

Män gråter inte

En analys av inkomna klagomål
under andra halvåret 2025 från
män med psykisk ohälsa.

Anna Karlsson
Michell Grönlund
Patientnämnden Skåne
2026:03

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	4
Syfte.....	4
Urval	4
Tidigare analyser	5
Klagomålen i siffror.....	5
Det här berättar patienter och närstående	8
Diagnoser.....	8
Läkemedel.....	9
Psykosor och LPT	10
Missbruk.....	11
Suicid, suicidförsök och suicidtankar	13
Sjukskrivningar och intyg	15
Vad närstående berättar	16
Förbättringsförslag.....	17
Förbättringsförslag gällande remisser vårdgaranti och väntetider	18
Förbättringsförslag om NPF	18
Förbättringsförslag om bemötande, kompetens och journalföring	19
Analys	20
Erfarenheter från specialistpsykiatri i Malmö-Trelleborg	22
Slutsatser	25

Sammanfattning

Boys don't cry, but men do. Så lyder ett gammalt engelskt talesätt, som vill förmedla att riktiga män gråter ibland. Men gråter inte män? Jo, givetvis. Men i de 190 klagomål som kommer in till patientnämnden från män med psykisk ohälsa under det senare halvåret av 2025 nämns gråt sällan. I stället beskriver många av männen frustration, kamp för att få hjälp, känslan av att inte bli tagna på allvar och hur de upplever att deras försök att lämna ett missbruk försvåras av vården.

Analysen genomfördes efter att tidigare ämnen för Patientnämnden Skånes analyser hade gått igenom. Många handlade om kvinnor eller barn – men ingen om mäns psykiska hälsa. Därför vill vi här ge en bild av vad männen själva berättar. Ett återkommande tema är neuropsykiatriska diagnoser, framför allt ADHD. Männen beskriver nekade remisser, remisser som avslås, felaktiga diagnoser, borttagna diagnoser i journaler och mediciner som plötsligt tas bort eller byts ut utan förklaring.

Ett annat område som återkommer är att suicidförsök, suicidtankar och i vissa fall också fullbordade självmord som anmäls av de anhöriga, är vanligt förekommande i materialet. Männen och deras närstående beskriver hur svårt det är att få inneliggande vård, till och med om man berättar på psykakuten om sina självmordsplaner. Flera vädjar till vården om att ta suicidförsök och suicidtankar på allvar.

Även män med missbruk, psykos och sjukskrivning beskriver sina erfarenheter. Ovanligt många patienter har i detta material också förbättringsförslag, varför det avsnittet i analysen får extra utrymme.

Gråter män? Ja, ibland. Men även om de inte gör det skadar de sig, missbrukar, får psykos, blir arga och frustrerade och i värsta fall tar sina liv. Och det är också värt att ta på allvar.

Bakgrund

Patientnämndens arbete regleras av lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Uppdraget innebär att ta emot och hantera klagomål och synpunkter från patienter och närstående som rör offentligt finansierad hälso- och sjukvård i regioner och kommuner samt viss tandvård. Patientnämnderna ska varje år analysera de ärenden som inkommit och uppmärksamma regioner och kommuner på riskområden eller faktorer som kan hindra vårdens utveckling. Patientnämnden Skåne registrerar klagomålen utifrån vilken verksamhet de gäller, vilket möjliggör analyser av olika delar av vården var för sig.

Syfte

Analysen belyser klagomål från manliga patienter med psykisk ohälsa. Målet är att bidra till kvalitetsutveckling och stärkt patientsäkerhet. Synpunkterna ger inte en heltäckande bild av vården, men varje berättelse innehåller värdefull kunskap om hur vården kan förbättras. Analysen syftar också till att identifiera mönster, återkommande problem och potentiella riskområden som kan ligga till grund för förbättringsåtgärder inom vården. Patienterna har i många fall också bidragit med egna förbättringsförslag.

Urval

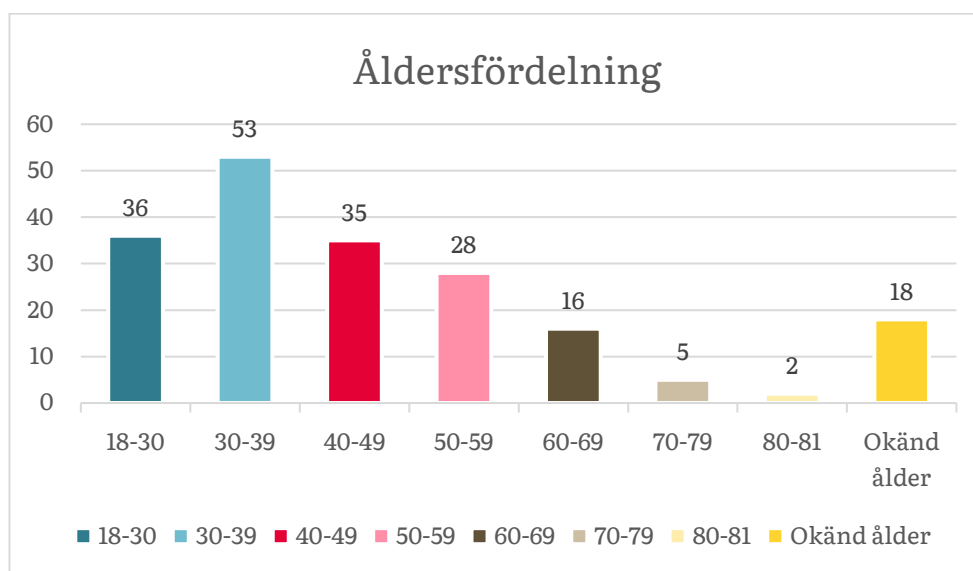
Analysen omfattar totalt 190 klagomål där manliga patienter, vars ärenden fokusmarkerats med 'psykisk ohälsa', har klagat på vården. Ärendena har inkommit under perioden 1 juli till 31 december 2025 och omfattar både primärvård och specialistvård. Personer under 18 år (barn) har i denna analys valts bort, eftersom dessa ärenden främst berör BUP och patientnämnden planerar att analysera det området under hösten 2026.

