

Erfarenhetsrapport 2024

Systembrister i Göteborgs psykiatri och
konsekvenser av omlokalisering av aktivitetshus



Innehåll

Inledning	1
Berättelse 1 - Livet mellan stolarna	2
Berättelse 2 - När en dröm avbryts	6
Bakgrund och diskussion	12
<i>Bemötande</i>	12
<i>Delaktighet och information</i>	13
<i>Samverkan och organisering</i>	14
<i>Kontinuitet</i>	14
<i>Tillgänglighet och digitalisering</i>	15
Aktivitetshusen och arbetslinjen	16
<i>Stänga, flytta, omlokalisera</i>	16
<i>Hur blev det sedan</i>	17
<i>Aktivitetshusens syfte</i>	17
<i>Språket ändrar bilden av verkligheten</i>	18
<i>Arbetslinjen</i>	19
<i>En handledares berättelse</i>	19
Sammanfattning och reflektioner	21
Källförteckning	22

Inledning

Personligt ombud i Göteborg har i uppdrag från Socialstyrelsen, Länsstyrelsen och Göteborgs Stad att stödja personer från 18 års ålder med omfattande psykiska funktionsnedsättningar. Målet är att dessa individer ska få den vård och det stöd de har behov av och rätt till enligt lag. Personligt ombuds roll är att hjälpa dessa personer att hitta rätt i välfärdssystemet och att stötta dem på ett sätt som stärker deras egenmakt och delaktighet. Varje uppdrag anpassas efter individens egna önskemål och behov, varför vi refererar till de personer vi hjälper som uppdragsgivare.

Förutom att erbjuda individstöd har Personligt ombud även i uppdrag att arbeta på en strukturell nivå. Detta innebär att vi dokumenterar och rapporterar de systembrister vi, tillsammans med våra uppdragsgivare, stöter på inom välfärdssystemet. Genom detta arbete vill vi bidra med underlag som kan hjälpa till att förbättra de olika verksamheterna och deras sätt att möta människor med psykiska funktionsnedsättningar.

En viktig del i vårt strukturella arbete är den erfarenhetsrapport som vi publicerar årligen. I år har vi valt att i första hand fokusera på psykiatri i form av två fiktiva berättelser baserade på verkliga händelser för att ge en

djupare inblick i de komplexa utmaningar våra uppdragsgivare möter. Berättelserna syftar till att skapa förståelse för de sammanhang och orsakssamband som kan ligga bakom att någon hamnar i en svår livssituation. Även om en specifik psykiatrisk mottagning nämns som exempel, är det inte nödvändigtvis där bristen har uppstått i det enskilda fallet. De brister som framkommer i berättelserna är återkommande och förekommer enligt vår erfarenhet på flertalet psykiatriska mottagningar i Göteborg. Det är dock viktigt att understryka att de berättelser vi tagit del av är uppdragsgivarnas subjektiva upplevelser. Alla namn i berättelserna är fingerade.

Av naturliga skäl kommer Personligt ombud i kontakt med personer för vilka det brustit i välfärdssystemet. Därmed lämnas inte särskilt stort utrymme i rapporten till att ge goda exempel på bemötande och välfungerande samverkan, vilket också förekommer.

Rapporten innehåller även en uppföljning från förra årets rapport, angående omlokaliseringen av två av kommunens aktivitetshus. Uppföljningen baseras på intervjuer med tidigare deltagare och handledare, samt kommentarer om Göteborgs Stads egen uppföljning.

Berättelse 1

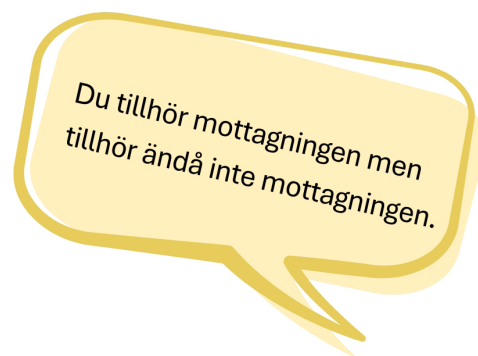
- Livet mellan stolarna

Det är en mörk november natt och Kim ligger vaken medan regnet slår mot fönstret. De senaste veckorna har hen varit isolerad i sin lägenhet efter att socialtjänsten beslutat om att dra in hens månadskort. En isolering som får Kim att må allt sämre. Det har börjat bli en vana vid det här laget. De sömnlösa nätterna, känslan av hopplöshet och den ständigt återkommande ångesten som kryper under skinnet. Än en gång växer maktlösheten.

Som nyinflyttad i Göteborg har Kim inte längre någonstans att vända sig. Kim lever sedan många år tillbaka med svår ångest och återkommande depressioner med suicidtankar. Mottagningen som hen blivit remitterad till från vårdcentralen kan inte erbjuda några behandlande insatser eftersom Kim inte tillhör mottagningens målgrupp. En målgrupp baserad på en journalanteckning skriven för ett tiotal år sedan i en helt annan del av landet. Kim har fått beskedet att hen "snart" kommer flyttas till rätt mottagning, men eftersom det är internt remisstopp mellan mottagningarna har det snart gått åtta månader utan att hen har fått någon hjälp.

När Kim väl blir överflyttad till rätt mottagning får hen träffa en läkare som säger att Kim

"tillhör mottagningen, men ändå inte tillhör mottagningen" och därför inte kan få några behandlande insatser där heller. En förklaring som Kim än idag har svårt att förstå. Frustrationen ökar och Kim bestämmer sig till slut för att kontakta vårdenhetsöverläkaren, vilket slutar med att Kim efter en vecka får beskedet att hen nu tillhör mottagningen och därmed kan få hjälp.



På den nya mottagningen blir Kim erbjuden att komma till en arbetsterapeut. Kim väntar tålmodigt, men då hen efter några veckor fortfarande inte fått någon tid till arbetsterapeuten hör hen själv av sig till mottagningen. "Det gjorde ganska ont i mig för jag tänker att man som patient inte ska behöva strida för sin sak. Man ska inte behöva vara den drivande för att få igenom insatser, för det är inte alla som orkar eller kan det".

Kim har blivit inlagd ett flertal gånger. Ibland, som hen själv säger, av ren slump. ”Det känns som om man gallras efter hur mycket man vill dö. Jag upplever att om man inte säger att man har några planer, då får man inte hjälp. Det har ju hänt att jag fått hjälp ändå, men det beror på vilken läkare man träffar. Flera gånger har jag behövt ljuga för att annars känner man att man inte kommer få någon hjälp någonstans. Det känns ju också jättefel men vad ska man göra? Man är ju så desperat efter hjälp”.

