

Version 1: 2025-09-22

# Sammanställning inledande workshops

Projektuppstart: Samverkan i öppenvård vid psykisk ohälsa

- Definition av målgrupper • kontext för glapp/mellanrum
- konsekvenser • prioritering av effektområden

## Målgrupp: Vuxna

Kontakt: Mia Johanson  
Projektledare & facilitator  
[mia.johansson@consid.se](mailto:mia.johansson@consid.se)

## Innehåll

Kartläggning 1: Fokusbegräppningar	.....	s. 2–3
Kartläggning 2: Kontext. Exempel på glapp och mellanrum i öppenvården	.....	s. 4–5
Kartläggning 3: Konsekvenser vid glapp och mellanrum i öppenvården	.....	s. 6
Kartläggning 4: Önskat resultat för målgrupperna, Prioriterade effektområden	..	s. 7–8

## Representanter från följande aktörer har deltagit i kartläggningarna:

(kommunala verksamheter anges med kommunnamn)

NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa)	Kommunal Hälsa & Sjukvård, ÄVO GBG
Socialmedicinska mottagningen, Skyddsvärnet Göteborg	Hemtjänst, GBG
ACT-mottagning	Funktionsstöd, GBG
LARO-mottagning Vårdcentral, Capiro	Funktionsstöd, Mölndal
Vårdcentral, Närhälsan	Psykatri SSK, Socialt boende GBG
Sprututbytet	Psykatri SSK, Mölndal
Psykiatrisk akutmottagning, GBG	Koordinator Reg. processteam ADHD och AST
Socialtjänst, GBG	Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH)
Socialtjänst, Härryda	Regional Suicidpreventiv samordnare

## Kartläggning 1: Fokusbegräppningar

Kod	Klustrade målgrupper	Röster	Exempel på undergrupper som inte får sina behov möta. Vuxna med... Lappar från WS (röster inom parentes)
SAMSJ_01  Patientresa?	<p><b>Psykisk ohälsa + beroendeproblematik</b></p> <p><b>Exempel på lappar som hör hit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De med skadligt bruk + psykisk sjukdom/ohälsa/NPF</li> <li>Odiagnostiserade pga aktivt bruk (NPF, Psykisk sjukdom) sjukdomar)</li> </ul> <p><b>Fokus på:</b> Fokus på samtidig beroendeproblematik och psykisk ohälsa där missbruk och psykisk ohälsa ofta är sammanflätade och kräver ett helhetsperspektiv.</p>	25	<p>Beroendesjukdom/substansbruk och psykisk sjukdom/ohälsa (samsjuklighet) (7)</p> <p>Komplex problematik substansbruk + samsjuklighet (7)</p> <p>Skadligt bruk i kombination med andra diagnoser som hamnar inom missbruksvården (4)</p> <p>Substansbruk /Beroendesjukdom (2)</p> <p>Somatisk ohälsa och beroende (2)</p> <p>Äldre med beroendediagnos (2)</p> <p>Beroende + Odiagnostiserad pga aktivt bruk eller andra anledningar (1)</p>
KOMPL_01	<p><b>Psykisk ohälsa + annan psykiatrisk/somatisk diagnos eller NPF</b></p> <p><b>De som har:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fler samtidiga diagnoser/svårigheter förutom psykisk ohälsa (t.ex. fysisk ohälsa, ätstörning, NPF, IF)</li> <li>Behov av samverkan mellan flera aktörer. (t.ex. psykiatri, socialtjänst, habilitering, primärvård)</li> <li>Risk att bollas mellan aktörer pga komplexa behov</li> </ul> <p><b>Exempel på lappar som hör hit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Delvis uppfyller diagnoser</li> <li>Ingen eller flera diagnoser</li> <li>Psykiska + fysiska problem</li> <li>NPF</li> </ul> <p><b>Fokus på:</b> Flera samtidiga diagnoser eller svårigheter, där ingen enskild aktör kan tillgodose behoven på egen hand utan kräver att aktörer aktivt samarbetar och koordinerar sin vård.</p>	25	<p>Flera olika diagnoser bollas inom specialistpsykiatri (9)</p> <p>Både psykiska och fysiska problem (5)</p> <p>Personlighets-syndrom (4)</p> <p>NPF + annan psykiatrisk diagnos (2)</p> <p>Delvis uppfyller diagnoser (bollas) (1)</p> <p>Ingen diagnos/flera diagnoser (1)</p> <p>Emotionella utmaningar/svårt att reglera sig/personlighetsstörningar (1)</p> <p>ångestproblematik (1)</p> <p>Kognitiv svikt (1)</p> <p>Kombinationen ätstörning och självskada</p> <p>Depressiv/ångestproblematik – gruppen äldre</p> <p>Dålig munhälsa/smärta i munnen</p> <p>ADHD</p>