Tidigare analyser

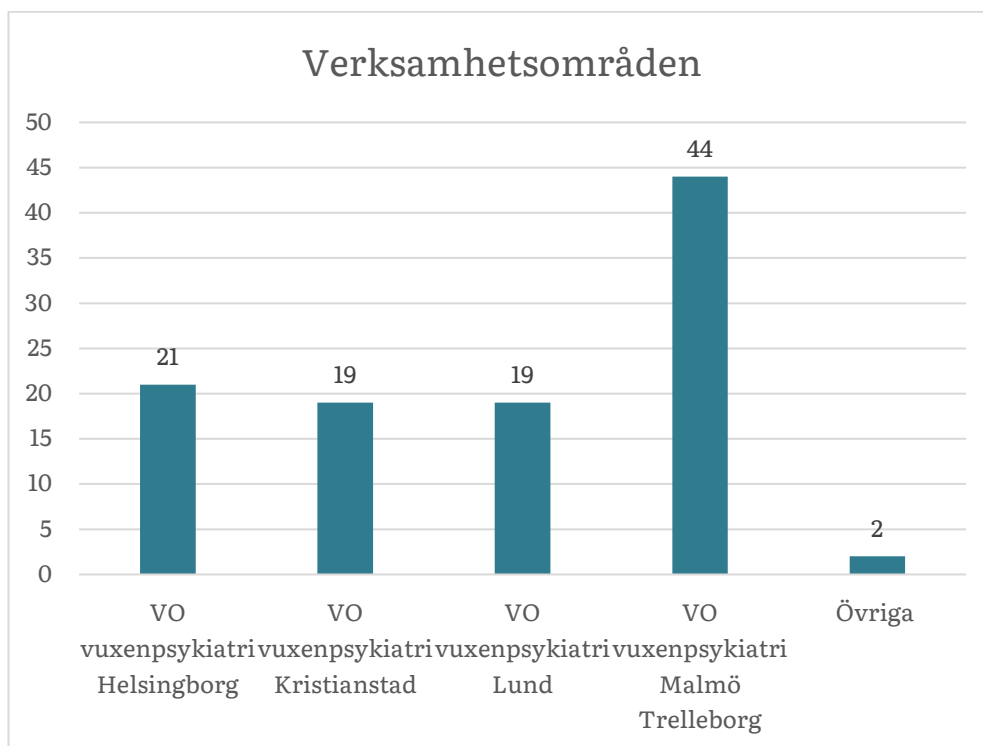
Någon tidigare analys av klagomål från män med psykisk ohälsa finns inte. Den enda av patientnämndens tidigare analyser som haft män i fokus är en analys om urologi som gjordes 2025. Däremot har kvinnor i åldersgruppen 30–39 år analyserats 2023. Så har även förlossningsvården (2021 och 2025) samt gruppen ”barn” 2021. När det gäller psykisk ohälsa har gruppen unga vuxna 18–29 år med psykisk ohälsa analyserats under 2023. 2021 gjordes också en analys om barn med psykisk ohälsa. De tidigare analyserna som tagit upp psykisk ohälsa har bland annat pekat på brister i tillgänglighet, kommunikation, delaktighet och bemötande samt ett otydligt vårdansvar mellan primärvården och specialistvården som lett till att patienter hamnat mellan stolarna.

Klagomålen i siffror

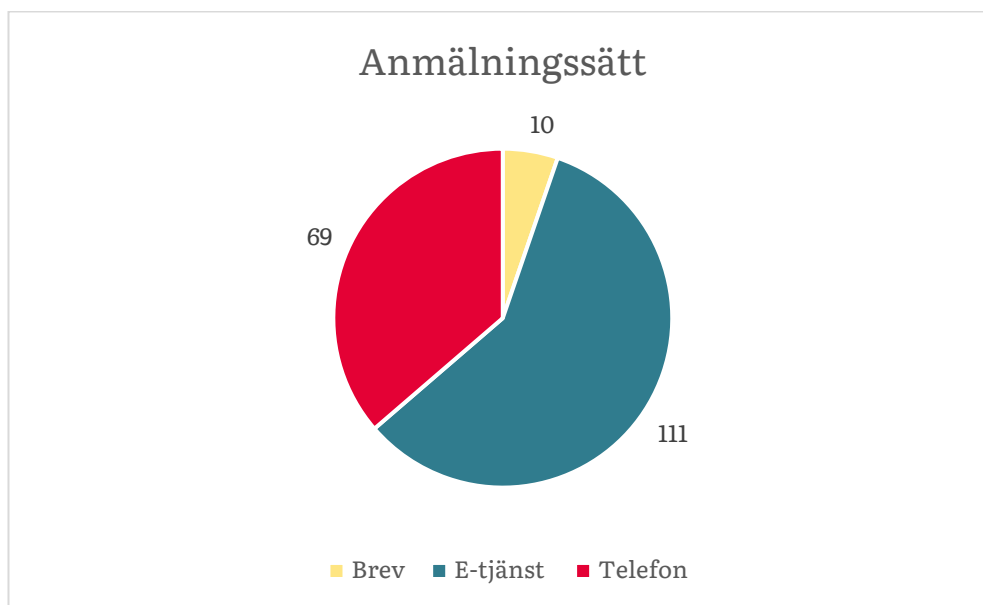
I urvalet för den här analysen finns 190 klagomål fördelat på sex olika verksamhetsområden.



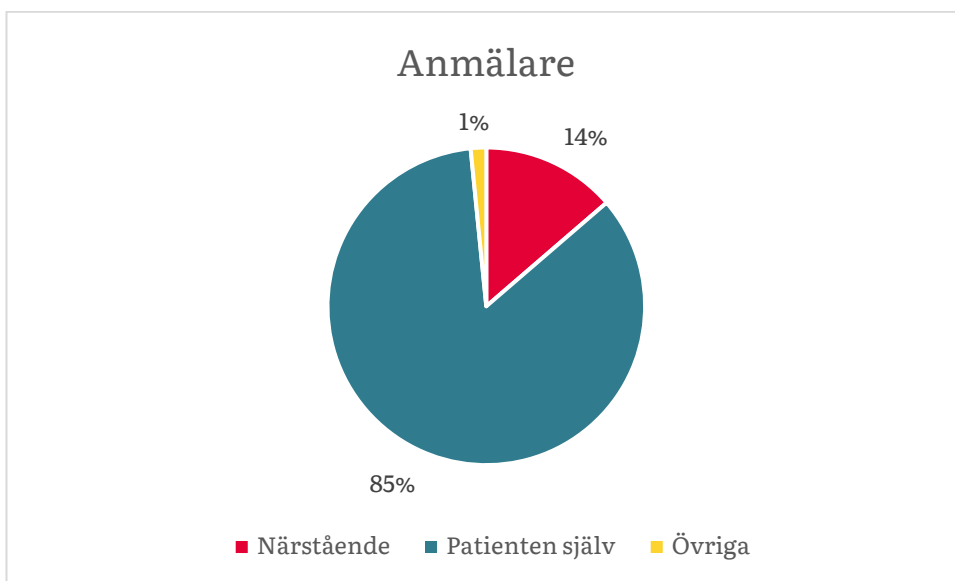
FIGUR 1: ANDELEN ANMÄLNINGAR BLIR FÄRRE JU ÄLDRE MÄNNEN ÄR.