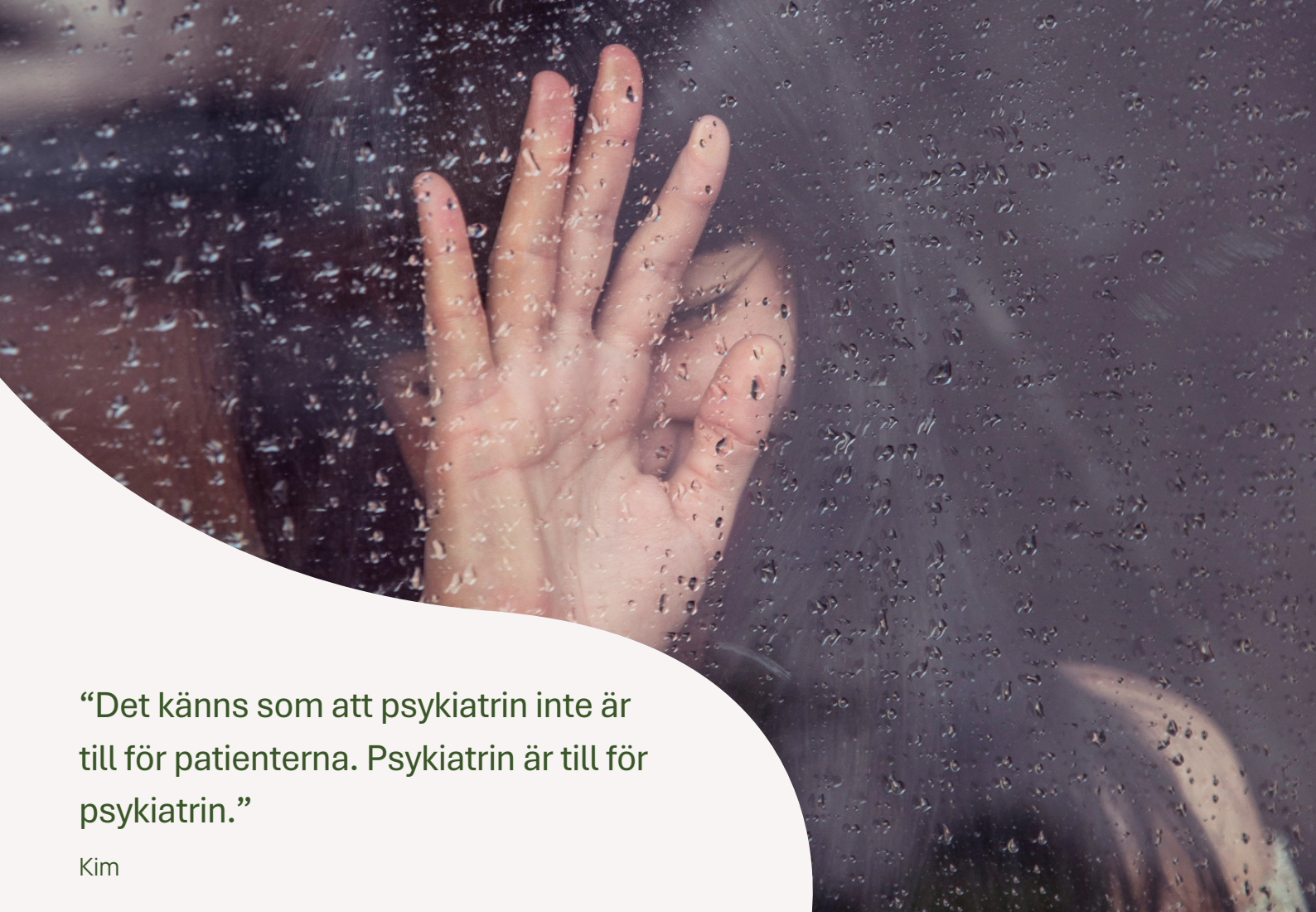
Kims förväntningar på slutenvården vänder snabbt redan efter första inläggningen. Hen upplever att personalen ser hen som ”en del av inredningen” och hen får ingen information om vare sig vårdplan, behandlingsupplägg eller ens mattider. Under vistelsen blir Kim föreslagen en ny medicin som hen till en början ställer sig tveksam till, då den enligt andra patienter ”skrivs ut till lite vad som helst”. Men läkaren står på sig och Kim börjar med medicinen redan dagen därpå. Kort därefter upplever hen starka reaktioner på läkemedlet och ramlar ihop framför de andra patienterna. När Kim själv inte vill fortsätta med medicinen blir hen hotad med utskrivning av en ur personalen, medan en annan uppmanar hen att låsas ta medicinen för att få vara kvar. Vid utskrivningssamtalet får Kim höra att avsikten hela tiden varit utskrivning på grund av personalbrist. Kim IVO-anmäler händelsen, men utredningen läggs ner då det i journalen står att hen ”fått god vård”.

En tid senare blir Kim inlagd en andra gång efter ett allvarligt suicidförsök. Detta efter att först ha blivit nekad då hen enligt läkare ”alltid kommer vara självmordsbenägen” och att hen därför ”lika gärna kan vänja sig”. På grund av skiftbyte bland personalen får Kim till slut ändå stanna

kvar efter en andra bedömning. Denna gång blir Kim inlagd på en avdelning hen egentligen inte tillhör på grund av platsbrist. Personalen på avdelningen upplevs som vänliga, men Kim blir snabbt varnad för överläkaren av de andra patienterna. Inskrivningssamtalet upplevs som en strid mellan hen och läkaren, som till slut går med på inläggning i utbyte mot att Kim dubblar sin dos av antidepressiva läkemedel. En höjning som Kim vet kommer medföra kraftiga biverkningar i form av ökad ångest och suicidtankar.

Kims besök på akutmottagningen blir allt fler, och ett tillfälle minns hen särskilt. Vid läkarbedömningen blir hen först ihopblandad med en annan patient, för att sedan få höra att ”dig har vi hört mycket om”. Kim, som vanligtvis inte gör särskilt mycket väsen av sig börjar snabbt oroa sig för vad hen kan ha sagt eller gjort som lett till att läkaren säger så. Därefter, utan att ens ha pratat med Kim eller på annat sätt försöka få en uppfattning om hens tillstånd, säger läkaren ”Du är svårt sjuk, du kommer aldrig bli frisk”. Kim som, likt många andra gånger, sökt sig till akutmottagningen i ett desperat försök att få hjälp bestämmer sig då för att det är bättre att åka hem, varpå läkaren beslutar om tvångsvård. Kim försöker förtvivlat beskriva varför hen inte vill vara kvar. ”Jag vill ju inte vara här. Du kan ju inte låsa in mig när jag sökt hjälp själv”. Kims vädjan får dock inget gehör utan hen läggs in omgående.

Efter utskrivning har Kim ändå en förhoppning om att få en uppföljning och vidare hjälp, men istället får hen en tid till sin kontaktperson, som i Kims fall är en fysioterapeut, för ett kort samtal om hur den innerliggande vården varit. Kim har då precis påbörjat sina antidepressiva



“Det känns som att psykiatri inte är till för patienterna. Psykiatri är till för psykiatri.”

Kim

läkemedel och önskar en tidig läkarkontakt för uppföljning, men får inte träffa läkare förrän efter sex veckor. En tid som för de allra flesta kan vara svår med förhöjda ångestnivåer och mörka tankar.

Kim beskriver två olika vårdinstanser som ständigt hänvisar till varandra, men där samverkan i princip är obefintlig. ”Det hänger ju direkt på patienten själv att informera och följa upp och så. Det är så jobbigt att behöva ha det här hängande över sig samtidigt som man mår så dåligt”. För Kim blir bristen på samverkan tydlig även när det kommer till att försöka hitta tillbaka till någon form av sysselsättning efter sjukskrivning. Under sin tid inom psykiatri har ingen informerat hen om exempelvis aktivitetshus eller frivilligcentraler. ”Man vill ju inte fastna hemma och bara bli sjukskriven

för att ingen tar tag i att hjälpa en, det är ju nedbrytande i sig att man anses vara så dålig att man inte kan jobba”.

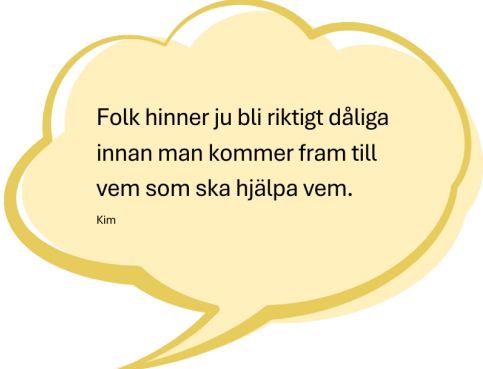
Det hänger ju direkt på patienten själv att informera och följa upp och så. Det är så jobbigt att behöva ha det här hängande över sig samtidigt som man mår så dåligt.

Kim

För Kim finns fortfarande ingen plan framåt. Hen kommer fortsätta gå på kursen i basal kroppskännedom via sin mottagning, men då fysioterapeuten snart kommer bli uppsagd på grund av besparingsåtgärder finns det inga fler behandlande insatser att tillgå. Kim får

dessutom fortsätta påminna sin läkare om tider. ”Det känns som att psykiatri inte är till för patienterna. Psykiatri är till för psykiatri”. Att det fortfarande finns en förlegad syn på patienter med psykisk ohälsa tycker hon också är tydligt. ”Det känns som om jag som är psykiskt sjuk inte kan ha den rösten för jag anses inte veta vad som är bäst för mig”.

Att ha kontakt med Personligt ombud upplever Kim varit en ren nödvändighet för att få ett bättre bemötande och för att inte bli överkörd. ”Jag måste ha någon som dels kan komma ihåg allt som sägs, men också som blir nästan som en advokat och det är ju jättekonstigt. Jag önskar bara att man såg personer som människor och inte som problem”.



