av den har gjorts.

Bedömningarna bygger på ett begränsat urval och ska inte uppfattas som ett resultat eller betyg för verksamheten. Avsikten är snarare att ge en fingervisning om vilka delar av verksamheten som kan vara angelägna att se över. Brukarrevisionen är i första hand en kvalitativ undersökning med syfte att ge en inblick i hur patienterna upplever sitt stöd samt att utifrån dessa upplevelser peka på möjliga förbättringsområden.

Resultat

Bakgrundsfrågor

- **Ålder:** Deltagarna är mellan 20 och 66 år. Medelåldern är 41 år, medianåldern är 38 år.
- **Kön:** 14 identifierar sig som kvinnor och 13 som män.
- **Senaste besök på Psykiatrisk akutmottagning:** Från årsskiftet 2024/2025 till mars 2026. 18 personer har besökt mottagningen tidigare, för 2 av dessa skedde besöket för många år sedan. För 9 personer var det första besöket.

Hade du haft kontakt med psykiatrin tidigare när du sökte på akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 1. Hade du haft kontakt med psykiatrin tidigare när du sökte på akutmottagningen?

Ja	19
Nej	8

Av de 19 personer som har haft kontakt med psykiatrin tidigare har 2 personer haft kontakt på annan ort och 3 personer har haft kontakt för länge sedan.

”

Ja. Dom vet vem jag är.

Ja, jag har kontakt med ÖVM[8]. Jag har haft stöttning av psykolog halva mitt vuxna liv.

Jag blev bollad mellan vårdcentralen och psyk. Jag hade inte kontakt med psykiatrin vid tillfället. Jag hade gjort basutredning och blev skickad tillbaka till vårdcentralen. Nu har jag kontakt på ÖVM (vid intervjutillfället).

Jag hade kontakt för länge sedan. /…/ Det hade redan skickats remiss från vårdcentralen till ÖVM. Jag väntade på tid. Jag kände att remissen bollades runt lite.

Nej inte på det sättet. Har tidigare bara haft kontakt med vårdcentralen.

Av de 14 personer som haft kontakt med psykiatrin på SÄS under närtid uppgav 8 personer att de upplevde att personalen var insatta i deras bakgrund.

[8] ÖVM står för Öppenvårdsmottagning

”

Dom var insatta, dom gav mig utrymme att förklara saker som stod i journalen. Det kändes väldigt bra.

Dom hade läst på om bakgrunden och anpassade vården efter det. Dom hade förkunskap.

Dom hade läst på om mig, det brukar dom göra.

6 deltagare uppgav att personalen inte var insatta i deras bakgrund.

”

Jag upplevde att dom inte hade satt sig in i mitt ärende. Det verkade som dom inte visste att jag har PTSD. Dom anpassade inte efter mig. Frågade en massa men jag hade svårt att tänka. ”Vi kan inte hjälpa dig om du inte säger det (hur du mår)” Jag önskade att dom inte propsade på orden, att dom sagt: ”du kan sitta lite i rummet och ta det lugnt så kan vi prata med dig senare”. Hade behövt tid att kunna artikulera mig. Tid att landa och sedan prata.

Dom läser inte på om mig eller sätter sig in i mitt fall inte ens när man ringt innan och fått komma dit på tid så har dom läst på.

Jag upplever att dom inte läst på. Jag har bett om medicin som fungerar och som finns i journalen men dom säger att det inte står där. Jag förstod att dom kanske inte hade tid.

Dom hade inte läst på. Jag träffade fem olika människor. Alla frågade samma saker. Jag orkade inte berätta. Det hade varit hjälpsamt om dom lyssnade och pratade med varandra.

Jag fick inget stöd eller anpassning. Dom tog inte hänsyn till diagnos eller traumatisk händelse som påverkade måendet.

Hur tog du kontakt med akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 2. Hur tog du kontakt med akutmottagningen?

Ringde (patienten eller närstående)	12
Kom med ambulans	6
Ringde på dörren	4
Kontakt via annan vårdinstans (t.ex. ÖVM, 1177)	4
Kom med polishandräckning	1

2 personer uppger att det är svårt att komma fram på telefon.

Vi frågade även om man hade närstående med sig vid besöket. 6 personer svarade att de kom tillsammans med en eller flera närstående och 21 personer kom utan närstående. En av dessa personer har haft en närstående som anlänt senare.

Det var inga problem att komma i kontakt med dom.

Jag blev skjutsad dit av min närstående. Jag var ensam där. Jag hade inte ringt innan, jag ringde på dörren.

Jag har försökt ringa massa tillfällen men aldrig kommit fram. Det ringer inte ens, jag har kollat att telefonnumret är rätt.

En gång har dom sagt att dom kan skicka polis och hämta. Inte på grund av tvång utan för att dom kan vara behjälpliga. Jag blev rädd. Men det tyder samtidigt på att dom är seriösa. Det känns inte tryggt att behöva bli hämtad av polis. Vad tror grannarna?

Varför ringer jag när jag ringer dit får jag ofta höra, men det är för att min öppenvård säger att jag ska ringa dit.

Jag kom med ambulans. Jag ringde själv. Akuten har inte varit till stor hjälp. Jag har försökt få tag i dom innan, så jag fick ringa på ambulansen som körde dit mig.

Personalen på akuten tyckte att jag skulle åka men sedan ville dom inte det när jag kom dit.

Det var lätt att få tag på dom på telefon, det var en kort telefonkö. Sköterskan sa "Jag har inget mer att diskutera med dig" och lade på luren i örat. Jag åkte dit själv dagen efter.

Behandling och stöd

Vilken typ av hjälp fick du på akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 3. Vilken typ av hjälp fick du på akutmottagningen? (Flera svar möjliga)

Samtal	14
Krisplan (upprättande, revidering, aktualisering)	10
Läkemedel	9
Inläggning på avdelning:	8[9]
Hjälp med kontakt med annan vårdinstans	7
Tillsyn	6
Suicidriskbedömning, suicidövervakning, kontakt med suicidpreventiva teamet	5
Ingen	4
Tillnyktring/avgiftning	3
Fick Färdighetslista/telefonnummer till stödlinjer	3
Information till närstående	3
Sova kvar över natten	1
SIP[10]	1

Olika sorters hjälp har framkommit i intervjuerna och de vanligaste svaren är samtal, hjälp med krisplan följt av läkemedel. Nedan följer citat från respondenter på frågan:

”

Riskbedömning. Riskmatris /…/ tillsyn med jämna mellanrum. Det hjälpte till att lugna. Gav lite fika, mackor och saft. Vi gick igenom krisplanen ”Vem kan du prata med? Vad har du för strategier?”

Fick omgående prata med sköterska och fick fylla i en hel del parametrar. Dom ville ta reda på så mycket som möjligt, visade att dom verkligen ville hjälpa mig.

Denna gången fick jag prata med en som tog sig tid och lyssnade. Dom kontaktade vårdcentralen där jag sedan fick hjälp med medicin som jag haft sedan besöket på akutmottagningen. Jag har inte fått detta innan, att någon tagit sig tid till samtal utan tidigare bara kort samtal och hemskick utan hjälp.

[9] En av dessa såg inte inläggningen som hjälpsam.
[10] SIP står för Samordnad individuell plan

Jag får göra avtändning på akuten. Jag får saft och spypåse. Jag önskar att jag kunde få hjälp med abstinensen tidigare.

Jag blev inskriven för avgiftning och suicidövervakning.

Jag uppfattade det som en ordentlig utredning för att se om jag skulle vara kvar eller inte.

Inte mycket till stöttande eller motiverande samtal. Hjälpen jag fick var att någon kom och frågade varför jag var där och då fick jag berätta det men mer fick jag inte.

Jag undrade lite själv vad jag fick för hjälp. Det var mot psykisk ohälsa, hjärnspöken. Jag fick stöttande samtal, samtidigt så hade jag röster i huvudet. Jag fick inte den hjälp jag förväntat mig, jag fick mer än vad jag hade förväntat mig. Jag fick prata med en person.

Dom fixade remiss till vårdcentralen för lite snabbare hjälp där. /…/Jag fick samtal med sjuksköterska men jag är osäker på hur mottaglig jag var för stödet i mitt tillstånd. Dom kunde inte ha gjort det bättre.

4 respondenter uppger att de inte fått någon hjälp alls. Citaten nedan illustrerar det:

”

Ingenting. Jag fick sitta i ett rum. Jag kände mig som ett barn. Dom sa att dom kommer snart men dom kom inte. Jag väntade. Jag skulle få macka men den kom aldrig.

Jag kan tycka att när man kommer behöver man hjälp. Dom sitter bara på sitt kontor, dom är aldrig ute bland oss som behöver hjälp. En läkare sa: ”det är ingen idé att prata med dig” och så gick hen mitt i samtalet. Jag hade önskat att dom skulle komma in och prata med mig och ge medicin mot ångesten. Jag vankade runt, runt men ingen brydde sig om mig.

Fick ingen hjälp alls. Blev inslussad i ett rum av ambulanspersonalen. Rummet hade två hårda plaststolar, ett litet runt bord och en klocka. /…/ Det var två låsta dörrar, jag kände på dörrarna men dom var låsta. Jag uppmärksammade inte om det fanns larmknapp. Rummet kändes som en cell. Där satt jag i tio timmar utan att någon kom och pratade med mig.

På frågan om man önskade någon mer hjälp än den man fick på akutmottagningen svarar **13 personer att de önskade mer hjälp** i form av (flera svar möjliga):

- Samtal (3 personer)
- Läkemedel (3 personer)
- Inläggning, eller att det togs upp (2 personer)
- Tydligare plan (2 personer)
- Hjälp med kontakt med ÖVM (1 person)
- Hjälp med abstinens (1 person)
- Hjälp att hitta verktyg för att hantera sitt mående (1 person)
- Ha en personal närvarande hela väntetiden (1 person)

Nedan följer ett par citat från respondenterna som beskriver önskemålen:

”

Jag ville ha samtal och hjälp med ångesthantering. Jag fick medicin och blev utkörd. /…/ Jag visste inte vad jag skulle förvänta mig eftersom jag inte varit där tidigare. Jag hade önskat att dom sa ungefär: ”Om två dagar händer det här” men dom körde bara ut mig.

Jag önskade få hjälp med medicin över helgen. Dom sa ”du får stå ut till måndag”.

Förväntade mig kanske att akuten skulle säga: ”Nu gör vi så här!”

Jag önskar att dom hade tagit mig mer på allvar och hjälpt mig hitta verktyg.

Det är svårt att få akutmottagningen att lägga in mig när jag varit i behov av det.

Jag ville nog bli inlagd över natten. Jag fick inte alternativet att bli inlagd. Det kom inte på tal. Jag tog inte upp det, dom tog inte upp det.

