



Brukarstyrd brukarrevision

Vad skapar värde i vård och omsorg?

För den som är patient och brukare.

Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg

2024-12-09

Medverkande revisorer:

Carina Skoog (Hjärnkoll Gävleborg)

Hans Östman (Hjärnkoll Gävleborg)

Helene Engman (Hjärnkoll Gävleborg)

Mikael Persson (Verdandi Gävleborg)

Medverkande referenspersoner:

Anders Simu

Pia Tornberg

Metodstöd, samordning och rapportskrivning:

Emelie Lundin (Region Gävleborg)

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Uppdraget	4
1.3. Syfte & frågeställningar	5
2. METOD	6
2.1. Beskrivning av respondenterna.....	6
2.2. Brukarstyrd brukarrevision	8
2.3. Etiska ställningstaganden.....	8
2.4. Genomförande	8
2.5. Rapportens upplägg och presentation av resultat	9
3. RESULTAT	10
3.1. Att söka vård	10
3.2. Bemötande.....	13
3.3. Vård och behandling	16
3.4. Vårdmiljö	19
3.5. Uppföljning, samordning och samverkan	21
3.6. Information och delaktighet	24
3.7. Social livssituation.....	27
4. SLUTORD	30
5. REFERENSER	31
6. BILAGA	32

1. INLEDNING

I Gävleborg har den som lever med en psykisk funktionsnedsättning rätt till olika typer av insatser för att kunna upprätthålla en god livskvalitet och hälsa. Det kan handla om att man behöver stöd för struktur och rutiner i vardagen på olika sätt, eller att man får ta del av förebyggande insatser från sin hemkommun för att få hjälp att sköta sin psykiska hälsa. Det kan också innebära att man ibland behöver söka sig till Regionens specialistvård inom psykiatri; på grund av att man försämras i sin diagnos eller drabbas av annan kris som i situationen skapar akut ohälsa. Man kan även behöva hjälp från beroendevården om man lever med ett skadligt bruk av olika slag.

Runtomkring individen finns i vårt län flera instanser och aktörer inom sjukvård, omsorg och myndighetsutövning - som dagligen arbetar i olika processer på bred front för att stötta, hjälpa och vårda till en bättre psykisk hälsa. Men hur går det? Vården och omsorgen behöver ständigt utvärderas, och vi behöver då också titta närmare på vad det är som mottagarna av dessa insatser själva upplever som hjälpsamt. Vad tycker man har fungerat och vilka insatser anser man skulle kunna göras bättre? Vad har man själv uppfattat som betydelsefullt och avgörande i de olika delarna som samhället har kunnat bistå med runt omkring i den livssituation man har? Kort och gott; *vad är det som skapar värde* i vård och omsorg? Och finns det även aspekter som av mottagaren tvärtom upplevs som kontraproduktiva och därigenom minskar värdet i insatserna för att denne ska må och fungera bättre och inte hamna i utanförskap?

För att kunna få en fullständig uppfattning om vad som fungerar och upplevs som hjälpsamt, så behöver också patienter och brukare involveras och göras delaktiga i utvärderingen av välfärdens insatser. Det är en del av det som kallas för "evidensbaserad praktik" (Socialstyrelsen, 2019), och det innebär att man värderar både forskning, personalens expertis och målgruppens egna erfarenheter som lika viktiga när man ska samla kunskap inom ett område.

1.1. Bakgrund

I Gävleborg finns sedan flera år ett etablerat samarbete mellan Föreningsnätverket för psykisk hälsa, som består av ett femtontal brukarföreningar, och länsledningens Utskott för psykisk hälsa. Där samverkar vuxenpsykiatri, primärvård och kommunala representanter – för att tillsammans förbättra insatserna för en ökad psykisk hälsa i

hela länet. Tillsammans med representanter för målgruppen genomförs varje år också olika aktiviteter för att öka brukarinflytandet och kunna skapa fler möjligheter för den som är patient eller brukare att kunna bli en aktiv medskapare – på både individ-, verksamhets- och systemnivå. En sådan aktivitet är arbetet med brukarstyrda brukarrevisioner.

En brukarstyrd brukarrevision (NSPH Västra Götaland och Göteborg, u.å.) är en kvalitetsundersökning av en psykiatrisk eller socialpsykiatrisk verksamhet som utförs av personer med egen erfarenhet av psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. Vid en brukarstyrd brukarrevision möter brukarna och patienterna revisorer som själva upplevt liknande saker, och det ger en särskild kraft och effekt i undersökningsmetoden. Oftast är en brukarrevisor också en person som utifrån sina erfarenheter själv organiserat sig i en patient- eller brukarförening. Att den som blir intervjuad eller får svara på en enkät tillfrågas av någon som själv kommer från målgruppen brukar uppskattas. Det ger ett öppnare och tryggare klimat att utforska i. Det stärker hoppet och ökar delaktigheten. Brukarstyrda brukarrevisioner är därför ett värdefullt verktyg som kan hjälpa regioner, kommuner och brukarföreningar att tillsammans förbättra och utveckla välfärdens insatser. Tidigare har en (1) brukarstyrd brukarrevision genomförts i Gävleborg, och då på mötesformen SIP (Region Gävleborg, 2024). Den rapporten presenterades 2022.

Den här rapporten bygger på en undersökning som beskriver hur det upplevda värdet av olika insatser genom brukarstyrd brukarrevision visar sig hos målgruppen. Och det som presenteras är det som framkommit när ett antal individer blivit intervjuade om de vad tyckt skapat värde för just dem – utifrån den hjälp de fått och tagit emot i olika insatser för att kunna förbättra sin psykiska hälsa.

1.2. Uppdraget

Uppdraget för den brukarrevision som presenteras i denna rapport har sin utgångspunkt i vuxenpsykiatri i Region Gävleborg, och i behov hos befolkningen kopplade till akut psykisk ohälsa. Undersökningen omfattar alla olika delar av hela vård- och omsorgsprocessen runt individen; då det som förebygger, stöttar och vårdar den psykiska hälsan hos denne hela tiden skapas parallellt och av olika aktörer. Det betyder att det upplevda värdet av både kommunala och regionala verksamheters insatser inom vård och omsorg också har efterfrågats och utvärderats i den här undersökningen. Hela Sverige håller just nu på med en omställning till det

som kallas för "personcentrerad vård". Det arbetet pågår även i Gävleborgs län (Region Gävleborg, 2024) och det påverkar både regionala och kommunala verksamheter. Det betyder att personen (individen) ska stå i centrum för alla de olika insatser som ges inom vård och omsorg, och att insatserna också ska vara samordnade på ett bra sätt så att de strävar mot samma mål.

Den här brukarrevisionen har genomförts av utbildade brukarrevisorer inom Föreningsnätverket för psykisk hälsa, tillsammans med brukarinflytandesamordnaren i Region Gävleborg. Beställare var Utskott för psykisk hälsa i Gävleborg, där ledningssamverkan mellan Regionen och kommunerna sker. Under våren 2024 fick brukarrevisorerna i uppdrag att undersöka: *Vad är det som skapar värde i vård- och omsorgsprocessen – för den som är patient och brukare?*

1.3. Syfte och frågeställningar

Syftet med brukarrevisionen har varit att göra en kvalitativ undersökning för att kunna ge en fördjupad beskrivning av vad patienter och brukare, som lever med psykisk ohälsa i Gävleborg, själva upplever som hjälpsamt och värdefullt.