Folk hinner ju bli riktigt dåliga innan man kommer fram till vem som ska hjälpa vem.

Kim

hen att den största skillnaden är uppdelningen utifrån diagnos. ”Jag tänker att man är ju mer komplex än så. Man är ju mer än bara sin diagnos. Jag har inte hört om en enda person som går till specialistpsykiatri och bara har en diagnos. Då får man hjälp med det ena men inte det andra. Det blir en jäkla limbo för personer med samsjuklighet, inklusive mig själv. Folk hinner ju bli riktigt dåliga innan man kommer fram till vem som ska hjälpa vem”.

Kim ligger vaken ännu en november natt med förlamande ångest och har sedan länge gett upp hoppet om att få den hjälp hen har rätt till. ”Vissa brukar säga att jag är bitter, och ja, jag är bitter. Jag har blivit det.”

Kim har under sin tid i psykiatri i Göteborg upplevt att mycket handlar om punktinsatser, och kanske blir det nu extra tydligt när det saknas en plan framåt. ”Jag får mina mediciner och blir jag för sjuk får jag åka in akut. Men man vill ju också ha ett liv där man känner att man kan fungera. Jag menar, det måste ju kosta mer för samhället om man behöver läggas in jämfört med om man hade fått rätt hjälp från början”. I jämförelse med staden Kim bodde i innan tycker

Berättelse 2

- När en dröm avbryts

Zainab, 48 år, sitter i sitt kök i Göteborg och beskriver sina tankar och känslor för sitt personliga ombud, över vissa saker som hänt det gångna året. I väntan på att förhoppningsvis få fortsatt behandling på sin tidigare neuropsykiatriska mottagning.

Hon förstår inte hur det kunde bli så här när det enda som hon efterfrågade var någon att prata med när hon var i stor sorg. Hon gick från att vara inskriven på en beroendemottagning, till neuropsykiatrisk mottagning vidare till en annan psykiatrisk mottagning och sedan tillbaka till den neuropsykiatriska mottagningen igen.

När Zainab blev färdigbehandlad hos beroendemottagningen och vidareremitterad till neuropsykiatri var hon hoppfull – äntligen skulle hon få verktyg för sin obehandlade ADHD. Hon hade en stor längtan efter att få komma ut i arbetsträning och kanske till och med börja arbeta på halvtid. Men nu känns detta mer avlägset. Hennes mående har försämrats, och de hoppfulla planerna har bleknat. Utan stödet från sin man, vänner, hund och en förstående enhetschef vet hon inte om hon hade orkat fortsätta och ärligt talat inte heller om hon hade levt idag.

“Hur är det ens möjligt att man börjar må sämre i kontakt med psykiatrin?” frågar hon sig. “Vad ska ske nu?” Hjärtat bultar hårt och andan sitter i halsen. Hennes kropp känns som ett fängelse. Nu är framtiden mer oviss. Det är som att leva i en dimma. Hon känner sig desperat, stressad och uppgiven på samma gång. Att inte kunna styra sitt öde är ångestframkallande.

Den bild hon har av sig själv stämmer inte in på den hon är just nu. Hon vill funka som alla andra och har alltid velat vara den “duktiga flickan” som klarar allt. Skammen över att inte vara den personen är total.

Hon är självkritisk och reflekterar över om hennes sätt att kommunicera kan ha bidragit till missförstånd hos olika vårdgivare och de felaktigheter som blivit i hennes journal. Hon överväger framöver att hålla tillbaka information men ifrågasätter samtidigt om det är rimligt att hennes pratglada och ofiltrerade sätt att uttrycka sig, samt svårigheten att hålla en röd tråd, ska behöva leda till dessa konsekvenser för henne.

Vi backar bandet till året innan Zainab sitter i sitt kök och känner ett misslyckande och uppgivenhet över sig själv och sin situation.

Zainab är inskriven på en neuropsykiatrisk mottagning. Hon mår väldigt dåligt eftersom hennes pappa nyss blivit svårt sjuk. Zainab berättar för sin sjukskrivande läkare att hon är i stor sorg och efterfrågar någon att prata med. Läkaren talar om att de inte har "något sådant" på mottagningen men att de kan skicka en remisskonsultation till en annan psykiatrisk mottagning för att se om den kan ge ett "psykologiskt understöd". Zainab ger sitt medgivande till detta och en remiss skickas till en annan psykiatrisk mottagning. Två månader senare får hon hem ett brev där det står att hon ska få komma på ett första bedömningssamtal på den nya mottagningen. Hon går dit och berättar om sina svårigheter för en psykolog som tar emot hennes berättelse. Zainab känner sig förstörd. När hon uttrycker sin önskan om att få prata med någon bekräftar psykologen att det säkert kan ordnas. Hon känner sig lite hoppfull och psykologen försäkrar henne om att hon hamnat rätt. Men först behöver psykologen lyfta ärendet i ett team på mottagningen för att se vad det finns för insatser som kan passa för henne. Psykologen blir Zainabs fasta vårdkontakt.

Effekten blir att Zainab går in i ett överlevnadsläge, sluter sig och blir tyst.

Zainab blir kallad till ett möte med en läkare på den nya mottagningen. Hon upplever att läkaren betar sig konstigt mot henne under mötet

och hon känner sig inte sedd och förstörd. Det haglar frågor över henne. Läkaren sitter hela tiden och tittar ned i sina anteckningar samtidigt som Zainab noterar att läkaren skriver vartenda ord som hon säger. Hon får en känsla utifrån läkarens sätt att prata och ställa frågor till henne att läkaren redan har en förutbestämd uppfattning om vem hon är och vilken problematik hon har. Under mötet upplever hon att läkaren inte lyssnar på henne, vilket medför att hon får ett stort ångestpåslag. Läkaren verkar vara fast övertygad om att hon är beroende av sömnmedicin fast hon säger att så inte är fallet. Zainab använder inte ens sömnmedicin längre. Hon slutade med det för någon månad sedan och ställer gärna upp på att lämna prover för att styrka detta. Läkaren säger: "Du har ju varit inskriven på beroendemottagningen, de tar inte emot patienter utan blandmissbruk". Zainab säger att det inte stämmer. Mottagningen där hon var behandlade även patienter med enbart alkoholmissbruk, som i hennes fall. Men läkaren tror fortfarande inte på henne. Zainab håller sig hela tiden lugn under mötet men inombords känner hon sig väldigt rädd för läkaren och får samma känsla i kroppen som när hennes exman utsatte henne för misshandel. Hon känner sig betydelselös, nedtryckt och förminskad. Ingenting av det hon säger hjälper för att ändra läkarens uppfattning. Effekten blir att hon går in i ett överlevnadsläge, sluter sig och blir tyst. Hon svarar kort på resterande frågor och sitter kvar för att kunna få den hjälp hon behöver. Zainab vill bara fly därifrån. Hon är i en kraftig panikångestattack och är inte mottaglig för att ta in information. Efter mötet förstår hon att det som hände i rummet var illa. Riktigt illa. Stämningen var obehaglig.

Zainab ringer direkt sin fasta vårdkontakt och berättar vad som hänt, hur hon känner sig efter mötet och säger att hon nu mer än någonsin behöver någon att prata med. Psykologen säger att mottagningen tyvärr inte kan hjälpa henne med detta och att hon får söka sig till psykiatriakuten.

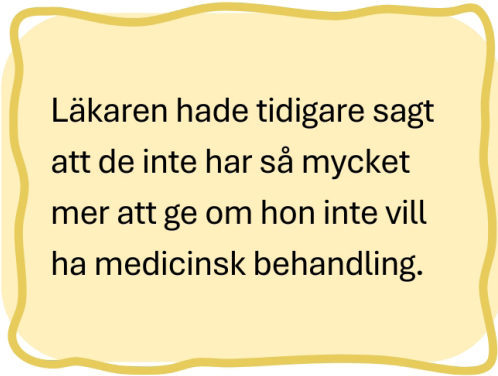
De efterföljande två veckorna mår hon mycket dåligt med återkommande panikångestattacker. Hennes man och vänner kämpar för att få kontakt med henne.

När hennes skyddsnätverk lyckas fånga upp henne får Zainab kraft att fortsätta. För hon har inget annat val. Hon behöver hjälp.