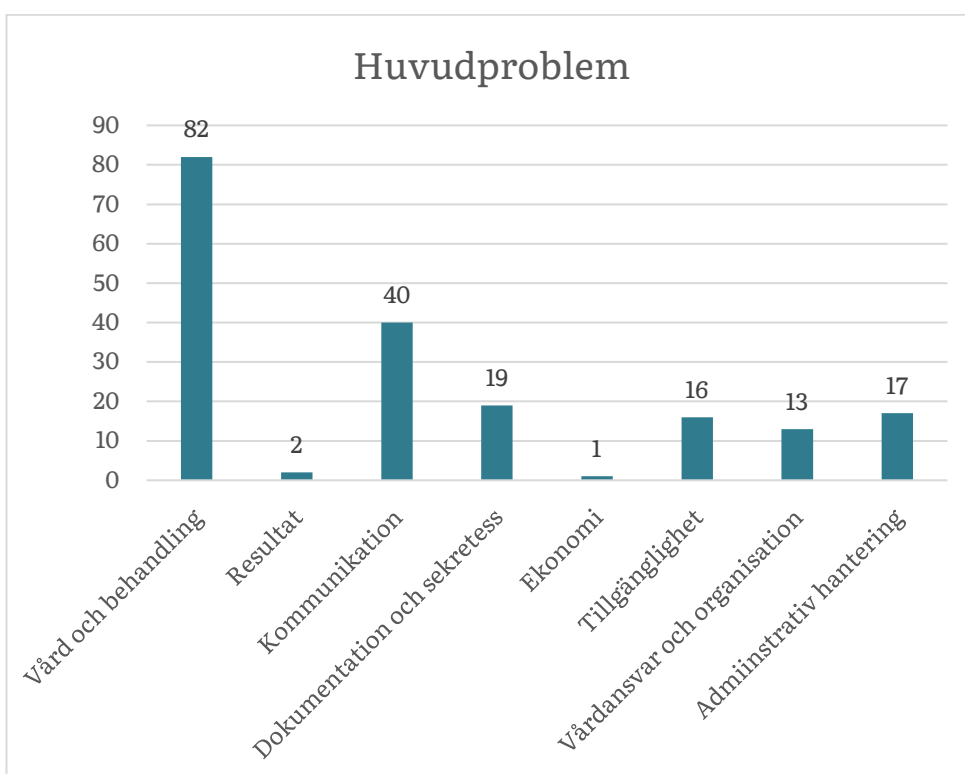
FIGUR 2: ATT MALMÖ-TRELLEBORGS VERKSAMHETSOMRÅDE HAR FLER KLAGOMÅL BEROR SANNOLIKT PÅ ATT DE OCKSÅ ÄR BETYDLIGT STÖRRE ÄN DE ANDRA OMRÅDEN MED FLER ENHETER.



FIGUR 3: MERPARTEN AV KLAGOMÅLEN HAR INKOMMIT VIA E-TJÄNSTEN PÅ 1177.



FIGUR 4: EN STOR DEL AV ÄRENDENA HAR INKOMMIT FRÅN PATIENTERNA SJÄLVA.



FIGUR 5: ÄRENDEN MED ADMINISTRATIV ANKNYTNING ÄR FLER ÄN I FLERA TIDIGARE ANALYSER.

Det här berättar patienter och närstående

I klagomålen beskriver män och deras närstående hur kontakten med psykiatri upplevs i praktiken – i akuta lägen, i övergångar mellan vårdinsatser och i perioder av återkommande psykisk ohälsa.

Berättelserna visar hur brister i kontinuitet, tillgänglighet och uppföljning påverkar möjligheten att få rätt stöd i tid.

Diagnoser

Många av männen i urvalet beskriver sina kontakter med vården i samband med redan satta diagnoser eller diagnoser de anser bör utredas. En återkommande upplevelse är att inte bli trodda, lyssnade på eller tagna på allvar. Flera berättar också att de nekats ett första besök på en psykiatrisk mottagning även när patienten har fått en remiss.

En man skriver:

“Psykologen sa bland annat att jag inte kunde ha borderline eftersom jag var presentabel, kunde bete mig och var trevlig. Efter mötet tog jag kontakt med chefen samt skickade ett meddelande via 1177 om att jag inte ville fortsätta med denna psykolog eftersom jag ansåg att hon arbetade oprofessionellt. I stället för att ge mig möjlighet att träffa en annan behandlare valde [mottagningen] att avsluta mitt ärende helt och skicka mig tillbaka till vårdcentralen. Detta lämnade mig helt utan hjälp. (...). Som följd av detta valde jag att inte ha någon kontakt med vården på över ett och ett halvt år. Under den tiden försämrades mitt mående avsevärt – jag hamnade i en djupare depression, hade återkommande suicidtankar och vid flera tillfällen behövde jag kontakta akutpsykiatri.”

Vården uppger i ett yttrande att man beklagar att patienten upplevde bemötandet som bristfälligt men att man under ett inledande samtal ställer personliga frågor och att vissa antaganden kan behöva göras vid nybesök, men beklagar mannens upplevelse. Efter en behandlingskonferens beslutades att hans ärende skulle avslutas.

Mannen rekommenderas i stället att kontakta en psykolog via vårdvalet.

En man som hänvisats fram och tillbaka mellan psykiatri och sin vårdcentral i jakt på hjälp under tiden han väntar på en NPF-utredning, skriver:

”Lyssna och tro på patienten. Jag söker inte sjukvård för psykiska besvär för att det är roligt. Jag säger inte att jag mår dåligt för att jag hoppas på roliga piller. Jag säger inte att jag knappt orkar stå på benen för att jag är lat. Hjälpt patienten med sina besvär i stället för att lägga över allt ansvar på patienten.”

Läkemedel

En mycket stor andel av klagomålen – omkring 60 stycken – tar i någon mån upp ämnet läkemedel. Flera berättar att de plötsligt tvingats sluta med mediciner de haft i många år. Flera män klagar också på att medicinen avslutats så abrupt att de inte ens erbjudits nedtrappning, även om läkemedlet är av sådan art att nedtrappning kan behövas. Flera män påpekar att en enskild läkares åsikt tycks kunna vara avgörande för om de får behålla sin medicin eller inte. Klagomålen kan också handla om att läkemedlen, utan patientens samtycke, byts ut mot ett annat läkemedel som patienten i vissa fall redan testat tidigare med negativt resultat.

I ett ärende klagar en man på att en närstående till honom upptäckte genom att söka i FASS att det läkemedel som han fått utskrivet för behandling av en neuropsykiatrisk diagnos, i själva verket var till för att behandla hjärt- och kärlsjukdomar. Mannen uppger att han tog läkemedlet i två veckor innan felet upptäcktes. I ett yttrande tackar vårdenheten för att mannen uppmärksammat dem på den felaktiga medicineringen, som också utretts internt. Det har lett till att receptet rättats och att information gått ut till anställda som skriver ut läkemedel.

En man beskriver hur han i ett slag blev av med flera mediciner som han efter lång tid kommit fram till att han behövde för att fungera i vardagen.

“Jag fick till mig att sluta med min ADHD-medicin direkt och att nedtrappning av [en annan medicin] skulle ske [under hösten]. Allt detta utan mitt samtycke eller samråd.”