Ja, man ska inte vara så mycket själv. Dom lämnar en mycket själv och när jag är i mani är jag inte så bra på att vara ensam, jag är inte snäll mot mig själv. Ha en person där tills läkare kan komma och lägga in en.

Blev du inlagd på vårdavdelning? (27 svar av 27)

Tabell 4. Blev du inlagd på vårdavdelning?

Nej	19
Ja	8

Av de som inte bedömdes i behov av slutenvård, uppger 8 att de förstår varför, 5 uppger att de inte förstår varför och 3 personer berättar att de uttryckt att de ville bli inlagda.

En person blev erbjuden att bli inlagd men tackade nej. En person kom direkt till en annan vårdinstans.

”

Nej, men jag fick hjälp med att komma till /annan vårdinstans//…/ Innan hade dom en observationsavdelning men den finns inte kvar vilket är ett misslyckande, att skicka hem någon som är påverkad för att den ska komma tillbaka när den nyktrat till.

Ja. Jag både förstod och inte förstod. Jag var påverkad och i hyperläge.

Nej. Dom ansåg nog att det inte var så illa. Dom tog kontakt med ÖVM, hade önskat att kontakten på ÖVM var ett par dagar senare inte en hel vecka. Det var lite lång väntetid till tid på ÖVM.

Nej. Jag bad om det, förstod inte varför inte. Jag fick ingen förklaring

Nej. Fick inte riktigt info om varför inte. Det kändes som jag skulle bara därifrån.

Nej, jag blev inte inlagd. Däremot fick jag frågan om ifall jag ville stanna kvar. Den möjligheten fanns och det kändes bra.

Nej. Jag ville det men dom lade inte in mig trots att det var riktigt illa. Jag hade långt gångna suicidplaner och var deprimerad.

Av personerna som blev inlagda uppger 1 att ingen visitation gjordes. 5 personer uppger att visitationen genomfördes på ett respektfullt sätt. 1 person uppger att fullständig visitation inte genomfördes men att det som gjordes var respektfullt. 1 person har inte kommenterat visitationen.

”

Nej ingen visitation, hade inget med mig mer än jacka.

Visitationen gjordes respektfullt, den kändes gedigen.

/…/så glömde dom bort att visitera. Dom verkade irriterade på mig då jag inte gjorde som dom ville. Kändes som dom tappade det där med visitationen. Den gjordes ändå på ett respektfullt sätt så som dom gjorde.

(Om personen blev inlagd)

Blev du inlagd frivilligt eller med tvångsvård? (8 svar av 8)

6 personer blev inlagda frivilligt, 2 personer blev inlagda med tvång. Av personerna som blev inlagda frivilligt har 3 personer erfarenhet av att ha varit inlagd med tvång vid tidigare tillfällen.

De två personer som lades in med tvång förstod inte varför det gjordes. Båda uppger att de inte fått någon information om tvångsvård och vilka rättigheter man har vid tvångsvård.

Av de tre personer som har tidigare erfarenheter av tvångsvård uppger två att de aldrig fått information om tvångsvård och sina rättigheter. Den tredje personen har inte uppgett om hen fått information. En person som inte blev inlagd vid senaste besöket har erfarenhet av tvångsvård och berättar att hen har fått juridisk hjälp men aldrig fått någon annan information. 1 person upplever att information försvinner mellan akutmottagning och avdelning.

”

Denna gången frivilligt. Med åren blir jag bättre och slipper bli inlagd med tvång. Jag blir bättre på att se varningssignaler och söka hjälp själv.

Ja, jag blev inlagd på tvångsvård. Jag förstod definitivt inte varför det var på tvångsvård. Ville egentligen inte bli inlagd alls. Jag fick ingen information om tvångsvård och vilka rättigheter jag hade.

Jag gick med på det själv då dom tyckte att det behövdes.

Det var inte på tvångsvård vid detta tillfället, men det har förekommit vid tidigare tillfällen. Jag fick ingen information, men det finns lappar man kan läsa.

Jag har fått juridisk hjälp tidigare. Jag har inte fått information om rättigheter.

Det känns som dom missar i överrapportering från akutmottagning till avdelning. Då blir man osäker när dom på avdelningen inte gör det läkaren på akutmottagningen sagt ska göras.

(Om personen inte blev inlagd)

Fick du stöd eller hjälp av akutmottagningen att vända dig någon annanstans? (18 svar av 19)

Av personerna som inte blev inlagda efter besöket uppger 10 att de fått hänvisning till annan vårdinstans, 4 av dessa har blivit uppmanade att ta kontakt med annan instans till exempel ÖVM eller vårdcentral och för 6 har Akutmottagningen tagit kontakten. 6 personer har inte fått någon hänvisning och 1 person är osäker på om vårdcentralen kontaktades. 1 person kom direkt till en annan vårdinstans. Nedan följer ett par citat:

Jag uppmuntrades att prata med öppenvården och psykolog som jag har kontakt med sedan innan. ”

Remiss skulle skickas till min vårdcentral för att eventuellt sätta in antidepressiva mediciner.

Kommer inte ihåg om dom hänvisade mig till vårdcentralen eller ej. Men jag har god kontakt med min läkare på vårdcentralen.

ÖVM fick notis att jag varit där och jag pratade med dom senare.

Vid senaste besöket fick jag hjälp till kontakt med vårdcentralen. Har inte fått det vid tidigare tillfällen.

3 personer fick hjälp av personal på Akutmottagningen att ordna transport hem, 2 personer fick frågan från personalen om de kunde ta sig hem men ordnade hemresa själv. 2 personer hade anhörig med som skjutsade hem. 6 personer blev inte tillfrågade hur de skulle ta sig hem. 2 personer önskade hjälp från mottagningen men fick inte det. 4 personer har inte angivit hur de tog sig hem.

”

Dom fixade sjukresa. Jag hade inget med mig så dom tog verkligen hänsyn till att hjälpa mig.

Dom såg till att någon kunde hämta. Berättade att det finns möjlighet till taxi.

Fick ta mig hem själv. Jag blev inte tillfrågad om jag behövde hjälp, dom kollade inte hur jag skulle ta mig hem.

Jag fick ta bussen mitt i natten. Jag hade bara på mig/tunna kläder/. Det var på våren, mitt i natten, det var jättekallt, jag hade bara med mig plånbok och telefon /…/. Jag fick inte ens stanna kvar till morgonen när det kändes säkrare att gå ut. Fick inget erbjudande om sjukresa eller liknande. Jag var inte säker på att jag hade pengar till bussbiljetten.

Dom sa: ”Du får väl ta bussen.” Det går inga bussar mitt i natten till /bostadsorten/. Dom sa: ”Det är bara att gå till busshållplatsen och ställa dig.” Jag sa att jag har inga pengar, jag kunde inte ta mig hem. Dom sa: ”Vi kan inte göra något åt att du inte har några pengar.” /…/ Akuten hjälpte inte att ringa färdtjänst.

En person uttrycker att den hade önskat hjälp med att kontakta en närstående.

Ingen hjälp att kontakta närstående. Det hade känts tryggt om dom pratade med min närstående. Önskade att dom pratade med hen så hen förstod vilken hjälp jag behövde. ”

Träffade du läkare på akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 5. Träffade du läkare på akutmottagningen?

Ja	15
Nej	7
Osäker	4
Två tillfällen, träffat ena gången men inte andra	1

Drygt hälften träffade en läkare på akutmottagningen. Av de som inte träffat läkare säger 2 personer att personalen de träffade pratade med läkare. 2 personer har inte fått information om varför de inte träffade läkare. 1 person har efterfrågat samtal med läkare, fått information om varför hen inte träffade läkare, men inte hållit med om bedömningen. 2 personer har inte uppgivit om de fick information eller inte. 4 personer vet inte om de träffat läkare.

”

En gång ja. En gång nej. När jag inte fick träffa läkare fick jag ingen förklaring.

Ja. Dom byter läkare på avdelningen och akutpsyk och det är inte så jävla trovärdigt. Det är olika varje gång.

Ja. En underläkare. Hen gick och frågade en överläkare väldigt mycket.

/…/ fått träffa enbart AT- läkare men dom får inte ta några beslut. Jag hade önskat få träffa läkare som kan ta beslut.

Nej, dom pratade med en läkare men jag fick inte träffa någon. Den jag pratade med var någon vikarie som inte var läkare.

Jag vet inte, jag fick träffa mycket folk men kan inte säga om det var läkare eller ej. Var mycket för mig i det akuta läget.

Jag antar det, det var någon i blå kläder. Jag förutsatte att hen var läkare.

Har du en upprättad krisplan att använda vid försämring av måendet?

(27 svar av 27)

Tabell 6. Har du en upprättad krisplan att använda vid försämring av måendet?

Ja	17
Nej	10

En majoritet av respondenterna har en krisplan, av dessa skapades 8 krisplaner vid besöket på Akutmottagningen, 7 personer hade krisplan sedan tidigare, 2 har en krisplan skapad efter besöket på Akutmottagningen.

Av de 7 personer som hade en krisplan sedan innan uppger 1 att krisplanen uppdaterades vid besöket på Akutmottagningen, 1 att den användes på Akutmottagningen och 5 att den inte användes eller togs upp.

Av de 10 personer som inte har en aktuell krisplan har 5 kontakt med psykiatrin.

”

Ja, jag har en utskrift hemma. Dom använde den på akuten, gick igenom vem jag kunde ringa till.

Den var gjord tidigare, men den uppdaterades och aktualiserades på akuten.

Ja. Den upprättades vid senaste besöket på akutmottagningen. Jag har inte behövt använda den.

Nej. Jag är ganska medveten om vad som är bra för mig men är dålig på att sköta det. En krisplan skulle vara användbar.

Har haft en tidigare men inte använt den. När jag skulle behöva den har jag inte förmågan att använda den.

Jag tror att det finns en men jag har den inte själv och jag vet inte var den finns.

Dom frågar om man använder den men det känns inte som dom tar fram den och dom vet inte vad det står i den.

Ja det fanns en krisplan sen förra året men jag vet inte om dom kom åt den eller om dom visste var dom hittade den.

4 respondenter uppger att de uppmanats av personalen på Akutmottagningen att ladda ner appen Min Livlina[11]. En av dem har fått hjälp av personalen att skapa en krisplan i appen, de andra tre har uppmanats att göra det på egen hand. Nedan följer tre citat som beskriver situationen:

[11] https://suicidezero.se/min-livlina/

Det enda dom sa när jag mådde dåligt var: ”gå in och sätt dig och andas” och hänvisade till appen Min livlina.

Jag blev rekommenderad att använda appen Livlinan. Jag skulle ladda ner den själv.