Två veckor efter läkarbesöket och att hennes tidigare sjukintyg gått ut får Zainab en känsla av att hennes nya sjukintyg inte kommit in. Hon ringer till Försäkringskassan. Handläggaren på Försäkringskassan ser inget intyg och informerar Zainab om att hon kan gå in på 1177. Hon hade inte tidigare fått information om att hon kan använda sig av 1177 i sin kontakt med psykiatri. Hon ser inget läkarintyg på 1177 men däremot ser hon till sin förvåning att hennes tillhörighet har ändrats från den neuropsykiatriska mottagningen till den nya mottagningen utan att hon fått information om det. Hon ser även att hennes ADHD-diagnos flyttats ned som bi-diagnos och att hennes personlighetssyndrom-diagnos flyttats upp som huvuddiagnos. Hon har även fått en ny diagnos som heter: ”beroende av sedativa och hypnotika”. Ingen från vården har gett henne information om dessa förändringar.

Zainab blir helt chockad över denna information. Hon tar inte ens sömnmedicin nu. Läkaren blandar ihop dåtid och nutid i hennes

berättelse. Hon har aldrig känt igen sig i sin personlighetssyndrom-diagnos för att hon är en social person som kan knyta tillitsfulla relationella band. Samt att hennes läkare på den neuropsykiatriska mottagningen försäkrade Zainab när hon gick där att den konsultativa remissen bara var just konsultativ och att de skulle hålla kvar behandlingsansvaret och sjukskrivningen. De nämnde aldrig att hon skulle behöva byta psykiatrisk mottagning för att få psykologisk hjälp.



Läkaren hade tidigare sagt att de inte har så mycket mer att ge om hon inte vill ha medicinsk behandling.

Hon försöker lägga ihop pusslet och tänker att den neuropsykiatriska mottagningen kanske ville bli av med henne eftersom hon inte velat ta några ADHD-mediciner. Läkaren hade tidigare sagt att de inte har så mycket mer att ge om hon inte vill ha medicinsk behandling.

Zainab får panik över att hennes sjukintyg inte kommit in till Försäkringskassan och ringer därför till kontaktpunkten i psykiatri, dit hon brukar vända sig om det är något som krånglar. Kontaktpunkten skriver en avvikelse och informerar om att hon kan vända sig till IVO angående de brister som skett på mottagningen. Kontaktpunkten skickar ett meddelande till behandlande läkare och kort därefter har ett nytt sjukintyg skickats in.



Enhetschefen (EC) på den nuvarande psykiatriska mottagningen hör av sig till Zainab angående de brister som skett och fångar upp dessa.

Försäkringskassan handlägger ärendet snabbt och hon får sin utbetalning av sjukpenning i tid.

Trots att hennes alkoholmissbruk behandlades framgångsrikt för 15 år sedan, ledde en misstolkning av tidigare information från Zainab till att det skrevs in i journalen att hon haft ett blandmissbruk. Detta kan ha resulterat i en snöbollseffekt där vårdgivare, som ibland inte ens träffat henne, noterat ett beroende av sömnmedicin. Som i sin tur kan ha varit bidragande orsaker till Zainabs upplevelse av kränkande bemötande och ytterligare missförstånd i vården.

Enhetschefen (EC) på den nuvarande psykiatriska mottagningen hör av sig till Zainab angående de brister som skett och fångar upp dessa. EC bemöter Zainab med trovärdighet,

respekt och integritet. Under återkommande stödjande samtal känner hon sig lyssnad på och hörd utifrån sitt perspektiv även om chefen inte kan påverka vårdgivares bedömning. EC beklagar det som hänt och visar på en genuin förståelse för den situation som uppstått. Hon tar nödvändiga kontakter på mottagningen och försöker göra sitt yttersta för att reparera skadan som skett. Vidare säger hon att hon givetvis kan vara med som stöd på ett möte tillsammans med Zainab och hennes behandlande läkare där Zainab kan framföra sina synpunkter och önskemål om rättelse i journalen.

När Zainab ringer IVO uppger de att det är bättre att hon tar kontakt med patientnämnden först. Hon ringer patientnämnden och frågar om de kan vara ett stöd i denna process och följa med på ett möte med hennes behandlande



Hon föreställer sig hur det hade kunnat bli om hon hade fått rätt hjälp och blivit bemött annorlunda i psykiatrin.

läkare och enhetschefen eftersom hon är rädd för läkaren. Patientnämnden tipsar henne om att höra av sig till Personligt ombud för att eventuellt där kunna få det stöd hon behöver.

Därför är Personligt ombud med som stöd under mötet på mottagningen och i olika processer kring de brister som Zainab erfarit. Zainab inhämtar sin journal och lägger ned många timmar på att undersöka vilka de bidragande orsakerna har varit till de konsekvenser som blivit för henne i psykiatrin. Efter att ha undersökt färdigt tar hon kontakt med de olika vårdgivarna och ber om rättelse i journalen. Hon får varierande resultat och börjar senare också göra en ansökan om journalförstöring till IVO.

Hon ber om en second opinion på grund av de felaktiga uppgifterna i journalen men nekas

detta av ansvarig överläkare på mottagningen. Med motivering att bedömningen måste gå igenom behandlande läkare och att överläkaren har fullt förtroende för henne. Överläkaren säger att hen ändå ska undersöka saken och återkomma. Ingen återkom.

Nästa gång Zainab behöver förlängning av sin sjukskrivning träffar hon en ny läkare som inte verkar insatt och påläst i hennes patientärendet. Hon behöver upprepa viktiga uppgifter som hon redan har delgett vid tidigare besök på mottagningen. Under mötet försöker denna läkare hitta en beroendeproblematik av alkohol hos henne som inte finns. Läkaren kopierar därefter mycket information från hennes behandlande läkares sjukintyg, utan att säkerställa informationen med Zainab.

När Zainab tidigare kom till neuropsykiatrik fick hon information om att det fanns en policy som sade: "För att vara inskriven på neuropsykiatrik behöver man ta olika drogtestar." Både på den neuropsykiatriska mottagningen och på hennes nuvarande mottagning behöver Zainab fortsatt lämna prover i form av olika typer av drogtestar. Trots att samtliga tester visat negativa resultat och är dokumenterade sedan tidigare. Detta upplever hon kränkande.

Zainab fortsätter att gå på sin psykiatriska mottagning. Hon känner att hon inte hör hemma där. Psykologen ger förslag till henne om att börja i en psykoedukativ intro-grupp och berättar att det tyvärr inte finns möjlighet för henne att gå i enskilda psykologsamtal nu men att det kommer längre fram. Zainab är med i intro-gruppen två gånger men märker snabbt att de personer som är med i gruppen har en annan problematik än vad hon har vilket gör att hon känner en avsaknad av samhörighet och trygghet. Hon avböjer fortsatt gruppbehandling då hon upplever att det inte passar henne. Hon vill inte vara på mottagningen längre där hon riskerar att träffa på sin läkare. Läkarens bemötande skapar trauma för henne. Hon känner en besvikelse över att den hjälp hon förväntade sig på mottagningen uteblev.

Följaktligen bedömer mottagningen att hon är färdigbehandlad, att deras resurser är uttömda och att de inte har något mer att erbjuda. Zainab remitteras till vårdcentralen men de nekar remissen med motivering att sjukskrivning bör ske från psykiatrik. Mottagningen har även

skickat en remiss tillbaka till neuropsykiatrik, enligt Zainabs önskemål, där ett första bedömningssamtal med en arbetsterapeut väntar. Nu känner hon att framtiden känns oviss. Hon vet inte om hon kommer få hjälp på den neuropsykiatriska mottagningen eller om hon exempelvis kommer att hänvisas till vårdcentralen.

Hon föreställer sig hur det hade kunnat bli om hon hade fått rätt hjälp och blivit bemött annorlunda i psykiatrik. Kanske hade hon i så fall varit fortsatt inskriven i neuropsykiatrik, fått prata med någon, fått verktyg och stöd för att hantera sin ADHD, börjat arbetsträna och arbeta. Ett annat scenario som hade kunnat inträffa är att hon hade fångats upp i sin panikångest, fått tillräckligt stöd för att kunna fullfölja sin gruppbehandling och senare fått individuella psykologsamtal på mottagningen.

Trots allt som har hänt Zainab i livet har hon alltid haft en inneboende kraft, att fortsätta kämpa för att förändra sin situation. Hon har en förhoppning om att livet ska bli enklare till slut. Det är det hon kämpar för.