I ärendet inkommer ett yttrande, där vården skriver att man som patient är välkommen att framföra åsikter, men att ytterst är läkaren som tar det slutgiltiga beslutet om patienten och vårdpersonalen inte är eniga.

Psykosor och LPT

Ett tiotal ärenden i materialet gäller patienter som fått psykosor och/eller har omhändertagits enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). I flera av fallen sammanfaller problematiken. Klagomålen kommer både från män som anser att de tvångsvårdats felaktigt, närstående som önskar att deras närstående ska tvångsvårdas, framförallt i samband med psykosor och patienter som klagar på den behandling eller bemötande som de fått under eller i samband med tvångsvården.

I ett ärende beskriver en närstående hur en ung man i flera år behövt vård för en psykos men saknar sjukdomsinsikt och tackar nej till all vård. Trots flera orosanmälningar har han enligt den anhöriga inte omhändertagits enligt LPT och riskerar nu att “trilla ur systemet”. De anhöriga vädjar därför om att mannen ska få tvångsvård.

I ett annat fall skriver både patienten och en anhörig till patientnämnden och beskriver samma händelse. Den anhöriga ringde ambulans när patienten fick en psykos. I journalen står senare att patienten skulle ha misshandlat flera anhöriga, något som båda uppger inte stämmer.

“Under tiden ambulanspersonalen och läkaren var hemma hos mig och min familj, så pratade de bara med varandra, ingen av dem pratade med varken mig, min mor eller min bror. Jag var upprörd, aggressiv och uppjagad men skulle aldrig någonsin skada någon av dem jag älskar. Jag vill att den ansvarige läkaren som har skrivit dessa osanningar ska suddas bort från min journal”, skriver mannen själv i sitt klagomål.

En man beskriver hur han hämtades för tvångsvård. Enligt honom skulle han precis sätta sig och göra läxor med ett närstående barn när två ambulansvårdare dök upp på tomten. När han bad dem lämna och stängde dörren kom i stället flera poliser.

“Då kommer minst 8 poliser och börjar banka på alla fönster och dörrar [barnet] var vettskrämd och drog täcket över huvudet och jag ropade till dem att sluta störa då [barnet] var vettskrämd. Då högg de i stället 5–6 slag med yxa el dyligt i sönder dörren. In stormar cirka åtta poliser och beordrar mig att visa händerna. Jag är rädd att de ska skjuta både mig och [barnet] och visar dem händerna. Två tar mig i varsin arm och leder ut mig i bara kalsonger och utan skor. Vad som hände med [barnet] vet jag inte, men det måste vara en hemsk upplevelse att plötsligt är [jag] borta och hon har ännu efter en månad inte fått träffa mig.”

I ett yttrande skriver vården att de inte kan svara på varför polisen agerade på ett visst sätt, men att ambulans skickades till mannens bostad efter uppgifter om att han kunde skada sig själv. Syftet var att prata med mannen, men detta försvårades när han stängde dörren. Ambulanspersonalen kontaktade då en läkare som beslutade om LPT och polisassistans för att föra mannen till sjukhus för psykiatrisk bedömning. Vården skriver också att de förstår mannens oro för barnet men att barnet togs om hand av en person som det kände.

Missbruk

I materialet finns ett drygt tiotal ärenden som, ur olika perspektiv berör missbruk. Det handlar både om män som själva kämpar för att ta sig ur sitt missbruk, män som upplever sig anklagade för ett missbruk de inte har och närstående som anser att en patient med ett missbruk borde få bättre vård på grund av sitt missbruk.

En man som fått läkemedel för en neuropsykiatrisk diagnos berättar att hans medicin drogs in efter att ett drogtest visat positivt för ett beroendeframkallande opioidläkemedel. Enligt mannen berodde detta på smärtstillande han fått i samband med en operation två dagar tidigare. Vid ett nytt prov visade resultatet positivt för samma ämne som finns i hans ordinerade medicin, men läkaren motsatte sig ändå

en ny utskrivning. Mannen uppger att vården senare bett om ursäkt och beskriver själv konsekvenserna av att stå utan sin medicin.

”Under dessa veckor så har jag skrivit under skilsmässopapper, bett min chef fara åt helvete vid tre tillfällen, sårat mina barn och mina föräldrar. Har typ 1 diabetes och tid inom godkända vården har minskat med 10%. Jag kan fortsätta hur länge som helst. Detta är allt mitt eget fel men det hade aldrig hänt om jag hade fått min medicin.”

En annan patient, som länge varit nöjd med den behandling han fått för sin beroendeproblematik och psykiska ohälsa, beskriver svårigheter som uppstod när han plötsligt skulle flyttas till en annan klinik. Den nya kliniken meddelade dock att hans problem inte var tillräckligt stora för att han skulle tillhöra dem.

“På [den nya mottagningen] har personalen dock sagt att jag inte uppfyller kraven för att vara inskriven hos dem. De har också vägrat förskriva de mediciner jag behöver innan jag är helt nykter. Detta har skapat en mycket svår situation för mig. Jag känner mig otrygg och utan den vård jag behöver. Jag vill gärna få fortsätta tillhöra [den gamla mottagningen], där jag tidigare har haft en fungerande behandlingskontakt och fått det stöd som har varit nödvändigt för min behandling och hälsa. Jag tycker att det är orimligt att tvingas lämna en mottagning som fungerar för mig och där jag får den hjälp jag behöver.”

I ett yttrande skriver vården att mannen ännu inte avslutats på sin tidigare klinik och att orsaken till överflyttningen inte dokumenterats. Man uppger också att mannen kommer att kallas tillbaka till den gamla mottagningen, vilket han uppskattar.

En man som försöker ta sig ur sitt missbruk, bland annat genom att påbörja en utbildning, upplever att missbruksmottagningen försvårar detta genom att kräva att han ska infinna sig där flera gånger i veckan. Han beskriver att han känner sig särbehandlad trots flera års försök att visa att han gör sitt bästa. I sitt klagomål vänder han sig direkt till mottagningen.

”Jag har gråtit på mottagningen flera gånger för att jag inte blir lyssnad på. (...) Jag försöker bryta ett långvarigt missbruk och skapa en framtid.

Det jag behöver nu är stöd, inte motstånd. (...) Det här är min chans att bryta med mitt gamla liv. Jag vill bli något, jag vill studera, arbeta och leva. Jag behöver att ni hjälper mig, inte håller mig tillbaka.”

En annan man som försöker bli fri från sitt missbruk klagar på att ha nekats sjukintyg med motiveringen att han ännu inte helt avslutat sitt missbruk.

”Vid minst tre tillfällen har personal hotat att med att inte dela ut antabus till mig, med motiveringen att jag inte lyckats upphöra helt med mitt alkoholbruk, trots att det endast rör sig om enstaka återfall. Jag har hela tiden varit ärlig med mina återfall och har följt behandlingen utan att utebli från några besök. Trots att jag upprepade gånger efterfrågat en vårdplan har ingen sådan upprättats eller ens diskuterats med mig”, skriver mannen.