Med utgångspunkt i erfarenheten av att vid en eller flera tillfällen ha behövt akuta insatser för psykisk ohälsa, har de respondenter som deltagit med egna ord fått beskriva med hur de upplever att deras vård- och stödbehov ser ut - samt hur de tycker att de får det tillgodosett. Undersökningen berör sju olika identifierade delar som tillsammans ringar in vad det innebär att leva med psykisk ohälsa:

- Att söka vård.
- Bemötande.
- Vård och behandling.
- Vårdmiljö.
- Uppföljning, samordning och samverkan.
- Information och delaktighet.
- Social livssituation.

Inom varje område har också indikatorer som kännetecknar vad som ur ett brukar- och patientperspektiv dels *skapar värde* och dels *minskar värde*, också lyfts fram. Där finns även faktorer som, enligt det som framkommit hos

respondenterna, kan anses som särskilt viktiga att tänka på. Inom varje område presenteras därför också *förbättringsförslag* som tagits fram i efterarbetet tillsammans med brukarrevisorerna. Vid intervjuerna har ett särskilt framtaget frågeformulär använts, som också återfinns som bilaga till denna rapport.

2. METOD

Metoden för den kvalitativa undersökningen genom brukarstyrd brukarrevison bygger på enskilda djupintervjuer med personer ur målgruppen (respondenterna). Det handlar om sammanlagt 15 semistrukturerade intervjuer som genomförts. Intervjuerna gjordes av brukarrevisorerna som arbetade parvis 2 och 2. Samtliga intervjuer genomfördes i ett fysiskt möte, antingen i någon verksamhetslokal för vård eller i någon föreningslokal. En av brukarrevisorerna hade rollen att ställa frågorna utifrån ett i förväg framtaget frågeformulär och hålla i samtalet, medan den andra brukarrevisorn kunde fokusera på att anteckna och dokumentera det som framkom. Frågeformuläret som användes vid samtalen hade också tagits fram av brukarrevisorsgruppen - tillsammans med två referenspersoner från målgruppen och i samverkan med brukarinflytandesamordnare från Region Gävleborg.

De inkomna intervju svaren har i efterhand behandlats helt konfidentiellt, och respondenterna har således deltagit anonymt. Resultatet återges sammanställt i denna rapport, och innehållet ägs gemensamt av medlemmarna i Utskott för psykisk hälsa och Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg.

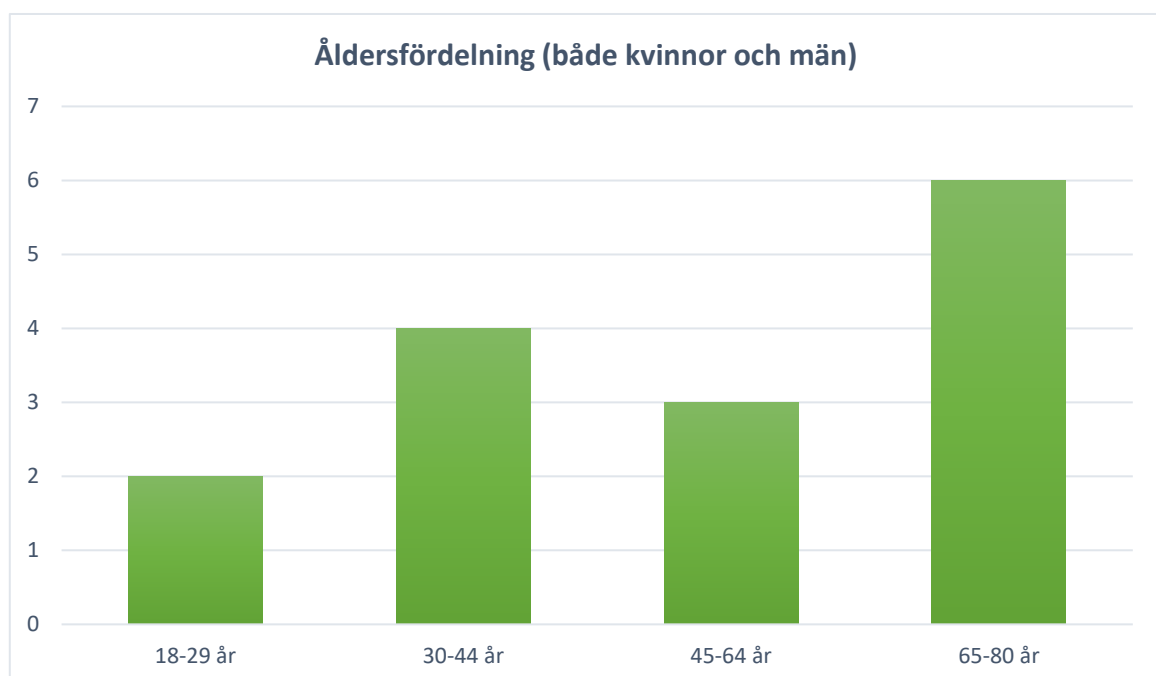
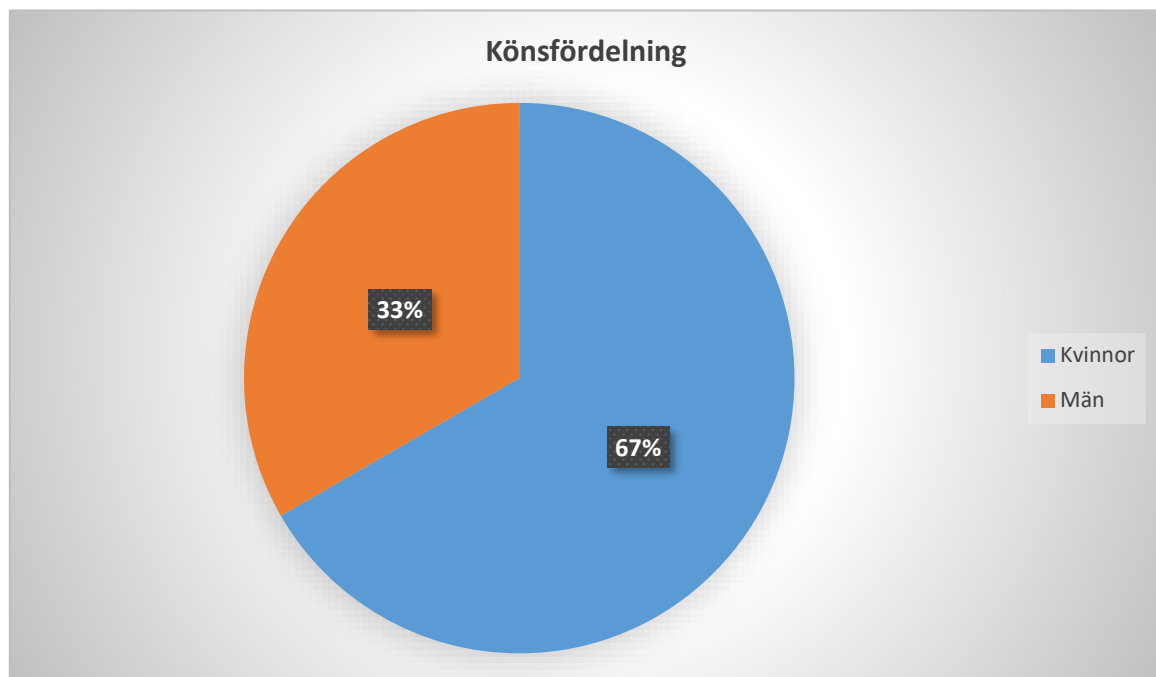
Rapporten kan med fördel användas av alla berörda parter och på olika sätt. Gärna då som underlag för att arbeta vidare med utveckling av insatser som riktar sig till målgruppen med långvarig psykisk ohälsa i Gävleborg.