Bakgrund och diskussion

Både Kims och Zainabs erfarenheter belyser flera brister i både slutenvården och öppenvården i psykiatri. Brister som står i kontrast till både Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen, Patientsäkerhetslagen samt Västra Götalandsregionens rutiner och handlingsplaner. Våra uppdragsgivares berättelser illustrerar tydligt hur dessa brister kan förvärra en patients livssituation. Låt oss titta närmare på några av de områden berättelserna berör.

Bemötande

I "Det goda livet i Västra Götaland" - handlingsplan för psykisk hälsa, 2018-2024 står att: "Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som upplevs som en väl fungerande helhet. Det är viktigt att personer med två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt får vård och behandling parallellt och samordnat. Insatserna ska syfta till att förhindra utveckling av allvarliga tillstånd och ytterst bidra till att undvika slutenvård."

I Hälso- och sjukvårdslagen beskrivs även hur vårdens övergripande mål är att bidra till en god hälsa och ge vård på lika villkor för hela befolkningen, och att den ska präglas av respekt för varje individs värdighet samt tillgodose

patienternas behov av trygghet, kontinuitet och självbestämmande. I både Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen framhålls vikten av personcentrerad vård som bygger på respekt, delaktighet och individanpassning i vården. Tillvägagångssättet placerar patienten och dess individuella behov, önskemål och resurser i centrum av vårdprocessen. I stället för att fokusera enbart på sjukdomen eller symtomen ser personcentrerad vård till hela individen och dennes livssituation. Forskning visar att personcentrerad vård gör skillnad (GPCC).

Kim och Zainab upplever kränkande bemötande inom psykiatri, präglad av nedsättande kommentarer och stereotypa föreställningar. Kim bemöts utifrån en generaliserad syn på patienter som "suicidala", medan Zainab möts av stereotyper kopplade till "missbrukare". Detta leder till stigmatisering och risk för diskriminering, enligt både Folkhälsomyndigheten och DO. Psykiatri misslyckas också med att möta deras behov av en enhetlig vård, vilket ytterligare förvärrar deras psykiska mående och ökar risken för suicid.

I VGR:s "Rutin vid kränkning mot patient och närstående" fastslås att patienter aldrig får



Både Zainab och Kim upplever felaktigheter i sina respektive journaler, vilket leder till stora konsekvenser för deras möjlighet att få rätt vård.

utsättas för kränkningar såsom nedsättande kommentarer eller att deras upplevelser ignoreras. Kim och Zainab upplever inte bara bemötandet som kränkande utan också potentiellt skadligt, vilket strider mot Västra Götalands handlingsplan för psykisk hälsa, där ett av de centrala målen är att ingen ska behöva se suicid som en utväg.

Delaktighet och information

Både Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagen utgår från frivillighet och att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om det inte framgår något annat i lagstiftningen.

Patientlagen förstärker också vikten av att vården ska vara tillgänglig och hålla hög kvalitet. Dessutom betonas patientens rätt till information om behandling och stöd inom

slutenvården och vid utskrivning- något som i Kims fall missats vid upprepade tillfällen. Kims omfattande behov av både psykiatriska och sociala insatser ställer även krav på upprättande av en samordnad individuell plan - något som aldrig gjordes eller ens togs initiativ till.

Enligt både Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagen ska vårdgivare säkerställa att vård och behandling grundas på korrekt och aktuell information. Det innebär att vårdpersonal bör involvera patienten i sin vård och bekräfta den information som finns i journalen. Både Zainab och Kim upplever felaktigheter i sina respektive journaler, vilket leder till stora konsekvenser för deras möjlighet att få rätt vård.

Att ändra Zainabs ansvariga mottagning, huvuddiagnos och lägga till en ny diagnos utan

att hon vet om det och får vara delaktig i sina vårdprocesser och beslut strider mot både Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen. Det framgår tydligt att patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd och sina vårdprocesser. Informationen som ges ska dessutom vara anpassad utifrån individens behov och förutsättningar och det ska även säkerställas att individen förstår informationen som ges.

Zainab har fått besked från neuropsykiatrik att drogtestar är ett krav för inskrivning, trots att en sådan generell policy, enligt JO, inte är tillåten utan individuell bedömning. Hon har genomgått flera tester, både där och på sin nuvarande psykiatriska mottagning, vilket hon upplever som integritetskränkande. Zainab känner sig misstrodd och upplever att vården inte tar hänsyn till hennes berättelse. Trots att samtliga tester visat negativa resultat och är dokumenterade, känner hon sig fortsatt tvingad att genomföra dem för att få tillgång till psykiatrisk vård. Detta står i konflikt med principerna om frivillighet, samtycke och självbestämmande, särskilt då hon strävar efter att lämna sitt förflutna bakom sig.

Samverkan och organisering

Syftet med överenskommelsen om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning är att dessa individer ska få samma förutsättningar som alla andra vad gäller återhämtning och delaktighet i samhällslivet. Dessutom anges att de vård-, stöd- och behandlingsinsatser som individen är i behov av ska medverka till att dennes hälsa antingen upprätthålls eller förbättras samt att dennes sätt att fungera vad

gäller boende, sysselsättning och relationer till andra människor upprätthålls. Därutöver ska ovanstående samverkan upplevas som väl fungerande för var och en av individerna och som en helhet. "Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver." Individens egna målsättningar ska, enligt överenskommelsen, stå till grund för insatserna och planeras och bedömas tillsammans med den enskilde med utgångspunkt i respekt och lyhördhet. I Kims fall har dessa krav tydligt inte uppfyllts, där väntetider på flera månader utan samordning bara är ett exempel av flera som riskerar att förvärra både den fysiska och psykiska hälsan.

Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen lyfter att vårdgivare på olika nivåer ska samverka för att säkerställa att patienten får en sammanhållen vård och behandling. Kommunen och regionen har också ett gemensamt ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet, och det får heller inte vara en anledning att inte ge vård eller att på något vis försena behandling, vilket står i tydlig kontrast mot det Kim varit med om. I båda våra berättelser får patienterna själva samordna, driva på och hålla i trådar för att få sin planerade vård. Det finns heller ingen välfungerande samverkan med kommunen vad gäller rehabiliterande insatser och en väg tillbaka efter sjukskrivning.

Kontinuitet

Patientsäkerhetslagen anger att vårdpersonal ska säkerställa patientsäkerhet, vilket även innefattar att erbjuda kontinuerlig uppföljning och behandling för att förebygga vårdrelaterade skador. Det finns också ett fokus på att

kontinuitet ska säkerställas för att undvika missförstånd och felbehandling vid överföring mellan olika vårdinstanser.

Konsekvensen blir att patientsäkerheten äventyras, vårdbehov inte tillgodoses eller vårdprocesser försenas.

Bristande kontinuitet i psykiatri innebär ofta att patienter flyttas mellan olika öppenvårdsmottagningar eller att de ständigt möter nya läkare vid sina besök. Detta kan leda till att viktig information försvinner, uppföljning och vårdplanering uteblir, och att vårdgivare utan tillräcklig kännedom om patienten skriver sjukintyg eller journalanteckningar med ökad risk för misstag. Konsekvensen blir att patientsäkerheten äventyras, vårdbehov inte tillgodoses eller att vårdprocesser försenas. Att behöva upprepa sin historia för olika vårdgivare orsakar dessutom onödigt lidande och kan undergräva både förtroendet för enskilda vårdgivare och för hela vårdsystemet. Detta påverkar i sin tur patientens vilja att ta till sig vårdens förslag och möjligheten att dra nytta av behandlingar.

Att, som för Kim, stå utan kontinuitet och uppföljning efter utskrivning omöjliggör både återhämtning och uppfyllelse av Patientlagens krav på information om framtida stödinsatser. I stället blir hen lämnad att själv navigera i ett bristfälligt samhällssystem och en vårdapparat som upplevs som både otillgänglig och svårnavigerad.

I både Kims och Zeinabs fall är det även möjligt att psykiatri hade kunnat förebygga brister i både kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet om en fast vårdkontakt hade fungerat ändamålsenligt och utifrån personcentrerad vård.