I ett yttrande skriver verksamheten att en förutsättning för sjukskrivning är nykterhet och drogfrihet och att mannen lämnat flera prover som varit positiva för både alkohol och droger. Man uppger också att man har förståelse för patientens svåra situation, men att öppenvårdens insatser främst består av fast vårdkontakt, farmakologisk behandling och uppföljning via provtagning.

Suicid, suicidförsök och suicidtankar

Ett återkommande och allvarligt tema i materialet är män som mår så dåligt att de beskriver suicidtankar, planer eller tidigare försök. I ett fall (som återges i avsnittet om anhörigas perspektiv) har mannen efter att flera gånger ha nekats vård senare tagit sitt liv. En man berättar också att han trots upprepade kontaktförsök med vården inte fått rätt hjälp trots att han mått mycket dåligt.

”Jag sökte vård 7–8 gånger under den här tiden och fick ingen hjälp. Polisen har tagit hand om mig efter att ha uppmärksammat mitt mående och har då kört mig till psykiatriakuten. Väl där så blev jag inte inlagd efter att polisen hade åkt. Under tiden som jag har sökt hjälp och inte fått någon hjälp så har jag gjort 4 stycken suicidförsök.”

I ett yttrande uppger vården att patienten sökt psykiatrisk akutmottagning 16 gånger under tre år. Han har varje gång bedömts av sjuksköterska och oftast även läkare. Patienten har också vårdats inneliggande vid några tillfällen, men vid ett tillfälle skrivit ut sig själv trots läkares avrådan. Eftersom skäl för LPT saknades skrevs han ut.

En man genomför ett suicidförsök och förs efter att en vän slagit larm med ambulans till somatisk akutmottagning. Därefter vill akutpsykiatrin inte ta emot honom och han skickas hem i sjuktaxi. Dagen därpå gör mannen ytterligare ett suicidförsök, men nekats återigen inneliggande psykiatrisk vård. Enligt mannen motiveras detta med att han har tillgång till en så kallad brukarstyrd inläggning (BI-plats), avsedd för patienter med återkommande behov av psykiatrisk vård som själva kan behöva initiera en kortare inläggning i öppenvårdsnära form. När han försöker använda platsen bedömer dock personalen där att han är för sjuk och hänvisar honom tillbaka till akutpsykiatrin, som inte heller då vill ta emot honom. De upprepade hänvisningarna mellan olika vårdinstanser leder bland annat till att han blir utan vård över en natt.

”Jag har uttryckligen önskat få inneliggande vård men nekats hela tiden (...). Jag mår nu sämre, har dödsångest, känner mig inte önskvärd och gråter, kan inte äta eller sova som jag behöver. Jag planerar hela tiden för att ta en ny överdos och hoppas att jag lyckas den gången.”

I ärendet inkommer ett yttrande där det beskrivs att mannen efter båda sina suicidförsök bedömts av läkare inom psykiatrin, ibland i samråd med bakjour. Vid varje tillfälle görs bedömningen att patienten inte är i behov av psykiatrisk slutenvård och därför har hänvisats till andra instanser inom psykiatrin samt till att nyttja sin BI-plats, som är en möjlighet till kortare, egeninitierade inläggningar vid behov.

En äldre man beskriver vad som hände efter att han under en familjekris gjorde ett självmordsförsök. Han berättar att han tvångshämtades till en psykiatrisk avdelning där beslut om ECT-behandling fattades snabbt och därefter genomfördes i stor

omfattning på två avdelningar. Mannen beskriver konsekvenserna av behandlingarna som mycket svåra.

”Mitt minne, både det kortsiktiga och längre tillbaka, har blivit väldigt försämrat och berövats mig. Mitt självförtroende har fullständigt raserats. Min förmåga att känna glädje i vardagen har drastiskt försämrats efter behandlingsperioden. Min nattsömn kommer inte till mig utan sömntabletter.”

Sjukskrivningar och intyg

I materialet finns flera berättelser om män som hamnar mellan stolarna i samband med sjukskrivningar och intyg. Ibland nekas männen sjukskrivning, trots att de inte anser att de är arbetsföra. Ibland ställer nödvändiga intyg till Försäkringskassan till det även för dem som beviljats sjukskrivning av sin läkare.

En man klagar på bemötandet han fick i samband med ett återbesök på vårdcentralen. Mannen upplevde att hans mående inte förbättrats trots både sjukskrivning och medicinering och vid återbesöket upplevde han att både läkaren och kuratorn bemötte honom mycket illa.

”Jag hade ett samtal med en kurator. Jag hade skrivit ned en personlig information om mitt privatliv i ett brev (...). När hon läste brevet så är det första hon säger till mig ’nu ska jag vara hård mot dig, du kommer aldrig få någon sjukersättning’. Sedan skrek hon flera gånger åt mig: ’Är du ett barn? Du ska lyssna på mig!’”

En annan man klagar på att han vid byte av en vårdcentral mitt under en sjukskrivningsperiod, fick besked om att den nya vårdcentralen inte kunde ”ta över ett ärende som påbörjats på en annan vårdcentral”. När mannen då kontaktade sin gamla vårdcentral var beskedet där detsamma – de kunde inte heller hjälpa honom eftersom han inte längre var listad där. I det fallet skriver mannens första vårdcentral i ett yttrande att mannen erbjudits en samtalskontakt som han tackat nej till och att det är i enlighet med deras rutiner att hänvisa omlistade patienter till deras nya vårdcentral, men att de

beklagar det dåliga bemötande patienten upplevde och kommer att delge detta till den aktuella läkaren.

Ytterligare en man som sökte i samband med en sjukskrivning berättar om läkarens bemötande.

”Nästan direkt efter läkaren och jag hälsat på varandra blev läkaren aggressiv. Han skrek om att jag skulle visa honom respekt och slog händerna i skrivbordet ett flertal gånger. (...) Han hotade att avsluta min sjukskrivning och slog åter igen händerna i skrivbordet samt öppnade dörren till rummet och hotade att slänga ut mig. (...) Jag är ännu orolig över att besöka [mottagningen] på grund av detta.”

I yttrandet beklagar mottagningen att mötet ”inte alls blev bra”, men att läkaren och patienten upplevt mötets början på olika sätt. Läkaren beklagar dock att han tappade humöret och har därefter avslutat sin placering på mottagningen.

Vad närstående berättar

Relativt få klagomål i materialet (26 av 190) kommer från närstående. Berättelserna handlar ofta om hur de försökt få rätt vård för patienten utan att lyckas. I två fall uppger anhöriga att patienten senare har avlidit.

I ett av dessa beskriver en förälder hur deras son efter ett självmordsförsök togs till en psykiatrisk mottagning. Där berättade han i detalj om sina suicidplaner men lades trots det inte in, trots anhörigas protester. Han fick inte heller någon remiss till samtalsstöd utan hänvisades till att själv boka via vårdcentralen. När mannen och en anhörig senare återvände till mottagningen nekades han återigen inläggning. Föräldern beskriver vad som hände därefter:

”Tiden härefter handlar mycket från vår sida att övertala [patienten] att återvända till psykakuten, han har i detta läge gett upp att han får någon hjälp. [Ett par veckor senare] tar [patienten] sitt liv på exakt det sätt som han beskrivits vid [båda besöken på den akutpsykiatriska mottagningen].