Jag fyllde i appen ihop med personal.

Nedan citat från några respondenter beskriver hur krisplanen hjälper dem:

Det hjälper att veta vad som kan lugna och vem jag kan kontakta. Olika personer i mitt liv att kontakta utifrån situationen. Den påminner om vad jag kan göra när jag mår dåligt.

Det var därför jag kontaktade akutpsyk. Det stod i planen att kontakta akuten utanför mottagningens tider.

Jag har satt krisplanen på kylen. Det känns tryggt att se den. Jag vet att den finns där om jag behöver den.

Krisplanen hjälper mig genom att jag vet vad jag har tillåtelse att göra vid behov. Till exempel ringa till akuten.

Det står vilka jag kan ringa om jag har panik. Jag har lite mål att jag vill resa, jag vill bli frisk, jogga och laga mat och funka. Den motiverar mig för att nå dom målen.

Jag har några punkter som jag använder mig av men jag har svårt att söka hjälp tidigare. Jag väntar tills det är riktigt akut innan jag söker för annars får jag inte hjälp ändå.

Några respondenter har också gett förslag på hur krisplanen skulle kunna förbättras:

Lite enklare och anpassad efter någon som mår dåligt. Det är svårt att kolla och göra en när man mår som sämst.

Krisplanen har inte uppdaterats på länge. Jag hade önskat hjälp att göra den fylligare. Jag har efterfrågat det men inte fått gehör.

Dom skulle kunna bryta ner den mer till konkreta övningar, mer specifikt vad jag ska göra.

Kanske något mer visuellt i krisplanen hade varit hjälpsamt.

Gjordes dina närstående delaktiga vid ditt besök på akutmottagningen på det sätt som du önskade? (25 svar av 27)

Tabell 7. Gjordes dina närstående delaktiga på det sätt som du önskade?

Ja	7
Nej	6
Önskade inte att närstående gjordes delaktiga	11
Skötte kontakt med närstående själv	1

En stor del av respondenterna önskade inte att närstående skulle involveras i deras vård. Av resterande personer upplevde knappt hälften att närstående gjordes delaktiga på det sätt de önskade.

Jag bad dom att inte kontakta. Dom följde det.

Ja. Hen blev välinformerad när jag inte riktigt var vid medvetande.

Jag fick min önskan igenom, endast en närstående fick kontaktas och det höll dom. Dom fick prata med min närstående utifrån vad jag önskade och tillät att dom fick dela.

Det behövdes inte. Jag ringde själv mina närstående och berättade om situationen.

Ja det gjordes dom. Dom var utanför samtalsrummet för jag ville inte att dom skulle bli mer involverade.

Det var jättebra att dom pratade med mina närstående. Sköterskorna pratade med både mig och dom. Dom delade upp oss och pratade med oss var för sig.

Av de 6 personer som uppger att de närstående inte gjordes delaktiga på det sätt de önskat uppgav en att hen bett personalen kontakta närstående men de har inte gjort det.

Jag bad dom ringa en närstående men dom sa att dom inte kom fram. Min upplevelse var att dom aldrig ringde.

2 personer berättade att de önskat att den närstående fått mer information. Nedan citat beskriver detta:

Lite grann pratade dom med hen, men jag hade önskat att dom pratat mer med hen och varit intresserade av vad min närstående sa och lyssnat mer på hen.

Nej. Det hade känts tryggt om min närstående kontaktades och informerades om vad som hände. Jag begärde inte det, men hade önskat att dom frågade. Då hade jag svarat ja. Det hade känts tryggt om dom pratade med min närstående /…/ så hen förstod vilken hjälp jag behövde.

3 personer berättar att de vid sitt besök inte fick vänta tillsammans med sina närstående som var med. 2 av dem uttrycker att deras lidande ökade betydligt eftersom de inte fick ha sina närstående som stöd.

”

Mina närstående följde med mig in men dom fick inte sitta med mig utan satt i ett annat rum, vilket gjorde att jag kände mig orolig /…/ hade dom varit med hade den värsta stressen hos mig tagits bort. Om dom samarbetat mer med både dom och mig. /…/ Personalen säger att dom var kvar tills jag fick komma till avdelningen men jag fick inte träffa dom.

Jag ville ha med min närstående in men fick inte. Jag satt fyra fem timmar helt själv. Jag var inte där för att jag ville ta livet av mig men jag mosades av allt inombords och jag behövde ha närheten men jag fick inte. Min närstående fick inte vara delaktig förrän de sista 20 minuterna. Jag blev förtvivlad för att min närstående inte fick följa med och hen (sköterskan) brydde sig inte. Jag behöver ha någon fysiskt nära och utryckte det till personalen.

/…/ dom skulle låtit min närstående fått vara delaktig. Hen fick inte komma in till mig när hen kom utan fick vänta länge innan hen fick komma in till mig.

Lokaler

Var det lätt att hitta till akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 8. Var det lätt att hitta till akutmottagningen?

Lätt	14
Svårt	5
Kom med personal	8

De flesta som tycker det var lätt har besökt mottagningen tidigare eller går på ÖVM i byggnaden. Några har också kommit med personal, till exempel ambulans, polis eller öppenvårdspersonal och behövde därför inte hitta själva.

Ja det var lätt att hitta. Går på mottagning intill så det hjälper. Bra skyltat.

Nu är det sen dom byggde om. Det är bra skyltat, lättare när hela psykiatrin ligger samlat.

Jag har bara åkt sjukresa, men det är nog lite klurigt om man går dit första gången.

Två personer som varit på mottagningen tidigare uppger att det trots detta var svårt att hitta.

Nej jag visste inte var den låg, trots att jag varit där tidigare. Jag frågade på (somatiska) akuten. Det behövs tydligare skyltning.

Nej. Den ligger väldigt avsides och det är dåligt skyltat. Vi gick fel ett par gånger innan vi hittade rätt.

Av de 9 som var där för första gången kom 4 med personal och behövde därför inte hitta själva. 1 kom med närstående som hjälpte till att hitta. 1 går på ÖVM i huset och hittade därför. De resterande 3, som inte hade stöd att hitta, tycker alla att det var svårt att hitta.

För en som aldrig varit där velade vi runt. Vi trodde den skulle ligga vid huvudentrén, men sen hittade vi vanliga akuten och då kunde vi leta oss fram till den. Det borde finnas skyltat så man hittar dit och slipper leta sig fram.

Nej, inte så lätt. Det ligger intryckt i ett hörn. Det vore lättare om det var på gaveln eller mer ut mot gatan. Det hade hjälpt med en större skylt.

3 personer som har varit på mottagningen tidigare berättar att de hade svårt att hitta vid sitt första besök.

Det var svårt första gången. Om jag skulle beskriva nu till någon skulle jag kunna guida lätt.

Jag har försökt gå dit själv. Första gången var det svårt att hitta, jag fick gå till (somatiska) akuten för att få hjälp att hitta. En skylt hade hjälpt mig att hitta.

Vad tycker du om akutmottagningens lokaler? (27 svar av 27)

Tabell 9. Vad tycker du om akutmottagningens lokaler?

Genomgående positiv	8
Genomgående negativ	8
Både positiv och negativ	8
Neutral/Ingen åsikt	3

Det respondenterna framför som positivt med lokalerna är att de är fräscha, de har lugna färger, de är rymliga och många uppskattar att få vänta i ett eget rum. Det ses också som positivt att man sällan störs av andra patienter.

Det känns bättre med eget väntrum.

Fräscht. Färger och inredning är lugna, inte överstimulerande.

Det var bra, jag blev förvånad över hur stort det var och hur många rum där var.

Det är fräscht och rymligt. Bra att det är lite mindre samtalsrum.

Dom är fantastiska, dom är jättefina. Det är bra med mindre stimuli i rummet. Jag är där för att samla ihop mig själv, det går inte om det är för mycket. Steril miljö är lugnande.

Det respondenterna anger som negativt är att lokalerna uppfattas som kliniska, kala och monotona. 2 personer uppger att samtalsrummet kändes trångt. 3 personer berättar om associationer till fängelsecell/ häkte. 2 personer tycker att ljuset är för starkt och 2 personer att det är kallt i lokalerna.

Det var avskalat och sterilt och opersonligt. /…/ Det var svinkallt, skönt om det fanns lite värme.

Fruktansvärt trista. Det är deprimerande att vara där. Att det bara är fullständigt tomma lokaler/…/ Det är väldigt kalt.

Dom små samtalsrummen var lite klaustrofobiska.

Dom var ocharmiga. Dom påminde om en cell.

Slussen ger häkteskänsla, jag känner att väldigt obehag i slussen. /…/ Jag tycker inte om att bli satt själv i dom små rummen.

Skarp och hård belysning. Den kunde ha dämpats. Man blir rätt känslig när man mår dåligt. /…/ Dom kunde haft gula lampor i stället för vita.

Det var för starkt ljus. Det borde vara lite mjukare, gult ljus som lugnar lite.

I ordmolnet nedan visas vad deltagarna saknade i lokalerna vid sitt besök. Ju större ord desto fler har svarat samma sak.



Kände du dig trygg när du vistades på akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 10. Kände du dig trygg när du vistades på akutmottagningen?

Ja	14
Nej	6
Både trygg och otrygg	7

Ungefär hälften kände sig trygga när de vistades på mottagningen, ytterligare 7 personer kände sig delvis trygga. Saker som bidrar till trygghet är:

- Den fysiska miljön, till exempel ett eget rum.
- Personalens bemötande, till exempel att de är lugna, icke-dömande, skapar tillit och att man som patient känner sig hörd.
- Att ingen utomstående ser en och att man inte behöver träffa andra patienter.
- Att inte vara ensam.

”

Ja, jag kände mig trygg. Det som gör att det är tryggt är stängda dörrar, ingen kommer in obehindrat.

Ja det gjorde jag. Jag kände mig hörd.

Ja, jag litade på dom.

Ja. Lugnt bemötande. Jag såg inga andra patienter så ingen kunde göra mig nervös. Jag har lätt att känna skam över mitt dåliga mående. Jag kände inte så mycket skam på akuten.

Ja det gjorde jag. Kände mig trygg i att man vet att det finns någon där.

Ja. Att ha folk omkring mig vid avtändning känns tryggt.

Ja jag kände mig trygg då jag upplevde att jag var på rätt ställe. Jag uppskattade isoleringen från andra och personalen tittade till mig.

Saker som bidrar till otrygghet är:

- Att bli lämnad ensam och att inte känna sig sedd.
- Att situationen är okänd, att man är otrygg med sig själv eller inte vill träffa på andra patienter.
- Känslan av att personalen inte tycker att man ska vara där.
- Att vara inlåst och att rummet känns som en fängelsecell.
- För lite information.

