

Bilaga 3. Patient- och närståendeupplevelser om att söka akut psykiatrisk vård på sjukhus

Sammanfattning och analys av fokusgruppsundersökning, genomförd av NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa)

I slutet av oktober 2024 genomförde NSPH¹, på Socialstyrelsens uppdrag, tre diskussioner i form av fokusgrupper för att samla in patienters och närståendes erfarenheter av att akut söka psykiatrisk vård på sjukhus. Samtliga deltagare hade rekryterats ur den grupp av ca 350 Hjärnkollambassadörer² som finns runt om i landet.

- 28 oktober: Fysisk träff för patienter i Stockholmsområdet. Fyra kvinnor i åldrarna 20–55 år
- 29 oktober: Digital träff för patienter. Två kvinnor och två män i åldrarna 35–70 år.
- 31 oktober: Digital träff för närstående. Två kvinnor och en med annan könsidentitet i åldrarna 35–50 år.

¹ NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, är en ideell samarbetsorganisation för organisationer verksamma inom psykisk hälsa-området. NSPH är ett samarbete mellan patient-, brukar- och anhängigorganisationer verksamma inom det psykiatriska området. NSPH är en resurs som vill bidra till ökad kunskap i samhället om psykisk ohälsa arbetar för att patienter, brukare och anhöriga ska bli mer delaktiga i vård och stöd samt få ett större inflytande över de beslut som fattas inom olika samhällsområden.

Referens: <https://nspn.se>

² Riksförbundet Hjärnkoll har över 350 ambassadörer som föreläser om egna erfarenheter kring psykisk ohälsa. Referens: <https://hjärnkoll.se>

De tre fokusgruppsdiskussionerna hade samma upplägg. I tur och ordning diskuterades:

1. När/varför har vi behövt söka akut psykiatrisk vård på sjukhus?
2. Vilka har mina överväganden, förhoppningar och eventuella farhågor varit inför de besöken?
3. Hur har vi upplevt mötet med vården när vi (eller vår närstående) sökt vård akut på sjukhus? Vad har fått det att bli bra – vad har gjort att det blivit dåligt?
4. Vad har besöken lett till?
5. Reflektioner om brister och utvecklingsmöjligheter

Uppdraget har planerats och genomförts av Mårten Jansson, utredare på NSPH.

Syftet med rapporten är inte att sätta ett generellt betyg på hur psykiatriska akutmottagningarnas verksamhet fungerar utan att beskriva vad i den psykiatriska akutsjukvården som skapar problem för patienter och patienternas närstående samt vilka konsekvenser det får för deras mående och för deras tillit till psykiatrin. För att förstå det negativa bättre lyfter Socialstyrelsen också deras exempel på när akutpsykiatrin fungerat bra och vilken positiv effekt det haft för deras mående och för deras tillit till psykiatrin. Det bör dock understrykas att med tanke på att de flesta deltagare haft både positiva och negativa erfarenheter av att söka vård akut på sjukhus – så känner sig de flesta osäkra på vad de kommer att mötas av om/när de behöver söka akut vård igen.

De flesta synpunkter och erfarenheter fokusgruppsdeltagarna delat med sig av i samtalen har handlat om fråga 3: *Hur har jag upplevt mötet med vården....* Men det vi redovisar under övriga punkter är lika viktigt, inte minst för att förstå tyngden och allvaret i de erfarenheter de haft av själva besöket/mottagandet. Det är ofta i mottagandet/bemötandet som deras förhoppningar infrias eller deras farhågor besannas.

Nedan presenteras en sammanfattning av vad som kom upp i fokusgruppsdiskussionerna, samt reflektioner kring samband mellan olika upplevelser etcetera. Patienternas och de närståendes upplevelser och tankar presenteras var för sig under respektive rubrik. Samtliga anteckningar från punkterna 1–4 (se ovan) återfinns i tabell 1.

Patient- och närståendeupplevelser, sammanfattande resultat av NSPH:s fokusgruppsundersökning

Här redovisas sammanfattande resultat från en fokusgruppsundersökning som NSPH genomfört på Socialstyrelsens uppdrag. Redovisningen är baserad på tre fokusgruppsmöten om patienters och närståendes erfarenheter av att akut söka psykiatrisk vård på sjukhus. Samtliga deltagare rekryterades bland de cirka 350 Hjärnkollsambassadörer som finns runt om i landet.

Samtliga deltagare har goda erfarenheter av att akut söka psykiatrisk vård på sjukhus; de har känt sig välkomna och lyssnade på, och besöket har resulterat i insatser som hjälpte och var i linje med de upplevda behoven. Men nästan alla har också negativa erfarenheter, av att inte få någon bra hjälp för det lidande man befunnit sig i.

Med utgångspunkt från de erfarenheter och reflektioner som patienter och anhöriga gav uttryck för i fokusgrupperna blir NSPH:s slutsats att de största problemen och viktigaste kvaliteterna som psykiatrin behöver försäkra sig om att de skapar *före* besöket på psykiatrisk akutmottagning, *vid mottagandet* på psykiatrisk akutmottagning, *vid bedömningen* av patientens psykiatriska tillstånd samt *vid beslut om att inte lägga in patienten* eller *vid utskrivning efter inläggning* beskrivs nedan.