Vi anser som anhöriga att psykiatrin har brustit i sina bedömningar kring allvarlighetsgrad av [patientens] psykiska ohälsa.”

I yttrandet skriver vården att de beklagar sonens bortgång och har förståelse för att föräldern har synpunkter på verksamheten. Bedömningen var att det inte förelåg någon akut förhöjd suicidrisk, vilket förankrades med specialistläkare vid båda tillfällena. Självmordet skedde fem veckor efter den senaste bedömningen och eftersom en sådan bedömning endast gäller den aktuella stunden ser man inte att läkarna har åsidosatt sina skyldigheter. Yttrandet avslutas med att man dock har full förståelse för om föräldern har en annan åsikt i den frågan.

I ett annat fall skriver en närstående om sorgen efter en patient som avled efter många år av missbruk och behandling med beroendeframkallande läkemedel. De anhöriga menar att förskrivningen fortsatte trots att patienten hade hemtjänst för att hantera sina mediciner, som hen inte klarade av att sköta själv.

I sitt yttrande skriver läkaren att han inte känner till de exakta omständigheterna kring dödsfallet, men att patienten verkade må bra vid deras möten och att inga tecken på pågående missbruk framkom. Han redogör också för varför medicinerna bedömdes nödvändiga och menar att en patient inte ska nekas god vård på grund av tidigare missbruk.

“När en patient avlider hastigt och oväntat så blir jag alltid påverkad och det får mig att ifrågasätta ifall jag kunde gjort mer”, avslutar läkaren sitt yttrande.

Förbättringsförslag

I materialet förekommer relativt många förbättringsförslag där patienter ger konkreta idéer om hur vården kan utvecklas. Flera lyfter behovet av stärkt patientsäkerhet och suicidprevention, till exempel att vården bör agera mer förebyggande vid suicidrisk, ta suicidplaner och försök på större allvar och erbjuda inläggning när det behövs. Det

efterfrågas också fallriskbedömningar i psykiatrisk slutenvård och att patienter inte ska behöva skada sig för att få hjälp.

När det gäller kontinuitet och medicinering föreslår patienter att hastiga förändringar undviks vid läkarbyten, att nedtrappning sker i stället för tvära avbrott och att system finns för tillfälliga recept om behandlande läkare är frånvarande. Patienter vill också bli mer involverade i beslut om sin medicinering.

Förbättringsförslag gällande remisser vårdgaranti och väntetider

Inom området remisser, vårdgaranti och väntetider föreslår patienter tydligare rutiner för remisshantering och uppföljning. De efterfrågar regelbunden återkoppling under väntetider, erbjudande om vårdgarantiöverflyttning när 90 dagar överskrids samt kortare uppföljningar via telefon eller video i väntan på besök. Det betonas också att vårdgivaren bör ta ansvar när vårdgarantin inte kan hållas och särskilt uppmärksamma patienter som riskerar att påverkas negativt av lång väntan.

En patient vars läkemedelsbehandling avbröts när behandlande läkare var på semester efterlyser också bättre kontinuitet vid personalens frånvaro. Patienten menar att medicinsk bedömning och dialog borde ha säkerställts och att interimslösningar, som tillfälligt recept eller annan ansvarig läkare, borde erbjudas.

Förbättringsförslag om NPF

Flera synpunkter rör neuropsykiatriska utredningar (NPF). En patient menar att psykiatrin bör ta remisser från vårdcentraler på större allvar och inte avslå dem utan att träffa patienten. Det föreslås också att riktlinjer ses över, att hela underlaget beaktas och att Socialstyrelsens kunskapsstöd följs. Patienter efterfrågar även mer grundliga utredningar där de får tid att berätta sin historia.

En patient med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, som klagat på att läkaren plötsligt ändrat läkemedel, sänkt dosen och minskat utskrivningsfrekvensen, uttrycker sitt förslag kort och koncist:

“Sluta pressa läkarna att inte skriva ut mediciner.”

En man som fått sin remiss om en neuropsykiatrisk utredning avvisad utan att ha fått träffa en enda person för en personlig bedömning föreslår:

“Jag tycker att psykiatrin måste börja ta remisser från vårdcentraler på större allvar – särskilt när både läkare och psykolog gjort en grundlig bedömning och ser tydliga tecken på neuropsykiatriska svårigheter. Det är inte rimligt att en mottagning avslår en remiss utan att ens träffa patienten, särskilt inte med en så förenklad och felaktig motivering som att ‘man hade bra betyg i skolan’.”

Förbättringsförslag om bemötande, kompetens och journalföring

När det gäller bemötande, kompetens och journalföring efterfrågar patienter bättre utbildning, noggrannare journalföring och att felaktiga uppgifter rättas. Det betonas också att personal bör vara uppdaterad om aktuell forskning och inte okritiskt förlita sig på gamla journalanteckningar. Vissa patienter vill även se tydligare ansvar vid brister.

En patient som uttrycker frustration över personalomsättningen på vårdcentralen föreslår:

“Arbeta aktivt med att behålla den personal som faktiskt uppskattas och faktiskt visa uppskattning för personalen, så det märks av för individerna som jobbar på vårdcentralerna. Så vi inte står där med vårdcentraler där 70% består av ett team av sura kortfattade läkare och sjuksköterskor och där man inför varje besök måste hålla tummarna att man har turen att träffa den där eldsjäl som gör så man känner sig sedd.”