## Forts. kartläggning 1: Fokusmålgrupper

Kod	Klustrade målgrupper	Röster	Exempel på undergrupper som inte får sina behov mötta. Vuxna med... Lappar från WS (röster inom parentes)
UTSATT_01  Patientresa?	<p><b>Social eller geografisk utsatthet</b></p> <p><b>Exempel på lappar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dålig ekonomi /inga kontanter = svårt att fullfölja insatser</li> <li>psykisk ohälsa + bor i landsbygd/skärgård</li> <li>Saknar anhörig/socialt stöd</li> <li>Kognitiv svikt - utan kompenserande stöd</li> </ul> <p><b>Fokus på:</b> Hinder av social, geografisk eller personlig karaktär som försvårar/omöjliggör tillgång till och genomförande av vård- och stödinsatser.</p>	24	<p>Dålig ekonomi/inga kontanter = får svårigheter att fullfölja insatser (4)</p> <p>Litar inte på vård/socialtjänst - är rädda för att söka vård (3)</p> <p>Bristande kunskap om insatser och därför söker fel insats (2)</p> <p>Under 65, har hemtjänst + psykisk ohälsa (2)</p> <p>Bedöms vara våldsamma (3)</p> <p>Bliir utskrivna pga hot och har svårt att komma tillbaka (2)</p> <p>Boende med socialt stöd (2)</p> <p>Håller isär sina vårdgivare (2)</p> <p>Äldre över 75 år med psykisk ohälsa (1)</p> <p>Kognitiv svikt (1)</p> <p>Annan syn än professionella på mål/behov (1)</p> <p>Saknar anhörig/socialt stöd (1)</p> <p>Psykisk ohälsa + boende i landsbygd/skärgården</p> <p>kvinnor med psykisk sjukdom</p>
AKUT_01	<p><b>Akut/allvarlig psykisk kris</b></p> <p><b>Exempel på lappar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fluktuerande akut suicidalitet</li> <li>Gjort suicidförsök</li> <li>PTSD</li> </ul> <p><b>Fokus på:</b> Behov av snabb och säker uppföljning.</p>	8	<p>Gjort suicidförsök (bristfällig uppföljning av specialistpsykiatrin + hänvisas till primärvården) (5)</p> <p>Fluktuerande akut suicidalitet (1)</p> <p>Avancerad självskada (1)</p> <p>PTSD (1)</p> <p>Ansvar för husdjur eller sjuk anhörig = väljer att inte läggas in trots behov</p> <p>Traumapatienter</p>
OSYNL_01	<p><b>Strukturellt eller juridiskt osynliggjorda</b></p> <p><b>Exempel på lappar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Saknar id</li> <li>Saknar telefon</li> <li>Saknar fast adress</li> </ul> <p><b>Fokus på:</b> Formella och juridiska hinder som försvårar/omöjliggör tillgång till och genomförande av vård- och stödinsatser.</p>	6	<p>Saknar telefon (2)</p> <p>saknar legitimation (1)</p> <p>saknar fast adress (1)</p> <p>saknar bank-ID (1)</p> <p>talat ej svenska (1)</p> <p>skyddad ID</p> <p>Finns i obefintlighetsregistret</p>
SYSTEM_01	<p><b>Personer med symptom/problematik som hanteras fragmenterat mellan primärvård och specialistvård, utan ett samlat helhetsgrepp.</b></p> <p>Egentligen inte en målgrupp, utan en kontext där målgrupperna ovan inte får sina behov av helhetssyn och samordning tillgodosedda.</p> <p>Lapparna till höger kopieras till sammanfattning av situationer/kontexter där målgrupperna "faller mellan stolarna".</p>	5	<p>Frigivs från kriminalvården med Psykisk ohälsa (utan uppföljning, remiss el. läkemedel) och blir remitterad till PV istället för direkt till psykiatrin (3)</p> <p>Bedöms ha psykiatrisk problematik men kommer inte vidare till psykiatrin (1)</p> <p>Psykiatrisk problematik (enligt RMR/ansvarsfördelning PV/psykiatri) (1)</p> <p>Psykiatrisk diagnos och får annan problematik (ex. ångest) och remitteras tillbaka till primärvården</p>