Före besöket på psykiatrisk akutmottagning

Inför det akuta besöket var många osäkra på om de verkligen behövde söka vård trots att de mådde väldigt dåligt. Närstående till patienten uppfattar att de försökte ofta motivera patienten att söka – trots att de visste att väntan kunde bli lång och att de kanske inte skulle få någon hjälp. Både patienter och närstående har tidigare negativa erfarenheter av att söka akut psykiatrisk vård.

Deltagarna lyfter att psykiatrin behöver:

- förenkla telefonrådgivning och annan information som patienter och närståendekan använda för att själva bedöma allvaret i sin situation eller hitta andra verksamheter som kan ge professionell psykiatrisk hjälp eller socialt stöd
- skapa fler vägar – med lägre trösklar – till akut vård för de patienter som psykiatrin ändå har löpande eller regelbunden kontakt med.

Vid mottagandet

På mottagningen var många rädda, oroliga och ambivalenta till att söka vård. Vissa överdrev sin berättelse för att försäkra sig om att få hjälp, medan andra tonade ner sina behov för att inte vara till besvär. Enligt närstående

var de ofta trötta, oroliga och i behov av bekräftelse och avlastning. Alldeles för ofta beskriver de att patienter får sitta ensamma med sina tankar och tvivel, i en miljö som känns steril, utan att veta vad som ska hända eller när.

Deltagarna lyfter att psykiatrin behöver:

- ägna mer tid åt att lyssna på patienterna och de närstående, bekräfta deras oro och ge hopp om att det finns hjälp att få samt understryka och försäkra om att man beaktar deras upplevelser, tidigare erfarenheter och förslag på åtgärder
- vidta åtgärder för eventuella barn som behöver stöd hemma medan föräldern eller föräldrarna är borta
- bli bättre på att skapa trygghet för patienterna och de närstående, och förvissa sig om att de känner sig välkomna
- förklara tydligt vad som kommer att hända, varför de får vänta och hur länge de kan behöva vänta
- stödja patienterna och de närstående i deras väntan, genom att motivera och skapa hopp.

Vid bedömningen

En del patienter beskriver att sköterskor och skötare tog sig tid att lyssna i väntan på läkarens bedömning, men att det som sades då inte beaktades i samtalet med läkaren. Dessutom upplevdes läkaren ibland som stressad och upptagen. Närstående till patienten har ibland fått tjata sig till att också få prata med läkaren.

Deltagarna lyfter att psykiatrin behöver:

- använda all information från patienten och de närstående, även sådant som kommit fram före mötet med läkaren
- låta vårdpersonal som blivit involverad under besöket på psykiatriska akutmottagningen vara med i bedömningssamtalet
- låta närstående vara med i samtalet, alternativt ha separata samtal med de närstående
- ta patienternas och de närståendes beskrivningar av patientens tillstånd och situation samt förslag på insatser på allvar
- informera om vilka åtgärder man vidtar eller inte vidtar för att stödja eventuella minderåriga barn i familjen.

Vid beslut om att inte lägga in patienten eller vid utskrivning efter inläggning

Flera patienter tyckte att inläggningarna var för korta och innehållslösa, och att insatserna inte löste problemen på längre sikt. Det kan vara stressande för både patienter och närstående att komma hem för tidigt, innan måendet blivit tillräckligt bra.

Deltagarna lyfter att psykiatrin behöver:

- inkludera patienter och närstående mer i diskussionen om möjliga insatser, och i görligaste mån fatta besluten gemensamt med dem
- tillhandahålla stöd som kan behövas efter akutbesöket eller utskrivningen, eller hjälpa patienter och närstående att hitta annat stöd
- intressera sig mer för hur det går för patienten efter besöket eller utskrivningen
- följa upp och samarbeta mer med patienten och de närstående för att ha bättre beredskap ifall patienten hamnar i liknande akuta situationer igen
- försäkra sig om att patienterna har hög tillit till vården även efter besöket på psykiatriska akutmottagningen, och att de inte oroar sig för att inte bli tagna på allvar eller få ett bra mottagande om de söker vård akut igen.

När/varför har ni behövt söka akut psykiatrisk vård på sjukhus?

De flesta patienter i fokusgrupperna har sökt vård minst en gång, men oftast många gånger sökt akut vård i situationer där de upplevt svårt psykiskt lidande; självdestruktivitet, maniska skov, depressiva skov, psykoser, suicidalitet eller att de kommit in efter suicidförsök. Flera av dem har även sökt akut vård för att få tag på medicin som tagit slut eller få hjälp att justera sin medicineringsplan. Ibland har patienterna blivit uppmanade av sina närstående att åka in, och inte sällan har de åkt in tillsammans med någon de känner väl. Några av deltagarna hade även vid något tillfälle kommit till akuten med tvång men det man fokuserade på i fokusgruppsdiskussionerna var de gånger man kommit dit frivilligt.

Patienternas beskrivningar

Det patienterna har känt behov av – förutom psykiatrisk vård och eventuella läkemedel – är bekräftelse och erkännande från professionella om att ”jag faktiskt mår dåligt”, få ”slippa allt”, låta dem ”rädda mig från mig själv” och ”bli omhändertagen”.