”

Kände mig inte trygg för jag kände mig inte omhändertagen och sedd.

Jag kände mig absolut inte trygg. Jag kände mig inte trygg för personalen var inte närvarande.

/…/ jag blev lämnad ensam ganska länge under personalbyte och kände mig ganska utlämnad.

Jag var fysiskt trygg men väldigt nervös för jag saknade tillit på grund av att situationen var okänd. I och med att det var första gången jag var där kände jag att jag inte riktigt litade på vad dom skulle göra.

Jag var inte trygg med situationen och mig själv.

Jag kände mig bara isolerad, som att jag satt i en cell.

Nej, det kändes som att jag kom in i något slags fängelse.

Nej det kan jag inte säga. Dom lämnade mig i sticket. Hade jag haft farliga saker i fickorna hade det inte varit roligt för någon.

Nej. Jag fick inte veta vad som hände och skulle hända.

Bristande trygghet att man vet att man inte kommer ut eftersom det är låst.

/…/ otrygg då det fanns andra patienter som var våldsamma.

/…/ otrygg med att dom bara ville få hem mig.

Information och kommunikation

Fick du information om vad som kommer hända under tiden du var på akutmottagningen? (27 svar av 27)

Tabell 11. Fick du information om vad som kommer hända under tiden du var på akutmottagningen?

Ja, tillräckligt	8
Ja, delvis	9
Nej	10

De personer som upplever att de fått tillräcklig information anger att de fått information om att:

- De väntar på att träffa läkare (2)
- De har fått en ungefärlig tid för när något kommer ske (2)
- De har fått regelbunden tillsyn (2),
- Personalen har berättat att de behöver gå iväg men är tillgängliga (1)
- Fler prover ska tas och varför (1)
- De väntar på att komma till avdelning (1)

”

Jag fick vänta tills det fanns en läkare som kunde komma. Väntade kanske en till två timmar /…/ Dom kom och tittade till mig ibland.

Jag skulle få prata med läkare. Jag fick prata med någon var femte minut så jag hade mer eller mindre någon hos mig hela tiden. Dom skötte det jättebra.

Vid senaste besöket fick jag veta när samtal kommer bli.

Dom berättade varför dom skulle ta fler prover. Personalen var noga med att berätta när dom behövde gå i väg och sa att det bara var att ropa eller öppna dörren så kommer dom. Dom var noga med att informera att dom var tillgängliga och hur jag skulle få tag på dom.

Dom berättade att dom ville skriva in mig på avdelning. Jag fick vänta på mottagningen för att få rum på avdelningen.

Av de personer som upplevde att de fått viss information som var hjälpsam men saknade annan information är det främsta att man har fått veta vad som kommer hända, men man vet inte hur länge man behöver vänta på det.

Bara att det (träffa läkare) kommer ske men inte hur länge man behöver vänta. Har svårt att förstå att man ska behöva vänta över två timmar för att få träffa läkare. ”

Dom förklarade vad som gjordes under tiden jag var där men det tog väldigt lång tid och det fick jag ingen information om. Det hade känts tryggt att få cirka-tid.

Det känns som ingen kan berätta. Jag fick inte veta hur länge det tar innan jag kommer till avdelningen. Jag fick bara veta att jag ska vänta. Dom är tydliga men dom vet inte så mycket om tid. Det kan vara jobbigt, samtidigt är det så det är. Man är där för att man behöver någon runt sig.

2 personer uppger att de fått veta att de ska läggas in på avdelning men har inte fått veta vilken avdelning. En av dessa uppger att hen fick bra information om väntetid.

Inte mycket information men jag fick information att jag skulle till avdelning men inte vilken avdelning. ”

2 personer har fått bra information om vad som händer just nu men hade önskat mer information om vad som händer på längre sikt En av dessa personer berättar också om att hen inte fick information om att dörren till samtalsrummet där hen satt skulle låsas. Personalen gick ut och låste efter sig vilket förstärkte ångesten.

Delvis, jag fick veta vad nästa steg var men inte en längre plan. Dom låste dörren utan att informera om det, vilket gjorde att ångesten ökade. Sköterskan berättade inte att hen skulle låsa dörren efter sig när hen gick ut. Jag var ensam i rummet vid tillfället. Dom berättade inte hur länge jag skulle vänta till exempel när dom skulle prata med läkaren. ”

1 person upplever att personalen försökte informera men hen var inte mottaglig för informationen just då.

Troligtvis så informerade dom om vad som kommer hända men jag var så inne i mig själv. Dålig för mig var den kanske. ”

6 personer som upplever att de inte fick information har inte utvecklat svaret vidare. 3 personer anger att de saknade information om hur länge de behövde vänta. 1 person önskade skriftlig information eftersom det var svårt att ta in muntlig information.

Nej jag fick ingen information om något. Dom var nog trötta på mig och ville få mig därifrån så fort som möjligt. /…/ Men det är svårt när jag blir sjuk att uppfatta och ta till mig information, då hade det varit lite lättare med skriftlig information. ”

Absolut ingenting. Jag fattade ingenting.

Jag upplevde att jag satt ensam under lång tid utan vidare information.

Nej. Dom sa: ”Du får snart hjälp”, jag fick sitta ensam i flera timmar.

Jag fick ingen direkt information Dom sa: Du får vänta här så dyker vi upp.

Var det personalen sa lätt att förstå, begripligt och anpassat efter dina behov och förutsättningar? Kunde personalen på akutmottagningen förstå dig?

(26 svar av 27)

Tabell 12. Var det personalen sa lätt att förstå? Kunde personalen på akutmottagningen förstå dig?

Genomgående bra förståelse	13
Genomgående dålig förståelse	5
Både bra och dålig förståelse	8

Saker som bidrar till god förståelse mellan patient och personal är att det som sägs är tydligt, att svåra ord förklaras och att samtalet förs i ett lugnt tempo. 2 personer betonar särskilt att det var positivt att kommunikationen främst anpassades för dem och inte medföljande närstående. 1 person berättar att hen kunde göra sig bättre förstådd med hjälp av en närstående. Nedan citat illustrerar detta:

”

Ja, dom förklarade på ett enkelt och tydligt sätt.

Ja. Dom var tydliga. Personalen visste vad dom höll på med, ingen var osäker.

Samtala kunde dom göra bra. /…/Ja, dom anpassade sig efter mig och mina behov.

Det var lättförståeligt för mig. Kan tänka mig att det kan vara svårt om dom använder svåra termer.

Ja. Dom är alltid trevliga. Ibland använder dom svåra ord så jag måste fråga vad dom betyder. Då förklarar dom.

Jag har lite svårt att förstå när folk pratar ibland, jag måste be dom formulera om. När jag sa det så anpassade dom sig. Dom anpassade efter mitt kommunikationssätt.
Ja det tycker jag att det var. /…/ Hen gav ett lugn som gjorde att det var lätt att prata med hen.

Dom var tydliga för att få mig att fatta och inte bara anhörig som var med.

Ja dom var tydliga i det dom sa till mig, men sedan hur mycket jag tog in det vid det tillfället var nog en annan sak.

Trots att mina närstående var där så var det väldigt tydligt att dom pratade med mig. Samtalet gick genom mig. Dom använde ett lätt språk, vardagliga ord och inte långa krångliga meningar. /…/ Det blev svårare för dom att förstå när min ångest blev mer. Men min närstående förstod och kunde hjälpa mig att förklara.

Flera av personerna som uppger att det förekommit svårigheter i förståelsen mellan dem och personalen säger att det beror på att:

- Samtalet var för kort/det gick för snabbt.
- Samtalet upplevdes följa en mall som inte passade personen.
- Personalen upplevdes inte vilja/försöka förstå eller göra sig förstådd.
- Det var svårt att ta till sig information på grund av deras sjukdomstillstånd.
- Kommunikationen inte var anpassad efter personens behov
- En personal talade dålig svenska.
- Man inte höll med om bedömningen som gjordes.
- Man fick träffa flera olika personer.
- Det uppstod missförstånd.

”

Samtalet med läkaren var kort, jag hann inte ta in. Jag var inte tillfreds efter.

Jag hade behövt tid att kunna artikulera mig. Tid att landa och sedan prata.

Det hade varit önskvärt att man kunde komma in på drop-in och få vara där något dygn. Det borde vara lättare att komma in snabbt och få stanna någon dag för att rota i problemet när man är lite lugnare.

Formen av samtalet gav inte utrymme för att få fram det man var där för, det känns som man följer en mall som jag måste rätta in mig i.

Det kändes som sköterskan sa det hen behövde säga som personal, för att få ut ett problem. Hen förklarade bra men förklarade inte det jag behövde.

Dom verkade inte vilja förstå mig och såg det inte som ett stort problem, men det var ett stort problem för mig.

Egentligen förstod dom inte. Dom gav sken av att dom förstod vad jag hade för behov

/…/men det är svårt när jag blir sjuk att uppfatta och ta till mig information, då hade det varit lite lättare med skriftlig information.

Jag fick samtal med sjuksköterska men jag är osäker på hur mottaglig jag var för stödet i mitt tillstånd. Dom kunde inte ha gjort det bättre.

Dom frågade rätt avancerade saker som jag inte kunde svara på, vid det tillfället för avancerade för mig. Jag hade behövt enklare ord och inte lika långa meningar. /…/ Bilder hade varit bra i det läget. En lugnare ton hade hjälpt."

Jag hade velat att dom som tog hand om mig skulle förstått mig, men det var språket som inte fungerade. Hen förstod inte mig och jag förstod inte hen. Det hade varit bra om jag kunde fått prata med någon som var bra på svenska. När man som personal har svårt med svenska språket så blir det svårt med kommunikationen vilket gör att man blir mer uppvarvad då man inte förstår vad personalen säger. Dom kunde inte förstå mig och jag kunde inte förstå om dom var frustrerade för att jag var upprörd och inte mådde bra.

Jag förstod inte vad läkaren sa. Hen kunde inte prata så bra svenska. Hen missförstod hela tiden. Hen förstod inte mig.

Jag har läst journalen. Enligt journalen pratade jag väldigt bra. Tyckte inte själv det. Jag kunde inte artikulera mig, upplevde själv att jag inte var artikulerad. Jag har vanligtvis bra språkförmåga. Det stod att jag var hel och ren. Hur kan jag vara ren när jag haft samma kläder en månad?

När jag väl var där fick jag prata med flera olika personal, det hade varit lättare att prata med en. Jag var trött och man blir bara irriterad när man ska dra det för flera och upprepa sig.

/…/ men om det uppstår missförstånd så kommer jag till nästa läkare och då hänger missförstånd med till nästa läkare.

Om du behövde komma i kontakt med personal när du var på akutmottagningen, var det lätt eller svårt att komma i kontakt med dem?