2.1. Beskrivning av respondenterna

Undersökningen vände sig till vuxna personer boende i Gävleborgs län med egen erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa. Det handlar då om personer som en eller flera gånger behövt söka akut vård inom psykiatri i Gävle eller Hudiksvall när deras tillstånd försämrats. Respondenterna hade på gruppnivå i övrigt också fått insatser från både psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård, primärvårdens psykosociala team samt stöd från olika psykosociala kommunala verksamheter.

Sammanlagt deltog 15 personer från olika delar av hela länet. 10 av respondenterna var kvinnor och 5 var män. Vid intervjutillfället befann sig 12 av dem

inom heldygnsvården vid Gävle eller Hudiksvalls sjukhus. 2 personer befann sig på HVB-hem och 1 person i eget boende.



2.2. Brukarstyrd brukarrevision

Som patient och brukare med psykiska funktionsnedsättningar har man alltid en beroendeställning gentemot personal inom vård, omsorg och myndigheter. Med det följer en utsatthet som ibland tyvärr kan försvåra en öppen kontakt.

Genom arbetet med metoden brukarstyrd brukarrevision blir det möjligt att inte bara stärka brukarinflytandet genom samarbetet med den organiserade målgruppen, utan man får också en undersökning genomförd som kan stå oberoende i förhållande till verksamheterna som är berörda. Brukaren eller patienten som deltar i undersökningen är också garanterad anonymitet, och behöver inte vara rädd för repressalier vid kritik.

Syftet med en brukarrevision är dock inte att endast recensera eller ge betyg till en verksamhet. Det handlar om att stärka målgruppen och göra plats för delaktighet i utvecklingsfrågorna. Det handlar också om att öka samarbetet för att tillsammans kunna skapa nya insikter samt förbättra stöd och insatser. Genom brukarrevisorernas kontakt med respondenterna inom målgruppen, kan de bidra till att fånga upp både positiva tillgångar samt eventuella svagheter och utvecklingsmöjligheter som finns i den berörda verksamheten.

2.3. Etiska ställningstaganden

Vid genomförandet av intervjuerna och under analysarbetet i undersökningen, har det inkomna materialet hanterats enkom av de medverkande brukarrevisorerna i samarbete med brukarinflytandesamordnaren. Efter sammanställningen har materialet raderats. Respondenterna i undersökningen har deltagit helt anonymt och detaljer om var i länet personerna bor har också avidentifierats. Intervjuerna spelades inte heller in. Istället har revisorerna arbetat i par, så att en person kunnat dokumentera medan den andra hållit i själva intervjun. Före intervjun har respondenten fått information om undersökningens syfte, att deltagandet är frivilligt samt att man när som helst kan avbryta sitt deltagande.

2.4. Genomförande

Vid brukarstyrd brukarrevision kallas de som genomför intervjuerna i undersökningen för *brukarrevisorer*. Dessa personer har egen erfarenhet av återhämtning från psykisk ohälsa, antingen för egen del eller som anhörig. De ingår också i Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg, där de är medlem i någon lokal

brukarorganisation. Brukarrevisionerna deltar även i undersökningens förarbete, genom att diskutera frågeställningar och ta fram frågeformuläret som ska användas. De ingår också i analysarbetet och bidrar med egna förslag och reflektioner vid sammanställningen av rapporten. Samtliga brukarrevisorer i Gävleborg har också fått metodutbildning genom en eller flera utbildningar via någon brukarorganisation. Där ingår också träning inom intervjuteknik och bemötande.

Vid genomförandet av den här brukarrevisjonen medverkade 4 brukarrevisorer. 2 referenspersoner ur målgruppen deltog också i förarbetet med att ta fram frågeställningar och skapa frågeformulär. Sammanlagt intervjuades sedan 15 respondenter, och intervjuperioden pågick under maj-juli 2024. Varje respondent fick ett presentkort från ICA med ett värde på 200 kr som tack för sin medverkan.

2.5. Rapportens upplägg och presentation av resultat

Svaren som inkommit på intervjufrågorna berör sju olika identifierade delar som tillsammans ringar in att leva med psykisk ohälsa:

- Att söka vård.
- Vård och behandling.
- Bemötande.
- Vårdmiljö.
- Uppföljning, samordning och samverkan.
- Information och delaktighet.
- Social livssituation.

De olika frågorna som ställdes vid intervjuerna i undersökningen går också att kategorisera under dessa delar. Alltihop sammanfattas i presentationen av resultatet. Resultatets olika delar är också färgkodade i **grönt** för sådant som upplevs skapa värde, **rött** för sådant som upplevs minska värde. Kopplat till varje del finns också förbättringsförslag från brukarrevisorerna som skulle kunna inspirera de olika verksamheterna i utvecklingsarbetet. Dessa stycken är kodade i **gult** och lyfter även fram sådant som skulle kunna ses som särskilt viktigt att notera.

3. RESULTAT

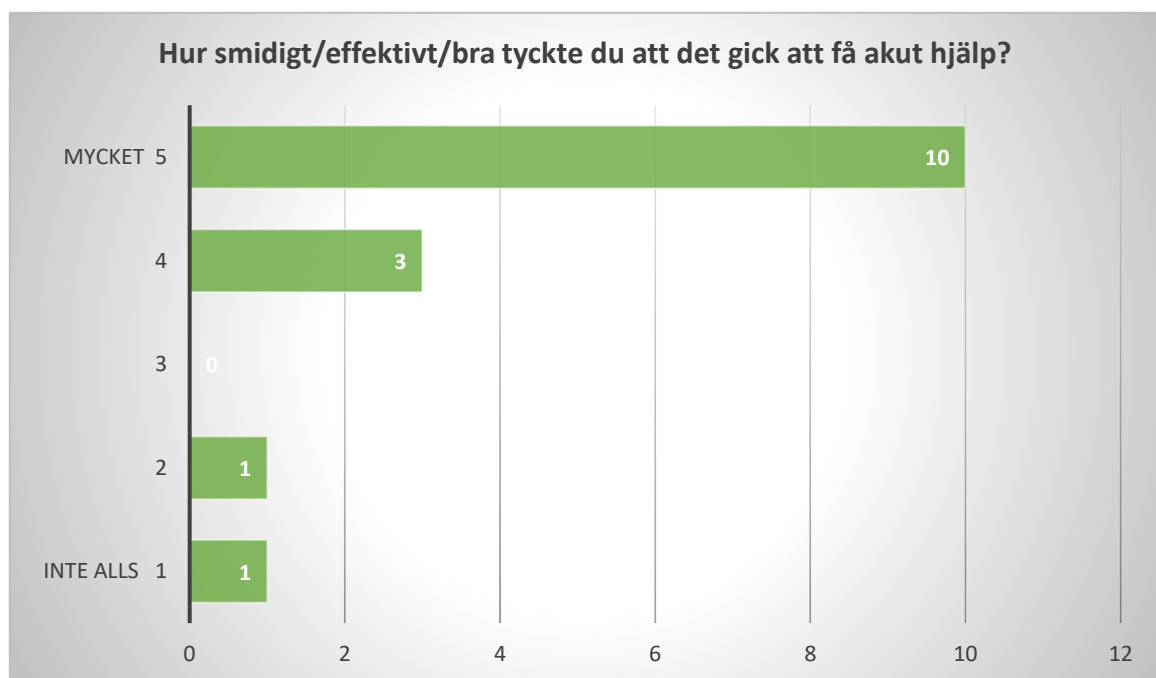
Här presenteras en sammanställning av resultatet som framkommit i intervjuerna med de femton respondenterna.