## Kartläggning 2: Kontext. Exempel på glapp och mellanrum i öppenvården

New table

Kontext	Exempel på glapp, mellanrum eller situation när individens behov inte blir mötta När de... (lappar från WS)
<b>Bristande tillgänglighet – i båda riktningar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de söker första gången och inte förstår systemet då det inte är tillgängligt</li> <li>• det är bristande tillgänglighet när individen söker sin mottagning/ kontaktperson vid försämring</li> <li>• Begränsad tillgänglighet vid försämrat mående (t ex tel tid 8–9) leder till kedjeeffekter med ännu mer försämrat mående samt ökad belastning på andra vårdaktörer t ex psykakut.</li> <li>• individen inte är nåbar (via 1177, tel eller fast adress), för att få reda på bokad tid eller meddelanden</li> </ul>
<b>När vården inte kan hantera komplexa problem gemensamt → insatserna delas upp, försenas eller uteblir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vården delas upp i stället för att bli sammanhållen</li> <li>• Npf + tilläggsdiagnos hamnar lätt i gränssnitt mellan verksamheter, vissa diagnos i PV och viss i psykiatri</li> <li>• Emotionella svårigheter - svårbedömt om det är slutet/eller öpv psykiatri som ska gå in med insatser = ingen tar ansvar</li> <li>• Subspecialiserade verksamheter bedömer vad som är huvudsaklig problematik, avslår remisser alt. tar inte ansvar för helheten.</li> <li>• Bollas mellan olika mottagningar och får inte hjälp under tiden</li> <li>• de söker vård och inte är välkomna när de är påverkade även om det är enda sättet att våga ta sig till besöket</li> <li>• de inte får utredning av sin psykiatriska problematik pga substansbruk och utredningarna bara är anpassade för dem som inte har en samtidig berondeproblematik</li> <li>• de inte får behandling av sin psykiatriska problematik (t ex anorexi) pga substansbruk och behandlingarna bara är anpassade för dem som inte har en samtidig berondeproblematik</li> <li>• när de inte klarar av att vara substansfria den period som mott kräver</li> <li>• Tidigare missbruk blir ett hinder när remiss skall skrivas för andra besvär</li> <li>• För stora glapp mellan tvångsvård och öppenvård. Man kvalificeras inte in till någon till följd av bruket</li> <li>• Personer som har hot/våldsbeteenden skrivs ut från vissa mottagningar till följd av sitt beteende. Hot/våld kan vara en "symptom" på den problematik de har.</li> <li>• Traumapatienter kan inte få vård där och då – de får en insats i taget.</li> </ul>
<b>Övergångar mellan verksamheter eller vårdnivåer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• det blir glapp vid byte av enhet. Ex från behandlingshem till öppenvård beroende</li> <li>• varje byte av kontakt skapar glapp i kontinuitet och trygghet</li> <li>• de flyttar från annan stad och byter beroende- eller psykiatrisk mottagning och det blir lång väntetid för första besöket efter överremittering</li> </ul>
<b>När vården inte anpassar sig efter individens svårigheter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de missar bokade tider på grund av bristande tidsuppfattning och blir därmed avslutade utan hjälp</li> <li>• de har anspänning och ångest inför kontakt</li> <li>• de har svårt att förklara sitt problem relaterat till kognitiv svikt eller ångest mm</li> <li>• Rädsla för att vara öppen med sina problem</li> <li>• misstro och oro för bemötande eller tvångsvård vid kontakt med psykiatriska öppenvården. Litar på relationer mer än på funktioner</li> <li>• Frivillig vård blandas med tvångsvård inom heldygnsvård, vilket kan upplevas som skrämmande för de som söker frivilligt och de väljer då att lämna avdelningen.</li> </ul>
<b>När uppdrags- &amp; ansvarsfördelning är otydlig och koordinerande aktiviteter mellan roller brister eller saknas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avsaknad av gemensam/sammanhållen dokumentation mellan alla vårdgivare och utförare som tex hemtjänst</li> <li>• struktur, systematik och samverkan brister mellan de parter som inte har fastlagd samverkansform. Tex statliga verksamheter Kriminalvården, SIS, Polisen, Räddningstjänsten (Kommun)</li> <li>• när det blir olika utförare av stöd, brist på kontinuitet och kommunikation mellan olika vård och omsorgsgivare</li> <li>• Andra verksamheter tror att socialt boende har möjlighet till vårdinsatser exempelvis Medicinövertag. Skapar problem när de boende inte kan hantera sin medicinering och inte blir beviljade hemsjukvård för det. Hämtar exempelvis inte ut läkemedel, tar inte hand om sig själva.</li> </ul>
<b>När planering och prioritering inte utgår från individens behov</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• När man sökt hjälp akut och inte får stöd omgående om man inte blir inlagd. (Te x hemskickad utan krisplan)</li> <li>• två (eller fler) enheter bestämmer planen utan att involvera patienten</li> <li>• Långa väntetider innebär att man hinner bli försämrad i sitt mående</li> <li>• Tidsbegränsade insatser utan plan på vad som händer om det inte räcker. = misslyckande och blir sämre och tappar hoppet. Te x 9 samtal på VC men de räckte inte. Då får man börja om från början.</li> <li>• Åldern gör att man inte prioriteras. Tex vid missbruk prioriteras yngre framför äldre</li> <li>• att äldre underdriver sin problematik och därför får lägre utslag i samtal, skalor och tester</li> <li>• Äldre får inte samma tillgång till specialistvård och/eller psykologkontakt</li> </ul>