De närståendes beskrivningar

De närstående uppgav samfällt att de motiverar och följer med patienten eftersom de känner att deras eget stöd inte räcker för att påverka patientens mående.

Inför besöket

I fokusgruppsdiskussionerna framträdde tre kategorier av tankar inför besöken. Samtliga är sprungna ur tidigare erfarenheter av att söka vård akut.

Patienternas förhoppningar

- Att bli trodd, slippa kriga och argumentera för att vården ska ta det jag säger på allvar
- Att få bli inlagd och känna mig trygg
- Att få snabb hjälp.
- Att få sova, andas ut

De närståendes förhoppningar

- Att någon med större kunskap och bättre resurser kan ta över ansvaret för den patientens situation.

Rationella överväganden och förberedelser

Samtidigt som några patienter såg till att inte ”se för friska ut” för att vårdpersonalen ska ta deras beskrivning av sitt mående på allvar så var det andra som såg till att se propra ut för öka möjligheten för att vårdpersonalen ska lyssna med respekt och ta dem på allvar. Några hade upplevt att de förstått att de inte kan fatta bra och rationella beslut och därför fattat (det helt rationella) beslutet att de behöver söka hjälp.

De närstående beskrev att de tänkte på att ta med mat eftersom de vet att det kan bli lång väntan och att göra en krisplan för vad de ska göra om vården inte vill ta emot patienten. Ibland har de även beslutat sig för att inte följa med då de befärar att vården har lättare att neka patienten vård om de vet att det finns en närstående som kan stötta.

Oro och osäkerheter inför besöket

Många patienter är ambivalenta inför att söka vård akut. För en del är ambivalensen ett mönster i deras mående; att de tror att de överdriver och att de ska ta upp plats för andra som behöver vården bättre än dem. För andra grundar sig ambivalensen på tidigare negativa upplevelser av att söka vård akut. Patienten befärar att man ska behöva vänta länge utan att veta hur länge och att det ändå känns som ett lotteri huruvida bemötandet blir bra, om man kommer få någon hjälp eller om den hjälpen i så fall leder till något bra. Många befärar att de inte ska tas på allvar eller bli lyssnade på.

De närståendes oro och osäkerhet handlar, precis som för patienterna, till stor del om att man vet att det kan ta tid, och att man kanske både får vänta länge och inte får någon hjälp. En annan sak är att de upplever att det är svårt att få goda råd innan man bestämmer sig för att åka in. Långa telefonköer och många knappval stressar och när man får kontakt har de närstående ibland fått känslan av att det bara är värt att åka in om den patienten är suicidal. En stor oro för vissa närstående är vad man ska säga till barnen i familjen och vem som kan ta hand om dem medan man är på

sjukhuset. I just sådana här situationer kan det vara svårt att be om hjälp även av familjen och dem man har nära.

Mötet med psykiatriska akutmottagningen

Det här är den del av samtalen som man pratat mest om i fokusgrupperna. Vi redovisar först de positiva erfarenheterna och exemplen på vad som gjort att det fungerat bra.

Patienternas positiva erfarenheter

Bemötandet är bra om man får möjlighet att prata, personalen lyssnar, vågar vara lite personliga, medkännande och ger bekräftelse. Patienterna vill känna att vårdpersonalen verkligen är engagerade och vill förstå ens situation och hitta lösningar som fungerar för just en själv. Om man lyckats jobba upp en mer långsiktig – och tillitsfull – relation till kliniken och dess vårdpersonal brukar det vara lättare att få rätt hjälp snabbt. I de fall där patienten kommit dit i sällskap med sin öppenvårdskontakt har det ofta gått smidigare. Sjuksköterskor och skötare kan ibland ha större möjlighet att ge tid till lyssnande, medkänsla och förståelse.

De närståendes positiva erfarenheter

Tyvärr kom det inte upp så mycket positivt från de närstående. Någon fokusgruppsdeltagare menade dock att det har gått bättre när man som närstående fått möjlighet att träffa läkaren och sjuksköterskan samtidigt och en annan att hens egen erfarenhet av psykisk ohälsa och psykiatri gjort att vårdpersonalen lyssnat mer uppmärksamt på hens tankar om situationen som patienten befinner sig i. Båda dessa exempel tyder på att det är viktigt för både patienter och närstående att känna sig lyssnade på och bekräftade.

Patienternas negativa erfarenheter

Nästan alla patienter i fokusgrupperna har upplevt en stor utsatthet och stress i den situation de hamnar i när de kommit till psykiatriska akutmottagningen. Dels påverkas man om väntetiden är lång. Som de beskrivit under den första punkten - *När/varför har jag behövt söka akut psykiatrisk vård på sjukhus?* – så söker man vård för att man är rädd för att inte klara sig själv eller för vad som ska hända om inte någon annan ingriper. De flesta i fokusgrupperna har vid enstaka eller flera tillfällen upplevt bemötandet som mycket dåligt, att vårdpersonal inte lyssnat, ibland uttryckt sig kategoriskt och svepande om olika diagnoser och patientgrupper. Alla de här erfarenheterna ger många och svåra tankar att hantera medan man väntar – och man väntar oftast utan att veta hur lång väntan kan bli.