Förslag på bättre samordning och organisation

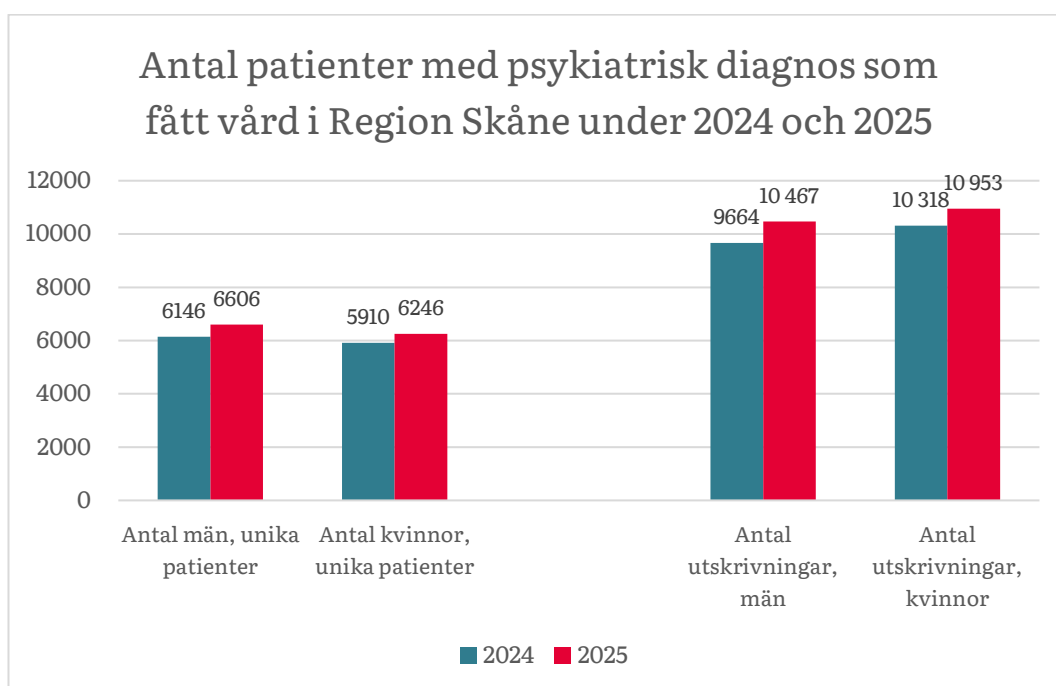
Slutligen lyfts behovet av bättre samordning och organisation, till exempel tydligare ansvar mellan primärvård och specialistpsykiatri, säkra rutiner vid listbyte och bättre samverkan mellan enheter. Flera patienter efterfrågar också ökad tillgänglighet genom digitala lösningar och enklare kontaktvägar.

En patient som vill slippa prata i telefon med vården skriver:

“Det måste ju vara bättre att någon läser mitt meddelande och skickar vidare till behörig, än att jag ska behöva ringa vid minsta besvär och ta upp en massa telefontid. Ta vara på digitaliseringen och dess fördelar.”

Analys

Den här analysen visar på en av de delar i samhället som får allra störst konsekvenser för folkhälsan – psykisk ohälsa. Män med psykisk ohälsa är en grupp som det finns många föreställningar om. En vanlig sådan är att män mår dåligt i det tysta och inte söker vård i samma utsträckning som kvinnor. Denna uppfattning kan vi nu avfärda, i alla fall i Region Skåne. Statistik från regionens statistikenhet, Enheten för DataAnalys och RegisterCentrum, visar att bland de patienter som fått någon typ av psykiatrisk vård i regionen under 2025 och 2024, så är kvinnor endast i mycket liten övervikt. Detsamma gäller för patienter som skrivits ut från någon form av psykiatrisk vård. Statistiken inkluderar såväl öppenvård som slutenvård, inklusive rättspsykiatrisk vård enligt Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård, LRV. Inom den typen av vård vårdas betydligt fler män än kvinnor.



FIGUR 6. STATISTIKEN INKLUDERAR PERSONER MED DIAGNOSER INOM DET SOM STATISTISKT SETT GÅR UNDER BENÄMNINGEN ”PSYKISKA SJUKDOMAR OCH SYNDROM SAMT BETEENDESTÖRNINGAR”.

En annan vanlig uppfattning, att det oftare är män med psykisk ohälsa som tar sina liv, kan dock bekräftas. Enligt Nationellt centrum för suicidforskning och prevention står män för cirka 70 procent av alla självmord.¹ I Skåne län är den totala suicidsiffran 18,1 personer per 100 000 invånare.² Antalet självmord har dock minskat kraftigt sedan 1980-talet, förutom bland ungdomar. Den största minskningen har skett bland äldre män.³ Även SKR tar upp saken. I rapporten *Psykisk hälsa, suicid och suicidprevention från 2018*, framhålls samtidigt att psykisk ohälsa är en växande folkhälsoutmaning både globalt och i Sverige. Rapporten pekar särskilt på att män ofta söker hjälp senare och mer sällan än kvinnor, samtidigt som deras psykiska ohälsa kan ta andra uttryck – exempelvis irritabilitet, riskbeteende eller missbruk – vilket gör att den inte alltid identifieras som depression inom vården. Detta bidrar till att mäns problem delvis förblir dolda, trots att självmord är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor.

En tydlig iakttagelse i materialet är att många patienter väljer att ta kontakt via 1177:s e-tjänster, och att denna kontaktväg är betydligt vanligare än telefon. Vi har också noterat att samma tendens finns hos de kvinnor som klagade där ärendet fokusmarkerats med psykisk ohälsa under samma period. Även där inkom drygt 60 procent av ärendena via 1177. Det gör att patienter med psykisk ohälsa under perioden delvis skiljde sig från en del andra patientgrupper, där telefon fortfarande är det vanligaste kontaktsättet. Männerna i urvalet utgörs också av en majoritet yngre patienter och få äldre, vilket kan bidra till att andelen digitala klagomål är fler.

Att många klagomål i materialet lämnas via 1177 gör också att männen får utrymme att skriva ner sina historier på det sätt de själva önskar. Många skriver långa och ofta känslomässigt laddade berättelser om upplevelser av frustration, hopplöshet eller bristande förståelse från vården. Inte sällan beskriver männens klagomål vårdprocesser som

¹ [Självmord i Sverige | Karolinska Institutet](#)

² [Självmord i varje län i Sverige | Karolinska Institutet](#)

³ [Självmord i Sverige | Karolinska Institutet](#)

pågått under flera år, där upplevelsen av brist på hjälp ofta varit central. I flera fall beskrivs dock också upplevelser av att ha fått rätt hjälp, som dock av något skäl sedan abrupts avslutats.

Ytterligare en effekt av att en stor del av klagomålen inkommit skriftligt, är att materialet innehåller ovanligt många konkreta förbättringsförslag. Detta beror troligen på att just frågan om vad patienten anser att vården hade kunnat göra för att samma sak inte ska hända igen, finns med i klagomålsformuläret på 1177 samt på den klagomålsblankett som man kan skriva ut och skicka in. När patienterna tillfrågas om detta ger de också många förslag och dessa har därför fått större utrymme än vanligt i denna analys.

En ovanligt stor andel av ärendena har också inkommit direkt från patienterna själva, medan klagomål från närstående är relativt få. Delvis kan detta ses som naturligt eftersom patientnämndens statistik visar att just patienter med psykisk ohälsa ofta klagar själva. När närstående väl skriver in till patientnämnden gäller deras berättelser i några fall att en anhörig avlidit till följd av vad de närstående upplever som bristfällig vård. I andra fall gäller det att de närstående vill att patienten ska få rätt hjälp, även om det behövs göras med tvång. Bland de närstående finns också vänner, förvaltare och andra utanför patientens närmsta familjekrets. De närståendes berättelser ger ett viktigt komplement till patienternas egna beskrivningar och visar hur psykisk ohälsa även påverkar familj och närstående.