## Forts. kartläggning 2: Kontext. Exempel på glapp och mellanrum i öppenvården

Kontext	Exempel på glapp, mellanrum eller situation när individens behov inte blir mötta När de... (lappar från WS)
<b>När bemötande är inte personcentrerat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• När inte vården bemöter deras förväntningar och behov</li> <li>• personen upplever stigmatisering vid vårdbesök</li> <li>• professionella har bristande kunskap i samverkansmetod</li> <li>• När vård och omsorg inte har personcentrerade förväntningar (ex.drogfrihet)</li> </ul>
<b>När praktiska och juridiska situationer försvårar insatser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den enskilde får inte beviljat tex ledsagning, färdtjänst vilket leder till att man inte kan komma till sin vårdgivare.</li> <li>• Sekretess mellan enheterna</li> <li>• Utförare (hemtjänst) lever i en juridisk gråzon då vi tex tar någons bank-id för att kunna boka tid på vårdcentralen. Eller hanterar personers ekonomi.</li> <li>• De hamnar mellan stolar om det saknas vårdintyg</li> </ul>
<b>När kapacitet och resurser är otillräckliga för att möta patienters behov</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svårt med personer på landsbygd där ingen har resurs att åka ut och göra bedömning, kan få tid först efter sommaren t ex och blir försämrade under tiden.</li> <li>• Hög belastning inom Psykakut och Basmottagningar vilket leder till hårda prioriteringar och eller långa väntetider</li> <li>• Begränsad bemanning av psykologer utifrån socialstyrelsens riktlinjer kring psykologisk behandling vid ångest-och depression</li> <li>• Begränsad bemanning av psykosocial personal såsom kuratorer för stöd till patienter med psykisk ohälsa</li> <li>• Mycket administration fördröjer insatser och drabbar patienten</li> <li>• VC som har uppdraget om vårdintygsbedömningar har varken resurs, kompetens eller vilja att omhänderta uppdraget på ett adekvat vis. <i>(Är det en VC som skrivit detta eller är det en extern observation/tolkning?)</i></li> </ul>

### Kartläggning 3: Konsekvenser vid glapp / mellanrum i öppenvården

Konsekvensområde	Exempel på specifika konsekvenser (Lappar från WS)
<b>Försämrad psykisk hälsa och livskvalitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökad ångest</li> <li>• Ökad psykisk ohälsa</li> <li>• Ökad depressivitet / ensamhet</li> <li>• Försämrat mående med fler tillfällen inom slutenvården, med risk att nekas behandling då den inte bedöms tillräcklig</li> <li>• Fortsätter med egna lösningar och komplexiteten i problemen växer med tiden – svårare att få hjälp</li> <li>• Ökad självmedicinering som kan leda till ett mer destruktivt bruk och beroende</li> <li>• Försämrad självkänsla och isolering från resterande samhälle. Stigmatisering både inom egna målgruppen och samhället i sin helhet</li> <li>• Känsla av att hela tiden misslyckas</li> <li>• Emotionella utmaningar = personen men personal blir lidande pga oklart vad för åtgärder ska göras och yttersta konsekvensen är suicidförsök/suicid</li> </ul>