Mycket av det negativa går att härleda till hur själva psykiatriska akutmottagningens verksamhet är organiserad och utformad. Lokalerna känns ofta sterila och opersonliga och ibland är det stökigt eftersom man

blandar många patienter som befinner sig i olika tillstånd, patienter som kommer frivilligt och de som kommer med tvång. Det saknas ofta vårdpersonal i väntrummet, det finns ingen man kan knyta kontakt med. Patienter får ingen information om väntetider eller vad som ska hända närmast. Läkaren är ofta stressad när man väl får träffa hen. Det känns inte som om akutsjukvården hänger ihop med den övriga psykiatrin.

Patienterna har även reagerat på att deras närstående kan bli dåligt bemötta och misstrodda. Men ibland är det tack vare de närståendes tjt och övertalning som vården till slut agerat på det patienten velat beskriva eller föreslå.

De närståendes negativa erfarenheter

De närstående anger i hög grad samma brister som patienterna när det gäller såväl utsatthet, bemötande som verksamhetens organisering och att osäkerheten om att det kan bli dåligt gör varje besök svårare. Det är inte enkelt att i många timmar hålla uppe motivationen hos en person som redan från början är tveksam – eller helt emot – att söka vård. Även närståendes tidigare erfarenheter av att följa med till psykiatriska akutmottagningen präglar deras förhoppningar och farhågor. ”Det är beror väldigt mycket på vilka personer man möter, om de lyssnar eller ignorerar, axlar ansvaret eller skjuter det ifrån sig”.

Men de närstående delade med sig av ytterligare några iakttagelser: till exempel som om man anses mindre trovärdig ju närmare närstående man är. Några av deltagarna hade även erfarenhet av att följa med brukare som man ansvarar för i sitt arbete och vid de tillfällena föreföll vården lita mer på ens iakttagelser av patientens tillstånd än när man varit där med någon i familjen. En annan sak som de närstående förundrades över var att det kändes som om psykiatrin lät väntande patienter ”sväva fritt” medan de väntar, som om man lägger hela ansvaret/ägandeskapet för patientens mående på patienten själv, till dess läkaren gjort sin bedömning. Så kändes det inte om man sökte akut vård för somatiska problem.

Ytterligare två negativa erfarenheter

Några närstående hade erfarenhet från sin hemort att även psykiatrins akutpatienter ibland måste söka via den somatiska akutmottagningen. När man sökte den vägen upplevde man bemötandet och kompetensen som sämre än när psykiatrins egen akutmottagning hade öppet.

En person som ofta kommit till psykiatriska akutmottagningen med brukare från det LSS-boende där hen arbetar upplevde att det saknades kompetens för att bemöta patienter med intellektuell funktionsnedsättning och att miljön och stämningen på psykiatriska akutmottagningen var en stor utmaning för dessa patienter.

Vad har besöken lett till

Patienternas positiva erfarenheter

En fokusgruppsdeltagare hade redan vid sitt första besök på psykiatriska akutmottagningen fått ett tryggt omhändertagande som också ledde till bra, lång och intensiv vård. Efter det hade hen bara behövt uppsöka psykiatriska akutmottagningen en gång till och även då känt sig trygg och väl bemött. Några andra fokusgruppsdeltagare beskrev att det ofta varit svårare att få ut något av akutbesöken medan de var unga, eftersom man då inte hade fått lika väl utredda diagnoser. Som vuxna, med tydligare diagnoser och erfarenhet av fler fungerande insatser, har akutbesöken oftare gett bättre resultat.

Patienternas negativa erfarenheter

I sämsta fall gör patienternas tidigare negativa erfarenheter att man helt enkelt inte söker vård, trots att man skulle behöva det. Några fokusgruppsdeltagare har upplevt att även om vården bedömer att man kan läggas in är inläggningarna för korta för att de ska ge någon större effekt, en annan har upplevt att även om det blir inläggning passar just heldygnsvård väldigt dåligt; hen blir orolig och rastlös där och väljer ofta själv att avbryta.

De flesta fokusgruppsdeltagare upplever att det är resursbrist som hindrar dem från att få den vård de tycker att de skulle behöva när de söker akut. Och i den mån de lagts in har flera upplevt att innehållet i vården är bristfälligt och att inläggningen mest upplevts som förvaring.

Närståendes negativa erfarenheter

Även hemkomsten från psykiatri (oavsett om besöket ledde till inskrivning eller inte) kan skapa stress för såväl patienten som hans familj. Som närstående känner man sig inte alltid delaktig i eller ens informerad om vad vården och patienten beslutar.

En generell negativ erfarenhet

Såväl patienter som närstående uppgav att vården ofta förhört sig om huruvida man har minderåriga barn i familjen – men de har aldrig erbjudit något stöd till barnen eller agerat för att till exempel kommunen ska ta kontakt och se efter om barnen har det bra.