Tillgänglighet och digitalisering

I både Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen betonas att vården ska vara tillgänglig för alla som behöver den. Detta innebär att patienter ska kunna få den vård de behöver utan orimliga dröjsmål. Vården ska också vara anpassad efter patienters behov och utformas så att den kan ges på ett effektivt sätt. Både Kim och Zainab får vänta orimligt länge på att få adekvat vård och de upplever att vården inte anpassas efter deras specifika behov.

Personligt ombud ser, likt NSPHiG, att personer med psykiska funktionsnedsättningar faller mellan stolarna när psykiatri är organiserad utifrån diagnoser istället för behov, helhet och sammanhang. Patienter upplever att de bollas runt i en stuprörsorganisation.

Tillgänglighet handlar också om att göra kommunikationsvägar enkla i kontakten med vården. I Zainabs berättelse framgår att hon inte fått information om hur hon kan använda 1177 för att nå psykiatri. Den ökade digitaliseringen medför att patienter förväntas hantera och navigera i digitala verktyg och e-tjänster. Personligt ombud noterar dock att det ofta finns ett gap mellan dessa förväntningar och uppdragsgivarnas faktiska digitala kunskaper, färdigheter och erfarenheter. Om Zainab hade fått tydlig information i ett tidigt skede och stöd från vården att använda 1177, hade det kunnat underlätta hennes kontakt med psykiatri.

Aktivitetshusen och arbetslinjen

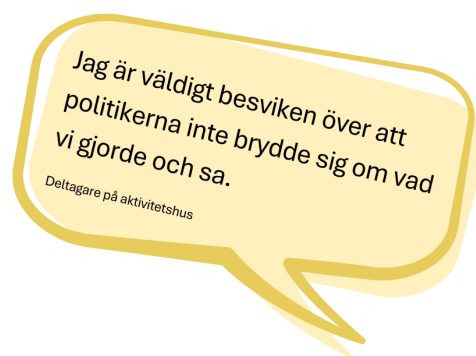
När Personligt ombud i oktober 2023 tog sats för att skriva rapporten över de erfarenheter vi gjort tillsammans med våra uppdragsgivare under året, fick vi plötsligt veta att förvaltningen för Funktionsstöd, den 25 oktober, lagt fram ett förslag för sin nämnd att stänga Aktivitetshusen i Angered och Väster. Aktivitetshusen, som vänder sig till personer som har psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning, skulle avvecklas på några veckor, var förslaget. Förvaltningen behövde spara pengar och det skulle ske på det här sättet.

Ingen hade dock frågat de berörda deltagarna vad de tyckte och ingen konsekvensbeskrivning fanns. Ingen hade nog heller räknat med det engagemang som fanns bland deltagarna; de samlades, höll möten, tog initiativ till en namninsamling och en protestlista som undertecknades av många, kontaktade media, och enades om skrivelser som skickades till varenda ledamot i Funktionsstödsnämnden. Till en början svarade en och annan ledamot. Efter en tid slutade svaren att komma.

Stänga, flytta, omlokalisera

Även om makten att besluta om aktivitetshusens vara eller inte vara låg någon annanstans, så bidrog deltagarnas protester

till att beslutet att stänga sköts upp till nämndmötet i december. Tjänstepersoner i förvaltningen fick också i uppdrag att beskriva vilka konsekvenser det skulle få för deltagarna att Aktivitetshusen i Angered och Väster inte längre skulle finnas kvar. I den fördjupade konsekvensanalysen kan man sedan läsa att då "...en stängning av de verksamheter som bedrivs i Angered och Väster riskerar att leda till försämrad livskvalitet och sämre mående för berörda deltagare, föreslår förvaltningen i stället en omlokalisering av dessa verksamheter." Man hänvisar också till "andra öppna verksamheter". Den som läser detta får lätt uppfattningen att det går att likställa verksamheten som bedrivs inom Aktivitetshusen med den inom andra öppna verksamheter, vilket i praktiken inte stämmer.



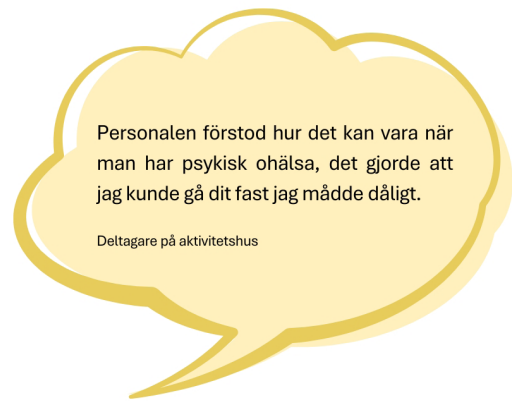
Vid mötet den 20 december baserar nämnden sitt beslut på det nya begreppet, med

resultatet att: vi stänger inte, vi omlokaliserar. Aktivitetshusen i Angered och Väster omlokaliseras till Sekelhuset i Kortedala och till Aktivitetshuset i Centrum. Att det skulle innebära en rockad där handledare skulle omplaceras och inarbetade verksamheter brytas upp, nämndes inte.

Hur blev det sedan

Under våren 2024 ville nämnden veta hur deltagarna från Aktivitetshuset i Angered och i Väster upplevt förändringen. Man frågade några deltagare som valt att söka sig till något av de aktivitetshus som finns kvar, vad de tyckte. Nämnden intresserade sig också specifikt för den ”fysiska tillgängligheten hos de alternativa verksamheter som finns att tillgå”. Vad det är som gör att man valt att helt bortse från andra aspekter som påverkar hur tillgänglig en verksamhet är för sin målgrupp, är svårt att förstå och rimmar dåligt med Göteborgs Stads Program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning.

De personer som av olika anledningar inte tar sig till något av aktivitetshusen har inte fått svara på frågor om hur det blivit för dem. Därför ville vi veta om dessa personer tar sig till någon annan verksamhet än den som omlokaliserats och vart de i så fall går. Vi ville veta vilken funktion det nya stället fyller, vad som är bra, vad som är sämre, och om deltagaren saknar något. Om personen inte går till någon av de andra öppna verksamheterna, som nämnden hänvisar till, vad beror det på då? Och, om personen skulle vilja ha kontakt med en arbetsspecialist som jobbar med IPS-metoden och tidigare fanns på Aktivitetshuset i Väster och Nordost, vet personen då hur den ska gå till väga?



Med hjälp av den mejllista som deltagare på Aktivitetshuset i Väster skapat kom vi i kontakt med personer vars röster tidigare inte hörts. Vi sökte också upp en av de andra öppna verksamheterna som personer som hör till aktivitetshusens målgrupp nu hänvisas till. Vi har även träffat och pratat med handledare på aktivitetshusen.

I en av de öppna verksamheterna mötte vi ett par personer som inte upplever resor med kollektivtrafik som ett hinder, och som klarar en lite högre tröskel till det stöd som erbjuds. För dem finns fortfarande möjlighet till återhämtning och att närma sig utbildning eller arbete i kontakt med en arbetsspecialist på något av de Aktivitetshus som finns kvar.

Aktivitetshusens syfte

Samtidigt som förvaltningen för Funktionsstöd beslutade att omlokalisera Aktivitetshuset i Angered och Väster hade en utredning kring "Aktivitetshusens organisatoriska hemvist – Vem klarar möta målgruppens behov med fokus på vägen till utbildning och arbete" avslutats. Kommunfullmäktige hade givit nämnden för Arbetsmarknad och Vuxenutbildning i uppdrag att utreda detta. Utredningen beskriver aktivitetshusens syfte; att samla insatser för målgruppen under ett och samma tak, de



“På Aktivitetshuset kunde jag vara i ett socialt sammanhang, nu har jag inget av det längre.”

Deltagare på aktivitetshus

sänker trösklarna för individen att söka hjälp och möjliggör för arbetsspecialisterna att fånga upp de individer som kan och vill gå vidare till arbete eller studier. Man hänvisar till forskningsstudier som betonar hur viktigt det är att utgå från närhetsprincipen; att det inte blir för långt avstånd för individen till närmsta aktivitetshus och hur avgörande kontinuitet i relationerna är. Ett tjänsteutlåtande hänvisar till den genomförda utredningen och rekommenderar att Aktivitetshusen organisatoriskt ska ligga kvar under förvaltningen för Funktionsstöd, då personalen där anses ha rätt kompetens för uppdraget.