<b>Ökad risk för död, suicid och allvarlig skada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suicid</li> <li>• Yttersta konsekvensen = suicidförsök när äldre inte får tillgång till vård</li> <li>• Ökad risk för överdos</li> <li>• Risk för vårdskador</li> <li>• Ökad risk för dödlighet</li> </ul>
<b>Bristande tillgång till rätt vård och insatser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utebliven insats</li> <li>• Klarar inte av eller drar sig för att söka igen om hen blivit nekad, och/eller dåligt bemött vid första försöket</li> <li>• Utebliven hjälp med anorexi vid substansbruk även om anorexi kanske är anledningen till att substansbruket startat. Vem tar bollen och hur samarbeta?</li> <li>• Lidande för patienten men också för personal att inte veta vad man ska göra/hjälpa</li> <li>• Får inte ut sina mediciner som man står på R/T (inget recept pga väntetid efter flytt)</li> <li>• Upplevelse av att ingen lyssnar eller bryr sig</li> <li>• Risk för mer integritetskränkande insatser, ex tvångsvård</li> <li>• Tiden med insatser från flera huvudmän blir längre, personen blir inte självständig, fastnar i utveckling</li> </ul>
<b>Ökat socialt och samhälleligt lidande / marginalisering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökat utanförskap</li> <li>• Tappar kontakten med anhöriga</li> <li>• Utförare som hemtjänst blir "medberoende" – ser till basala behov vilket gör att personen kan fortsätta med sitt missbruk. Skapar en "good enough" livssituation för den enskilde. Den enskilde fortsätter med sitt missbruk, psykisk ohälsa och får inget eller litet stöd i att leva annorlunda</li> <li>• Brist på stöd som tex God man. Anhöriga orkar inte stötta den enskilde. Vilket leder till att den enskildes behov/helhetsperspektiv inte syns</li> <li>• Försämrad livssituation: ekonomin fallerar, relationer fallerar</li> <li>• Tillitsbrist</li> <li>• Leder även till ökad skuld för beteende man inte kan reglera och sedan ångrar i efterhand</li> </ul>
<b>Risk för kriminalitet och rättsliga konsekvenser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökad kriminalitet</li> <li>• Ökat antal brott</li> <li>• Ibland kriminalvård istället för psykiatrisk vård, även om det behövs</li> <li>• Fler döms till rättspsykiatrisk vård</li> <li>• Utagerande beteende gentemot de som ska hjälpa hen pga att man inte förstår varandra</li> <li>• Ökad skadegörelse i samhälle och instanser som personen kommer i kontakt med</li> </ul>
<b>Försämrad arbetsförmåga och social funktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarar inte av att sköta arbete/skola</li> <li>• Svårt att sköta ev arbete och relationer</li> </ul>
<b>Ökat behov av vård och insatser / belastning på systemet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökat behov av vård och stor risk för ökad psykisk ohälsa</li> <li>• Ökat tryck på akutvård till följd av ej tillgängliga insatser från ordinarie basmottagning/primärvård</li> </ul>