(27 svar av 27)

Tabell 13. Var det lätt eller svårt att komma i kontakt med personalen?

Lätt	15
Svårt	7
Varierar	1
Vet inte/försökte inte	4

De som tyckte att det var lätt att komma i kontakt med personalen uppger att de:

- Använt larmknappen (6)
- Knackat på där personalen sitter (2)
- Hade personal närvarande stor del av tiden eller tät tillsyn (5)

2 har inte specificerat vad som gör det lätt att få kontakt med personalen.

Det var lätt, jag kunde trycka på knappen. ”

Jag tryckte på en knapp men fick vänta en stund tills det kom någon. Det kan vara att dom hade annat att göra, kanske det var andra som hade det värre än mig.

Det kan ta tid, men ja. Det finns knapp. Annars var det olåst så jag kunde gå till personalavdelningen.

Dom satt i båset och man kunde knacka på där. Det var lätt att nå dom om jag behövde.

Jag trycker aldrig på röda knappen. Det är bara att gå ut och fråga.

Dom sprang ju till mig hela tiden men när jag satt själv så kunde jag få tag på dom.

För det mesta hade vi en personal närvarande. /…/ Vi såg dom i deras lilla kontor så jag kunde vinka till dom om jag behövde.

Av personerna som tyckte det var svårt uttrycker 2 att de kände att de inte kunde använda larmknappen om det inte är akut och 1 person uppmärksammade inte att det fanns en larmknapp. 1 person uppger att personalen inte kom vid larm och 1 att personalen stängde av larmet och gick.

Halvdant, det tog emot att ringa på knappen. Det fanns lätt tillgänglighet till personalen på grund av knapp. Men jag vågade och ville inte trycka på den. Det känns som att det behövde vara allvarligt och akut för att trycka. Jag har en tröskel för att trycka. ”

Man vill inte trycka på knappen, så jag hade behövt att någon var där.

/…/två låsta dörrar. Jag uppmärksammade inte om det fanns larmknapp.

Dom kom för att stänga av larmet. Inget mer.

Det var väldigt svårt. Det slutade med att jag knackade på personalrumsdörren för dom kom inte när jag ringde.

Det var inte lätt. Då får man gå och knacka på och dom har inte tid. Dom borde ha någon som sitter där som man kan gå och prata med.

Svårt. Man var tvungen att gå ut från rummet och då satt dom som i ett inglasat rum. Annars fick man leta efter dom. Det var inte alltid dom hade tid och jag visste inte hur länge jag behövde vänta.

Bemötande

Hur upplevde du personalens bemötande? (25 svar av 27)

Tabell 14. Hur upplevde du personalens bemötande?

Övervägande positivt	14
Övervägande negativt	8
Olika från olika personal	3

14 personer har upplevt bemötandet från personalen som övervägande positivt, 3 personer har upplevt ett bra bemötande från viss personal men inte från andra.

Ordmolnet nedan visar vad respondenterna anger bidrar till ett gott bemötande. Ju större ord desto fler har svarat samma sak.



”

Det kändes lugnt, tryggt och trevligt. Jag kände inte att dom dömde mig. Hjälpsamma.

/…/ Dom förstod att det var allvarligt. Dom sa: ”Kan du komma in själv eller behöver du hjälp att komma hit?” Dom fattade att något var fel utöver det vanliga dåliga måendet.

Bästa bemötande från vården jag fått någonsin. Blev äntligen tagen seriöst och på allvar.

Dom var lugna och försiktiga i bemötandet. Tydliga när dom förklarade saker.

Dom känner mig. Fantastiskt bemötande. Jag litar på personalen.

Bra. Det kändes som att det var en bättre gång, dom jobbade bättre ihop och klickade bättre med mig. Oavsett om det kommer in någon som behöver avgiftning eller är psykotisk eller självmordsbenägen så önskar jag förståelse för att man inte mår bra och att man skickar in rätt personal till rätt patient. Om det inte funkar med en personal kan det i stället vara bättre att byta så dom som kan ha kommunikation i stället går in. Önskar lyhördhet för personkemi.

Hen var tydlig och ju mer tydlig hen var desto tryggare blev jag. Dom behöver läsa av varje individ, för mig räckte det med tydlighet samt att dom var lugna.

Dom var lugna och inte förminskande på nåt sätt. Dom betedde sig så normalt som möjligt vilket var bra för mig i den situationen.

Jag upplever att jag inte har någonting att anmärka på. Jag blev emottagen mycket empatiskt och på ett professionellt sätt.

8 personer upplevde bemötandet som övervägande negativt. **3 personer** upplevde ett negativt bemötande från viss personal men inte från annan personal. Ordmolnet nedan visar vad respondenterna anger bidrar till ett sämre bemötande. Ju större ord desto fler har svarat samma sak.



/…/man är som en kartong, man viks ihop, dom ställer en i ett hörn och så nästa. Dom lyssnade inte på mig, dom hade förutfattade meningar som man gärna har mot oss missbrukare. ”

Viss personal känns som dom varit där för länge, mycket avtrubbat /…/. Varje patient är olika och det är olika varför man söker. Dra inte alla över en kant, alla är olika, och speciellt inte oss som har en missbruksproblematik vilket många gör.

Dom hade ett väldigt barskt tonval. Lugnare och vänligare ton hjälper bättre.

Jag önskar att dom var mer välkomnande. /…/ Deras blick är: ”kom inte och prata med mig”.

Bemötandet var fruktansvärt, omänskligt, okänsligt, översittarattityd och maktmissbruk. Personalen eskalerade med mig. Det kändes som dom ville visa vem som bestämmer. /…/ Jag förstod inte varför jag blev bemött med motstånd när jag kom dit. Jag fick dålig attityd tillbaka när jag ifrågasatte bemötandet.

Väldigt kallt, okänslosamt. Dom hade kunnat tänka på att försöka förstå och ta sig tid för patienten.

En person som upplevde bemötandet vid besöket som genomgående positivt berättade om tidigare negativa erfarenheter vid telefonsamtal till mottagningen.

”

Har själv lagt på ibland i samtal i frustration för att jag inte blivit förstådd. Jag kan inte kommunicera ordentligt bland annat på grund av dåligt mående. Det är svårt att beskriva. Ibland upplever jag att jag inte förtjänar att ringa. Jag säger att jag är sårbar och har fått bemötande att ”Alla mår dåligt ibland förstår du väl”.

16 personer har berättat om de upplevde att personalen hade tillräcklig kunskap för att hjälpa dom eller inte. 6 svarade ja, 7 nej och 3 hade upplevelsen att viss personal hade kunskap och viss inte.

Ja dom hade tillräckligt med kunskap, det måste man ju ha när man jobbar på ett sjukhus ”

Det fanns inte så mycket dom kunde göra utöver medicinen. Men jag kände att om det hade behövts något mer hade dom haft kunskap.

Dom gjorde det dom behövde för att avvärja psykos.

Jag upplevde att dom hade kunskap om patienter som mig.

Nej det tycker jag inte. Dom är dåliga på konflikthantering.

Inkompetent då jag upplevde att dom inte hade kunskap om sjukdomsbilden. /…/ Man skickade in en ovan person att ta vitalparametrar och med den sjukdomsbild jag har så förvärrade detta. Personalen kunde inte hantera det hen skulle göra vilket inte var bra. Det är viktigt att dom kan ta blodtryck med mera så det inte blir fel och ger ökad ångest hos mig som patient

Jag bad att dom skulle läsa på om medicinen /…/. Personalen ville inte läsa på.

Det kändes som hen inte förstod hur det känns att ha panikångest så hen kunde inte bemöta det på ett hjälpsamt sätt.

Upplevde du att dina svårigheter togs på allvar i samtal med personalen?

(26 svar av 27)

Tabell 15. Upplevde du att dina svårigheter togs på allvar i samtal med personalen?

Nej	12
Ja	10
Ibland	3
Olika med olika personal	1

Respondenterna berättar att det som bidragit till känslan av att inte ha blivit tagen på allvar är att personalen inte lyssnar och inte uppmärksammar tecken på dåligt mående, att bli hemskickad och känna sig avfärdad och att man uttryckt suicidtankar eller gjort suicidförsök men inte får det stöd man upplever sig behöva.

”

Nej, dom lyssnade inte på mig. Jag sa att jag får panik om ni låser in mig men det lyssnade dom inte på.

Dom tvingade mig att säga varför jag mådde dåligt. Dom blev arga när dom inte förstod men jag var inte i skick att förklara bättre. Jag kom inte ihåg mitt personnummer, jag brukar ha det i ryggmärgen. Det var konstigt att dom inte reagerade på det.

/…/ det känns som att vissa borstar bort det man söker för. Dom kommer med dom verktyg som finns, men hittar man inte nyckeln till garaget så fungerar inte verktygen och då får man inget stöd. Ibland känner man sig som ett barn som blir uppläxat.

Nej. För mig är det liv och död i huvudet, men personalen tar mig inte på allvar. Läkaren tar mig på allvar däremot.

Nej för att det inte kändes som dom försökte fördjupa sig i varför jag var där eller varför jag mådde dåligt och vad som hade hänt (suicidförsök) /…/ skulle dom ringa mig hemma dagen efter men då sov jag när dom ringde och dom ringde inte tillbaka mer utan jag fick ett meddelande i 1177 att dom tog det som att jag hade nekat hjälp för att jag inte hade svarat i telefon.

3 personer uppger att de uttryckt suicidtankar/planer men upplever att dessa inte togs på allvar eftersom de var påverkade vid besöket.

När jag sa att jag hade självmordstankar slog dom bort det.

Jag ville ta mitt liv men dom tog mig inte på allvar, typ "du kommer inte göra det".

Jag var djupt deprimerad och hade långt gångna suicidplaner och det enda dom kollade var om jag hade abstinensbesvär.

Saker som bidrar till en känsla av att ha blivit tagen på allvar är att man kände sig lyssnad till och förstådd, att man blev inlagd på avdelning eller att kontakt med ÖVM skyndades på.

Ja. Dom förstod och frågade ingående.

Ja det tror jag, annars hade jag inte blivit inskriven.

Ja, men ändå inte. Det hände inte så mycket den dagen, men jag upplevde att dom skyndade på kontakten med ÖVM.

Upplevde du att du blev bemött med respekt och på ett fördomsfritt sätt?

(24 svar av 27)

Tabell 16. Upplevde du att du blev bemött med respekt och på ett fördomsfritt sätt?

Ja	18
Nej	3
Varierar mellan personal	3

En klar majoritet av respondenterna upplevde sig bemötta på ett respektfullt sätt och utan fördomar. En av dessa har dock lagt till att hen inte mött mer fördomar än vad man brukar som en person med beroendeproblematik.