Reflektioner om brister och möjligheter

Under varje samtal formulerades många tankar om utvecklingsbehov och brister i vården men det dök upp ännu fler tankar och förhoppningar om saker som borde kunna utvecklas så att man i bästa fall kan undvika besök

på psykiatriska akutmottagningen eller göra besöken lättare och mer välkomnande för den som mår akut dåligt. I det här avsnittet återger vi anteckningarna från fokusgruppsdiskussionerna i sin helhet.

Patienternas reflektioner om brister och utmaningar

Om akutmottagningarna

- Måste psykiatriska akutmottagningen vara en plats för alla? Det känns som om hela miljön är anpassad till de farligaste/stökigaste patienterna. Det känns egentligen orimligt att all psykisk ohälsa ska tas om hand på samma sätt, på samma plats.
- Min journal är för lång för att en läkare ska kunna läsa in sig på den när jag kommer dit.
- Psykiatriska akutmottagningen är det mest osäkra momentet i hela vårdkedjan

Om generella brister i psykiatrin som skapar problem i akuta situationer

- Öppenvården, akutvården och slutenvården jobbar inte ihop! (När man kommer till akuten känns det som en egen värld, utan koppling till de andra delar av vården man har haft kontakt med.)
- Tydlig resursbrist. Det finns för få avdelningar de kan lägga in en på.

De närståendes reflektioner om brister och utmaningar

Om akutmottagningarna

- Hyrläkare försvårar
- Hierarkier: Många har upplevt att även om man känner skötare och sköterskor sedan gammalt kan ändå hela bedömningen avgöras av en oerfaren eller inhyrd läkare som fattar beslut som bygger mer på deras osäkerhet än den kunskap som finns om mig i vården.

Patienternas reflektioner om möjligheter att förebygga och/eller förbättra akutsjukvården

För akutmottagningarna

- Man borde ha frivilliga sökande och tvångspatienter på olika akuter
- Det borde finnas akuttider i öppenvården för oss som alltid är för friska för att läggas in.
- Vi borde ha tillgång till mer intensiv dagverksamhet när vi är i svårare perioder.
- Bättre samarbete mellan psykiatrisk och somatisk akutsjukvård, t.ex. när självmordsförsök eller självskada behöver insatser från båda.
- Akuterna borde ha en tydligare social approach och ta ett tydligare socialt ansvar. Många som kommer in har många olika behov samtidigt.

För hela psykiatrins förmåga att möta patienter i akut behov av vård

- Det behövs bättre kommunikation mellan öppenvård–akutvård–slutenvård.
- Mer flexibilitet. Mer självvald/brukarstyrd inläggning
- Man borde utveckla alternativen med mobila team och t.ex. PAM³ bättre. Det borde öka möjligheterna till bättre akutvård.

För hela psykiatrins förmåga att skapa trygghet för och tillitsfulla relationer med patienterna

- Det borde vara tydligare/viktigare för vården att man vill skapa trygghet och bekräftelse för dem som söker vård.
- Man behöver fler sammanhang där man känner att man inte är ensam i sitt mående.
- Fler medmänniskoverksamheter. Psykiatrin borde använda Peer support mer och samarbeta mer med de delar av civilsamhället som kan erbjuda bra mötesplatser.

Närståendes reflektioner om möjligheter

För akutmottagningarna

- Det borde gå att göra mer preventiva, trygghetsskapande insatser medan man väntar på läkaren; saker som gör resten av processen lättare.
- Fler patienter borde ha tydliga krisplaner – som följs.
- Det borde vara mer fokus på omvårdnad. En kopp te, ett samtal människor emellan innan en obekant läkare gör en LPT⁴-bedömning.
- Mer intellektuell funktionsnedsättning-kompetens och bättre intellektuell funktionsnedsättning-anpassning på psykiatriska akutmottagningarna

För hela psykiatrins förmåga att möta (och skriva ut) patienter i akut behov av vård

- Utveckla samarbetet mellan öppenvård–slutenvård–akutvård. Och mellan skolan–socialtjänsten–BUP när det gäller barn.
- Det borde finnas mer flexibla sätt att odla sin relation till vården. Platser där man kan andas ut, stressa ner.
- Det borde finnas fler alternativ än inläggning i heldygnsvård för den som söker akut – och fler alternativ än hemgång när man skrivs ut från heldygnsvården.

³ PAM är en psykiatriambulans (den här ambulansformen finns ofta i storstadsregioner) eller en prehospital akutpsykiatrisk mobil enhet.

⁴ Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT

Särskilt för de närstående

- Det behövs
 - bättre rättigheter och avlastande insatser för närstående
 - tydligare rutiner och planer för hur patientens barn ska få stöd i akuta skeden
 - bättre kännedom om den närståendes egna skörheter och behov

Sammanfattande analys

Samtliga deltagare i fokusgrupperna har erfarenhet av det gått bra att söka psykiatrisk vård akut på sjukhus; att man känt sig välkommen och lyssnad på och att besöket resulterat i insatser som hjälpt och i linje med vad man upplevt att man varit i behov av. Men nästan alla har också påfallande ofta negativa erfarenheter av att söka akut psykiatrisk vård på sjukhus och av att inte få någon bra hjälp för det lidande man befunnit sig i.