## Kartläggning 4: Önskat resultat för målgrupperna, Prioriterade effektområden.

New table

Effektområde	Antal röster	Önskade effekter
<p><b>1. Samverkan, ansvar och övergångar utan mellanrum (inkl. Sammanhållen information och uppföljning + Kontinuitet, trygghet &amp; tillit)</b></p> <p>Handlar om att systemet ska hålla ihop, att det finns en ansvarig, att övergångar fungerar, att aktörer samarbetar och att individen inte tappas bort.</p> <p>Alla dessa uttryck är kärnan i kontinuitet och samordning. De handlar om processens robusthet och tydlighet.</p>	24	<p><b>Kontinuitet och uppföljning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jag har en vård och social omsorg som följer mig oavsett vart jag befinner mig. Det finns inga glapp till följd av förändrade levnadssituationer.</li> <li>Jag har ett team som tar emot mig och håller kontakten när skrivs ut/försämrats i mitt tillstånd</li> <li>Jag har möjlighet till både vård och social omsorg som är lättillgängligt för just mig.</li> <li>Jag har alltid en tydlig ansvarig och en plan för mitt stöd när jag befinner mig i mellanrum och övergångar i processen. Jag upplever att jag aldrig står utan information, kontakt eller stöd mellan olika insatser eller verksamheter.</li> <li>Jag får tidigt och samordnat stöd när jag söker hjälp – insatser och samverkan aktiveras utan dröjsmål – innan situationen förvärras</li> <li>Jag har en tydlig planering efter utskrivning slutenvård och hur jag ska följas upp i öppenvård</li> <li>Det finns en tydlig plan för mig när jag skrivs ut från behandlingshem angående boende, öppenvårdskontakt mm</li> <li>Jag vet att samverkan med alla de berörda parter som finns runt mig, vård, socialtjänst, hemsjukvård, anhöriga, frivård samverkar genom gemensamma möten som utgår från mina behov (resursgrupp eller SIP)</li> <li>Jag och mina kontakter har en gemensam och lättillgänglig överblick över vad som planeras och vad som har hänt, och mitt stöd följs upp över tid</li> <li>Jag vet vart jag ska ta vägen när jag skrivs ut från anstalt - även om jag saknar eget boende. Och jag har en tid till psykiatri i min hand.</li> </ul> <p><b>Tydlighet i ansvar och roller</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det är tydligt för mig och mina anhöriga vem som har ansvar i olika skeden i processen.</li> <li>tydlighet vem som gör vad</li> <li>Olika aktörer som jag har kontakt med har tydliga och smidiga samverkansvägar där samtliga har koll på vad som förväntas av dem</li> </ul> <p><b>Samordning och informationsdelning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vårdgivarna kan kommunicera mellan sig så att jag slipper dra min "historia" flera gånger</li> <li>Jag vet att min boendepersonal och kontaktperson inom vården har en samsyn kring vilka insatser jag behöver.</li> <li>Vården samverkar med andra vård- och stödaktörer utifrån mina behov.</li> <li>Jag upplever att olika enheter samarbetar kring mig och att jag inte hamnar mellan stolarna.