3.1 Att söka vård

Frågor som ställdes var:

- *Hur gick det till när du sökte akut hjälp för psykisk ohälsa?*
- *Hur smidigt/effektivt/bra tyckte du att det gick att få akut hjälp?*
- *Vad var det som gjorde att det gick smidigt/effektivt/bra - eller inte?*

Varje respondent fick möjlighet att på en skala från 1 till 5 skatta sin upplevelse av att söka vård för akut psykisk ohälsa, vilket i sammanställningen gav ett genomsnittligt värde på 4,33.



När man väl kommer till steget att söka vård för sitt dåliga psykiska mående, så har det pågått alldeles för länge – det framkom i flera av intervjuerna. Det är viktigt att tänka på för personal som ska ta emot den som söker akut vård. När en människa känner att "nu behöver jag verkligen hjälp", så är snabb respons och förståelse från personalen på akuten betydelsefullt. Att först och främst bli bekräftad i att man

faktiskt gjort rätt som sökt sig till vården kan öka tryggheten i det oroliga tillstånd man befinner sig i.

En annan sak handlar om att inte stigmatisera psykisk ohälsa och att kunna ge en strimma av hopp i den förtvivlade situation personen ofta upplever.

"Jag knackade på hos psyk som tog emot när jag berättat hur jag mådde."

3.1.1. Vad skapar värde? (Att söka vård)

En ung respondent berättade om en väg in i vården som funkat bra; skolkurator - BUP - öppenvård – vårdavdelning. Samverkan mellan instanserna verkar också ha varit välfungerande och gjort att det gick smidigt.

Två andra respondenter fick skjuts av sina anhöriga till akuten. De beskrev att de upplevde trygghet i att deras anhöriga kunde visa förståelse och stötta i situationen.

Några andra berättade hur de sökt för fysiska problem såsom hjärtklappning eller andra fysiska uttryck för allvarlig stress. Sedan fick de efter utredning inom den somatiska vården hjälp vidare till den psykiatriska akuten som då kunde ge insatser inom det ursprungliga problemet.

En person beskrev att denne i sitt kritiska tillstånd störde sina grannar så pass mycket att de till slut ringde polisen. Denne fick då följa med polisen till psykakuten. I en intervju framkom också att en person i närtid hade gjort ett suicidförsök. Efter vård för sina fysiska problem på grund av suicidförsöket kom hen sedan snabbt vidare till psykiatrisk heldygnsvård. Tacksamheten att vara på vårdavdelningen var då stor.

Möjligheten att ringa polis eller väktare upplevdes som trygghetsskapande av en person som intervjuades. Bra att det finns hjälp som kan bringa ordning om situationen urartar och blir för kaotisk, menade denne.

Psykiatrins öppenvård visade sig vara en smidig ingång till vårdavdelning via akuten för 3 av undersökningens 15 respondenter. Där beskrevs samverkan ha fungerat och kedjan av olika insatser hölls ihop. Respondenterna uttryckte att det skapat en ökad trygghet och även ett större förtroende gentemot vården.

"Det kändes rätt för de förstod mig i mitt tillstånd."

"Vi var överens om mina behov. De såg att jag inte mådde bra."

"Kunde inte hamnat på ett bättre ställe. Jag var verkligen dålig."

3.1.2. Vad minskar värde? (Att söka vård)

Att söka akut vård går inte alltid som man önskar om man upplever sig avvisad, nekad eller inte förstådd. Några respondenter beskrev hur jobbigt de hade upplevt det att behöva vänta i timmar på en läkare i samband med detta. Ibland känns det också otryggt att vara tillsammans med andra vårdsökande om det blir stökigt eller oroligt i väntrummet. Och att behöva hota med eller känna sig tvungen att skylla på suicidrisk för att snabbare få den vård man söker, kan inte anses som en bra lösning. Det blir inte bra om den som söker ska behöva ljuga eller känna att man måste överdriva sitt tillstånd, påpekade någon. Två respondenter berättade också, oberoende av varandra, om hur de medvetet vid olika tillfällen hotat med suicid för att vara säkra på att få en plats inom heldygnsvården.

Flera av de som intervjuades hade en känsla av att de egentligen skulle sökt vård tidigare. Kanske hade då vårdtiden blivit kortare och det dåliga måendet inte så allvarligt? Att inte få bli inlagd, när man känner att läget är kritiskt eller man inte kan vara hemma, känns svårt. Det väcker tankar kring att personalen kanske inte litar på ens känsla som hjälpsökande, alternativt inte tycker att ens behov är värda att lyssna in.

"Ingen hade tid med mig."

"Det gick fort till slut tack vare att jag sa att jag skulle ta mitt liv. Men det var egentligen bara ett hot."

"När jag var på akuten hade läkaren svårt att förstå mig."

3.1.3. Förbättringsförslag (Att söka vård)

- Att ha en "vård" eller möjlighet till mer nära personalkontakt i väntrummet på akuten när det tar lång tid. (Man vet inte varför man väntar.)
- Att kunna gå undan när man väntar medan man söker akut. Det är ofta lång väntetid och ibland är det oroligt i väntrummet.
- Fler/mer akuta eller flexibla mobila insatser. Gärna som patienter kan få direkt kontakt med själv. För mångsökare ger det trygghet att bara veta att någon också skulle kunna komma till en - om akut läge skulle uppstå.
- Att arbeta förebyggande (proaktivt) i vården så att färre akuta situationer ska behöva uppstå. Vi (brukarna) tänker att långa väntetider i öppenvården ibland är det som gör att måendet till slut blir akut eller att heldygnsvård behövs.
- Mer samverkan mellan vården och t.ex. kommunal verksamhet för att skapa en mer hållbar livssituation för individen.

"De var starkare än jag."

"Den här gången ringde jag polisen. Jag känner mig trygg med dom och med väktare, jag får mer hjälp av dom."

3.2 Bemötande

Frågan som ställdes var:

- *Hur bemöttes du av personal i ditt akuta tillstånd?*

Att under en längre tid leva med svårigheter i sitt mentala och psykiska mående gör att man blir extra känslig för hur man upplever att andra personer tilltalar eller bemöter en. De intervjuade respondenterna beskrev hur viktigt det var att uppleva ett gott och tryggt bemötande från personal inom vård och omsorg, när man var i det mest sårbara läget. De beskrev att det kunde handla om huruvida man vågar lita på att personalen ser och förstår ens behov. Det handlar också om att man är en människa värd att vårdas, och som har rätt att få hjälp. Att bli sedd och lyssnad på

samt förstådd i vad man säger och menar är viktigt, menade de. En annan sak handlar också om att få förmedlat till sig att det finns hopp, trots den svåra situation man befinner sig i.

"Jag blev vänligt och kunnigt bemött av personalen."

3.2.1. Vad skapar värde? (Bemötande)

Vid de alla femton intervjuerna som genomfördes uttrycktes tacksamhet och uppskattning gällande bemötande från personal vid olika verksamheter inom vård och omsorg. Respondenterna hade genomgående mycket positivt att säga om olika personals sätt att visa empati och omsorg gentemot dem, när de varit som mest sjuka eller behövt stöd. Det verkar ha varit hjälpsamt för dem i stunden. Det handlade då om att känna sig sedd och få bekräftelse i att man inte mådde bra; att få bli förstådd i vad man sa, menade och gick igenom. Att få uppleva att man blir behandlad väl och kan känna sig trygg i den utsatta situation man befinner sig i som patient, är således en jätteviktig aspekt.