Språket ändrar bilden av verkligheten

På Göteborgs Stads hemsida kan man läsa att ”Aktivitetshusen vänder sig till dig som lever med psykisk ohälsa eller psykisk

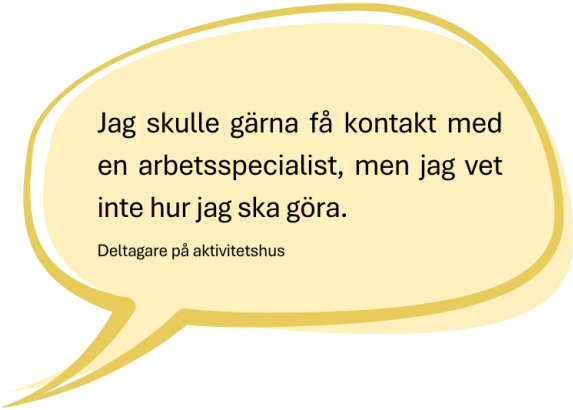
funktionsnedsättning och som önskar stöd i din återhämtning. Du behöver vara över 18 år och bo i Göteborg för att besöka aktivitetshusen. Aktivitetshusen erbjuder social gemenskap, meningsfull sysselsättning och möjlighet att delta i arbetsgrupper. För dig som vill arbeta eller studera kan vi erbjuda individuell vägledning och stöd.”

I de uppföljningar av omlokaliseringen som förvaltningen för Funktionsstöd gjort, undviker man konsekvent att benämna aktivitetshusens målgrupp; personer som har psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar. Genom att lansera ord som omlokalisering och undvika att tala om vem aktivitetshusen vänder sig till bidrar förvaltningen till att skapa en bild av en verklighet som skiljer sig från den som många deltagare, och andra, lever i. För dem

som brukade gå till Aktivitetshuset i Nordost och Väster finns inte dessa kvar. De andra öppna verksamheterna omnämns ofta, utan att man samtidigt berättar att dessa verksamheter i hög grad baseras på frivilliga insatser. I förvaltningens egen fördjupade konsekvensanalys går att läsa att "Deltagare beskriver att medarbetarna på Aktivitetshuset ser och förstår målgruppens behov." Den personal som finns i de öppna verksamheterna, har inte den uppgiften.

Arbetslinjen

Arbetslinjen är ständigt aktuell och vanligast är att det talas om vart den ska leda. Men, att den också måste ha en början får inte alls samma uppmärksamhet. I uppföljningen av den så kallade omlokaliseringen dyker ord som genomströmning och inlåsningsmekanismer upp. Hur lång tid får en människa på sig; att våga ta sig över tröskeln, kliva in i rummet, våga stanna och sätta sig ner? Hur lång tid får hon på sig för att våga komma tillbaka? Det är ju där arbetslinjen börjar.



Jag skulle gärna få kontakt med en arbetsspecialist, men jag vet inte hur jag ska göra.

Deltagare på aktivitetshus

Att från början veta att det är genomströmning som gäller, inte att få stanna så länge som behovet finns, ger inga bra förutsättningar för att skapa tillitsfulla relationer som är en

förutsättning för återhämtning och tron på den egna förmågan. I sin iver att göra IPS-metoden och arbetsspecialisterna tillgängliga för fler, verkar förvaltningen för Funktionsstöd bortse från den forskning som finns, och vara beredd att förbise dem som behöver stödet allra mest.

En handledares berättelse

När jag tänker på deltagare som kommit med eller inte kommit med från Angered, tänker jag ofta på en tjej, ung vuxen. Hon kom ofta till oss och var med på olika aktiviteter. Hon kom för det mesta tillsammans med boendestöd. De gånger hon kom blev jag glad, inte bara för att hon var en trevlig person utan också för att det märktes att hon kämpat för att komma i väg, något hon själv bekräftade också. Hon kom ofta lite sent till aktiviteter hon skulle vara med på men sen ville hon gärna dröja sig kvar ända tills vi stängde för dagen. Hon hängde gärna med på utflykter om hon var i huset. Hon följde med till Sekelhuset på studiebesök då vi visste att Angered skulle stänga. Efter studiebesöket satt vi och pratade om hur det var där och hur det var att åka spårvagn dit från Angered. Hon tyckte det var trevligt på Sekelhuset och att det gick bra att åka spårvagn dit när jag var med, men hon sa: "Jag kommer aldrig att åka dit själv, inte för att jag inte vill utan för att jag aldrig kommer att komma i väg, för många hinder". Jag tänker på flera av dem som är i en liknande situation. Många av dem var unga vuxna som kom periodvis och som kämpade med sig själva för att komma i väg hemifrån för att ta sig till aktivitetshuset.

En annan är en kille, också ung vuxen, som bodde mycket nära aktivitetshuset i Angered och som kom till oss periodvis. Han var ofta

starkt påverkad av ångest när han kom men brukade alltid landa för dagen och vara mycket nöjd med att han kom i väg. Han uttryckte farhågor när vi visste att vi skulle behöva stänga huset.

En tjej, ung vuxen, som följde med på utflykter under sommaren och som sedan började komma till huset mer och mer. Hon var på gång. Hon hade också svårt att komma i väg hemifrån och ta sig till oss.

En man som varit hemma och isolerad i många år, bland annat på grund av ångest och social fobi, kom till aktivitetshuset med hjälp av boendestöd och sedan på egen hand ibland. Jag såg vad det gjorde med honom socialt. I början

gick han bara rakt in utan att våga titta på någon annan. Han hade knutit an till mig. Men efter ett tag började han hälsa på andra och började delta i aktiviteter ihop med andra. Han kunde ta sig till oss med hjälp av flexlinjen.

Detta är några exempel på personer som vi tappat och det var många fler. Många unga personer, en del nyanlända som besökt oss några gånger, som höll på att lära känna oss och som vi jobbade på att lära känna.



Sammanfattning och reflektioner

I årets rapport lyfter Personligt ombud fram några av de systembrister, erfarenheter och möjliga förbättringsåtgärder som vi stött på under det gångna året i arbetet med våra uppdragsgivare. Även om rapporten tar upp specifika händelser och situationer, speglar dessa återkommande brister som vi har identifierat inom ramen för vårt uppdrag under de senaste åren. Bristerna rör framför allt bemötande, kontinuitet, samverkan, information, tillgänglighet och delaktighet.

För Kim och Zainab har dessa brister bidragit till flera års kamp för att navigera i ett komplext och ibland svåröverskådligt vård- och stödsystem. Ett system som är tänkt att stötta samhällets mest utsatta, men där individer ofta saknar möjligheter att göra sin röst hörd och att få sina behov tillgodosedda.

För de personer som tidigare deltagit i de "omlokaliserade" aktivitetshusen har utanförskapet blivit särskilt påtagligt. I Göteborgs Stads Program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning beskrivs att alla ska ha rätt att leva självständigt och delta i samhället på lika villkor. Detta inkluderar att ha tillgång till samhällsservice, personligt stöd, rehabilitering, habilitering, sysselsättning och ekonomisk trygghet. I verkligheten saknas ofta

dessa förutsättningar, vilket gör att individer lämnas i ett glapp mellan de förväntningar som ställs på deras egenansvar och det faktiska stöd de erbjuds. Personligt ombud ser tydligt hur detta glapp skapar en ohanterlig situation för många av våra uppdragsgivare. Exempel på detta är bristande kontinuitet i vården, komplikationer kring sjukintyg, utmaningar vid inflyttning från en annan kommun samt bristande samverkan mellan psykiatri och socialtjänst. Att bli skickad mellan olika behandlande mottagningar och möta långa väntetider för att nå rätt instans leder ofta till både tidsförlust och stor frustration.

Rapporten visar sammantaget att välfärdssystemet, genom bristande samverkan och otillräcklig anpassning, riskerar att förstärka utanförskapet för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Trots vissa framsteg möter ambitionerna inte verkligheten och det kvarstår ett stort behov av att skapa ett mer tillgängligt, samordnat och individanpassat stöd för denna utsatta grupp. Vår förhoppning är att denna rapport kan bidra till att belysa de utmaningar som kvarstår och inspirera till konkreta åtgärder som förbättrar livskvaliteten för de människor som välfärdssystemet ytterst ska finnas till för.