Med utgångspunkt från de erfarenheter och reflektioner som patienter och närstående gav uttryck för i fokusgrupperna blir NSPH:s slutsats att de största utmaningarna och viktigaste kvaliteterna som psykiatrin behöver försäkra sig om att de skapar är följande:

Före besöket

Patienterna är ofta osäkra på om de verkligen behöver/borde söka vård trots att de mår väldigt dåligt. Närstående till patienten försöker ofta motivera patienten att söka – trots att även de vet att det kan bli lång väntan utan att de får någon hjälp. Både patienter och närstående har ofta negativa erfarenheter av att söka akut psykiatrisk vård sedan tidigare. De lyfter att psykiatrin behöver:

- Förenkla telefonrådgivning och annan information som patienter och närstående kan använda för att själva bedöma allvaret i sin situation eller hitta andra verksamheter som kan ge professionell psykiatrisk hjälp eller socialt stöd.
- Skapa fler vägar – med lägre trösklar – till vård i akuta situationer för de patienter som psykiatrin ändå har löpande eller regelbunden kontakt med.

Vid mottagandet

Patienterna är ofta rädda, oroliga när de kommer och en del är ambivalenta till att söka vård. Vissa överdriver sin berättelse för att försäkra sig om att få hjälp, andra underdriver sina behov för att inte vara till besvär. Närstående uppfattar att de är ofta trötta, oroliga och i behov av bekräftelse och avlastning. Alldeles för ofta får man sitta ensam med sina tankar och tvivel, i en miljö som känns steril, utan att veta vad som ska hända eller när. De lyfter att psykiatrin behöver:

- Ägna mer tid att lyssna på patienterna och de närstående, bekräfta deras oro, ge hopp om att de kommer kunna få hjälp. Försäkra dem om man tar deras beskrivningar av situationen, deras erfarenheter av tidigare vård och deras förslag på åtgärder, på allvar.
- Vidta åtgärder i de fall de har barn hemma som behöver stöd medan föräldern/föräldrarna är borta.
- Bli bättre på att skapa trygghet för patienterna och de närstående och förvissa sig om att de känner sig välkomna.
- Skapa mer tydlighet om vad som väntar, varför de får vänta och hur länge de kan behöva vänta
- Stödja patienterna och de närstående i deras väntan; motivera och skapa hopp.

Vid bedömningen

Patienter har ibland känt att sköterskor och skötare tagit sig tid att lyssna medan man väntar på läkarens bedömning men att det man fått prata om med dem inte beaktas i samtalet med läkaren. När man träffar läkaren kan hen vara stressad och ha lite tid att lyssna. Ibland måste närstående tjata sig till att också få prata med läkaren. De lyfter att psykiatrin behöver:

- Använda sig av det man redan berättat när man kom till psykiatriska akutmottagningen och det man eventuellt delat med sig av medan man väntat.
- Låta vårdpersonalen man pratat med medan man väntat vara med i bedömningssamtalet.
- Låta närstående vara med i samtalet, alternativt ha separata samtal med de närstående.
- Ta patienternas och de närståendes beskrivningar av läget och förslag på åtgärder på allvar.
- Informera om vilka åtgärder man vidtar/inte vidtar för att stödja minderåriga barn som kan finnas i familjen.

Vid beslut om att inte lägga in patienten eller vid utskrivning efter inläggning

Många patienter har upplevt att inläggningarna blir för korta och innehållslösa och att insatserna inte löser problemen på längre sikt. Det kan vara stressande för både patienter och närstående att komma hem för tidigt, innan måendet blivit tillräckligt bra.

Psykiatrin behöver

- Inkludera både patienter och närstående bättre i diskussionen om möjliga insatser och i görligaste mån fatta besluten gemensamt med dem.

- Tillhandahålla stöd, eller hjälpa patienter och närstående att hitta annat stöd, som kan behövas efter akut-besöket eller efter utskrivning.
- Intressera sig mer för hur det går för patienten efter besöket eller efter utskrivning.
- Följa upp och samarbeta mer med patienten och dess närstående för att ha bättre beredskap ifall patienten hamnar i liknande akuta situationer igen.
- Försäkra sig om att patienterna har hög tillit till vården även efter besöket på psykiatriska akutmottagningen och att de inte oroar sig för att bli tagna på allvar eller få ett bra mottagande om de söker vård akut igen.

Sorterade anteckningar från fokusgrupper för patienter och närstående om att söka akut psykiatrisk vård på sjukhus, oktober 2024

Patienternas erfarenheter och synpunkter ligger i tabell-celler med vit botten
närståendes ligger i tabell-celler med grön botten.

När/varför har ni behövt söka akut psykiatrisk vård på sjukhus?

Tabell 1 Sorterade anteckningar från fokusgrupper för patienter och närstående om att söka akut psykiatrisk vård på sjukhus, oktober 2024.