Till sist är framför allt neuropsykiatriska diagnoser mycket vanliga hos de patienter som finns med i materialet. Det är en viktig insikt att många patienter som idag lever med psykisk ohälsa också har en neuropsykiatrisk diagnos. Bland männen i materialet är det särskilt ADHD som är vanligt förekommande. Ofta är det problem som är relaterade till diagnosen som gör att patienten klagar, exempelvis när det gäller sjukskrivningar, utredningar eller medicinering.

Erfarenheter från specialistpsykiatrin i Malmö-Trelleborg

Vuxenpsykiatrin i Malmö-Trelleborg är ett av de största verksamhetsområdena i Skåne, med fler vårdplatser, fler anställda

och en mer komplex organisation än övriga områden, vilket påverkar både arbetssätt och utmaningar. Verksamhetschefen Måns Gerle är själv psykiater och har arbetat länge inom Malmöpsykiatri. Han har varit med och startat upp ett tvärprofessionellt ACT-team (Assertive Community Treatment), som jobbar uppsökande med patienter med samsjuklighet och har erfarenhet av både kliniskt arbete och ledningsansvar. Verksamheten omfattar både specialistpsykiatri och beroendevård, med flera olika inriktningar som psykos, beroende och mer allmänpsykiatriska basmottagningar.

– Vi försöker i dag fokusera på de insatser som kräver specialistpsykiatrisk kompetens, det vill säga sådana tillstånd som innebär komplex diagnostik, avancerad farmakologisk behandling, hög suicidrisk, svår samsjuklighet eller behov av specialistbedömning för psykos-, bipolära eller svåra affektiva tillstånd. Annat ska i större utsträckning kunna tas om hand i primärvården, säger Måns Gerle.

Det är en förändring som inte alltid är enkel att förstå för patienter.

– Har man haft kontakt i många år kan det upplevas som att man plötsligt inte hör hemma hos oss längre. Där finns en pedagogisk utmaning.

Samtidigt kommer flera klagomål i urvalet från patienter som klagat på en mottagning inom hans verksamhetsområde på en upplevelse från patienterna av att ha blivit remitterade till den aktuella verksamheten, men sedan fått besked om att deras ärende hanterats på en konferens och att de därför inte kommer att få någon tid på mottagningen, utan i stället hänvisas tillbaka till exempelvis primärvården. Enligt Gerle är tanken egentligen att ett sådant besked ska gå till den remitterande instansen, exempelvis vårdcentralen, och inte direkt till patienten. Han säger också att han har förståelse för att just formuleringar om att ärendet behandlats på en konferens kan upplevas olyckliga eller svåra att förstå för den som väntat på hjälp. Samtidigt inkommer ett stort antal remisser och i vissa fall bedöms patienten vara mer betjänt av fortsatta insatser inom primärvården.

Måns Gerle berättar också att arbetssätten inom psykiatrin utvecklats mycket de senaste åren, inte minst när det gäller patienter med självskadeproblematik.

– Vi ser betydligt mindre svår självskada i dag än tidigare. I stället arbetar vi mer med strukturerade öppenvårdsinsatser och bemötande, säger han.

En viktig del i det arbetet är inrättandet av platser med så kallad brukarstyrd inläggning, BI-platser.

– Tanken är att patienten själv ska kunna säga att nu behöver jag en plats, utan att det blir en maktkamp i en akut situation, förklarar Gerle.

Han menar att BI har minskat behovet av långvariga och ibland kontraproduktiva slutenvårdsperioder, där patienter tidigare kunde bli kvar länge och försämras. Samtidigt betonar han att BI inte ersätter akut inläggning, utan att varje situation alltid kräver en medicinsk bedömning och att slutenvård inte alltid är rätt insats.

När det gäller sjukskrivningar beskriver han en mer strukturerad hantering i dag, där läkare och rehabkoordinatorer arbetar tätare tillsammans.

– Ibland är bedömningen att fortsatt sjukskrivning inte är rätt väg. Då kan det uppstå frustration, men det handlar om att stötta återgång till aktivitet.

Även läkemedelsbehandlingar omprövas i större utsträckning.

– Vi behöver regelbundet se över långvarig medicinering, särskilt när det gäller beroendeframkallande läkemedel. Men förändringar ska ske kontrollerat och medicinskt säkert.

Trots de många förändringarna återkommer Gerle till en central fråga:

– Många klagomål handlar egentligen inte om besluten i sig, utan om hur de kommuniceras. Vi behöver bli bättre på att förklara varför vi gör som vi gör.

Slutsatser

Analysen visar att män med psykisk ohälsa ofta söker vård aktivt, ibland upprepade gånger och under lång tid, och att andelen män som får psykiatrisk vård i någon bemärkelse är nästan lika stor som andelen kvinnor. Inte sällan upplever dock männen i materialet att de bollas mellan olika instanser, eller lämnas utan tydlig hjälp.

Klagomålen rör ofta neuropsykiatriska utredningar, läkemedel, sjukskrivningar, suicidnära tillstånd och brister i samordning mellan primärvård och specialistpsykiatri. I flera ärenden framkommer också oklarheter kring vad som räknas som insatser som kräver specialistpsykiatrisk kompetens, exempelvis vid samsjuklighet, suicidrisk eller behov av farmakologisk behandling. När dessa kriterier inte kommuniceras tydligt till patienterna finns risken att upplevelsen blir att man som patient hänvisas mellan olika vårdnivåer, utan att patienten förstår varför.

Ett annat mönster är att patienternas missnöje ofta förstärks av bristande information, otillräcklig återkoppling och svag delaktighet. Även när vårdens bedömning kan vara medicinskt motiverad, upplever många patienter att de inte förstår besluten eller varför de fattats. Detta gäller exempelvis vid nekade remisser, förändrade eller indragna läkemedel och beslut om sjukskrivning. I intervjun med verksamhetschefen Måns Gerle bekräftas att många klagomål i grunden handlar om hur beslut kommuniceras, snarare än besluten i sig och att budskap som egentligen är avsedda för andra vårdinstanser i vissa fall kan ha delgivits patienter, trots att det inte varit avsikten hos avsändaren.

Sammantaget visar klagomålen att det finns behov av bättre kontinuitet, tydligare ansvar mellan vårdnivåer, mer förutsägbara vårdprocesser och stärkt patientdelaktighet inom vården av psykisk ohälsa. Patienternas många förbättringsförslag visar också att det finns ett stort värde i att ta tillvara deras erfarenheter i vårdens utvecklingsarbete.

Mer från Patientnämnden Skåne

Patientnämnden Skånes analyser finns publicerade på www.skane.se/patientnamnden.

- De som byggde landet 2026:01
- Alla skyller på andra 2026:02
- På liv och död 2025:07
- När resultatet brister 2025:06
- Roten till hål i plånboken 2025:05
- Oro för urologiska besvär 2025:04
- Så att det inte händer igen 2025:03
- Kommunala fall 2025:02
- Det är så det är att föda barn 2025:01
- Klagomål av vikt 2024:07
- Det var inte så det var 2024:06
- Är det för att jag är äldre? 2024:05
- Under huden på patienterna 2024:04