Ja det blev jag absolut, det blir jag alltid.

Inte utifrån mer än vad man har mot oss missbrukare. Man är en obekväm människa om man är missbrukare.

Nej. Jag blev illa bemött även av personal som jag aldrig träffat förut. Respektlösa.

Nej. Dom lyssnade inte. Dom verkade anta att jag tar droger. Det kom fram på flera sätt. Jag blev idiotförklarad.

Dom tittade på mig som en missbrukare och ett psykfall.

Ja, det kan jag nog tycka, förutom doktorn som gick mitt i samtalet.

Ofta, men det finns vissa som inte gör det. Dom stressar och man blir inte trodd och så blir man dömd på ett sätt jag inte känner igen mig i. Mycket klappa på huvudet.

Problem och synpunkter

Uppstod det problem med någon i personalen vid ditt besök på akutmottagningen? (26 svar av 27)

Tabell 17. Uppstod det problem med någon i personalen vid ditt besök på akutmottagningen?

Nej	20
Ja	6

En klar majoritet har inte upplevt problem med någon i personalen. 1 person uppger att det inte kunde uppstå problem eftersom hen inte träffade någon utöver en kort läkarkontakt.

1 person har upplevt en konflikt med en person i personalen och känt att situationen löstes bra ihop med annan personal på mottagningen. Ytterligare 5 personer har upplevt problem med personal.

”

Nej, jag träffade ju ingen.

Jag hade synpunkter på en personal men det kunde snabbt rättas till.

Det uppstod inget tydligt problem. Mer att om jag blir utåtagerande kan det skrämma viss personal och då förlorar jag hjälp om dom söker sig bort. Det finns några som haft med mig att göra innan, det är bra om jag kan träffa någon jag känner.

Ja med läkaren då jag inte ville bli inlagd. Efter några minuter reste sig läkaren och gick, det kändes ännu mer kränkande. Nej det fanns ingen annan att vända sig till. Dom hade kunnat ta dit en annan läkare.

Jag fick känslan att sköterskan inte ville hjälpa mig. Jag upplevde att det inte fanns någon annan att vända mig till.

Hade du synpunkter på behandlingen och stödet du fick på akutmottagningen? (26 svar av 27)

Tabell 18. Hade du synpunkter på behandlingen och stödet du fick på akutmottagningen?

Nej	15
Ja	11

15 personer hade inga synpunkter på vården och stödet.

Kan jag inte påstå. Jag har aldrig behövt klaga på något.

11 personer uppger att de hade synpunkter på vården och stödet. 2 av dessa uppger att de hade synpunkter på vården vid besöket men att de inte har samma synpunkter i efterhand. De härleder synpunkterna till sina sjukdomstillstånd vid tillfället.

Ja. I mitt tillstånd hade jag många synpunkter.

Jag var konspiratorisk, hade helt befängda åsikter.

Jag önskar att jag hade blivit mottagen av en mänsklig varelse.

Jag hade velat ha mer hjälp från deras håll. Att jag inte skulle behöva påminna dom om att skicka remiss utan att dom skulle gjort det ändå.

Ja, jag ville bli inlagd, jag visste att det var farligt att vara hemma i lägenheten.

Ja, dels tycker jag att väntetiderna är långa och bakgrundskontrollen är dålig när man är en återkommande patient. Har man inte hög puls och blodtryck så tas man inte på allvar. Det känns som man hotar dom om man ifrågasätter deras kunskap och bedömning.

Ja, men dom fick jag inte lufta eftersom ingen pratade med mig.

16 respondenter uppger att de inte vet hur man framför synpunkter på vården. 5 uppger att de känner till patientnämnden och 3 har erfarenhet av att kontakta den.

Jag vet att man kan vända sig till patientnämnden.

Jag har varit i kontakt med patientnämnden i andra ärenden. Bara fått svar: ”Vi ska se över våra rutiner…”

Jag känner till patientnämnden, men känner att det inte är lönt för det kommer ingenstans. Jag vet fall där det bara ligger i flera år.

Summering

Hur väl stämde personalens bedömning av ditt akuta läge överens med din egen upplevelse och uppfattning i efterhand? (25 svar av 27)

Tabell 19. Hur väl stämde personalens bedömning av ditt akuta läge överens med din egen upplevelse i efterhand?

Dåligt	12
Bra	11
Bedömningen stämde delvis överens	2

Ungefär hälften upplever att den bedömning som gjordes på akutmottagningen inte stämde överens med deras egen uppfattning i efterhand. Nedan ges exempel på svar dessa personer gett.

Det var mycket värre än dom sa att det var. Dom tog mig inte alls på allvar. Dom verkade tycka att jag var helt frisk. Jag självskadade flera gånger när jag kom hem.

Första gången tog dom lite för lätt på det. Det kanske var en dum idé att skicka hem mig.

Nja, jag känner att jag kanske behövde bli inlagd. Det blev en fördröjning i vården innan det hände något. Det tog mycket på anhöriga som fick ta hand om mig. Jag ville inte bli inlagd då men fick inte frågan. Dom kanske borde föreslagit inläggning? Jag fick hantera och lösa mycket själv. Jag gick och vankade hela nätterna.

Stämde inte alls. Personalen tog lättvindigt på problemet medan jag tog det väldigt hårt. Öppenvårdsläkaren och Fast vårdkontakt utryckte efter att det får inte gå till så här, du ska inte bli behandlad så här.

I efterhand inte alls bra, jag hade velat att dom följde upp. Där och då ville jag bara därifrån och hade dom följt upp och ringt tillbaka när jag inte svarade så kanske jag inte hade hamnat där en andra gång.

11 personer tycker i efterhand att bedömningen stämde väl överens med deras egen uppfattning.

Det stämde väl och jag fick hjälp omgående som jag inte fått tidigare.

I efterhand håller jag med om deras bedömning. Jag litar på deras bedömning som gjordes då. Då kände jag nog att jag ville bli inlagd, men pratar dom inte om det så får jag lita på det

Dom gjorde vad som behövdes.

2 personer anger att bedömningen delvis stämmer överens med deras upplevelse i efterhand.

Både och, 50/50. Hade velat ha mer hjälp med att hantera ångesten i stället för bara en tablett och bli hänvisad till Min Livlina.

Både ja och nej, det som stämde överens var att jag behövde läggas in.

Sammanfattningsvis, vad är ditt helhetsintryck av akutmottagningen?

(27 svar av 27)

Respondenterna har ombetts betygsätta helhetsintrycket av mottagningen på en skala från 1–5, där 1 är sämst och 5 är bäst. Medelbetyg för akutmottagningen blev 2,85. Nedan tabell visar hur många som gett respektive betyg, i den löpande text som följer ges exempel på citat kopplat till varje betyg.

Tabell 20. Antal personer som avgett respektive svar.

1	6
2	5
2,5	1
3	3
3,5	1
4	9
5	2

Citat från personer som gett betyget 1:

Bättre att inte kontakta dom alls.

Nästan allt utom lokalerna kan bli bättre, både hur personal och hur läkare bemöter en. Att dom läser på om personen innan den kommer om den finns inom psykiatrin.

Jag kommer aldrig gå dit igen.

Uruselt ur både patient- och anhörigperspektiv. Jag har varit där som både och.

Citat från personer som gett betygen 2 eller 2,5:

Man får passa sig att inte hamna där och bli inlåst igen.

Håller du på att dö så åk dit, men annars inte.

Citat från personer som gett betygen 3 eller 3,5:

Jag tycker att det fungerar, inte mer än så. ”

Kallt och stelt i lokalerna, men med en personal som är allt annat än just kall.

Helhetsintrycket var bra. Det var positivt att det inte var så lång väntetid. Hade tur att min närstående var med, hade någon gått själv hade den kanske inte hittat.

Citat från personer som gett betyget 4:

Besöket upplevdes mycket positivt. Har ringt till akuten fler gånger. Mestadels positiv vid telefonsamtalen, lite beroende på vem man får kontakt med. Går bra majoriteten av tiden. Dom har frågat tidigare om jag behöver komma in. Dom kan fixa så jag kommer dit på något sätt. ”

Bra, men blev lämnad mycket ensam i början på grund av personalbytet.

Fina lokaler. Personalen är oftast trevliga och tillmötesgående. Inga skräckhistorier.

Jag är glad att dom finns.

Citat från personer som gett betyget 5:

Det kändes bra och tryggt. Det kommer inte vara jobbigt att kontakta dom i framtiden om jag skulle behöva. ”

Dom får en femma, för där jag varit tidigare har jag inte fått hjälp utan fått vänta flera år. Nu fick jag hjälp med en gång.

Resultatöversikt

I brukarrevisionen deltog 27 personer. Det ger ett bra underlag för förslag och idéer till verksamheternas utvecklings- och förbättringsarbete.

Följande frågor har markerats gröna. Svaren antyder ett tillfredställande förhållande.

- Om du behövde komma i kontakt med personal när du var på akutmottagningen, var det lätt eller svårt att komma i kontakt med dem?
- Upplevde du att du blev bemött med respekt och på ett fördomsfritt sätt?
- Uppstod det problem med någon i personalen vid ditt besök på akutmottagningen?

Följande frågor har markerats gula. Svaren antyder ett delvis bristfälligt förhållande.

- (Om personen inte blev inlagd) Fick du stöd eller hjälp av akutmottagningen att vända dig någon annanstans?
- Gjordes dina närstående delaktiga vid ditt besök på akutmottagningen på det sätt som du önskade?
- Vad tycker du om akutmottagningens lokaler?
- Kände du dig trygg när du vistades på akutmottagningen?
- Var det personalen sa lätt att förstå, begripligt och anpassat efter dina behov och förutsättningar? Kunde personalen på akutmottagningen förstå dig?
- Hur upplevde du personalens bemötande?
- Hade du synpunkter på behandlingen och stödet du fick på akutmottagningen?
- Hur väl stämde personalens bedömning av ditt akuta läge överens med din egen upplevelse och uppfattning i efterhand?

Följande frågor har markerats röda. Svaren antyder att det finns ett bristfälligt förhållande.

- Har du en upprättad krisplan att använda vid försämring av måendet?
- Var det lätt att hitta till akutmottagningen?
- Fick du information om vad som kommer hända under tiden du var på akutmottagningen?
- Upplevde du att dina svårigheter togs på allvar i samtal med personalen?

Följande frågor har markerats blå. Ingen värdering.

- Hade du haft kontakt med psykiatrin tidigare när du sökte på akutmottagningen?
- Hur tog du kontakt med akutmottagningen?
- Vilken typ av hjälp fick du på akutmottagningen?
- Blev du inlagd på vårdavdelning?
- (Om personen blev inlagd) Blev du inlagd frivilligt eller med tvångsvård?
- Träffade du läkare på akutmottagningen?
- Sammanfattningsvis, vad är ditt helhetsintryck av akutmottagningen?