Personalens värdefulla bemötande vilket betytt mycket för respondenterna i vårdprocessen beskrevs i ordalag som:

- De är observanta.
- De är förstående.
- De är professionella och stabila.
- De är tålmodiga.
- De tar brukaren/patienten på allvar.
- De möter brukaren/patienten med värdighet.

"Jag fick förtroende för personalen på psykiatri."

"Alla är måna om mig."

"Personalen var underbar."

"Jag vill skicka många kramar och pussar till personalen."

"Min kontaktperson betyder jättemycket för mig."

"Jag blev vänligt och kunnigt bemött av personalen."

3.2.2. Vad minskar värde? (Bemötande)

För den som däremot inte känner sig väl bemött i vårdsituationen skapas tråkiga erfarenheter. En av respondenterna berättade om ett besök på akuten som gav denne känslan av att bli avvisad, som att ingen hade tid eller ville hjälpa till. En annan respondent hade också en liknande erfarenhet från ett möte med läkaren vid en akut insats. Denne upplevde sig då inte vara betrodd, vilket gav en dålig känsla. Att uppleva sig avvisad när man behöver stöd kan förvärpa ett redan utsatt läge.

"Personalen måste bli bättre på att lyssna på patienterna."

"Någon gång fick jag skäll för att jag larmade på natten och ville ha sällskap. Jag hörde att personalen pratade och skrattade i rummet intill. Men de sa att jag skulle sova."

3.2.3. Förbättringsförslag (Bemötande)

- Arbeta med mer utbildning för aktivt lyssnande och ökat engagemang i patienternas situation och det som de beskriver. Bistå personal med mer fortbildning på området.
- Bemötandet rent generellt får redan högt betyg. Personalen upplevs oftast som omtänksam, empatisk och hänsynsfull. Fortsätta stärka det genom att identifiera och lyfta samt belöna/prisa goda exempel som fler kan lära av. Mötet med personalen inom vård och omsorg är bland det mest betydelsefulla som finns när man är patient.

"Jag blev bra mottagen och det är viktigt."

3.3 Vård och behandling

Frågan som ställdes var:

- *Hur väl stämde personalens bedömning av ditt akuta läge överens med din egen upplevelse och bedömning?*

Rätt diagnos från början är viktigt för att rätt behandling ska kunna sättas in. Medicin är en del av behandlingen. Flera av respondenterna i undersökningen uppgav att de tyckte de fått rätt medicinsk bedömning av sin läkare. De berättade också att de upplevde att personalen har god koll på läkemedlen. Det har gjort att de känner sig trygga och de kan få svar på sina frågor när de undrar något. Att få en medicin som man upplever har verkan är en riktigt positiv känsla, menade de.

Tyvärr kan det ofta ta tid innan behandlingen visar sin effekt och det går att utvärdera, vilket också kan vara jobbigt att vänta på - enligt flera av de svarande. En av respondenterna uttryckte att denne ser medicineringen som livsviktig. Det handlar då om att få medicin för sitt beroende, vilket innebär en viktig del av möjligheten till att kunna leva ett nyktert liv.

”Vården har gett mig en infart till behandling på ett fint sätt och det är jag tacksam för.”

3.3.1. Vad skapar värde? (Vård och behandling)

Att det finns någon professionell person som både kan ta sig tid att lyssna och engagera sig i olika insatser - det har betytt mycket för att måendet skulle kunna förbättras, berättade undersökningens respondenter. Många uppgav också att de upplevt att de fått precis det av personal i både vård och omsorg. De beskriver det som värdefullt och sammanfattade det på följande sätt:

- Personalen visade följsamhet.
- Personalen var intresserad av en och hade förslag på lösningar.
- Personalen pratade en längre stund med en varje dag.
- Personalen följde med som stöd när det behövdes då man hade ärenden på permission.

En respondent berättade också om sin elbehandling, vilken denne tyckt hjälpt mycket i det dåliga tillstånd som hen befunnit sig i.

Kontakt med kurator eller psykolog uppgavs också som en vårdande del och att det upplevdes som en bra möjlighet till utvecklande samtal, vilket gav hopp och kraft.

"Jag ser fram emot det som jag ska göra nu, jag ska göra en social behandling och prata."

"Samtalen med personalen ger mycket."

"Jag har fått medicin och blivit nykter."

"Mina mediciner är livsnödvändiga."

3.3.2. Vad minskar värde? (Vård och behandling)

En respondent berättade att hen fått byta medicin alldeles för ofta. Det hade tyvärr inneburit att denne inte hunnit med att förstå vad det ena preparatet gjorde eller vad det inte gjorde. Och det hade upplevts som ett kaos. Det är viktigt att patienten själv också förstår varför denne ska följa sin medicinering. Det är en pedagogisk aspekt för personal att tänka på.

Ett annat problem som en respondent lyfte var samarbetet mellan hälsocentralen och psykiatri. Hen upplevde att läkaren på hälsocentralen motsade vad läkaren på psykiatri sagt om den medicinska behandlingen. Att läkare säger emot varandra på det sättet borde inte förekomma. Vem ska brukaren/patienten då kunna lita på?

Att få rätt information om vad som kan hjälpa i den situationen man befinner sig i, uppgavs också som viktigt för att man ska känna sig motiverad till behandling. Att personal kan förmedla att det finns goda möjligheter till behandling och stöd, även om man lever med ett svårt eller långvarigt tillstånd. Lyckas inte personalen som man möter i vardagen med det, så finns risk att hopplösheten tar över. Det minskar värdet av insatserna för den som är patient och brukare.

Den som är svårt sjuk kan behöva någon som inte släpper taget, utan fortsätter arbeta med en i det dåliga måendet. Det kan vara hjälpsamt i sig, även om ingen annan behandling finns i stunden. Om man som patient hamnar i en situation där man upplever att personalen inte kan göra ens det så blir det jättesvårt, uppgav flera respondenterna.

"De sa att jag skulle lära mig att må dåligt. Det kändes inte så hoppningivande."

"Läkaren på hälsocentralen fick mig att sluta med mina mediciner. Han sa att jag
mådde dåligt på grund av dem."

"Med facit i hand kan man ju se att 3 dygn utan resurser inte är bra. Och jag
fyllde år då också."

"Insatserna som finns passar inte mig."

3.3.3. Förbättringsförslag (Vård och behandling)

- Arbeta systematiskt med att förbättra både innehållet i vården och även mötet mellan personal och brukare inom olika verksamheter. Då kan personal inom både psykiatri och andra verksamheter bli mer närvarande i stunden. Det bygger hälsa när inget annat hjälper.
- Se till att primärvården och specialistvården är samstämmiga och pedagogiska i information kring olika behandlingsinsatser - så man inte skickar dubbla budskap till patienten.
- Det dagliga omvårdnadsarbetet som personal kan ge behöver lyftas fram mer som en jätteviktig och betydande del av behandlingen (ADL, vardagliga samtal, återhämtningsfrämjande aktiviteter, m.m.).

"Facktermerna är svåra att förstå. Proverna, jag vill veta vad de gör. Piller, jag vill veta vad jag får och varför. Vill ha ett enkelt språk."