Själverfarna	Närstående
Det psykiatriska • Jag har varit självdestruktiv • Varit manisk-psykotisk och gjort självmordsförsök • Haft ångest och självmordstankar • Det är när jag är mina depressiva skov. Min fru säger åt mig att åka in. • Kände mig hjälplös, otrygg och hörde röster • Jag har varit rädd att jag ska ta mitt liv • Hade självmordstankar, blev uppmanad av en vän att åka in. Läkemedel • Jag har saknat medicin	Det psykiatriska • Ibland har det varit stökigt, ibland lugnt. Läkemedel • Ibland har vi (bara) åkt in för att få medicineringen justerad. Motivation och övertalning • Jag kan behöva pusha och säga "Nu åker vi!" • Ibland har jag fått ringa polis.

• Jag har haft behov av att se över min medicinering. • Jag fick en för dramatisk effekt av ny medicin Psykologiska- och sociala behov • Jag har varit i behov av bekräftelse; att någon ser mig och hur jag mår. • För att jag har behövt få slippa allt • Behöver någon som ser mig och hjälper mig att erkänna-bekräfta att jag är sjuk • Jag var "galen". De behövde rädda mig från mig själv • Jag har behövt att de tar hand om mig • När jag är rädd att jag snart inte klarar mig själv. Närstående och vänner • Blivit uppmanad av andra (för jag har svårt att söka hjälp själv) • För att ge mina föräldrar ro, och låta dem slippa vara mina vårdare • Kontroll: Om jag blir inlagd har jag mer kontroll än när mina anhöriga tar hand om mig	
---	--

Inför besöket

Rationella överväganden	Förhoppningar	Oro och osäkerheter
Jag vet inte själv vad jag vill men jag förstår att jag inte kan fatta bra beslut. Man får inte sminka sig eller tala för adekvat – då verkar man må för bra. Jag ser till att raka mig och ha en ren skjorta så att de ska ta mig mer på alvar.	Slippa hålla ihop själv Få andas ut och få sova Att jag ska få bekräftelse, och att jag ska slippa kriga för det Jag vill bli inlagd. Få snabb hjälp så att jag inte går över gränsen	Jag oroar mig för att jag överdriver och att jag tar upp plats för andra som behöver vården bättre. Jag är alltid ambivalent till att söka vård, trots att jag har förtroende för psykiatrin. Känns oftast meningslöst att åka in Känns som ett lotteri huruvida man ska få bli inlagd bemötandet blir bra om det leder till något bra

Jag vet att man får vänta. Man gör bäst i att ta med mat. Jag gör alltid en krisplan för mig själv: Vad gör jag om han inte får någon hjälp av dem?	Jag räcker inte till som anhörig eller vän längre. Jag hoppas att jag ska få lämna över den här personen till en professionell som kan mer än jag.	Bökigt med knappval och telefonköer i de här situationerna. När jag ringt akuten och bett om råd har de sagt att det bara är nödvändigt om han är suicidal. Svårt att veta vad jag ska säga till barnen. Klarar de sig själva om jag åker in med maken? Har saknat stöd för dem i flera situationer. Det är svårt att be om hjälp av släkt och vänner i de här situationerna. Man vet att det kan ta jättelång tid och vara jättejobbigt så man tvekar och funderar på om det är värt att åka in.
---	---	---

Mötet med psykiatriska akutmottagningen

Positivt/Fungerat	Negativt/Krånglat
Bemötande och kompetens • Det har varit toppen när de låter mig prata och prata och när de vågar vara lite personliga och medkännande • Det är viktigt att man känner att de verkligen är engagerade i hur jag mår • Bra när man tidigt möter någon som lyssnar! Att jag förstår att det är någon mer än jag som vet hur jag har det och som kan förklara och bekräfta att nu kan det börja hända bra saker. Organisering och miljö • Sköterskan verkar förstå bättre. (Läkaren är stressad och hinner inte lyssna.) Relationer och tillit	Stress, utsatthet och komplicerad kommunikation • Jag sitter där och är rädd för att de inte ska förstå mig – och för att de inte ska lägga in mig • Det känns som om hela min framtid ligger i deras händer • Man upplever dem lätt som fiender när man mår dåligt • Jag försöker bete mig så att det syns att jag mår dåligt, för det räcker inte med att säga att jag mår dåligt • Det känns som om man måste bevisa för dem att man är jävligt självdestruktiv • Det är slumpartat om man får ett bra, tryggt bemötande eller ej • Osäkerheten gör mig orolig. • Jag uppfattas ofta som för frisk för att bli inlagd. • När de frågar hur jag mår svarar jag tyvärr alltid att jag mår bra • Jag får kriga med dem varje gång jag är där – trots att jag är suicidal. • Funderar på att gå hem igen • Fruktansvärt att sitta ensam och må dåligt i 3-9 timmar.