</li> <li>Jag ska inte bli bollad mellan olika vårdnivåer</li> <li>Jag slipper bli bollad mellan olika aktörer</li> </ul> <p><b>Trygghet och tillit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jag har en person som följer mig genom vården och omsorgen så jag inte behöver känna mig ensam eller hantera övergångarna på eget bevåg.</li> <li>Jag känner mig trygg när jag söker vård</li> <li>Jag och ev. anhörig får stöd, information och trygghet genom hela processen och lämnas aldrig ensam eller osäker.</li> <li>Jag upplever en röd tråd i mitt stöd – jag har få byten av kontaktperson och en tydlig plan som följs över tid.</li> <li>Jag känner förtroende för att hjälpen finns och fungerar.</li> <li>Utförare runt mig har den information de behöver kring mig för att ge mig stöd och lugn i vardagen. Det finns en acceptans för min livssituation utan att jag känner att krav finns på mig som jag inte kan leva upp till.</li> <li>Jag får den tid jag behöver för att bli förstådd och bli hjälpt för min psykiska ohälsa på rätt vårdnivå.</li> <li>Jag har tillit till mina vårdgivare och stödpersoner och myndighetskontakter. Kedjan fungerar.</li> <li>Lita på att samverkan fungerar</li> </ul>
<p><b>2. Tillgänglighet &amp; tydliga kontaktvägar</b></p> <p>Handlar om att huvudpersonen faktiskt <i>kommer in i systemet och får tillgång till stöd</i>, oberoende av hinder. Här ingår jämlikhet, att inte bli exkluderad p.g.a. livssituation, substansbruk eller brist på anhöriga.</p>	13	<p><b>Tydliga kontaktvägar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jag vet var jag ska vända mig-tydlighet</li> <li>Jag kan komma i kontakt med vården.</li> <li>Det är enkelt att förstå vart jag ska vända mig och vad som händer när jag gör det.</li> <li>Jag vet alltid vem som är min pågående vårdkontakt</li> <li>Jag har en FVK (kontaktperson /Case Manager.)</li> <li>Jag får lätt kontakt med aktuell vårdkontakt</li> <li>Jag vet vem som är min kontaktperson på mottagningen och vem min ansvariga läkare är.</li> <li>Jag vet hur jag når min behandlande mottagning.</li> <li>Om jag är missnöjd med något så vet jag vart jag vänder mig och blir hörd.</li> </ul> <p><b>Jämlik tillgänglighet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jag får det stöd jag behöver oavsett om jag har anhöriga som kan hjälpa till eller inte.</li> <li>Jag får vård trots mitt substansbruk.</li> <li>Jag blir inte nekad vård på grund av mitt substansbruk</li> <li>Jag får hjälp med min psykiska ohälsa även om jag har ett pågående missbruk.</li> <li>Var jag bor eller mina sociala resurser ska inte påverka tillgängligheten negativt</li> <li>Jag får hjälp även om jag har svårt att passa tider.</li> <li>Jag kan få hjälp med flera saker samtidigt</li> <li>Jag kan besöka en lokal/verksamhet där region, kommun och idéburna samverkar kring mina behov och där jag inte behöver leta upp hjälpen själv</li> <li>Inkluderad i min vård inte exkluderad</li> <li>Jag blir inte åldersdiskriminerad utan får den vård och stöd som jag har rätt till</li> </ul>