3.4 Vårdmiljö

Frågan som ställdes var:

- *Vad har miljön och tillvaron runt omkring dig i vårdsituationen betytt för dig?*

Respondenterna berättade att de upplevde att det fanns flera olika delar i det som skapar själva vårdmiljön. Mycket handlar om stämningen och den miljö som personalen skapar med sin närvaro och sitt bemötande. Men hur lokalerna är utformade och inredda är också viktigt. En annan sak som också återkom var frågan om trygghet och säkerhet, och där fanns det fanns olika upplevelser kopplade till detta som de kunde berätta om.

”Jag har inte känt mig otrygg, men det har varit personer som jag har haft svårt att förstå.”

3.4.1. Vad skapar värde? (Vårdmiljö)

Flera av respondenterna beskrev personalen inom heldygnsvården som lugn och trevlig, vilket de menade bidrog till en positiv vårdmiljö - vilket också var hjälpsamt. De upplevde att det var positivt när man fick vara i en mänsklig atmosfär och ha naturlig kontakt med personalen. Heldygnsvården beskrevs av några som en tillstängd och hård miljö, och de tyckte därför att det var viktigt att personalen samtidigt kunde ha nära till nära till skratt och småprat.

Att det finns möjligheter på avdelningen till att samtala i grupp, rita och måla, spela spel eller aktivera sig - beskrevs också som positiv avkoppling. Det kan göra så att de jobbiga tankarna försvinner en stund, enligt några av respondenterna.

Att få besök av en vän eller anhörig när man befinner sig på en avdelning återkom också som något mycket viktigt. En respondent beskrev hur värdefullt det hade varit att få ha haft kontakt med boendestödet, medan denne tillfälligt befann sig i heldygnsvården. Det skapade en känsla av att det finns ett annat sammanhang utanför det akut svåra, och att det fanns någon som brydde sig och väntade på en. Inom heldygnsvården kan det ibland bli oroligt och stökigt, det vittnade många om, av de som intervjuades. En av respondenterna menade då att det hade varit en trygghet att kunna ringa på larmet som denne hade.

"Det har varit lugn och ro och jag slipper vardagskraven."

"Den här miljön betyder allt när jag hamnat på den nivå jag är nu."

"Jag fick ett larm om det hände någonting. Under den här tiden använde jag det totalt tre gånger. Larmet var en trygghet för mig."

"Det här hjälper mig, det här har verkligen behövts. Bra kontakt, mänsklig nivå och mycket skratt."

"Jag har en god vän här och han vet allting."

"Det har blivit lättare att prata med personalen efter sammanslagningen i Hudiksvall."

3.4.2. Vad minskar värde? (Vårdmiljö)

Vårdmiljön för patienterna påverkades negativt av känslan att personalen var stressad eller att det var personalbrist, berättade respondenterna. Det beskrevs också som ett problem att slutenvården inte alltid upplevdes som lugn eller trygg. En respondent berättade om den jobbiga känslan när larmet gick. Samtidigt som personen också medgav att det även ibland kan ha varit denne själv som orsakat larmet i någon situation. Utåtagerande och oroliga medpatienter skapade stress och rädsla, återkom flera av respondenterna till. Ibland behöver man också dela rum med en annan patient vilket inte kändes bra när man mådde dåligt, menade någon. Att kunna ha larm på rummet blev då en trygghet. En negativ sak med vårdmiljön var att det ofta är kala väggar och steril miljö, det återkom flera respondenter till. Samtidigt hade de också förståelse för att det inte går att ha för mycket lösa saker som skulle kunna riskeras kastas runt på en avdelning eller i ett väntrum.

"Ibland vaknar man av skrik, det känns otryggt."

"Jag satt 6 timmar och grät utanför mitt rum. Den här gången kändes det bara som förvaring."

"Det har gått an men det har varit svårt med de kala väggarna. Jag tycker att det är bäst hemma."

3.4.3. Förbättringsförslag (Vårdmiljö)

- Försök skapa trivsamma och mjuka miljöer som främjar psykiskt mående.
- Jobba mer med mjuka metoder för ökad trygghet. Tänk också på att det inte bara är personal som behöver känna sig säker, även patienterna har behov av trygghet på olika sätt.
- Ordna gärna fler strukturerade aktiviteter i heldygnsvården där man får komma ut eller sysselsätta sig på ett meningsfullt sätt.
- Se till att avdelningsmiljön har avskilda delar så att oroliga patienter inte behöver störa eller oroa andra runtomkring.
- Utbilda personal att bättre kunna hantera och förebygga oroliga eller otrygga situationer.
- Tänk på vad man visar på Tv:n i gemensamma utrymmen. Det kan bidra till en mer orolig miljö.

"Omgivningen har varit viktig, och det är viktigt att personalen tar mig på allvar."

3.5 Uppföljning, samordning och samverkan

Frågor som ställdes var:

- *Hur har vård- och omsorgspersonal kunnat förstå och hjälpa dig – både i det akuta läget, på avdelningen och hemma när du varit sjuk eller behövt stöd?*
- *Hur har uppföljningen efter olika insatser varit för dig så här långt?*

När uppföljningen fungerar så behöver ingen falla mellan stolarna. Då behöver man som patient inte oroa sig, utan kan fokusera på det egna måendet. Intyg och insatser som görs i tid. Som patient eller brukare vet man då vem som ansvarar för vad – och vad man själv behöver göra i nästa steg. Flera av respondenterna beskrev att de upplevt det ibland - vilket varit positivt. Samtidigt som de också hade erfarenheter av att det även uppstått problem med just detta.

En viktig del för dem handlade om att kunna få olika processer och insatser förklarade för sig - och även att själva bli förstådda av personal inom olika verksamheter som skulle hjälpa dem. Samverkan och samordning är en färskvara som behöver fungera hela tiden för att det ska bli bra.

"Det finns en plan för utskrivning för mig."

3.5.1. Vad skapar värde? (Uppföljning, samordning och samverkan)

Något som lyftes av flera respondenter som värdeskapande ur ett samordningsperspektiv, var att öppenvården vid kris kunde göra en bra överlämning till slutenvården. Det bidrog till upplevelsen av att processen hölls ihop. Samma personer berättade också att de upplevt samarbetet mellan öppenvården och slutenvården inom psykiatri som välfungerande och samstämmigt. För patienterna skapade det då en ökad trygghet.

Någon respondent beskrev också att denne fått sitt behov mött i att kunna boka uppföljningsmöten med väldigt kort varsel för att det inte ska tappas bort av personen själv. På det sättet kunde personen bli delaktig på sina egna villkor.

Det som återkom genomgående hos respondenterna var erfarenheten av att en god samordning utan fördröjning också spelat roll för en snabbare förbättring i måendet hos dem.

"Min kontakt följde med och läkaren var påläst, ställde relevanta frågor. Det kändes skönt."

"De hör av sig några dagar efter att jag blivit utskriven och kollar hur nya medicinen fungerar."

"Hemma har jag stödpersoner och jag kan vända mig till min vårdcentral."

"Uppföljningen har varit 100 %. Jag har haft samtal med min hemläkare. Det har också varit sköterskor hemma hos mig."

"Det blev en bra samordning hos Länsät och det gick smidigt att få de intyg som behövdes."

3.5.2. Vad minskar värde? (Uppföljning, samordning och samverkan)

En respondent berättade att denne missat två möten med socialtjänsten, vilket ledde till att de då tog bort stödet. För personens del innebar det fler problem att lösa i en redan jobbig situation. När uppföljningen inte fungerade skapade det bara mer oro, beskrevs i flera av intervjuerna.