Källförteckning

Berättelserna

Det goda livet i Västra Götaland - handlingsplan för psykisk hälsa, 2018-2024 (<https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/fyrbodal/Samverkansomraden/handlingsplan-psykisk-halsa/>)

Diskrimineringsombudsmannen (DO), (<https://www.do.se/diskriminerad/vad-ar-diskriminering>)

Folkhälsomyndigheten Kopplingen mellan stigma och suicid — Folkhälsomyndigheten (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/kopplingen-mellan-stigma-suicid/>)

Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning, 2021-2026 (<https://goteborg.se/wps/wcm/connect/dde7a02e-8158-4e51-a7d8-a03f1199b7d0/G%C3%B6teborgs+Stads+program+f%C3%B6r+full+delaktighet+f%C3%B6r+personer+med+funktionsneds%C3%A4ttning+2021-2026+webbversion.pdf?MOD=AJPERES>)

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (3 kap 1 §, 5 kap 1 §, 2 kap 7 §)

JO-beslut om rutinmässiga drogtester vid ADHD-behandling (https://www.jo.se/app/uploads/resolve_pdfs/1084950_2050-2018.pdf)

NSPHiG, Brukarrevision av Samordnad Individuell Plan (SIP) i Västra Götaland 2018 "Jag lever mitt liv mellan stuprören" (<https://nsphvastragotaland.se/wp-content/uploads/2019/01/SIP-rapport-2018-fyra-loggor.pdf>)

Patientlagen (2014:821) (1 kap 6 §, 2 kap 1 §, 3 kap 1 §, 2b § och 6 § och 7 §, 4 kap 1 § och 2 §, 5 kap 1 §)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Personcentrerad vård, GPCC Om vår forskning | Centrum för personcentrerad vård – GPCC, Göteborgs universitet (<https://www.gu.se/gpcc/om-var-forskning>)

Vårdsamverkan Västra Götaland, Handlingsplan suicidprevention i Västra Götaland, 2020-2025 (<https://www.vardsamverkan.se/omraden/lansgemensamt-arbete-for-psykisk-halsa--arbete-i-vastra-gotaland/suicidprevention/>)

Västra Götalandsregionen, Regional riktlinje, Dokumenterad överenskommelse - Patientkontrakt inom hälso- och sjukvård (<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn12865-780821730-363/surrogate/Dokumenterad%20c3%b6verenskommelse%20Patientkontrakt.pdf>)

Västra Götalandsregionen, Rutin vid kränkning mot patient och närstående, 2024-2027 (<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn14971-1865200826-48/surrogate/Rutin%20vid%20kr%C3%A4nkning%20mot%20patient%20och%20n%C3%A4rst%C3%A4ende%202.pdf>)

Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk, 2018- 2024 (https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/RS6895-621728397-2383/SURROGATE/%C3%96K_Psykiatri_Missbruk_2017_beslut.pdf)

Aktivitetshuset och Arbetslinjen

Bilaga till budget 2024 innehåller en fördjupad konsekvensbedömning som inte innebär stängning utan omlokalisering av aktivitetshuset Angered och Väster till liknande befintliga verksamheter inom förvaltningen

Fördjupad konsekvensbeskrivning gällande förslag om omlokalisering av aktivitetshus Angered och Väster

([https://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/93ec9160f537fa30c12572aa004b6c1a/bed6f810b171a6afc1258a7e004647b8/\\$FILE/07b.%20Bilaga%202.%20Fordjupad%20konsekvensbeskrivning%20gallande%20omlokalisering%20av%20aktivitetshus%20Angered%20och%20Vaster.pdf](https://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/93ec9160f537fa30c12572aa004b6c1a/bed6f810b171a6afc1258a7e004647b8/$FILE/07b.%20Bilaga%202.%20Fordjupad%20konsekvensbeskrivning%20gallande%20omlokalisering%20av%20aktivitetshus%20Angered%20och%20Vaster.pdf))

Beslutet att skriva bilagan togs på detta möte: Protokoll (nr 11B) Sammanträdesdatum: 2023-10-25, Nämnden för funktionsstöd § 208, Dnr N161-2105/23

Göteborgs Stads program för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning 2021-2026

(https://goteborg.se/wps/wcm/connect/dde7a02e-8158-4e51-a7d8-a03f1199b7d0/G%C3%B6teborgs+Stads+program+f%C3%B6r+full+delaktighet+f%C3%B6r+personer+med+funktionsneds%C3%A4ttnings+popul%C3%A4rversion_2021-2026.pdf?MOD=AJPERES)

Länk till Göteborgs stads hemsida där det står vem som aktivitetshuset vänder sig till:

<https://goteborg.se/wps/portal/start/omsorg-och-stod/funktionsnedsattning/psykisk-funktionsnedsattning/hitta-aktivitetshus>

Redovisning av uppdrag kring organisatorisk tillhörighet för stadens aktivitetshus

Tjänsteutlåtande Utfärdat 2024-03-15 Ärendenummer SLK-2023-00847, ([https://www4.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/DEA42526CE8F1420C1258B0000253BF8/\\$File/23_20240424.pdf?OpenElement](https://www4.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/DEA42526CE8F1420C1258B0000253BF8/$File/23_20240424.pdf?OpenElement))

Tjänsteutlåtande Utfärdat 2024-05-31 Diarienummer N161-0039/24

([https://www4.goteborg.se/prod/intraservice/namndhandlingar/samrumportal.nsf/7FFB1B08AF7EFB8CC1258B3C00456E7C/\\$File/06.%20TU%20Uppfoljning%20av%20omlokaliseringen%20av%20aktivitetshuset%20Angered%20och%20Vaster.pdf?OpenElement](https://www4.goteborg.se/prod/intraservice/namndhandlingar/samrumportal.nsf/7FFB1B08AF7EFB8CC1258B3C00456E7C/$File/06.%20TU%20Uppfoljning%20av%20omlokaliseringen%20av%20aktivitetshuset%20Angered%20och%20Vaster.pdf?OpenElement))

Uppföljning av omlokaliseringen av aktivitetshuset Angered och Väster

([https://www4.goteborg.se/prod/intraservice/namndhandlingar/samrumportal.nsf/7FFB1B08AF7EFB8CC1258B3C00456E7C/\\$File/06a.%20Bilaga%201.%20Uppfoljning%20av%20omlokaliseringen%20av%20aktivitetshuset%20Angered%20och%20Vaster.pdf?OpenElement](https://www4.goteborg.se/prod/intraservice/namndhandlingar/samrumportal.nsf/7FFB1B08AF7EFB8CC1258B3C00456E7C/$File/06a.%20Bilaga%201.%20Uppfoljning%20av%20omlokaliseringen%20av%20aktivitetshuset%20Angered%20och%20Vaster.pdf?OpenElement))

Åtgärder för budget i balans 2023

Tjänsteutlåtande Utfärdat 2023-10-20, Diarienummer N161-2105/23, ([https://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/93ec9160f537fa30c12572aa004b6c1a/d7c7f5a130771a42c1258a4b0024e77e/\\$FILE/06.%20Atgarder%20for%20en%20budget%20i%20balans%202023.pdf](https://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/93ec9160f537fa30c12572aa004b6c1a/d7c7f5a130771a42c1258a4b0024e77e/$FILE/06.%20Atgarder%20for%20en%20budget%20i%20balans%202023.pdf))

Kontakta Bräcke personligt ombud

De personliga ombuden är uppdelade i två grupper utifrån geografiska områden och arbetar från två olika kontors- och möteslokaler. En möteslokal finns också tillgänglig på Bräcke diakonis område på Hisingen.

Kontoret på Marklandsgatan 3 vänder sig till Centrum, Majorna-Linné, Västra Göteborg och Askim-Frölunda-Högsbo.

Kontoret på Norra Ågatan 10 B vänder sig till Angered, Östra Göteborg, Örgryte-Härlanda, Lundby, Norra Hisingen och Västra Hisingen.

Kontakt

Telefon: 031-49 76 27

Mejl: personligtombud@brackediakoni.se

Verksamhetschef

Anna-Lena Slibar

Bräcke Östergårds väg 1B, 418 04 Göteborg

Tel: 031-21 72 15

E-post: anna-lena.slibar@brackediakoni.se



brackediakoni.se/bracke-personligt-ombud-goteborg



facebook.com/brackepersonligtombudgoteborg



[@personligtombudgoteborg](https://www.instagram.com/personligtombudgoteborg)