• Ibland verkar de lita på att jag (faktiskt) vet vad jag behöver och vart de ska skicka mig • När de lärt känna mig har det gått lättare/snabbare att komma in/bli inlagd • Det har blivit bra när det är öppenvården som lett mig dit, och när det är "min" läkare som ska ha jouten under helgen. Övrigt • Oftast har det varit självklart för alla att jag behöver läggas in • De gör trots allt en bra allmänmedicinsk hälsokontroll när man ändå är där Egen planering och erfarenhet • Det har gått bättre när vi fått träffa sjuksköterska och läkare samtidigt och	• Jobbigt att jag måste dra hela min historia igen varje gång jag kommer dit Bemötande och kompetens • Det blir ofta svårt att kommunicera med dem eftersom jag både kommer frivilligt och inte vill bli inlagd. • De kan ha en väldigt slängig jargong kring (oss med) Eips/Borderline-diagnoser • De borde ha bättre koll på hur olika t.ex. psykos uttrycks av män respektive kvinnor • Ibland har jag blivit fruktansvärt dåligt bemött • Är det ok att de ljugar för en när man är i mani eller psykos? • De borde skapa mer tydlighet, informera m.m. – även för oss om är psykotiska eller svårt sjuka på andra sätt • Tveksamt om de verkligen tar upplevelsen av suicidalitet på allvar Organisering och miljö • Det är aldrig någon personal i väntrummet när man väntar • Det är sterilt, stökigt och opersonligt • Kösystem skapat inte trygghet • De är dåliga på att skapa kontakt med dem som väntar • Väktare och poliser är inte alltid så bra. • Man borde få mer information om hur man ligger till i triageringen. • Man känner sig verkligen inte delaktig. • Det borde sitta en skylt på väggen: "Så här går det till på Psykakuten. Det här kan vi hjälpa till med." • Man hamnar lätt i en förhandling om att få det man söker • Läkaren är stressad och hinner inte lyssna. (Sköterskan verkar kunna förstå bättre.) • Ingen info om hur lång tid det kan ta. Vårdkedjan känns allt annat än sömlös. Anhöriga • Även de anhöriga får väldigt olika bemötande från gång till gång • Min mamma fick tjata sig till att även hon skulle få dela med sig av sina tankar med läkaren • När pappa varit med och tjtat, hotat med att "gå till pressen" har de låtit mig få mer och bättre insatser, t.ex. läkemedel med uppföljning på avdelningen. Stress, utsatthet och komplicerad kommunikation • Det är svårt att i flera timmar stötta en redan ambivalent person att ta emot vård när hen tvekar att ta emot den.
--	---

när jag och min närstående haft en plan för vad vi vill få sagt • Det har varit en fördel att jag också har egen erfarenhet av att söka psykiatrisk vård. Då har de förstått att jag kan en hel del.	• Om jag inte sitter kvar med min närstående – vad händer då? Bemötande och kompetens • Ju närmare anhörig jag är – desto mindre tar de min bedömning på allvar. När jag kommit dit med klienter i jobbet lyssnar de bättre och mer objektivt. • Det är beror väldigt mycket på vilka personer man möter, om de lyssnar eller ignorerar, axlar ansvaret eller skjuter det ifrån sig. • Jag har följt med många olika personer till akuten och även sökt själv, så sköterskorna och skötarna vet att jag inte kommer om det inte är allvar. Och de vet att jag kan ha hjälpt till att lösa den värsta krisen redan på vägen dit. Men jag känner inte läkarna, och de inte mig, så ett kort bedömningssamtal med dem kan förstöra mycket. • Personer med intellektuell funktionsnedsättning kan ha svårt att formulera sig om sitt mående. Organisering och miljö • Det känns som om man lägger hela ansvaret/ägandeskapet för måendet på patienten/den anhörige medan man väntar. • Konstigt att man låter patienten "sväva fritt" medan man väntar på läkarens bedömning. • I vår stad måste man ibland söka även akut psykiatrisk vård via den somatiska akuten – där är bemötandet sämre. • Svårt när den man följer med har Intellektuell funktionsnedsättning och måste anpassa sig till akutens miljö och normativa förväntningar.
---	---

Vad har besöken lett till?

Positivt/Fungerat	Negativt/Krånglat
Relation, tillit och erfarenhet • Psykakuten funkar bättre som vuxen när man har en ordentlig diagnos, då gör de bättre bedömningar och ger bättre vård. • För mig ledde redan det första besöket till att jag fick omfattande och bra vård under en lång period. Det har gjort att jag bara behövt söka på akuten en gång till efter det. Och andra gången jag kom in hade jag	(Brist på) relation, tillit och erfarenhet • Jag har erfarenhet av att det är meningslöst att åka in och därför händer det att jag inte åker in - fast jag borde. • Innan jag fick rätt diagnos (på BUP) var jag oftast missnöjd med vad besöken på psykakuten ledde till. Otillräckliga insatser, eftervård och uppföljning • Jag är oftast nöjd med bemötandet på akuten – men jag klarar inte att vara inlagd så länge (som kanske behövs)

förtroende för vården och personalen.	• Ofta leder det inte till så mycket. Inläggningarna blir för korta. • Resursbrist: Inläggningarna kan kännas som förvaring och man skrivs ut för att de har brist på platser. De avstår att agera på viktig information • Ibland frågar de om jag har barn men de har aldrig frågat vem som tar hand om dem nu eller om de kan stötta dem på något sätt. Någon gång borde de nog ha gjort orosanmälan. Otillräckliga insatser, eftervård och uppföljning • Det kan vara väldigt stressigt för patienten (och de anhöriga) efter utskrivning, när hen kommer hem till vardagen De avstår att agera på viktig information • Trots att de brukar ta reda på att vi har barn har de aldrig erbjudit något stöd för dem.
--	---