## Forts. Kartläggning 4: Önskat resultat för målgrupperna, Prioriterade effektområden.

Effektområde	Antal röster	Önskade effekter
<p><b>2. Tillgänglighet &amp; tydliga kontaktvägar Forts.</b></p> <p>Handlar om att huvudpersonen faktiskt <i>kommer in i systemet och får tillgång till stöd</i>, oberoende av hinder. Här ingår jämlikhet, att inte bli exkluderad p.g.a. livssituation, substansbruk eller brist på anhöriga.</p>		<p><b>Tillgänglighet i tid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jag får hjälp när jag snabbt försämras</li> <li>• Jag får kontakt med rätt stöd i tid, oavsett var eller hur jag söker första gången.</li> <li>• Kort väntetid och får korrekt diagnos och vård därefter</li> <li>• Jag får rätt insats i rätt tid.</li> <li>• Det går snabbt att få hjälp oavsett om mina behov förändras.</li> </ul> <p><b>Ekonomisk tillgänglighet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mina läkemedel tillhandahålls gratis av vården.</li> <li>• Det finns kostnadsfri vård att tillgå för de som inte har ekonomiska resurser</li> </ul>
<p><b>3. Personcentrering &amp; Delaktighet (inkl. Helhetssyn)</b></p>	10	<p><b>Anpassning efter individuella behov</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vården är anpassad efter mina behov och förutsättningar, inte efter förutbestämda strukturer som inte fungerar för mig.</li> <li>• Jag får stöd på mitt sätt (digitalt/i hemmet/på mottagning)</li> <li>• Jag får vård och kontakt som är anpassad efter mina behov och min situation.</li> <li>• Jag får stöd som utgår från mina individuella behov och önskemål, och känner mig delaktig och lyssnad på – oavsett diagnos eller var jag söker hjälp.</li> <li>• Jag passar in med min problematik i vårdens och kommunens processer.</li> <li>• Insatser planeras med hänsyn till hela min livssituation – inte bara diagnos eller symtom.</li> <li>• Vården utgår från mina behov och mål.</li> <li>• De professionella som möter mig har kunskap om min problematik och kan därför hjälpa mig mer</li> </ul> <p><b>Delaktighet och egen påverkan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mina tankar och åsikter räknas</li> <li>• Jag känner mig delaktig i min vård och behandling</li> <li>• Jag har en individuell vårdplan som jag själv varit med och upprättat.</li> <li>• Min anhörig är en självklar del i min vård, om jag så önskar.</li> <li>• Jag får tydlig information utifrån mina förutsättningar</li> <li>• Jag har fått hjälp med att bearbeta mitt självstigma och har fått strategier för mitt bättre mående. Mer självständig.</li> </ul>
<p><b>4. Bemötande</b></p>	7	<p><b>Respekt och medmänsklighet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jag blir bemött med respekt och medmänsklighet och sedd som människa med resurser och kunskap om mig själv</li> <li>• Jag känner mig respekterad o lyssnad på.</li> <li>• Jag känner mig sedd som den jag är, helhetsperspektivet är centralt i min vård.</li> <li>• Jag känner mig som en rättighetsbärare i min vård och mitt stöd.</li> <li>• Jag blir väl bemött och vården försöker förstå mina problem utifrån helheten.</li> </ul>
<p><b>5. Förbättrad psykisk hälsa</b></p>	5	<p><b>Mående och emotionell hälsa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jag förbättras i mitt mående</li> <li>• Bättre mående</li> <li>• Jag har en förbättrad livskvalité</li> <li>• Jag skadar inte mig själv eller andra</li> </ul> <p><b>Sysselsättning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fått en sysselsättning utifrån mina förutsättningar</li> <li>• Jag har ökad förmåga att klara en anpassad sysselsättning och ett boende – ökad livskvalitet</li> </ul>