Diskussion och reflektion

Utifrån respondenternas svar har styrkor och utvecklingsområden identifierats. De presenteras nedan.

Behandling och stöd

Styrkor

Krisplan - De flesta som fick hjälp att skapa en krisplan vid besöket på akutmottagningen uppger att den har varit användbar. Det ger en känsla av trygghet och kontroll att ha tänkt igenom vad man kan göra i en krissituation och att ha skrivit ner det så man kan ha det tillgängligt. Vi ser att det är viktigt att mottagningen fortsätter att göra krisplaner ihop med patienter som söker sig dit. Det är också viktigt att gå igenom och revidera krisplaner som finns sedan tidigare, då en krisplan behöver vara anpassad till nuläget för patienten. Några respondenter uppger också att en befintlig krisplan bidrog till att de sökte sig till akutmottagningen.

Närstående - Det upplevs positivt när patienter tillfrågas om de vill att närstående ska involveras. Flera uttrycker att det är hjälpsamt att den närstående får information under besöket, eftersom det gör att hen bättre kan vara ett stöd för respondenten efter besöket. Tyvärr verkar inte detta komma alla patienter och närstående till gagn, då vissa har upplevt att den närstående inte involverats på önskat sätt. Det har bidragit till stress och sämre mående. Patienter som inte önskat att närstående kontaktas har alla respekterats, vilket är glädjande.

Utvecklingsmöjligheter

Hemgång - Att lämna akutmottagningen för att ta sig hem kan kännas som en utsatt situation, särskilt nattetid och om man till exempel inte har lämpliga kläder för vädret. Kvinnor och personer med transidentitet eller könsöverskridande uttryck löper också större risk att känna otrygghet i en sådan situation. Två personer har uttryckt till personalen att de inte har ett säkert sätt att ta sig hem nattetid, men har inte mötts av förståelse för detta. De har önskat att få vara kvar till morgonen när det känns säkrare att gå ut, men inte fått det. Samtidigt berättar andra att de fått frågan om, och stöd i, att ta sig hem på ett tryggt sätt. Det finns även personer som tillåtits vara kvar på mottagningen till morgonen. Det tycks finnas en skillnad här i hur likartade situationer hanteras. Alla patienter bör ges samma möjligheter, oberoende av vem de träffar från personalen, därför är det viktigt att säkerställa att all personal har samma information och kunskap om rutiner för hemgång.

Krisplan - En majoritet av intervjupersonerna har en upprättad krisplan. Däremot svarar fem personer som har kontakt med psykiatrin att de inte har en aktuell krisplan. Det handlar om patienter som har sökt akut vård under det senaste dryga året. En krisplan behöver vara skapad i samverkan mellan patient och behandlare, vara uppdaterad och lättillgänglig för patienten. En del av de patienter som har en krisplan uppger att den inte längre stämmer överens med deras nuvarande behov och skulle behöva uppdateras.

Det har också framkommit att akutmottagningen har rekommenderat appen *Min Livlina* till

patienter. Appen är ett bra verktyg för att göra en krisplan lättillgänglig för patienten, men tre av de fyra personer som har rekommenderats appen har inte fått hjälp att skapa en krisplan i den. Istället har de uppmanats att ladda ner appen själva. Detta går emot avsedd användning av appen, då dess effektivitet bygger på att personal som är utbildad i att använda den skapar krisplanen tillsammans med patienten. Om det inte är möjligt att göra en komplett krisplan vid besök på akutmottagningen är ”något bättre än inget”. Dock behöver kliniken ha rutiner för att följa upp vid ett senare tillfälle för att patienten ska få en fullständig krisplan. Man behöver också i öppenvården regelbundet följa upp och uppdatera patienternas krisplaner och försäkra sig om att patienten har tillgång till den.

Närstående - I några fall har närstående inte fått vänta tillsammans med patienten, vilket i vissa fall har ökat lidandet hos patienterna. De har heller inte fått någon förklaring om *varför* de inte får vänta tillsammans. När närstående inte får följa med kan det vara bra att informera om varför det inte är möjligt.

Lokaler

Styrkor

Generellt - Majoriteten av de vi intervjuat upplever att akutmottagningens lokaler är fräscha och rymliga. De flesta uppskattar att få vänta i ett eget rum istället för i ett större väntrum. Det är en styrka att mottagningen kan erbjuda detta. En del personer önskar dock möjligheten att kunna välja att vänta i en mer öppen miljö, då de upplever att samtalsrummen är trånga och avskärmade.

Trygghet - En övervägande majoritet upplevde sig fysiskt trygga i lokalerna. Det ses som trygghetsskapande att ingen utomstående kan komma in på mottagningen och att inte behöva träffa andra patienter. De personer som har upplevt kontinuerlig tillsyn av personalen uppger att det skapat en känsla av fysisk trygghet. Trygghet är en viktig faktor för att patienter vid senare tillfällen ska vända sig till mottagningen igen när de behöver det, därför är det glädjande att se att respondenterna känner sig fysiskt trygga!

Utvecklingsmöjligheter

Hitta till mottagningen - Det upplevs svårt att hitta till akutmottagningen av personer som inte har besökt den tidigare. Det är tydligt att skyltningen behöver bli bättre. En faktor att ta med är också att personer som söker sig till en psykiatrisk akutmottagning är i ett dåligt psykiskt skick, vilket kan påverka förmågan att hitta.

Mat och dryck - Personer som besökt mottagningen innan ombyggnationen saknar den kaffemaskin som fanns tidigare. Att kunna ta kaffe själv och inte behöva be om det kan upplevas öka autonomin i en situation där autonomin i övrigt är begränsad. När personer kommer till en psykiatrisk akutmottagning är det sannolikt att personen på grund av sitt psykiska mående inte fått i sig tillräckligt med mat och dryck under en tid. Att i det läget få något att dricka och en smörgås upplevs positivt av de personer som har fått det. Dock verkar inte alla ha fått den möjligheten ens efter en längre väntetid på mottagningen. Vi ser att det finns skillnader även här i hur situationen hanteras i synbart liknande situationer.

Trivsel - Många av respondenterna upplever att lokalerna är kala och kliniska.

Det framkommer också önskemål att om möjligt se över ljuset. Går det att erbjuda ett mildare/varmare ljus? Detta skulle kunna minska upplevelsen av att lokalerna är kliniska och kala. Flera personer uppger också att de upplevt lokalerna som kalla. Kan man vid behov erbjuda filtar eller patientkoftor?

Det vore bra om mottagningen ser över om det är möjligt att göra lokalerna mer ombonande och bättre anpassade till målgruppens behov. Forskning visar att dygnsanpassad och mild belysning, varma färger och behaglig temperatur med mera kan bidra till minskad stress och ångest hos patienter.

Information och kommunikation

Styrkor

Patienten i centrum - Flera respondenter betonar särskilt att personalen på ett tydligt sätt främst pratade med dem och inte medföljande närstående, vilket upplevts mycket positivt. Det är viktigt att man som patient upplever att man är i centrum under samtalet.

Kontakt - När det gäller tillgänglighet till personal upplever de flesta att det är lätt att få tag på personal om man behöver det. Men det framkommer också att respondenter inte förmått att söka kontakt när de behöver det. Vissa har trots information varit osäkra på vad som är tillräckligt allvarligt för att trycka på larmknappen, och därför känt ett motstånd till att göra det. Vissa vågar gå och knacka på och kräva kontakt, andra väntar tills personal kommer och vissa förmår inte ta kontakt även om de hade behövt det. Det kan också vara svårt att uttrycka vad man behöver eller hur man mår. För att säkerställa att alla får ta del av tillgängligheten och ett jämlikt omhändertagande anpassat till sina individuella förmågor och behov i en skör situation, kan låga trösklar för kontakt förtydligas och aktivt förmedlas. Till exempel att kontakt för frågor, oro, behov av samtal eller sällskap med mera är välkomna även om situationen inte upplevs akut, samt genom uppsökande och regelbunden tillsyn för att stämma av behov och bidra till trygghet.

Utvecklingsmöjligheter

Information om tvångsvård - En brist som framkommer är att ingen av de personer som har erfarenhet av tvångsvård har fått information om vad tvångsvård innebär och vilka rättigheter man har under tvångsvård på ett sätt de har kunnat ta till sig. Kliniken bör överväga hur man bäst gör sådan information tillgänglig till berörda personer, med hänsyn till att personer som vårdas under tvång kan ha svårt att ta till sig information. Informationen kan därför behöva ges vid upprepade tillfällen och på olika sätt, till exempel både muntligt och skriftligt. Socialstyrelsens material *Information för dig som behöver psykiatrisk tvångsvård - Vård enligt LPT* kan användas som stöd[12].

Vem man träffar - Fyra respondenter vet inte om de träffat läkare vid besöket. Det är viktigt att patienten vet vem det är man möter. Tydliga namnskyltar med titel kan vara till stor hjälp. Något som kan förstärka tydlighet och relationsskapande är att personal ger den tid som behövs för att hälsa och presentera sig vid mötet.

[12] Här finns materialet: https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/information-for-dig-som-behover-psykiatrisk-tvangsvard--vard-enligt-lpt-2023-12-8850/

Otrygghet - De främsta orsakerna till att respondenterna upplevt otrygghet vid sitt besök är att de har lämnats ensamma under lång tid i ett stängt rum, utan att få information om vad som händer. Det upplevs svårt att ha en tidsuppfattning när man i sitt dåliga mående hamnar i en situation där man har begränsade intryck utifrån. Här ser vi att det finns möjlighet att öka patienternas känsla av trygghet genom tätare tillsyn och tydligare information. Det minskar lidandet i en lång väntan att känna att någon har koll på en och talar om vad som händer. Det är också viktigt att dörren till samtalsrummet endast låses om det är absolut nödvändigt då en låst dörr ökar känslan av isolering och kan skapa rädsla. Det kan vara trygghetsskapande att förklara varför och när dörren låses.

Förstå och göra sig förstådd - En betydande del av intervjupersonerna har upplevt problem att förstå personalen eller att göra sig förstådd. Det är viktigt att personalen säkerställer att patienten förstår dem och att de förstår patienten. För att underlätta förståelsen mellan patient och personal är det viktigt att samtalet ges tillräcklig tid, att kommunikationen anpassas efter personen och att all personal talar god svenska. Det är också viktigt att säkerställa att personen förstått och tagit till sig informationen som givits.