Att behöva träffa många olika läkare eller annan vårdpersonal gång på gång så man tvingades berätta sin historia om igen, upplevdes som jobbigt. Det skapade också risker för att inte bli förstådd eller att missförstånd skulle kunna uppstå.

"Noll uppföljning. Ingen hör av sig fast de har lovat."

"Jag har besökt många läkare och jag får nya mediciner varje gång."

"Socialtjänsten tog bort mitt stöd för att jag missade tiden."

"Jag har stått i kö för utredning i ett år. Nu fick jag en utredning som tog bara två dagar och då stod det klart att jag fått fel diagnos."

3.5.3. Förbättringsförslag (Uppföljning, samordning och samverkan)

- Se till att uppföljning inte dröjer. Förbättra rutiner och påminnelser för konkret återkoppling direkt efter att ett ärende tagits vidare.
- Skapa nya samverkansmodeller där primärvården kan få mer konsultation av specialistpsykiatri.
- Låt inte patienten/brukaren vara ensam bärare av informationen. Professionen behöver vara den som lotsar hela vägen fram i processen.
- Förbättra arbetet med fast vårdkontakt.
- Använd SIP.
- Försök anpassa arbetssätten så att patienten/brukaren också kan träna på att vara mer aktiv i processen.

"Jag har haft uppföljningsmöten, men jag glömmer bort så man måste boka möten med mig samma vecka. Gör jag som andra tycker blir det bra. Jag måste lita på andra även om det är svårt. Meningen är att jag skall klara mig själv."

3.6 Information och delaktighet

Frågor som ställdes var:

- *Hur har det gått för dig att språkligt kunna förstå den vård- och omsorgspersonal som haft/har uppdrag att hjälpa dig?*
- *Hur har dina anhöriga/närstående gjorts delaktiga så de kan stötta dig på ett bra sätt?*

En god kommunikation där man som patient också får vara delaktig i besluten som rör ens egen vård, är något som ökar chansen till ömsesidig förståelse. Det kan även leda till att man som patient blir stärkt i insikt om sin sjukdom, menade några av respondenterna i undersökningen. Därför behöver man också jobba pedagogiskt så att insatser och processer i vården blir begripliga för den som ska ta emot dem. En person som intervjuades betonade också vikten av ärlighet mellan vårdens personal och den som är patient.

”Ärligheten öppnade möjligheten till bättre vård som med åren stegvis blivit ännu bättre.”

3.6.1 Vad skapar värde? (Information och delaktighet)

Flera av respondenterna beskrev att det var viktigt för dem att tillsammans med personal få resonera kring medicinering, vård och olika insatser. Det gav dem en känsla av delaktighet. En person berättade att denne uppskattat hur skötare, kontaktperson och läkare också kollade av att denne förstått informationen som diskuterats. Eftersom vårdens beslut handlar om livet och hälsan för den som är sjuk, så är det viktigt att man kan förstå det som sägs och vad det innebär, poängterade flera av respondenterna. En viktig fråga som återkom i intervjuerna var också möjligheten att kunna få stöd av anhöriga som en viktig del av ens nätverk.

Muntlig information via samtal är bra - det stärker och kan ge känslan av gemenskap, menade någon. Men denne lyfte samtidigt också fram att även kan behövas information skriftligt. Det ger möjlighet att gå tillbaka och läsa flera gånger. Och man kan även erbjuda sina nära att ta del av materialet.

En respondent som hade erfarenhet av behandlingshem talade sig varm om anhörigveckorna.

Något som också lyftes som positivt var modellen för självvald inläggning. En respondent med erfarenhet av detta tyckte det var värdeskapande utifrån både egenmakt och trygghet.

"Jag träffade en läkare som förstod mig den här gången"

"Kontraktet skulle ha skrivits tidigare, innan det värsta hänt. Och innan jag sjunker ner. Jag har varit inne X antal gånger, men kanske inte behövt det alla gånger."

"Jag har själv varit med i planeringen."

"Läkaren och psykologen säger hur de tänker, och de förklarar sen så att jag förstår. De är lyhörda."

"Jag tyckte att vi hade bra kommunikation och vi förstod varandra direkt."

"Man skall vara ärlig och berätta om sina problem så får man rätt hjälp."

3.6.2 Vad minskar värde? (Information och delaktighet)

En av respondenterna beskriver hur denne upplevde personalens frågor som mest slentrianmässiga. De lyssnade inte på det patienten sa upplevde denne det som, utan det verkade handla om att bara få frågorna ställda. Det gav känslan av utanförskap.

En annan negativ upplevelse handlar om att en av respondenterna upptäckt att det gjorts ändringar i vårdplanen, utan att denne varit delaktig i det. Yrkesgruppen läkare upplevdes av respondenterna som den svåraste personalkategorin i vården att förstå. De är utbildade och kloka människor, men i kommunikationen med patienter brister det ofta - enligt det som kom fram i intervjuerna. En viktig aspekt av det är också att läkaren ofta är den med stor makt över besluten i vården. Just därför är det kanske särskilt viktigt att som läkare arbetar medvetet för att skapa större inflytande och delaktighet för patienten.

Anhöriga är viktiga, men ibland vill inte patienter att deras familjemedlemmar ska ha insyn i allt som rör deras liv och hälsa. Några respondenter berättade om att personal utan samtycke lämnat uppgifter till anhöriga, vilket skapade negativa erfarenheter för patienten.

"Jag har behövt få information flera gånger. Det står ju på läkarspråk i journalen."

"Det gjordes stora förändringar i min vårdplan utan att någon pratade med mig om det."

"Anhöriga har fått veta för mycket enligt min uppfattning."

"Någon på avdelningen tog kontakt med min bror utan att först fråga mig."

"När de frågar vill de bara ha ett bra svar. De bryr sig egentligen inte om själva svaret känns det som."

3.6.3. Förbättringsförslag (Information och delaktighet)

- Arbeta medvetet med samtycke för att stärka rätt nätverk runt patienten.
- Ge anhöriga möjlighet till kunskap och förståelse kring situationen som patienten befinner sig i, så de kan stötta denne på rätt sätt.
- Fortsätt utveckla självvald inläggning så fler kan få ta del av det.
- Stärk upp språkkompetens och det pedagogiska bemötandet hos personalen.
- Utbilda personal i Klarspråksparagrafen (lagen).

"Flera kan ha möjligheten att få ett kontrakt. Det är en trygghet!"

3.7 Social livssituation

Frågan som ställdes var:

- *Vad har betytt mest för att hjälpa dig må bättre/få din situation att fungera bättre?*

I grunden handlar den långsiktigt hållbara psykiska hälsan mycket om hur människor har det i sin vardag, och vilka behov man får tillgodosedda där. Under intervjuerna framkom detta hos flera av respondenterna. Om det inte fungerar så finns risken att ett dåligt mående med tiden försämras, för att värsta fall till slut bli akut. Den samlade bilden som framkommer i intervjuerna visar detta.

”Jag tycker om mitt hem och jag känner mig trygg.”

3.7.1. Vad skapar värde? (Social livssituation)

Under alla intervjuer framkom att det var viktigt och värdefullt för respondenterna att ha en meningsfull kontakt med andra och vid behov även kunna få hjälp av någon. Det som där lyftes som positivt var hemtjänst och boendestöd men också föreningsliv och familj. Det handlade om att ha någon som kommer till en, som kan bidra till vardagstrygghet, kontinuitet och rutiner. Men det betonades också som viktigt att ha någon att kunna samtala med och dela sina tankar och känslor. De respondenter som hade god kontakt med sina anhöriga och vänner beskrev hur det verkligen hade hjälpt dem när de kämpade med sin psykiska ohälsa. För den som inte hade någon familj så kunde en god kontakt med kommunala insatser, primärvård eller gemenskapen i en förening – och till och med husdjur bli extra viktiga.

Någon som återhämtat sig från beroendesjukdom berättade också att det viktigaste i vardagen var att inte hamna i sociala sammanhang där man riskerade att återinsjukna.

"Att kunna vara delaktig i föreningslivet för att ha ett meningsfullt sammanhang hjälper mig."

"Mina vänner kan stötta mig."

"Mina anhöriga har förstått mig och jag har känt att jag haft stöd."

"Det som har hjälpt mig är mina hundar."

"Jag har hemhjälp och personalen där förstår mig. Jag kan prata med hemhjälpen."

"Kuratoren på vårdcentralen har hjälpt mig mycket."

"De som har samma problem som jag har det fungerat bäst att prata med. Jag har en också kontaktperson som jag kan prata med."

"Det viktigaste har varit att jag är nykter."

3.7.2. Vad minskar värde? (Social livssituation)

De respondenter som upplevde en avsaknad av positiva sociala kontakter kunde också berätta hur det bidragit till att göra det psykiska lidandet ännu svårare. Det kan handla om att anhöriga inte kunnat förstå deras situation eller varför de mår dåligt.

Några av personerna beskrev också hur besvärligt de hade det i kontakten med personal som ändå var där för att hjälpa dem i vardagen. Det kunde då handla om boendestöd, hemhjälp eller kommunalt stöd som inte verkade kunna visa förståelse eller ge stöd i livssituationen orsakad av psykiska ohälsan. Och istället för att få hjälp i tid kunde det därför bli så att det då och då uppstod akut kris - vilket varje gång ledde till att heldygnsvård under en period fick bli enda alternativet.

"Det som jag saknar är den sociala servicen, vänner i min egen ålder."

"Jag har ingen omsorg till vardags."

"Där jag bor hemma är det inte många som förstår mig."

"Jag har för många ensamma stunder. Och jag har fått avslag på önskan om särskilt boende."

"Där jag kommer ifrån pratade man inte om hur man mådde."

"Hemma finns inget stöd."

"Jag har inga anhöriga kvar i livet."

"Jag har personligt stöd hemma. Det personliga stödet har dock inte kunnat förstå mig och vi har en dålig kontakt."

"Hemtjänsten har inte förstått mig. Jag väcks av deras nycklar på natten. Och jag har redan svårt att sova."

3.7.3. Förbättringsförslag (Social livssituation)

- Att alla kommuner i Gävleborgs län ska erbjuda kontaktperson till personer med psykisk ohälsa.
- Att kommunerna i Gävleborgs län ökar samverkan med brukarföreningarna inom psykisk hälsa för att rekrytera och utbilda fler kontaktpersoner med egen erfarenhet.
- Att personal inom kommunala verksamheter utbildas inom psykisk hälsa och olika psykiatriska diagnoser för att öka kunskapen om dessa..
- Att mer personal inom vård och omsorg aktivt får lära sig att vägleda till och samverka med brukarföreningar eller andra meningsfulla sociala sammanhang som kan stärka gemenskap och bryta isolering.
- Att personer i arbetsför ålder som lever med psykisk ohälsa börjar erbjudas fler möjligheter till meningsfull sysselsättning.

"Saker som får mig att må bra är sympati, empati, naturen, barn och djur."

4. SLUTORD

I den här undersökningen har vi velat ställa den egna erfarenheten i centrum för utforskandet av vad det är som skapar värde i vård och omsorg. De som har berättat för oss om detta vet vad det innebär att leva med långvarig och periodvis allvarlig psykisk ohälsa.

Det psykiska måendet påverkar och utgår från alla olika delar av livet. Det som patienter och brukare upplever som hjälpsamt för dem förmedlas därför av olika aktörer inom både kommunala och regionala verksamheter. För att möjliggöra återhämtning och ny motståndskraft så behöver verkningsfulla insatser även vara av den art som inte bara går att räkna som rent kliniska.

Det finns mycket som patienter och brukare menar skapar värde inom vården och omsorgen för dem i Gävleborg. I den här rapporten presenteras en del av det. Vi hoppas att det som framkommit också ska kunna inspirera både verksamheter och brukarföreningar att framöver jobba vidare med sådant som skulle kunna bli bättre och utvecklas ännu mer.

Vi vill tacka alla verksamheter inom Regionen och länets kommuner som gjort det möjligt för oss att kunna genomföra arbetet med denna brukarrevision.

Ett särskilt stort tack riktas till respondenterna som deltog och som bidrog genom att dela med sig av alla sina olika erfarenheter och synpunkter. Tack till er!

5. REFERENSER

NSPH i Västra Götaland och Göteborg. (u.å). *Brukarstyrd brukarrevision*.
<https://nsphvastragotaland.se/metoder-och-verktyg/brukarrevision/>

Region Gävleborg. (5 november 2024). *Brukarinflytande psykisk hälsa*.
<https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/samverkan-och-avtal/brukar--och-intresseorganisationer/brukarinflytande/>

Region Gävleborg. (18 juni 2024). *Personcentrerad vård*.
<https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-var-d/personcentrerad-var-d/>

Socialstyrelsen. (4 maj 2019). *Att arbeta evidensbaserat*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>

6. BILAGA

Brukarstyrd brukarrevision:

Vad uppfattas av patienter/brukare som värdeskapande i vård- och omsorgsprocessen?

Intervjufrågor

1. Ålder
2. Kvinna/Man/Annat/Vill ej svara
3. Var i vårdprocessen befinner du dig nu? (hemma, på avdelning eller annan plats)
4. Hur gick det till när du sökte akut hjälp för psykisk ohälsa? (Berätta kort om bakgrund och vilken väg in i vården du kom.)
5. Hur smidigt/effektivt/bra tyckte du att det gick att få akut hjälp?
Svar utifrån nedanstående skala:

Inte alls				Mycket
1	2	3	4	5
6. Vad var det som gjorde att det gick smidigt/effektivt/bra - eller inte?
7. Hur bemöttes du av personal i ditt akuta tillstånd? (Återberätta gärna situationen.)
8. Hur väl stämde personalens bedömning av ditt akuta läge överens med din egen upplevelse och bedömning?

9. Hur har vård- och omsorgspersonal kunnat förstå och hjälpa dig – både i det akuta läget, på avdelningen och hemma när du varit sjuk eller behövt stöd? (Berätta och ge gärna exempel.)
10. Hur har det gått för dig att språkligt kunna förstå den vård- och omsorgspersonal som haft/har uppdrag att hjälpa dig? (Ge gärna exempel på hur tillgänglig/otillgänglig och begriplig/obegriplig informationen var.)
11. Vad har miljön och tillvaron runt omkring dig i vårdsituationen betytt för dig? (Ge gärna exempel från avdelning, mottagning, i hemmet eller annat sammanhang.)
12. Hur har uppföljningen efter olika insatser varit för dig så här långt? (Ge gärna exempel.)
13. Hur har dina anhöriga/närstående gjorts delaktiga så de kan stötta dig på ett bra sätt?
14. Vad har betytt mest för att hjälpa dig må bättre/få din situation att fungera bättre? (Ge gärna exempel.)
15. Finns det något annat som vi inte tagit upp, men som du tycker är viktigt att nämna eller tillägga utifrån allt det vi pratat om?