Bemötande

Styrkor

Generellt - En övervägande majoritet upplever att de har bemötts med respekt och utan fördomar. Ett icke-dömande och respektfullt bemötande är grundläggande för att en god vård ska kunna ges, därför är det betryggande att se att den generella upplevelsen stämmer överens med det. Fortsätt lägga vikt vid att bemöta alla som besöker mottagningen på ett respektfullt och fördomsfritt sätt!

Individanpassning - Det upplevs som positivt när personalen har läst på om patientens bakgrund och anpassar sitt bemötande efter detta. Det upplevs frustrerande att behöva upprepa information som personalen redan borde ha tillgång till. Det är samtidigt viktigt att lyssna på vad patienten söker för vid det aktuella tillfället, så att inte bakgrundsinformation står i vägen för att se vad patienten behöver i nuet.

Visitation - Alla som genomgått en visitation har upplevt att den gjorts på ett respektfullt sätt. Detta är mycket viktigt eftersom en visitation är ett stort ingrepp i den personliga integriteten.

Utvecklingsmöjligheter

Beroendeproblematik - Personer som har en beroendeproblematik och/eller varit påverkade vid besöket upplever att fokus hamnar för mycket på det faktum att de är påverkade, vilket gör att andra symtom riskerar att missas. Att tre personer som uttryckt suicidtankar/planer upplever att de inte togs på allvar för att de var påverkade är en allvarlig patientsäkerhetsbrist, då personer med beroende har en markant ökad risk för suicid[13]. Två personer med beroendeproblematik uttrycker också att man får räkna med att mötas av fördomar när man är en person med beroende.

[13] https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/skadligt-substansbruk-kan-oka-risken-for-suicid/

Det är viktigt att personalen visar på kunskap om vad beroendesjukdom innebär - att det påverkar hjärnans förmåga till konsekvenstänk och ärlighet, och inte om karaktärsbrist. Vi anser att mottagningen behöver se över hur man bemöter personer med en känd beroendeproblematik och/eller som är påverkade vid besöket.

Vi ser också behov av kunskapshöjande insatser om samsjuklighet. Det framkommer att olika personer har fått olika information om vilka rutiner som gäller när patienter ankommer till akutmottagningen påverkade. Vissa uppger att de får stanna på mottagningen för tillnyktring, medan andra berättar att man inte får komma till mottagningen innan man är nykter.

Bli tagen på allvar - En majoritet av intervjupersonerna upplever att de inte har blivit lyssnade på eller att deras svårigheter inte har blivit tagna på allvar. Den stora andel som upplever detta är oroväckande med tanke på de konsekvenser det kan leda till gällande patientsäkerhet och i förlängningen också försämrad tillit till vården. För att skapa förståelse för vad personen går igenom måste samtalet utgå från individens behov av stöd såväl i samtalet som i planeringen framåt. I de fall sådana samtal ägt rum har det bidragit till att personen upplevt ett gott omhändertagande. När personal inte tar sig tid eller inte utgår från personens behov får inte personalen viktig kunskap om personens upplevda situation. Denna kunskap är viktig för att bedömning av vilken vård och vilket stöd som behövs ska kunna göras.

Avbrott i samtal - Intervjupersoner har också berättat om att personal avbryter samtal och går iväg flera gånger för att rådgöra med annan personal. Det bidrar dessvärre till ett bristande bemötande, osäkerhet och otrygghet.

Problem och synpunkter

Styrkor

Problem med personal - Få personer uppger att det uppstått problem med någon i personalen. Av de som upplevt problem består det till stor del i att man som patient inte håller med om den bedömning som gjorts. En person berättar om en konflikt som uppstått med en i personalen, där situationen löstes på ett tillfredsställande sätt med hjälp av annan personal. Vi ser det som positivt att personalen i sådana situationer kan arbeta på ett flexibelt sätt för att erbjuda patienter en trygg kontakt.

Utvecklingsmöjligheter

Synpunkter - Många av de synpunkter patienterna tar upp hade kunnat undvikas med bättre kommunikation och information. Det är viktigt att patienter får möjlighet att ställa frågor om sådant som är oklart. Det är tydligt att mycket få av respondenterna känner till hur man kan framföra synpunkter på vården. Kliniken skulle kunna informera tydligare om detta.

Avslutningsvis

Klyftan i upplevd vårdkvalitet visar på behovet av att både lyfta de styrkor som finns i verksamheten och utveckla mer strukturerade och jämlika arbetssätt. Respondenternas berättelser visar på en bredd av erfarenheter från besök på Psykiatriska Akutmottagningen. Flera beskriver att de fått ett bättre stöd än de förväntat sig och lyfter fram personalens kunskap, empatiska bemötande, respektfullhet och förståelse. De berättar om hjälpsamma samtal, individanpassat stöd, tydlig information till både patient och närstående samt en personcentrerad samverkan som bidragit till att de känt sig lyssnade på och tagna på allvar i en svår situation.

Samtidigt beskriver andra erfarenheter av det motsatta. Trots uttalad suicidalitet, stark ångest eller rädsla för att vara ensam med sina tankar har vissa upplevt att de inte blivit lyssnade på eller att deras svårigheter inte tagits på allvar. Några berättar om ett förminskande bemötande, brist på information, långa perioder av väntan utan stöd eller att de känt sig behandlade som barn. Flera av dem upplever att ett gott bemötande och respekt har visats, men att det saknats tillräckligt med samtal och aktivt lyssnande. Några beskriver också att de förväntar sig ett sämre omhändertagande på grund av samsjuklighet med skadligt bruk eller beroende.

Denna variation återspeglas i de samlade omdömen som intervjupersonerna har lämnat. På en skala från 1 till 5, där 1 är lägst och 5 är högst, får mottagningen ett genomsnittligt helhetsbetyg på 2,85.

Det utesluter inte ett trevligt bemötande eller att respektfullhet visats, utan har snarare handlat om bristen på samtal och upplevelsen av att
bli lyssnad på. Behov av stöd vid oförmåga att kunna hitta ord för att förklara varför en är där.
Ett gott bemötande innefattar aktivt lyssnande som utgår ifrån individen. I de fall sådana samtal ägt rum har det bidragit till att personen upplevt ett gott omhändertagande, bättre än vad de förväntat sig. Men när personal inte tar sig tid eller inte utgår från personens behov får inte heller personalen kunskap om personens upplevda situation som är så viktig för bedömning av rätt vård och stöd.

En stor andel av intervjupersonerna upplever att de inte riktigt blivit lyssnade till och att deras svårigheter inte blivit tagna på allvar. Brukarrevisionen visar att ett gott bemötande inte enbart handlar om vänlighet och respekt, utan också om att personalen **tar sig tid att lyssna aktivt och utgår från individens behov och berättelse**. När sådana samtal äger rum bidrar de till att personen känner sig trygg, förstådd och väl omhändertagen. **Patientens berättelse är också en viktig förutsättning för att personalen ska kunna göra rätt bedömningar och erbjuda rätt stöd och vård.**

Vi rekommenderar därför att mottagningen fördjupar arbetet med att undersöka vilka faktorer som bidrar till de skilda upplevelserna. Det finns många goda exempel på professionellt, empatiskt och individanpassat omhändertagande som bör lyftas fram och spridas inom verksamheten. Vi ser också ett behov av att stärka gemensamma rutiner och arbetssätt för att säkerställa jämlik, tillgänglig och

individanpassad vård oavsett patientgrupp, tidpunkt för besöket eller vilken personal patienten möter.

Vidare ser vi ett värde i **kunskapshöjande insatser kring samsjuklighet, beroendesjukdom, suicidalitet, bemötande och delaktighet. Samt ökad förståelse för hur skam och stigma** påverkar människors beteenden och möjligheter att söka hjälp, kan bidra till ett mer inkluderande och personcentrerat arbetssätt. Särskilt viktigt är kunskap om beroendesjukdom som ett medicinskt tillstånd som påverkar hjärnans funktioner och inte bör förstås som en fråga om karaktär eller vilja.

Vi hoppas att mottagningen vill fortsätta att systematiskt ta tillvara patienters erfarenheter och perspektiv som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen. Ett exempel kan vara att vidareutveckla arbetet med krisplaner tillsammans med patienterna och skapa fler strukturer för att fånga upp patientupplevelser i det löpande förbättringsarbetet.

Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till alla som har deltagit i intervjuerna och generöst delat med sig av sina erfarenheter. Era berättelser har bidragit till ett värdefullt underlag och gett viktiga insikter som kan bidra till fortsatt utveckling av verksamheten. Stort tack för ert engagemang och förtroende.

Hur går vi vidare med resultatet?

Efter rapporteringen av brukarrevisionsresultatet är det viktigt att:

- Resultatet når ut till verksamhetens ledning, personal och gärna även till högre ledning och befattningshavare.
- Verksamheten diskuterar och prioriterar bland utvecklingsmöjligheterna.
- Personal får tid att komma med förslag till åtgärder.
- Beslut om åtgärder tas, genomförs och kontrolleras noga initialt.
- Att patienterna informeras om åtgärderna.
- Revisionen följs upp längre fram. Vi erbjuder ett återbesök under 2027.

NSPH Västra Götaland och NSPH Södra Älvsborg tipsar

MIND, Självmordslinjen Prata eller chatta med en volontär. Telefon: 90101 eller chatta på www.mind.se

Jourhavande medmänniska Finns för den som behöver ett lyssnande öra och medmänskligt stöd. Telefon: 08-702 16 80 eller chatta på www.jourhavande-medmanniska.se/

Hjälplinjen Nationell stödlinje för psykisk hälsa. Telefon: 90390

Anhöriglinjen Nationell stödtelefon som ger stöd till den som är anhörig eller närstående. Telefon: 0200-23 95 00

Personligt ombud Stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Hemsida: personligtombud.se/vastra-gotaland/

Föreningar inom området psykisk hälsa Se lista under Södra Älvsborg https://nsphvastragotaland.se/material/informationsmaterial/

Återhämtningsguiden Verktyg för den som mår psykiskt dåligt och är i behov av återhämtning, som drabbad eller närstående. Hemsida: https://www.aterhamtningsguiden.se/

Stigmaboken Berättelser och fakta om psykisk ohälsa – och hur vi kan minska stigmat!

Stigmaboken är både en kunskapsbok och ett samtalsverktyg. Den kan läsas på egen hand eller användas i grupp inom exempelvis vården. Mer information om boken och gratis beställning hittar ni här: https://hjarnkoll.se/produkt/stigmaboken/

Det går också bra att höra av sig till NSPH Södra Älvsborg och NSPH Västra Götaland som har böcker för distribution.

Stort tack till alla brukare som delade med sig av sina erfarenheter och synpunkter samt till ledning och personal på Akutmottagning Psykiatri vid Södra Älvsborgs sjukhus som gjorde den här undersökningen möjlig!